

Directora del número : Dominique Gay-Sylvestre,  
Marcio Luis Costa

Publicado en línea el 20 de diciembre de 2018  
<https://unilim.fr/trash/1074>

TraHs N°4 | 2018  
Éthique et santé



Trayectorias Humanas  
Trascontinentales



## Nota

**Dominique Gay-Sylvestre**

Directrice

Une fois encore la thématique présentée par la revue numérique *Trayectorias Humanas Trascontinentales* aborde une thématique sensible et profondément humaine. *Éthique* et *Santé* pourraient sembler, *a priori*, indissociables et indiscutables; or le lecteur se rendra vite compte qu'il y a encore beaucoup de chemin à parcourir pour que les deux termes ne fassent qu'un.



## Prologue

**Rodrigo Lopes Miranda**

Université Católica Dom Bosco – UCDB  
Groupe d'Études et de Recherches en Histoire de la  
Psychologie (GEPeHP)  
Société Brésilienne d'Histoire de la Psychologie (SBHP)  
The International Society for the History of Behavioral and  
Social Sciences – Cheiron  
Campo Grande, Brésil  
rf3225@ucdb.br

---

URL : <https://www.unilim.fr/trahs/1148>

Licence : CC BY-NC-ND 4.0 International

---

Ces dernières années, nous avons assisté à la montée des discours et des pratiques de haine et de violence dans différentes parties du monde, telles que le Brésil, la France, les Pays-Bas, la Hongrie et la Pologne. Une telle montée a produit des discours et des pratiques dans divers domaines sociaux. Par exemple, une recherche rapide dans différents médias, tels que *Le Monde* (France) ou *The New Republic* (États-Unis d'Amérique - États-Unis), peut donner lieu à différents reportages sur la xénophobie, le racisme, les attaques contre les immigrés, etc. Sur la scène universitaire, dans le monde européen, les analyses de ce processus (Fekete, 2017<sup>1</sup>) nous montrent une montée en puissance d'anciens préjugés dans le discours employé dans la "guerre contre le terrorisme". Cette montée en puissance s'observe également à travers l'institutionnalisation, par le biais de la politique, de certains groupes sociaux qui contribuent à leur tour aux pratiques de discrimination, de haine et de violence. C'est le cas des discours publics du futur président brésilien, Jair Bolsonaro et du président américain actuel, Donald Trump. Les effets de telles pratiques se répercutent sur différentes sphères de la vie humaine et, entre autres, sur la santé physique et mentale des personnes, ce qui, par là-même, autorise des réflexions sur la relation entre éthique et santé.

Pour nous, "l'éthique" correspond à un ensemble de réflexions sur les raisons qui font que les personnes souhaitent la justice et l'harmonie. Ces réflexions portent aussi sur les moyens pratiques d'obtenir (Japiassu & Souza Filho, 1989/2006<sup>2</sup>). L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) affirme que la "santé" correspond à un état de bien-être physique, mental et social, total et qu'il ne s'agit pas seulement de l'absence de maladie et d'infirmités<sup>3</sup>. A partir de ce raisonnement, nous serions enclins à penser et à agir de manière éthique dans le domaine de la santé, c'est-à-dire à créer les conditions nécessaires à l'établissement de relations harmonieuses, justes et saines pour l'être humain. C'est à ce scénario que se réfèrent les neuf articles suivants publiés dans le numéro de la revue *Trajectoires Transcontinentales Humaines* (TraHs) qui nous incitent à réfléchir et à analyser les conditions actuelles qui rendent l'éthique possible dans le domaine de la santé.

Une première série de textes nous aident à examiner les nuances intellectuelles existants dans la relation entre éthique et santé, en élargissant notre spectre d'appréhension du phénomène. Ainsi, *Por uma ética-fenomenológica do Sul em Psicologia da Saúde* nous amène à saisir les nouvelles possibilités de pensée et d'action éthiques, dans le domaine de la santé et des soins, à partir d'une perspective phénoménologique du Sud, i.e., à partir

---

1 Fekete, E. (2017). *Europe's Fault Lines: Racism and the rise of the right*. Nova Iorque: Verso.

2 Japiassu, H. & Souza Filho, D. M. (2006). *Dicionário Básico de Filosofia*, 4<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro, Brasil: Jorge Zahar Editores. Original publicado 1989.

3 3 Disponível em: < <http://www.who.int/about/mission/en/>>. Acesso: 8 out., 2018.

d'une appréhension de l'expérience humaine imprégnée marquée d'une certaine culturelle, politiques et idéologie. L'article *Os matizes do cuidado nas políticas públicas de saúde brasileira* cherche à comprendre, analyser et discuter les différentes nuances et logiques en matière de soins et la façon dont elles sont présentées dans les documents relatifs aux politiques de santé publique ; ceci, afin de clarifier la manière dont le gouvernement brésilien s'approprie, ou non, de ce sujet lorsqu'il s'agit de traiter des prestations publiques de santé. Enfin, l'article *Modos de ser livre: reflexões sobre juventude, psicologia e ética* fait état d'un scénario élargi de discussions sur l'éthique et la santé, hors des environnements traditionnels, à partir de la problématisation posée par les pratiques psychologiques destinées aux jeunes en conflit avec la loi au Brésil.

Un second groupe d'articles lie la santé et l'éthique à divers domaines de la connaissance, tels que l'éducation, le marketing, la médecine et les neurosciences. L'article *Éthique, nanosanté, macro éducation* s'interroge sur le désenchantement et sur l'indifférence dans laquelle le monde du XXI<sup>e</sup> siècle est enfoncé ; ce qui amène l'auteure à se demander si l'issue ne serait pas celle d'une éducation citoyenne et d'une politique au service de la citoyenneté. Toujours au sujet de l'éducation, le texte *Competencia ética en profesionistas de la Psicología: Un estudio descriptivo* analyse la perception des compétences éthiques dans les performances professionnelles du psychologue à partir d'un questionnaire adressé à 106 psychologues professionnels dont les résultats indiquent que la démonstration de leur compétence éthique se fait par l'actualisation de leurs performances et de leur image professionnelle et passe par la gestion des informations qui leur sont confiées.

Le texte intitulé *O humano no centro do palco: Uma discussão bioética sobre as práticas do Neuromarketing* se veut une discussion sur les aspects éthiques de l'interaction entre neurosciences et marketing. Suit un texte intitulé *De la prévention primaire des radicalisations violentes à l'éducation à la santé pour la responsabilité* qui pose le problème d'une prévention efficace des radicalisations violentes. Il interroge également sur les indicateurs à considérer lors de l'évaluation scientifique de leur efficacité. Enfin, l'article *Information du patient et consentement éclairé en matière médicale* traite des aspects propres au consentement du patient et de la gestion des informations au patient par l'équipe médicale.

Le troisième ensemble d'articles pose, quant à lui, la problématique éthique et santé en mettant l'accent sur les populations vulnérables, telles que les personnes âgées et les réfugiés. Le premier texte, *Saúde, ética no cuidado e política nacional de atenção integral à saúde do homem*, met en avant les normes et les modèles comportementaux qui ont façonné une pensée proprement « masculine » et, à partir de là, problématise les questions inhérentes à la santé de l'homme. Le deuxième texte, *Ética e saúde: Para pensar os processos de transição de gênero*, analyse, d'un point de vue éthique et esthétique, les processus de transition entre les genres dans le système de santé publique brésilien et les conséquences de ces processus sur l'existence des personnes qui y sont impliquées. Le troisième article, intitulé *Modes d'Acceptabilité de la video-vigilance en EHPAD: Formes primaires et éthique d'organisation* cherche à comprendre les aspects éthiques liés à la présence de dispositifs de vidéo-surveillance dans ces institutions pour personnes âgées, en analysant la position de ses différents acteurs. Le dernier texte *O refúgio e o acesso a políticas públicas de Saúde no Brasil*, examine la question de l'accès aux politiques de santé publique pour les personnes qui ont un statut de réfugié au Brésil.

Le numéro de la revue TraHs qui interpelle, ici, le lecteur sur la relation entre éthique et santé invite à réfléchir de façon pressante à une question actuelle, potentiellement catalyseur de haine et de violence. Son impact est indiscutable sur la santé physique et mentale des personnes.<sup>4</sup>

---

4 Traduction élaborée par Alice Brites Osorio De Oliveira.



## Por uma ética-fenomenológica do sul em psicologia da saúde

**Gillianno J. M. Castro**

Universidade Católica Dom Bosco – UCDB  
Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia – PPGPsi  
Grupo de Pesquisa: Ética e Cuidado em Saúde Mental  
Campo Grande, MS - Brasil  
gillianno@gmail.com

**Rafael Z. Albertini**

Universidade Católica Dom Bosco – UCDB  
Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia – PPGPsi  
Grupo de Pesquisa: Ética e Cuidado em Saúde Mental  
Campo Grande, MS - Brasil  
ra832240@ucdb.br

**Márcio Luis Costa**

Universidade Católica Dom Bosco – UCDB  
Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia – PPGPsi  
Grupo de Pesquisa: Ética e Cuidado em Saúde Mental  
Campo Grande, MS – Brasil  
marcius1962@gmail.com

---

URL : <https://www.unilim.fr/trahs/1075>

DOI : 10.25965/trahs.1075

Licence : CC BY-NC-ND 4.0 International

---

Este artigo pretende apresentar uma reflexão sobre as eticidades operantes nas pesquisas em Psicologia da Saúde e os efeitos ou modelos de mundo que deles decorrem. Em primeiro lugar, faz-se uma diferenciação entre os pressupostos de eticidade presente nas práticas de pesquisa com inspiração nas Ciências Naturais e, posteriormente, sobre uma proposta de prática ética-fenomenológica do Sul. Para tanto, constrói-se uma reflexão teórica, bibliográfica e transversal. Como resultados, é possível destacar: (i) o abandono do modelo lógico-formal das Ciências da Natureza e a distinção entre os horizontes de operação delas em relação ao das Ciências Humanas; (ii) a delimitação do *ego* não como fundamento, mas sim como uma posição e um exercício de poder; (iii) a proposta de se pensar o espaço de pesquisa ético como um *locus* implicativo e vital marcado por influências e decisões de caráter político, social e cultural; (iv) a possibilidade de proposição de um modelo de eticidade inclusivo.

Palavras-chave: ética, pesquisa, psicologia da saúde

L'article ci-dessous présente une réflexion sur les éticides opérant dans les recherches en psychologie de la santé et sur les effets ou modèles de monde qui en découlent. En premier lieu, une distinction est faite entre les présupposés éthiques présents dans les pratiques de recherche inspirées des sciences naturelles et, dans un deuxième temps, sur une proposition de pratique éthique-phénoménologique du Sud et, à partir de la construction d'une réflexion théorique, bibliographique et transversale. Il en résulte, entre autres: (i) l'abandon du modèle logico-formel des sciences naturelles et la distinction entre les horizons de leur fonctionnement par rapport aux sciences humaines; (ii) la délimitation

du moi, non pas comme fondement, mais comme une position et un exercice du pouvoir; (iii) la proposition qui consiste à considérer l'espace de recherche éthique comme un lieu d'application vital marqué par des influences et des décisions d'ordre politique, social et culturel; (iv) la possibilité de proposer un modèle éthique inclusif.

Mots-clés : éthique, recherche, psychologie de la santé

Este artículo pretende presentar una reflexión sobre las éticidades operantes en las investigaciones en Psicología de la Salud y los efectos los modelos de mundo que de ellos se derivan. En primer lugar, se hace una diferenciación entre los presupuestos de eticidad presentes en las prácticas de investigación con inspiración en las Ciencias Naturales y, posteriormente, sobre una propuesta de práctica ética-fenomenológica del Sur. Para ello, se construye una reflexión teórica, bibliográfica y transversal. Como resultados, es posible destacar: (i) el abandono del modelo lógico-formal de las Ciencias de la Naturaleza y la distinción entre los horizontes de operación de ellas en relación al de las Ciencias Humanas; (ii) la delimitación del ego no como fundamento, sino como una posición y un ejercicio de poder; (iii) la propuesta de pensar el espacio de investigación ético como un locus implicado y vital marcado por influencias y decisiones de carácter político, social y cultural; (iv) la posibilidad de propiciar un modelo de eticidad inclusivo.

Palabras clave: ética, investigación, psicología de la salud

This article intends to present a reflection about the models of ethics in the researches in Health Psychology and the effects or world model that follow them, so that a differentiation between the assumptions of ethics present in the research practices inspired by the natural sciences and, later, on a proposal of ethical-phenomenological practice of the south. For this, a theoretical, bibliographical and transversal reflection will be constructed. As results one can highlight: (i) The abandonment of the logical-formal model of the Sciences of Nature and the distinction between the horizons of operation of them in relation to the Human Sciences; (ii) The delimitation of the ego not as a foundation, but as a position and an exercise of power; (iii) The proposal to think of the ethical research space as an implicit and vital locus marked by political, social and cultural influences and decisions; (iv) The possibility of proposing an inclusive ethical model.

Keywords: ethics, research, health psychology

## Introdução

O presente artigo tem por objetivo refletir sobre a relação entre ética, ou modelos de eticidade, e a pesquisa em Psicologia da Saúde a partir de uma perspectiva fenomenológica do Sul. Como objetivo secundário, intenta-se observar como esses modelos de eticidade se referem à dimensão corpóreo-patético-afetiva da vida cotidiana quando constroem seus discursos como ciência.

Para isso, pretende-se construir um caminho metodológico de caráter teórico, fenomenológico, bibliográfico e transversal a partir da pergunta pelo modelo de eticidade presente em algumas práticas de pesquisa psicológicas voltadas à reflexão e problematização da Saúde.

Por modelo de eticidade, entendemos os horizontes de sentido e significado que regulam e norteiam as práticas ditas “éticas” dentro de um contexto, seja ele sistêmico ou não. Tais modelos podem se organizar de duas maneiras: 1º os prescritivos-formais, que buscam estabelecer os padrões formais de conduta, apriorísticos em alguns casos; e 2º os materiais ou de conteúdo, que buscam pensar os conteúdos éticos que organizam e norteiam as práticas (Scheler, 2001).

Por sua vez, a Fenomenologia despertou o interesse da Psicologia já no início do século XX, principalmente por apresentar-se como uma ciência rigorosa que propunha pensar a realidade buscando não restringi-la ao paradigma objetual, bem como tentando solucionar o problema do “como” se pode inquirir a experiência do real sem transformá-la em uma impressão particular e relativa a determinado sujeito. Em outras palavras, o problema pode ser assim formulado: como fazer uma ciência rigorosa de pretensão universal partindo da experiência real de um sujeito particular? (Spiegelberg, 1994), dado que a “. . . Fenomenologia só pode ser a teoria das teorias se ela conseguir clarificar a constituição do sujeito” (Martín, 2017: 181).

Buscando operar como reconciliadora dessas duas realidades, isto é, duma parte, a realidade concreta, independente, *a partir de si mesma*, usando uma expressão de Heidegger (2012b) e exterior ao sujeito, e, doutra parte, a experiência interna de mundo que cada ser humano faz, a Fenomenologia se apresenta como um campo de diálogo promissor para pensar os fenômenos relacionados à Saúde que possuem como categoria inerente essa dupla realidade, a saber: (i) uma objetividade factual muito presente e explorada em paradigmas já assentados no campo das práticas de Saúde, tais como aqueles oriundos do modelo biomédico que tende a pensar o homem apenas a partir do seu horizonte biológico ou somático, fazendo com que a realidade da Saúde e da doença se configurem como um funcionamento ordenado e coordenado de variáveis sistêmicas (Campos, Bonfim, Minayo, Akerman, Júnior & Carvalho, 2016); (ii) uma dimensão fenomênica que compreende o horizonte factual-objetual como uma das dimensões da realidade e que aponta para uma realidade anterior e constitutiva originada no mundo da vida (*Lebenswelt*), que é pré-objetual.

Como estrutura de desenvolvimento dessa reflexão, tomar-se-á a seguinte ordem: (i) estabelecer a relação entre sujeito e mundo (Castro & Costa, 2018); (ii) partir da constituição da subjetividade como fruto de uma intersubjetividade afetiva e patética, que permite pensar um ideal regulativo ético diferente daqueles pautados sobre uma ética meios-fins (Weber, 1999), ou ainda, de um formalismo apriorístico de uma ética formal-normativa.

Para tanto, faz-se necessário pensar a dimensão ética como decorrente de um intercâmbio intersubjetivo de caráter afetivo que seja *Grund* (fundamento) e que se manifeste indiretamente sob a forma de dormência da consciência (Husserl, 2001a) e sonolência (Lévinas, 2011), segundo a fenomenologia da vida de Henry (2010).

Essa discussão não pretende exaurir o tema dos modelos e das práticas de eticidade nas pesquisas feitas pela Psicologia no campo da Saúde, mas sim, intenta assinalar os fundamentos e as condições que permitem delinear um plano de eticidade para além do modelo do formalismo ético ou ainda do modelo regulativo objeto-factual.

## As Intuições de uma Fenomenologia do Sul

O *locus fundador* no qual essa pesquisa pretende operar se assenta no resgate da intuição original da reflexão fenomenológica, isto é, a redescoberta do ponto de partida que busca refletir sobre a relação entre a *percepção do sujeito* e o *conteúdo percebido*, expressa por Husserl (2001b) no construto *apreensão-conteúdo de apreensão*, ou ainda, afetação da pessoa e conteúdo da afetação, proposta por Henry (2011) sob a forma de *auto-afetação e pathos*.

Essa intuição original não será pensada a partir de uma reconstrução histórica conceitual, mas sim, à luz da pergunta pelo horizonte constitutivo ou originário que faz com que seja possível perceber o mundo sob a forma de afetação que produz um conteúdo perceptivo em um sujeito que está comprometido eticamente de modo original.

Ao se observar o desenvolvimento do pensamento fenomenológico, é possível notar que a intuição inicial de uma terceira via entre o realismo empirista e o subjetivismo psicologista acabou por produzir dois outros extremos que foram o transcendentalismo husserliano e heideggeriano e o quase vitalismo intimista material do pensamento henryniano (Spiegelberg, 1994).

Esses dois extremos da reflexão fenomenológica, quando pensados à luz de possíveis modelos de eticidades, acabaram por produzir dois *ensimesmamentos*, o primeiro que constitui e coloca o “ego” na estrutura transcendental da consciência, no caso do pensamento husserliano, ou da existência no caso do pensamento heideggeriano, não obstante a consideração da dimensão corpórea (Husserl, 2004, 2006a) e da materialidade da existência (Heidegger, 2012a); e o segundo que acaba, de certa forma, diluindo a subjetividade dentro de um vitalismo material no caso do pensamento henryniano. No primeiro caso, o ego, entendido como uma vivência intencional que se constitui como uma concretização ativa de uma relação imanente da consciência com determinado campo de objetos, posiciona-se como uma validador das experiências; já no segundo, o ego, pensado como um exercício de poder (Wondracek, 2010) acaba quase que se dissolvendo no horizonte da vida e do *pathos*.

Talvez um caminho possível para se pensar essa terceira via entre o transcendentalismo de uma consciência que tem no corpo o seu elemento *ek-statico* ou de uma vida humana como pura fruição e gozo possa ser encontrado ao se lançar o olhar sobre aquilo que Martíns (2017b) aponta como o paraíso perdido da reflexão fenomenológica que é o horizonte da intersubjetividade, a saber, o problema: como se dá a relação com os outros dos quais a ipseidade do sujeito é, por princípio, devedora?

Diante disso, parece oportuno pensar a intuição original da Fenomenologia sob a ótica de uma mestiçagem, de uma “Fenomenologia do Sul”, que não encontra a sua riqueza nas polarizações muitas vezes apodíticas, característica do pensamento moderno europeu, mas sim, no equilíbrio e no intercâmbio das partes, nas quais, é preciso conceber uma tensão que permite uma abertura capaz de impulsionar as questões concernentes ao mundo da vida, no qual, tanto a manifestação quanto a percepção se dão sob a forma de uma imanência capaz de produzir um fundamento para a experiência de mundo.

A categoria “Fenomenologia do Sul” quer ser uma apropriação fenomenológica da intuição original do paradigma das epistemologias do Sul apresentado por Santos e Meneses (2010) que propõe pensar a ciência a partir de contextos não standardizados como o do “Norte” europeu-anglo-saxão, mas sim, de outros possíveis horizontes epistemológicos periféricos “do Sul”.

Esta produção trata-se de uma mestiçagem deliberada cujo objetivo é estabelecer um diálogo entre os conceitos da fenomenologia europeia e as resistências questionadoras e paradigmáticas das realidades “sulistas” presentes nos contextos nos quais as pesquisas psicológicas brasileiras sobre Saúde são produzidas. São as peculiaridades desses contextos que convidam a reflexão fenomenológica a produzir no seu interior mestiçagens, no presente caso, uma miscigenação ético-fenomenológica sobre as



pesquisas psicológicas no campo da Saúde, em contraste com tendências mais puristas que são apontadas por Santos e Meneses (2010) como típicas do "Norte".

A proposta de pensar o fenômeno da vida humana presente nas pesquisas Psicológicas em Saúde sob a ótica de um equilíbrio inter-atravessado, mestiço, parece ser o caminho que permite a construção daquilo que Heidegger (2014) chama de "o manter-se aberto de uma abertura" ou ainda como aquilo que, em Lévinas (2011), assume as dimensões de um horizonte de alteridade desde onde emerge um *de outro modo que ser e não um ser de outro modo*.

Essa perspectiva ganha ainda mais relevância se pensada desde Arendt (2009), segundo a qual o espaço da política, como espaço público, também se constitui como um exercício de poder originado do desejo de viver juntos – portanto, não como um lugar de individualidades absolutas, plastificadas sob a categoria de ego moderno, mas como espaço de alteridade, no qual, cada um é o outro de cada outro, abrindo assim espaço para a discussão ética.

Para tanto, é mister promover uma arqueologia fenomenológica (Valério & Barreira, 2015) do conceito de sujeito agente percorrendo o conceito de subjetividade ativa como condição de possibilidade para se entender o modelo do sujeito ativo da consciência sob a forma de *egoicidade (Ichheit)*, o qual, agindo no mundo, produz um prática de eticidade objetivante, inclusive nas pesquisas psicológicas em Saúde, práticas essas que o fazem objeto de suas próprias objetivações.

Trata-se, então, de uma arqueologia fenomenológica de um sujeito que se converte em objeto de suas próprias objetivações e que impulsiona e estandardiza um modelo de eticidade objetivante. O "quem" da ética de um ego que tem apenas o seu espelho para olhar é um "que", objeto de si mesmo. O ego, muito mais do que uma posição, passa a ser um exercício de poder sobre o mundo e sobre si mesmo (Henry, 2010).

Entretanto, já Husserl (1996, 1998, 2001b, 2002, 2006) em textos tardios, acena para outra modalidade de constituição do sujeito sob a forma de passividade e dormência *pré-constitutivas* ou da *Ur-constitution*, o que aponta, de certa forma, para uma dimensão não vigilante própria e originária da constituição imanente da vida que, ainda dormindo, viceja e se reafirma como vida.

Ainda sobre essa dormência, é possível encontrar em Lévinas (1982) o tema do sono, no qual o ego ou a consciência, vencidos pelo cansaço de uma vida que também é auto-afetação no *pathos* de si, simplesmente dorme, isto é, passa a ter o inconsciente como lugar do estiramento, o *locus* de uma *res extensa* passiva, e não como seu antípoda absoluto.

Da ausência da vigilância ativa do eu consciente e potente, de onde se poderia supor que não virá nada, pois o ego, a partir dos modelos presentes nas práticas da ciência hodierna bem como nos processos de prevenção, promoção, intervenção em saúde, é fundamento e causa eficiente de si mesmo (Descartes, 1973), emerge, a partir da sonolência, do onírico – como espaço de simbolização do "isso" (*Id*) na metapsicologia freudiana –, uma *outra* realidade que não lhe é alheia, mas constitutiva. Como aponta Lévinas (1982), o ego é apenas um luxo de uma subjetividade constituída na existência como inter-impresiviade, inter-patética e inter-consistente.

Não obstante, na dormência e na sonolência do ego e da consciência ativa, a vida continua pulsante sob a forma de sofrimento e desfrute da vida por meio do ato de viver: pulsão de vida, pulsão de morte, já anunciada por Freud (1969, 2004) que podem ser lidas como manifestações da vida, do sofrimento e do gozo dela, sob a forma de afetação. A vida que pulsa na dormência e na sonolência permite inaugurar com Henry (2010) uma eticidade como afirmação da vida fenomenologicamente pensada na expressão encarnada de um corpo subjetivo vivo e próprio.

Ao se pensar o horizonte acima proposto no campo da pesquisa psicológica em Saúde, nos deparamos com uma série de questões que, por um lado, podem ir desde a forma como nos implicamos no campo e no tema da pesquisa até as estratégias mais sofisticadas de organização, análise e discussão do objeto/problema proposto para a pesquisa.

Desse fato, desponta a pergunta pelo "quem" suposto em cada prática de pesquisa e do "para quem" e "com quem" estas pesquisas estão vinculadas no tecido intersubjetivo no e do qual elas se originam. Dependendo do modelo de eticidade, as respostas serão diferentes, pois, de uma lado, pode-se caminhar para uma eticidade da objetivação pautada na correlação meios-fins (Hicklamert & Jimenes, 2008) e, por outro lado, pode-se rumar para um modelo de eticidade estruturada a partir da afirmação da vida como vida de outro, onde cada vida é outra em relação a cada outra vida.

## Sujeito, Mundo e Relação

A Fenomenologia da consciência intencional da primeira reflexão Husserliana, isto é, o Husserl antes do problema das sínteses passivas – ao teorizar o processo de percepção do mundo por meio da intencionalidade – termina por produzir o paradoxo segundo o qual, para perceber a realidade dos conteúdos da experiência e modificá-la em uma vivência, faz-se necessário transformá-la em uma dimensão exterior à própria consciência intencional que a percebe, como aponta Henry (2011).

Isso se torna um paradoxo quando pensamos as experiências do próprio sujeito, pois, partindo da lógica da *apreensão-conteúdo de apreensão*, todo ato de percepção acaba sendo, *a fortiori*, externo a si. Frente a isso, fenômenos como a dor e o gozo da vida só podem ser percebidos quando colocados sob a condição de objetos externos à estrutura perceptiva (Husserl, 2011), fazendo com que haja uma alienação do conteúdo sinestésico. A dor deixa de ser o sentir da dor e passa a ser consciência dolorosa, bem como a satisfação.

Com essa classe de fenomenologia, torna-se pouco provável, por exemplo, fazer uma teoria da implicação do pesquisador no ato mesmo de realizar sua pesquisa, pois a condição mesma da consciência intencional apresenta-se como uma *Ek-stasis*, isto é, uma exterioridade que não diz da vida mesma, mas sim, de uma condição objetal exterior à experiência vivida. Em outras palavras, ela se estrutura sob o paradoxo de uma interioridade-exterior que, por não estar implicada, ou seja, dobrada dentro do âmago da questão, precisa se explicar, colocar e pensar desde uma exterioridade.

Mas por que é importante pensar uma teoria da implicação na pesquisa? Pensar uma teoria da implicação da pesquisa supõe refletir sobre um paradigma diferente daquele da neutralidade lógica ou existencial do pesquisador, paradigma muito comum e necessário quando se trata das Ciências da Natureza (Martin, 2017).

Para se construir essa teoria da implicação é mister partir de outro ponto, de outro "zero relativo", que seria a constituição material, vital e imanente do mundo da vida, no qual o ato da pesquisa se insere como estrutura material implicada e implicante (Costa & Castro, 2016).

Este presente vivo da pesquisa em Ciências Humanas e, de maneira particular, em Psicologia, se torna acessível na afetação dos corpos subjetivos vivos, usando uma terminologia de Henry (2000). Essa estrutura material implicada e implicante, afetada e afetante, pode ser observada ao se deparar com os processos de decisão em relação às perguntas, objetos e problemas de pesquisa, revelando escolhas que não se explicam ou se sustentam apenas em ilações teóricas ou de caráter epistemológico.

Muitas vezes, mais do que decisões lógicas e teóricas, elas tocam o mundo da vida sob a forma de experiência no seu sentido arqueológico de um *mover-se em um ambiente afetante* que é capaz de produzir impressões e intuições, capaz de cativar ou assustar o pesquisador. Em uma perspectiva levinasiana, isto significa sensibilidade se convertendo em ideia (Costa, 2010).

Lévinas (2011), chamando a atenção para o fato de que a intuição não é nem sensibilidade nem ideia, mas um *interregnum* de múltiplas correlações não necessariamente dependentes ou causais, mas inevitavelmente implicadas e implicantes, traz ao horizonte da reflexão a possibilidade de se pensar as razões não evidentes, mas constitutivas, que motivam e, muitas vezes, alicerçam as intuições de pesquisas.

Por que se escolhe estudar determinado tema e não outro? Quais são os fatores vitais que estão embutidos, de maneira velada ou explícita, nas construções ou relatórios de pesquisa? A pergunta pela implicação da estrutura material acaba revelando que, de certa forma, antes de se enunciarem as questões de pesquisa na linguagem, elas já produziram afetações de maneira constitutiva na vida, sob a forma de uma impressão, na qual, o pesquisador está implicado radicalmente. Antes de uma expressão sob a forma objetiva, portanto, há uma afetação na vida. (Henry, 2010)

Radicalmente entendido aqui no sentido heideggeriano de fundamento (*Grund*), raiz, aquilo que embora não possa ser enunciado de maneira apodítica pode ser assinalado no modo de ser da mostração como o horizonte constitutivo original (Heidegger, 2014). A pesquisa é o que é porque, antes de tudo, afeta, produz um incômodo na pessoa do pesquisador e compõe o horizonte de suas preocupações.

Frente a isso, a atitude do sujeito lógico das Ciências Naturais, quando aplicada irrefletidamente ao horizonte das Ciências Humanas, e, de maneira mais específica, quando aplicada às questões de Saúde, parece se construir sob a forma de um simulacro espelhado de uma intersubjetividade lógica que se constrói como reflexo especular de um si mesma.

Para tal subjetividade lógica só resta a possibilidade de uma ética formal, protocolar e apodítica, entendida aqui como ética reguladora dos limites (Scheler, 2001). Por sua vez, essa, por se assentar em uma estrutura enunciativa, designativa e modelar do mundo e não se ocupar dos seus conteúdos ou modos de vida, parece apresentar sérias limitações quando utilizada em horizontes como o das Ciências Humanas, em que as pesquisas psicológicas em Saúde se inserem. Entretanto, poderíamos perguntar as razões desses limites.

A primeira razão se erige do fato de que, no mundo da vida e das relações humanas, a intersubjetividade ética parece se construir a partir de uma alteridade que oferece resistência (Lévinas, 1982, 2010). O núcleo fundamental do compromisso ético na vida humana parece se alicerçar sobre o fato de que a condição primeira de toda a existência se encontra no epifenômeno da vida, como vida da pessoa que é dada por outros. A vida do pesquisador não encontra o seu fundamento na sua vida singular, mas sim em uma estrutura intersubjetiva originária e constitutiva.

O esquecimento desse dado constitutivo tem produzido na pesquisa, sob o ponto de vista ético, uma variação contemporânea e sutil do narcisismo grego. As superfícies dos espelhos d'água nas quais Narciso se contempla parecem estar presentes, de maneira analógica e refinada, nos protocolos de pesquisas que refletem a beleza meritória das teorias e práticas de produção e de validação do conhecimento de uma comunidade que a elas dá o nome de ciência, como já apontara Kuhn (1970).

A segunda razão parece se apoiar sobre uma impropriedade lógica que tem sua origem na sobreposição direta entre as categorias de análogo e de igual, e também na relação de sinonímia, muito presente no pensamento moderno do qual a ciência contemporânea é herdeira, ao afirmar que o real é verdadeiro e vice e versa, com ênfase Latour (2012).

O análogo, como a própria etimologia da palavra ilustra *ana-logos* (parecido no discurso) não corresponde àquilo que entendemos ontologicamente, na história do Ocidente, como igual, isto é, possuidor da mesma essência.

No que respeita a relação entre verdade e realidade, é preciso fazer outra distinção, pois, já na concepção aristotélica, verdade é sempre judicativa, isto é, se ocupa do juízo, da sentença. Por sua vez, desde os gregos, o real já era compreendido como aquilo que está encoberto e oferece resistência e só pode se tornar verdadeiro por meio do exercício do desencobrimento, *aletheia* (Aristóteles, 2014). A analogia é uma operação lógica da linguagem e por isso, não é necessariamente real porque pode ou não oferecer resistência.

No caso do sujeito lógico das Ciências Naturais, quando usado em Ciências Humanas, o que se percebe é que ele se estende ao infinito como reflexo de uma consciência igualmente projetada ao infinito e como condição de uma noetização de um presente que

simplesmente possui uma *duratio*. Essa duração é uma *ex-tensio*, como algo que se estira a partir da sua evidência monádica e apodítica que, a cada nova síntese egótica, aumenta em amplitude sob a forma de conteúdo residual de si mesmo (Husserl, 2012).

De certo modo, dentro dessa perspectiva, a subjetividade assume uma forma especular: reflexo de um reflexo *ad infinitum*. Isto se dá porque o sujeito, tomado dessa maneira, não está implicado e nem constituído como subjetividade encarnada, haja vista a sua constituição como uma categoria analítica de atividade, a saber, a de ser o sujeito que contém ativamente todos os seus predicados. Este parece ser o fundamento (*Grund*) ético do sujeito especular presente em muitas pesquisas psicológicas dentro do campo da Saúde (Henry, 2000).

O *speculo* é uma extensão ao infinito de um simulacro de realidade cuja imagem é ele mesmo. Tal fato, produz como efeito o totalitarismo monadológico e artificial, fruto da transposição inapropriada do sujeito como um atributo lógico-analógico das Ciências Naturais, para o sujeito encarnado saudável ou doente que colabora e faz pesquisas psicológicas no campo da Saúde. Esta constatação está presente, de certa forma, na denúncia de Nietzsche (2009) quando este afirma a impropriedade existente entre a transposição direta do existente ao sujeito lógico com os seus predicados.

A estrangeiridade do sujeito lógico das Ciências Naturais, quando aplicada às Ciências Humanas – particularmente às questões de saúde e adoecimento – é tão grande que o sujeito pode ser plastificado no pavilhão de espelhos, no qual ele caminha todos dias ao fazer pesquisa, e enxerga apenas os seus atributos como extensão multifacetária de si mesmo.

Outro efeito do espelho do sujeito lógico nas pesquisas em Ciências Humanas é este: quando se vai pesquisar, aquilo que se percebe, comumente, é aquilo que o campo teórico do pesquisador permite ver – a especulação parece ser uma construção especular na linguagem. Narciso se visita no infinito reflexo de seu amor! Daí ao fato de que, muitas vezes, o pesquisador passa da condição de inquiridor de uma realidade ou de uma questão que lhe incomoda a inquisidor-doutrinador de determinada tradição teórica, de modo que suas certezas se tornam o maior obstáculo para o acesso à realidade.

Nessa condição, a realidade, que deveria se mostrar a partir de si mesma, no conjunto das suas possibilidades, ao sujeito, acaba se tornando um reflexo diáfano em um espelho. A resistência inerente da alteridade do real se esmaece em prol da transparência luminosa e refletida de um sujeito. Nasce o rei sol, se instala a totalidade. Então, as “coisas mesmas” do real se torna a coisa mesma do pesquisador (Husserl, 2008).

A pesquisa nessas condições pode ser comparada ao grande espelho no quarto de Descartes, que lhe permitiu entreter-se consigo mesmo com tanta desenvoltura metódica. Se levado às últimas consequências, tal postura, dentro do horizonte das Ciências Humanas, parece produzir, salvo as devidas passagens epistemológicas, um panteísmo teórico no qual-tudo acaba sendo reflexo de um sujeito que caminha em uma galeria de espelhos epistemológica no qual a única função da realidade é a de justificar e corroborar com as máximas já presentes na teoria.

Isso produz aquilo que Lévinas (1995) chamará de comunidade de destino, na qual, qualquer realidade, dentre elas a realidade humana, está destinada a ser objeto das predicções de um sujeito. Não obstante, isso produz um efeito reverso que acaba impactando o próprio sujeito que objetiva, pois, na eticidade objetivante, o destino do sujeito é se tornar objeto, de modo que é função da comunidade de destino objetivar todos os seus sujeitos, inclusive eles mesmos, produzindo, assim, aquilo que Henry (2004) chama de esquecimento da vida e instauração do estado de barbárie.

Um modelo de ciência apenas fático, quando aplicado às realidades brasileiras das populações vulneráveis ou em situação de risco – nas quais as pesquisas vem ganhando cada vez mais espaço e importância, principalmente aquelas oriundas do campo da Psicologia Social, da Psicologia da Saúde e nos seus diálogos com a Saúde Coletiva – acabaria por produzir uma distorção no próprio cenário de construção da pesquisa, pois,

toda a multidiversidade e pluralidade do mundo da vida seria reduzido ao horizonte do dado, do fato, de uma ciência que encontra a sua inspiração procedimental nas práticas das ciências naturais, no qual a vida é anotejada dentro das categorias do dado.

Há aqui um alerta já apontado tanto por Freud (2010) em *O mal-estar da civilização* quanto por Husserl (2012) na *Crise da ciência europeia*, que é o fato do fundamento da ciência ter sido substituído por sua prática ou função metódico-tecnológica. A ciência contemporânea está deixando de ser um construto humano que busca a verdade e passando a ser uma forma sofisticada de produzir modelos de objetivação da vida. Daí a advertência husserliana ainda muito válida: “. . .Meras ciências de fatos fazem meros seres humanos de fatos.” (Husserl, 2008, p. 50).

Há no espelho do sujeito cartesiano o esquecimento de que não há *éthos* sem produção de cultura e sem acordos políticos, fazendo com que a relação ética seja profundamente marcada por uma ética do lugar, entendida, no sentido heideggeriano, como espaço de sentido e com sentido que produz um modo de ser que, em sua essência, é cuidado (Heidegger, 2012b).

Estas novas realidades com as quais a Psicologia vem dialogando nos últimos cinquenta anos se caracterizam por contextos complexos, multidisciplinares, sob a forma de uma ecologia dos saberes (Santos & Meneses, 2010), no qual, o mítico, o saber tradicional, o saber científico e a vontade de viver, no sentido mais schopenhaueriano possível, formam uma amálgama e acabam se tornando uma comunidade de interlocutores e não de destino.

Usando uma categoria levinasiana, é possível pensar que alguns modelos de ciência presentes nas pesquisas psicológicas em Saúde no Brasil estão imersos em uma espécie de torpor ou sono. Em Lévinas (2011), o sono (dormir) é a experiência que faz aparecer (emergir) a base material viva de sustentação das estruturas lógicas chamadas de ego, consciência, sujeito, *Da-sein*, etc, desmascarando-as como um equívoco lógico, entendido no seu sentido etimológico de *equus* (igual) *voce* (voz), isto é, o canto igual que leva ao engano. O canto da sereia.

Neste sentido, uma Fenomenologia mestiça, ou do Sul, opera como um exercício crítico da suspeita que nos ajuda a libertar da ingenuidade de ordem lógico-formal, e busca evidenciar ou retirar da zona de transparências os enlaces políticos e sociais presentes no processo de construção dos enunciados científicos. O sono parece enunciar que a atitude natural, tão combatida pela Fenomenologia, está presente de maneira efetiva e atuante, na estrutura constitutiva lógico-formal e em seus desdobramentos institucionais, de um sujeito entendido como sujeito ativo de suas predicções (Lévinas, 1982).

Nesse ponto, autores como Lévinas (2010), podem contribuir, de maneira profunda, com esse processo de reflexão pois, o seu ponto de partida para discutir o tema da ética é um diálogo estratégico com a tradição moderna e contemporânea expressa em pensadores como Descartes e Heidegger. O primeiro, chegou à evidência do ego por meio de um estratagema lógico-formal e de uma necessidade apodítica oriunda da geometria. O segundo chegou à evidência do existente, como existente de uma existência, que se constitui como “Se é” e como “Há”, expressões da inevitabilidade do ser sustentada no absurdo do seu contrário, o “Nada”. Se o “Nada” é absurdo o “Se é” e o “Há” são inevitáveis e necessários, isso Lévinas chama de inevitabilidade do ser que o existente enfrenta na sua existência.

Para Lévinas (2010), esse *primum factum* ontológico heideggeriano não é o ponto de partida mais anterior para a discussão da Ética e da Filosofia, porquanto há algo mais elementar e primigênio. O existente da existência é capaz de se cansar, de se fastidiar, de espreguiçar, etc., como forma de resistência à inevitabilidade da existência como “Se é” e “Há” e, conseqüentemente, como forma de resistência à luminosidade ativa do ser.

A preguiça seria como um abandonar-se sem culpa ontológica ao nada de ser. Essa resistência, na forma de abandono, faz emergir um existente que não se resume à luminosidade performática do ser, mas que lhe opõe resistência. A preguiça aponta para

um ser humano que não é apenas luminosidade, atividade, transparência, performance e razão, mas que possui uma dimensão telúrica, passiva, opaca e afetiva (volitiva e passional) – como se a importância heideggeriana da clareira (*Lichtung*) não desmerecesse a sombra distensora da Floresta Negra. Ao invés da convencional subordinação da passividade à atividade legada pela tradição aristotélica, o que se quer aqui é olhar ambas de modo correlativo (Biceaga, 2010; Ricoeur, 2014).

Há uma dimensão, para além do ego e anterior a ele que precisa ser redescoberta, e esta pode ser expressa a partir da intuição schopenhaueriana, que é a da vontade de viver, e espinoziana, que é o desejo de permanecer na existência. A dimensão da preguiça, do sono, do cansaço, revela, de maneira negativa, a resistência à linearidade do ser. Ela abre espaço para a dimensão do viver como afetação, *pathos*, como materialidade e imanência, como acordo e insistência. Realidades essas que não encontram o seu valor ético na estrutura de uma eticidade formal, tal como a kantiana, mas que se estrutura a partir da pergunta socrático-platônica do ". . . como devemos viver a vida?" (Platão, 1986: 99).

Frente a isso, parece oportuno pensar como se dá a estruturação de um conhecimento, eticamente comprometido, a partir duma outra constituição, de caráter imanente e constitutivo daquilo que, em outros níveis, é observado como práticas eticamente comprometidas de pesquisa. Para tanto, continuando o diálogo com Lévinas, nos aproximamos do pensamento de Henry para pensar o horizonte constitutivo do ser humano, à luz de uma intuição ética originária.

## A Vida como Espaço da Intriga Ética Original

A vida singular de um ser humano no mundo pode ser acessada pela experiência do gozo ou do sofrimento como um fruir impressivo, afetivo que produz uma constituição originária sob a forma de corpo subjetivo vivo (Henry, 2000).

A proposta henryniana encontra no *pathos* da vida, como *estar aberto para uma afetação* que vem do fato de se estar vivo e constituído como possibilidade no mundo, com o qual o ser humano, na sua singularidade de ser vivo, na sua vida, se encontra e é afetado por um outro, apesar de ser originalmente um familiar. Os outros dos quais a vida própria descende vai, aos poucos, se tornando e assumindo as vestes do Outrem da sociedade e do mundo, que é para com o ser humano singular um terceiro, o qual, por não ser familiar nem ser oposto, mas sim, ser o terceiro incluso na relação, pode oferecer condições ou resistências para que a ética e a justiça sejam possíveis (Lévinas, 1995; Ricoeur, 2014).

É partindo dessa relação triádica e afetiva, *eu-tu-outrem*, que se pode pensar uma ética-fenomenológica na pesquisa em ciências Humanas e de maneira particular nas pesquisas psicológicas dentro do campo da Saúde, como expressão de uma imanência autêntica, que, por ser inter-impressiva, produz não apenas vínculo afetivo, mas cultura, como lugar primordial do *ethos* e da política como espaço fundante do inter-subjetivo.

Portanto, para se pensar uma ética-fenomenológica com traços do Sul, faz-se necessário, em primeiro lugar, constituir, ou pensar, o mundo da vida como uma realidade complexa e afetiva que se origina, fundamentalmente, por laços intersubjetivos de afetação e de autoafetação (Henry, 2004).

Considerando isso, o formalismo e a linealização presente no modelo de eticidade das Ciências Naturais, quando aplicados ao horizontes das Ciências Humanas, parecem ser ainda mais impróprios, quando não indevidas, para se pensar como se dá o agir ético dentro de pesquisas com seres humanos, principalmente, aquelas feitas no campo da Saúde – campo este no qual os temas da Saúde e da vida se misturam e se completam, dado a suposição que aqueles que têm mais Saúde também possuiriam mais vida (Henry, 2004).

A possibilidade aqui apresentada e oriunda da aproximação entre o pensamento constitutivo de Henry e a intuição da alteridade de Lévinas podem oferecer ao cenário da reflexão ética no campo das Ciências Humanas e, de maneira particular, no campo das pesquisas psicológicas sobre Saúde, a oportunidade de uma ressignificação do razão de ser da ética nessas pesquisas, pois, uma vez que a ética deixa de ser uma estrutura

regulativa e passa a ser um horizonte constitutivo e originário do humano, a pergunta pelos interesses e pelos aspectos éticos das pesquisas, bem como, o comportamento ético do pesquisador deixam de ser meramente um dado protocolar (Costa & Castro, 2016) ou ainda atitudinal e passam a definir os horizontes de impacto social das próprias pesquisas.

A proposta de uma ética que se estrutura no fenômeno humano, na sua singularidade de corpo subjetivo vivo, que só pode sê-lo porque recebe a vida de outros para os quais ele está comprometido originalmente, desloca o eixo do formalismo regulativo para o horizonte de uma alteridade entendida como resistência afetiva, no qual, aquilo que será depois chamado na consciência de “eu” e dos outros encontra, já na sua estrutura constitutiva e originária, o fundamento da vida em sociedade, vida está que é imanência na própria vida e que por isso, é vinculada eticamente.

## Considerações Finais

O presente artigo buscou apresentar as primeiras intuições para a construção de uma ética-fenomenológica em pesquisa a partir do olhar “do Sul”, que se caracterizou pela consideração de que o fenômeno da experiência humana do mundo é marcada por um corte, cultural, político e ideológico que acaba modificando a forma como o fenômeno é percebido, ainda que esse seja submetido à redução fenomenológica.

Afirmar uma perspectiva Fenomenológica do Sul significa produzir uma mestiçagem entre a Fenomenológica Clássica – de base europeia que, em muitos casos, fez-se indiferente às interferências de base cultural, política e ideológica no processo de manifestação e descrição do fenômeno, como aponta Adorno (2015) – e as características dos processos de discussão dos fenômenos relacionados à Saúde dentro do contexto brasileiro e latino-americano, o qual é marcado por atravessamento de ordem política, cultural e ideológica, como apontam alguns autores (Campos et. al., 2016).

Dentre as principais intuições desse trabalho, pode-se destacar: (i) o abandono do modelo lógico-formal das Ciências das Naturezas e a distinção entre o horizonte de operação delas em relação ao das Ciências Humanas; (ii) a delimitação do ego não como fundamento, mas sim como uma posição e uma exercício de poder que é posterior ao horizonte constitutivo intersubjetivo no qual a pergunta pelo fundamento ético nasce; (iii) a proposta de se pensar o espaço de pesquisa ético como um *locus* implicativo e vital marcado por influências e decisões de caráter político, social e cultural que devem ser enunciados e considerados no processo de planejamento, execução e devolução dos resultados de pesquisas às pessoas ou grupos pesquisados; (iv) a possibilidade de proposição de um modelo de eticidade inclusivo que, muito mais que considerar ou se estruturar em uma racionalidade meios-fins, busca construir um sistema de eticidade, no qual os critérios da prevenção, promoção e manutenção da vida sejam tomados como ideais regulativos de toda prática de pesquisa e de construção de protocolos éticos.

Esta pesquisa não pretende ser conclusiva nem exaustiva com relação ao tema de uma proposta ético-fenomenológica do Sul, contudo visa apontar caminhos, principalmente no que toca ao uso de modelos de eticidade de inspiração fenomenológica em campos como o da Psicologia.

Há ainda a necessidade de se explicitar e melhor fundamentar como se dá o *modus operandi* dessa proposta, contudo, essa produção se ocupou apenas de apontar para os fundamentos ou princípios norteadores de uma discussão maior, ainda por vir.

## Referências

- Adorno, T. W. (2015). *Para a metacrítica da teoria do conhecimento*. São Paulo: UNESP.
- Arendt, H. (2009). *A promessa da política*. [S.l.]: Difel.
- Aristóteles. (2014). *Ética a Nicômaco*. São Paulo: EDIPRO.

- Biceaga, V. (2010). *The concept of passivity in Husserl's Phenomenology*. London; New York: Springer.
- Campos, G. W. S., Bonfim, J. R. A., Minayo, M. C. S., Akerman, M., Junior, M. D., & Carvalho, Y. M. (orgs). (2016). *Tratado de Saúde Coletiva*. (2a ed.). São Paulo: Hucitec.
- Castro, G. J. M. de, & Costa, M. L.. (2018). A Invenção do Sujeito. *Psicol. Cienc. Prof.*, Brasília, 38(2), 391-402. doi:10.1590/1982-3703003012017.
- Costa, M. L., & Castro, G. M. (2016). Atravessamento ético-político na experiência em pesquisa em História Social da Psicologia. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 16, 277-294.
- Costa, M. L. (2010). *Lévinas: Subjetividade, intersubjetividad y ética*. Universidad San Bonaventura.
- Descartes, R. (1973). *Discurso do Método*. Para bem conduzir a própria razão e procurar a verdade nas ciências. São Paulo: Abril.
- Freud, S. (1969). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In J. Strachey (Ed.) & J. Salomão (Trad.). *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 7, pp. 119-231). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (2004). Pulsões e destinos da pulsão. In L. A. Hanns (Ed. e Trad.). *Obras Psicológicas de Sigmund Freud: Escritos sobre a psicologia do inconsciente* (Vol. 1, pp. 133-173). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (2010). *O mal estar da civilização e outros textos*. 1930-1936. São Paulo: Companhia das Letras.
- Heidegger, M. (2012a). *Os problemas fundamentais da Fenomenologia*. Petrópolis: Vozes, 2012
- Heidegger, M. (2012b). *Ser e tempo*. Petrópolis: Vozes.
- Heidegger, M. (2014). *Seminarios de Zollikon*. Madrid: Herder Editorial.
- Henry, M. (2000). *Incarnation. Une philosophie de la chair*. Paris: Seuil.
- Henry, M. (2004). *La Barbarie*. Paris: Puf.
- Henry, M. (2010). *Phénoménologie de la vie*. (Vol. I). Paris: PUF.
- Henry, M. (2011). *L'essence de la manifestation*. Paris: PUF.
- Hicklamert, F., & Jimenes, H. (2008). *Hacia una economia para la vida: Preludio a una reconstrucción de la economia*. Costa Rica: Editorial Tecnológico de Costa Rica.
- Husserl, E. (1996). *Recherchers phénoménologiques pour la constitution*. (Vol. 2). Paris: PUF.
- Husserl, E. (1998). *De la Synthèse passive*. Paris: Millon.
- Husserl, E. (2001a). *Die Bernauer Manuskripte über das Zeitbewusstsein (1917/18)*. Dordrecht: Kluwer academic Publisher.
- Husserl, E. (2001b). *Meditações Cartesianas: Introdução à Fenomenologia*. São Paulo: Madras.
- Husserl, E. (2002). *Zur phänomenologischen Reduktion*. Texte aus dem Nachlass (1926-1935), (Husserliana XXXIV). Dordrecht.
- Husserl, E. (2004). *Idées directrices pour une phénoménologie et une philosophie phénoménologique pures*. Livre Second. Paris: PUF.
- Husserl, E. (2006a). *Expérience et Jugement*. Paris: PUF.
- Husserl, E. (2006b). *Späte Texte über Zeitkonstitution (1929-1934)*. Die C-Manuskripte (Husserliana Materialien VIII). Dordrecht: Springer Verlag.



- Husserl, E. (2008). *La crisis de las ciencias europeas y la fenomenología trascendental*. Buenos Aires: Prometeo Libros, 2008.
- Husserl, E. (2012). *A crise das ciências europeias e a fenomenologia transcendental: Uma introdução à Filosofia Fenomenológica*. Rio de Janeiro: GEN.
- Kuhn, T. S. (1970). *The Structure of Scientific Revolutions*. (2nd ed. enlarged). Chicago and London: University of Chicago Press.
- Latour, B. (2012). *Enquête sur les modes d´existence: Une anthropologie des Modernes*. Paris: La Découverte.
- Lévinas, E. (1982). *Éthique et Infini*. Paris: Fayard.
- Lévinas, E. (1995). *Altérité et Transcendance*. Paris: Fata Morgana.
- Lévinas, E. (2010). *Totalité et Infini: Essai sur L´ exteriorité*. Kluwer Academic.
- Lévinas, E. (2011). *Autrement qu´ être ou au-delà de l´ essence*. Paris: Kluwer Academic.
- Martín, J. S. (2017). Phenomenology and the Other: Phenomenology Facing the Twenty-First Century. In: R. Walton, S. TAGUCHI & R. Rubio, R. (eds.). *Perception, Affectivity, and Volition in Husserl's Phenomenology*. (pp. 178-195). Cham (Switzerland): Springer.
- Nietzsche, F. (2009). *Para além do Bem e do Mal*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Platão. (1986). *Diálogos IV. República*. (C.E. Lan Trad.). Madrid: Gredos.
- Ricoeur, P. (2014). *O si-mesmo como outro*. São Paulo: WMF Martins Fontes.
- Santos, B. S., & Meneses, M. P. (orgs). (2010). *Epistemologias do Sul*. São Paulo: Cortez.
- Spiegelberg, H. (1994) *The phenomenological movement*. Norwell, MA: Kluwer Academic Publishers.
- Scheler, M. (2001). *Ética: Nuevo ensayo de fundamentación de um personalismo ético*. Madrid: Caparrós Editores.
- Valério, P. H. M., & Barreira, C. A. (2015). Arqueologia fenomenológica, fenomenologia genética e psicologia: rumo à gênese das manifestações culturais. *Psicologia USP*, 26(3), 430-440. doi: 10.1590/0103-656420140075.
- Weber, M. (1999). *Economia e sociedade. Fundamentos da sociologia compreensiva*. São Paulo: EUB.
- Wondracek, K. H. K. (2010). *Ser nascido da vida: A fenomenologia de Michel Henry e sua contribuição para a clínica*. (Tese de doutorado). Instituto Ecumênico de Pós-Graduação em Teologia, Escola Superior de Teologia São Leopoldo.



## Os matizes do cuidado nas políticas públicas de saúde brasileira

**Rosângela Fernandes Pinheiro Nantes**

Universidade Católica Dom Bosco – UCDB  
Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia – PPGPsi  
Grupo de Pesquisa Ética e Cuidado em Saúde Mental  
Campo Grande, MS - Brasil  
rosa.nantes@hotmail.com

**Gillianno J. M. Castro**

Universidade Católica Dom Bosco – UCDB  
Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia – PPGPsi  
Grupo de Pesquisa Ética e Cuidado em Saúde Mental  
Campo Grande, MS - Brasil  
gillianno@gmail.com

**Elizabeth Gonçalves Ferreira Zaleski**

Universidade Católica Dom Bosco – UCDB  
Curso de Graduação Bacharelado em Enfermagem  
Grupo de Pesquisa Ética e Cuidado em Saúde Mental  
Campo Grande, MS - Brasil  
zaleski.msi@terra.com.br

---

URL : <https://www.unilim.fr/trahs/1090>

DOI : 10.25965/trahs.1090

Licence : CC BY-NC-ND 4.0 International

---

O tema do cuidado no âmbito das políticas públicas de saúde não toca apenas a dimensão político-institucional, mas tem impacto direto e performático no cotidiano das pessoas, de forma constante, durante o ciclo de vida. Com este estudo bibliográfico com caráter exploratório-descritivo de abordagem qualitativa, buscamos compreender, analisar e discutir os diferentes matizes e racionalidades do cuidado e como essa categoria emerge nos documentos das políticas públicas de saúde, a fim de clarificar como o Estado brasileiro se apropria, ou não, dessa temática na prestação de serviços públicos de saúde. Os resultados mostram que o cuidado assegurado pelo Sistema Único de Saúde, considerado modelo em razão do seu caráter singular e democrático, por garantir acesso universal e igualitário a todos os brasileiros, vem sendo desenvolvido de forma gradual, buscando-se inclusão e homogeneidade nas ações de prevenção, promoção e manutenção da saúde e de seu fundamento, que é a vida. Nota-se, porém, um descompasso entre princípios inspiradores da política, bem como uma assimetria entre as práticas de cuidado, ocorrendo um desgaste não só do sistema de saúde, mas dos operadores do cuidado, bem como, da população atendida, sendo necessário repensar o cuidado focado no âmbito de um sistema de apoio que seja dignamente possível e viável a todos.

Palavras-chave: cuidado, práticas de cuidado, Políticas Públicas de Saúde.

La thématique de la prise en charge, dans le contexte des politiques publiques de la Santé, touche non seulement la dimension politico-institutionnelle mais elle a également un impact direct et durable sur la vie des gens. Il s'agit, ici, d'une étude bibliographique exploratoire et descriptive d'approche qualitative où les auteurs veulent comprendre,

analyser et discuter certaines pratiques de la prise en charge et voir comment elles apparaissent dans les documents ayant trait aux politiques de santé publique afin de montrer l'engagement, ou pas, de l'État brésilien dans la gestion du service public de santé. Les résultats prouvent que les soins prodigués à travers le Système de Santé Unique (SUS), considéré comme un modèle en raison de son caractère singulier et démocratique, parce qu'il garantit un accès à tous les Brésiliens, de façon égale, continue progressivement à se développer tout en l'inclusion et homogénéité des actions de prévention, de promotion et de maintien de la santé et de son fondement, la vie. On remarque, cependant, un écart entre les principes qui ont inspiré cette politique ou plutôt une asymétrie entre les pratiques de prise en charge qui débouchent sur un essoufflement du système de santé, des acteurs de la prise en charge ainsi que de la population qui en bénéficie, ce qui nous amène à vouloir repenser ce système pour qu'il soit finalement accessible à tous de façon digne et viable.

Mots-clés : soins, pratiques de prise en charge, politiques publiques de santé

El tema del cuidado en el ámbito de las políticas públicas de salud, no discute sólo a la dimensión político-institucional, pero tiene impacto directo y performático en el cotidiano de las personas, de forma constante, durante el ciclo de vida. Se trata de un estudio bibliográfico con carácter exploratorio-descriptivo de abordaje cualitativo, donde pretendemos comprender, analizar y discutir los diferentes matices y racionalidades del cuidado y cómo esa categoría emerge dentro de los documentos de las políticas públicas de salud, a fin de clarificar cómo el Estado brasileño se apropia o no de esa temática, en la prestación de servicios públicos de salud. Los resultados demuestran que el cuidado asegurado dentro del Sistema Único de Salud (SUS), considerado modelo en razón de su carácter singular y democrático, por garantizar el acceso universal e igualitario a todos los brasileños, viene siendo desarrollado de forma gradual, buscando la inclusión y la homogeneidad de las acciones de prevención, promoción y mantenimiento de la salud y de su fundamento, que es la vida. Sin embargo, es posible notar un desajuste entre principios los inspiradores de la política, además de una asimetría entre las prácticas de cuidado, ocurriendo un desgaste no sólo del sistema de salud, sino de los operadores del cuidado, así como de la población atendida, siendo necesario repensar el cuidado enfocado en un sistema de apoyo que sea dignamente posible y viable a todos.

Palabras clave: cuidado, prácticas de cuidado, Políticas Públicas de Salud

The issue of care in the context of Public Health Policies, not only touches on the political-institutional dimension, but has a direct and performative impact on the daily lives of people, constantly, throughout the life cycle. This is an exploratory-descriptive bibliographic study of a qualitative approach, where we intend to understand, analyze and discuss the different nuances and rationalities of care and how this category emerges within the public health policy documents, in order to clarify how the Brazilian State appropriates this subject or not, in the provision of public health services. The results show that the care provided within the Unified Health System (SUS), considered a model due to its unique and democratic character, to guarantee universal and equal access to all Brazilians, has been developed gradually, seeking the inclusion and the homogeneity of the actions of prevention, promotion and maintenance of health and its foundation, which is life, however, it is possible to note a mismatch between principles inspiring politics, and an asymmetry between care practices, occurring not only of the health system, but also of the caregivers, as well as the population served, and it is necessary to rethink the care focused on a support system that is worthily and feasible for all.

Keywords: care, care practices, public health

## Introdução

Abordar o tema do cuidado no âmbito das políticas públicas envolve compreender que a reflexão sobre os processos de institucionalização e regulação de uma prática de cuidado coletiva, expressa sob a forma de política pública de saúde, não toca apenas a dimensão político-institucional, mas tem impacto direto e performático no cotidiano das pessoas, de forma constante, durante o ciclo de vida. Muito mais que instituições e procedimentos de cuidado, o ambiente no qual se cuida e se é cuidado é o mundo da vida no conjunto de implicações, vinculações e possibilidades.

Contudo, cabe perguntar: Como opera o cuidado expresso por meio de políticas de regulação e manutenção da vida da população – e particularmente, a população brasileira? É esta a pergunta que norteará este estudo que pretende abordar quais são os matizes que o cuidado e suas práticas vêm adquirindo nas políticas públicas de saúde.

O cuidado em saúde vem atualmente sendo associado à perspectiva de dedicar atenção ou dirigir intervenções ao indivíduo ou grupo, de maneira a envolver um conjunto de ações e comportamentos tecnicamente orientados para o bom êxito de determinado tratamento. Tal perspectiva, se observada profundamente, parece orientar-se por uma lógica de caráter weberiano que afirma uma racionalidade meios-fins na qual o produto está focado na performance ou em outras palavras, na eficiência e eficácia dos processos e métodos de intervenção.

Nos últimos anos, as modulações do cuidado em saúde estão sendo pensadas dentro de uma perspectiva biopsicossocial, que tem como critério regulador a produção de vida e de saúde. Tais modulações têm passado por contínua reconstrução das práticas, intentando cada vez mais que os indivíduos ou populações que vivenciam os efeitos da implantação dessa política possam buscar e construir novos horizontes de significação a respeito de si, do outro e do mundo. Tal fato tem como efeito a ressignificação do que compreendemos por saúde, doença, qualidade de vida, autonomia, buscando garantir um espaço relacional para além do saber-fazer científico/tecnológico (Cruz, 2009; Pereira, Barros & Augusto, 2011).

Não raro, é possível depararmos com formas de não cuidado, seja em relação à própria pessoa ou ao outro, situações estas que podem influenciar a capacidade dos serviços públicos de saúde de responder adequadamente às demandas individuais e coletivas que lhes são dirigidas, gerando sentimentos de insatisfação, insegurança, impotência e menos-valia, que acabam por interferir também na produção de saúde (Ayres, 2017; Rodrigues, Lima & Roncalli, 2008).

Cuidar em saúde significa ir além da construção de um objeto. As práticas de cuidado, pensadas como processo de promoção, manutenção e prevenção da saúde e da vida devem estar estruturadas sob uma racionalidade e uma praxeologia com foco tanto em processos institucionais (como a quantidade de unidades em relação a uma demanda populacional, muitas vezes alicerçado em resposta a um perfil geográfico ou territorial) quanto em habilidades relacionais (como a capacidade de acolher, dialogar, refletir criticamente, transformar criativamente os modos de ver, sentir e pensar, em prol da emancipação da pessoa).

Nesse aspecto, há aqui uma pretensão de construção de uma realidade e de um paradigma antropológico que pressupõe que cada pessoa é um projeto a ser construído em um contexto chamado mundo da vida, que possui uma dimensão individual e outra coletiva que condicionam as experiências vitais de construir-se de maneira saudável ou não.

Não obstante, apesar da busca de mudança de paradigma no contexto da Saúde, que lida tão próxima e cotidianamente com a vida, ainda é perceptível que no contexto atual, marcado por assimetrias de longa data, pensar o cuidado também dando voz a perspectivas subjetivas negligenciadas, oprimidas ou desconhecidas (Ayres, 2017).

Este estudo volta os olhos ao cuidado em saúde, buscando compreender seus diferentes matizes e racionalidades, pretendendo analisar e discutir como essa categoria emerge em

documentos das políticas públicas de saúde, a fim de, clarificar como o Estado se apropria ou não dessa temática na prestação de serviços públicos de saúde.

Para tanto, consideraremos o conceito de cuidado à saúde sob três aspectos: 1.º) *como prática objetiva por meio de ações*, serviços e sistemas de saúde destinados a indivíduos e coletividades a partir de encontros e relações entre pessoas, conforme necessidades e oferecimentos, atravessadas pelas dimensões *tecnocientíficas*, prática essa validada não só pela comprovação científica, mas pela eficácia nas intervenções e procedimentos aplicados; 2.º) sob o aspecto *subjetivo-relacional*, em que a compreensão do cuidado se desenvolve num tempo contínuo, onde o saber profissional aliado à tecnologia necessária abre espaço à negociação e inclusão do saber, do afeto e das necessidades do outro; 3.º) sob o aspecto *sociopolítico*, que visa transformações estruturais na organização social, de modo a ampliar o grau de autonomia das pessoas e o exercício da cidadania (Cruz, 2009).

## Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, com análise de leis, decretos, portarias e manuais que estabelecem e implementam as políticas públicas em saúde vigentes no Brasil. Também se utilizaram artigos indexados nas bases de dados eletrônicas SciELO, LILACS e Medline, utilizando os descritores ‘atenção em saúde’, ‘cuidado’ e ‘política pública’. Cabe ressaltar que será também analisada a Constituição Federal da República do Brasil.

## O Cuidado e as Políticas Públicas em Saúde

Ao pensarmos em política pública em saúde e cuidado no Brasil, cabe ter em mente que as ações e os serviços de saúde passaram por modificações ao longo de sua história, do período colonial ao presente. Um recorte temporal revela períodos no início do século XX caracterizados por total ausência de ações voltadas à saúde da população e pela ocorrência de surtos epidêmicos, mas também pela realização de campanhas sanitárias e de alguns programas especiais que incluíam o tratamento da tuberculose, da hanseníase e de problemas materno-infantis, entre outros (Paim, 2003).

Nessa trajetória, a atuação do Estado brasileiro esteve voltada a aspectos econômico-desenvolvimentistas, enquanto o cuidado dispensado à população nas ações da saúde pública permanecia em segundo plano. Em razão das grandes epidemias, buscou-se uma saúde focada no sanitarismo, sendo o modelo adotado o campanhista, voltado a reduzir doenças endêmicas e epidêmicas por meio de campanhas de âmbito nacional. Dispôs-se também de uma assistência médica nos moldes previdenciários, em que se obrigava os usuários a comprar serviços de profissionais liberais (Mendes, Garcia, Oliveira & Fernandes, 2011; Paim, 2003).

As políticas públicas de saúde no país evoluíram segundo as necessidades de cada época, marcando-se por um processo de esgotamento econômico e crise política. No final da década de 1970 incrementaram-se os questionamentos sobre a política social governamental, em especial quanto aos efeitos do modelo de desenvolvimento sobre a saúde da população. Configurou-se assim um movimento pela redemocratização da saúde, ou movimento pela reforma sanitária (Mendes et al., 2011).

Pensado como processo de transformações modernizador e democratizante, esse movimento foi fruto de lutas e mobilização dos trabalhadores de saúde, articulado a um movimento popular, promovendo amplo debate na busca de respostas aos dilemas e mazelas do sistema de saúde então vigente, na perspectiva de sua reversão (Mendes et al., 2011; Paim, 2003).

Em 1978, na Conferência Mundial de Saúde promovida pela Organização Mundial de Saúde em Alma-Ata, aprovou-se a proposta de priorização e expansão da atenção primária em saúde, coincidindo com a necessidade interna do Brasil em ampliar as ações de atenção médica de baixo custo para as populações menos favorecidas das periferias urbanas e

zonas rurais. Assim, buscou-se no país remodelar a atenção à saúde colocando-a em destaque na agenda política nacional (Paim, 2003).

Foi a partir de 1986, no entanto, com a VIII Conferência Nacional de Saúde, considerada ponto de inflexão na construção do sistema de saúde brasileiro, que foram enunciados definitivamente os princípios e diretrizes que deveriam nortear a remodelação desse sistema, que foi redenominado Sistema Único de Saúde (SUS). Tais princípios passariam a integrar a nova Constituição Federal, de 1988.

A partir de então, o Brasil passou a empreender mudanças no modelo de saúde público, promovendo uma travessia desde o antigo modelo de seguro social (modelo médico-assistencial privatista), que excluía a maioria da população, pois beneficiava apenas os trabalhadores com registro em carteira de trabalho e que contribuíssem para a Previdência Social, para um modelo de seguridade social, que garantiu acesso aos serviços de saúde independentemente de qualquer tipo de contribuição. Também patrocinou-se a inversão do modelo curativo de assistência para outro que privilegia a promoção, prevenção, atenção integral, individual e coletiva, das ações e serviços de saúde (Mendes et al., 2011; Rolim, Cruz & Sampaio, 2013).

A criação do SUS permitiu ampliar o olhar para a coletividade, de modo que seus princípios e diretrizes fossem compreendidos a partir de uma perspectiva histórico-epistemológica, constituindo-se como fruto de um longo processo político, que hoje expressa as concepções sobre saúde e doença, direitos sociais, gestão e relações entre os entes federados do país, a fim de assegurar o pleno exercício do direito fundamental à saúde (Matta, 2007; Rolin et al., 2013).

No que tange ao cuidado em saúde, observa-se que a Constituição Federal está inspirada pelo cuidado com o ser humano. Seu preâmbulo já enuncia que sua finalidade é assegurar “. . .o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos.” (Brasil, 1988).

A carta magna brasileira prioriza a dignidade da pessoa, a liberdade, a igualdade, a segurança, a proteção, a assistência e a inviolabilidade do direito à vida, a qual se pode descrever como um bem maior, pois sem ela não há existência. O direito à saúde está, em suma, imbricado no direito à vida.

A base constitucional do SUS encontra-se expressa no título VIII da Ordem Social, capítulo II da Constituição, que o integra conceitualmente à denominação de Seguridade Social, estabelecendo as regras fundamentais do conjunto de atuações de incumbência dos poderes públicos e da sociedade, com o comprometimento em assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social, estabelecendo nos artigos 196 a 200, os princípios e diretrizes do SUS (Brasil, 1988).

A lei federal 8.080, de 19 de setembro de 1990, regulamentou as disposições constitucionais, reafirmando que a saúde é um direito fundamental do ser humano, sendo dever do Estado assegurar as condições necessárias a seu pleno exercício, através da formulação e execução de políticas econômicas e sociais destinadas à promoção, proteção e recuperação da saúde. Com isto, deu efetividade jurídica ao SUS, abrangendo o “. . .conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público.” (Brasil, 1990).

O SUS está amparado por um conceito ampliado de saúde, que inclui condicionantes econômicos, sociais, culturais e bioecológicos, com vistas a garantir acesso integral, universal e gratuito a toda população do país, ancorado nos princípios doutrinários que conferem ampla legitimidade ao sistema – *universalidade, equidade e integralidade* – e organizado por diretrizes – hierarquização, regionalização, descentralização e participação popular – que detalham tanto a organização como o funcionamento do sistema, buscando direcionar todas as políticas e ações que tratam de saúde no país (Brasil, 1990).

Dos princípios e diretrizes estabelecidos no artigo sétimo da legislação que rege o sistema de saúde brasileiro, o primeiro focalizado é o princípio da universalidade, que pressupõe o acesso universal a qualquer pessoa em território brasileiro, eliminando barreiras jurídicas, econômicas, culturais e sociais e independentemente de qualquer tipo de contribuição financeira, nos mais diversos níveis de complexidade.

O princípio da integralidade contempla um conjunto de ações de promoção, de prevenção de riscos, agravos e doença, de assistência do cuidado e da recuperação da saúde, de forma integrada aos diversos níveis de atenção, tanto individual quanto coletivamente.

A integralidade não diz respeito somente à assistência das ações de saúde, mas, na perspectiva da totalidade do ser humano, entende-se que as práticas de atenção à saúde voltadas a atender as necessidades do ser humano não alcançarão resultados impactantes se forem realizadas de forma fragmentada, sendo necessário, portanto, perceber o indivíduo de forma integral (Silva, 2015).

A equidade envolve o dever de garantir as ações e serviços com igualdade de oportunidades, conforme a necessidade de cada pessoa.

Quanto a seus princípios organizativos, verifica-se preocupação com o cuidado em termos de hierarquização e regionalização, bem como de descentralização e participação popular. Ao buscar hierarquizar, as ações são desenvolvidas em níveis crescentes de complexidade, procurando-se garantir acesso aos serviços requeridos em cada caso, dentro de uma área geográfica delimitada, planejados a partir de critérios epidemiológicos e com definição e conhecimento da população a ser atendida (Brasil, 1990).

A descentralização visa a redistribuição de poder e responsabilidade nas três esferas de governo, com vistas à prestação de serviços com qualidade e garantindo controle e fiscalização pelos cidadãos.

Regulamentando a participação popular no âmbito do SUS, a lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, define os conselhos de saúde (federal, estadual e municipal) como órgãos de controle social, de caráter deliberativo, responsáveis pela formulação de estratégias, controle e avaliação da execução política de saúde no país. O cuidado está implícito quando torna a população responsável pelas ações de saúde a serem dispensadas a todos.

Cabe ressaltar que, mesmo amparada legalmente, a participação dos cidadãos nas principais decisões sobre as políticas públicas de saúde não está ainda efetivada em sua plenitude. Contribuem para isto a desinformação e a presença de interesses múltiplos para que a população não saiba que tem direitos e que pode exigi-los, sendo necessário instituir e proporcionar condições para que a democracia participativa se efetive na prática e que a sociedade civil se torne protagonista nesse processo de controle social (Rolin et al., 2013).

Analisaremos agora a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instituída pela portaria 2.436/GM, de 21 de setembro de 2017, que estabelece a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica no país.

A atenção básica, considerada porta preferencial de acesso ao SUS, incide sobre um território adstrito, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral por meio de práticas de cuidado longitudinal nos diversos ciclos de vida, de forma individual e coletiva, fundamentando-se na promoção de saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, reabilitação e redução de danos, privilegiando a relação direta com as pessoas, o acolhimento humanizado e o respeito à autonomia e às singularidades socioeconômicas e culturais de cada um (Brasil, 2017).

Ao analisarmos como o tema do cuidado emerge na PNAB, constata-se que a atenção básica é ali considerada “porta de entrada” do sistema, o que sinaliza um ato de cuidado, ao anunciar à população que esta tem garantia de acesso, que será acolhida e que os serviços estarão disponíveis quando se fizerem necessários, conforme o grau de complexidade requerido a cada caso.

No entanto, o cotidiano difere do que está expresso na política de saúde, pois apesar da existência de uma porta de acesso por meio da atenção básica, há interposição de diversas

barreiras ao acesso aos serviços, tais como o não esgotamento dos recursos no primeiro nível de atenção antes do encaminhamento para níveis mais complexos, que são frequentes e refletem a pouca utilização da tecnologia leve e a queima de etapas no processo de cuidado em saúde (Gawryszewski, 2012).

Não obstante, o que pode isso nos dizer com relação às racionalidades operantes? Ao observarmos a história ou o processo de construção da política pública de saúde no Brasil, nota-se o pressuposto da inclusão e da homogeneidade. A criação do SUS não diz respeito apenas a uma estratégia inclusiva para a população, e particularmente para as minorias vulneráveis, mas também aponta um princípio homogeneizador que remete a uma identidade nacional, ou seja, um único povo, um único sistema de saúde – logo, uma única saúde ou modelo de saúde para todos.

Com a criação da atenção básica, outro aspecto se torna digno de nota, pois esta parece, em seus princípios, replicar aquilo que Hinkelammert (1996) chama de racionalidade reprodutiva da vida, isto é, uma racionalidade que busca garantir “. . . as condições de possibilidade da vida humana.” (p. 22), para que se possam manter e desenvolver as estruturas fundamentais de autossustentação e regulação.

O fato de o cotidiano dessas práticas apontar para outra realidade parece revelar que aquilo que na concepção se aproxima de uma lógica da reprodutibilidade da vida assume, na prática, a linearidade de uma lógica meios-fins, de modo tal que as práticas de cuidado e de manutenção e promoção da saúde da população acabam sendo tomadas como finalidades a alcançar.

A saúde e a vida de uma pessoa ou população não constituem um fim que se possa garantir pelo cálculo procedimental controlado dos meios, pois, se assim fosse, tal fim que ser comparável a outros, sejam eles parciais ou não. Quando, por exemplo, um doente precisa de uma cirurgia cardíaca para sobreviver, a opção “não fazer a cirurgia” não se torna possível: a ausência de cirurgia se traduzirá em ausência de vida. Portanto, a única opção é realizar a cirurgia e afirmar a vida. O cuidado em saúde é uma das estratégias para se conseguir isso. A estratégia não é um fim em si, mas a possibilidade mesma que garante que os fins ou finalidades sejam alcançados.

Quando as práticas de cuidado oriundas da política pública de saúde se baseiam em uma racionalidade meios-fim, o resultado que se observa não é a reprodução e afirmação de estados de saúde. Em vez disso, a situação que se observa é, valendo-nos de uma metáfora, a de uma pessoa sobre uma escada serrando com um serrote afiado o degrau que a sustenta. Serrar de maneira eficiente e eficaz representa nessa imagem a racionalidade meios-fins, operando em contextos nos quais a lógica da reprodutibilidade e afirmação da vida são condicionados por processos de produção ou satisfação das necessidades que garantem as condições de possibilidade da vida humana.

Outro fator analisado versa sobre a necessidade de que o campo de atuação ocupe espaço adstrito, com população quantificável. Acreditamos ser esse um elemento facilitador no desenvolvimento de vínculo e responsabilização entre os membros da comunidade e os profissionais de saúde, para o desempenho de suas atividades.

O respeito a autonomia e às singularidades das pessoas é outra demonstração de cuidado, assim como a resolutividade, com vistas a coordenar o cuidado, acompanhando, organizando e reconhecendo as necessidades de saúde da população do território de atuação.

Neste aspecto, o cuidado longitudinal pressupõe a construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador de saúde ao longo do tempo e de modo contínuo, buscando favorecer o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construindo um potencial terapêutico. A construção desse vínculo visa evitar a perda de referências e minimizar riscos iatrogênicos decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado.

Ao estabelecer-se vínculo e responsabilização pelo outro, torna-se possível verificar o cuidado operando, pois este deve estar presente em todos os aspectos da vida, em um



movimento em direção a algo ou a alguém que é motivo de interesse ou preocupação, privilegiando a escuta, o acolhimento, o diálogo e a negociação em todos os aspectos de sociabilidade humana, para promoção e gestão de um cuidado que respeite o ser humano em todas as suas condições e fragilidades (Waldow, 2008; Deslandes, 2005). Esse parece ser um caminho para a construção de uma racionalidade do cuidado capaz de promover a vida e a saúde.

Quando o profissional da saúde pretende relacionar-se com o *Outro* a partir de uma lógica procedimental, dá-se conta de que não compreende outrem. É a própria responsabilidade pelo *Outro* e pelos *Outros* que exige o movimento do profissional da saúde, a sensibilidade do face a face para a objetividade e universalidade. É na relação com o *Outro* que o profissional da saúde percebe a infinitude presente na proximidade, nota que no plano de uma estratégia procedimental de manutenção de condições meios da saúde e da vida não há respostas prontas que se encaixam em um rosto. Ter consciência disso é já encontrar-se a serviço de outrem, é saber que, como profissional da saúde, utilizará conhecimentos universais para garantir que a vida do outro seja possível (Lévinas, 2004).

Desta feita, conforme salienta Lévinas (2004) devemos buscar incessantemente a integração com o exercício da alteridade; na relação pessoal do “eu com o outro”, frente a um acontecimento ético condizente com a responsabilidade, misericórdia, generosidade; percebendo as diferenças entre as pessoas, enxergando no “rosto do outro” nossa própria condição humana, promovendo a inversão do valor do “em-si e do para si”, do “cada um por si”, em um eu ético, em prioridade do “para-outro”, como uma responsabilidade “irrecusável e incessável” pelo outro, livre de segregação, exclusão preconceitos, reconhecendo “o outro” como sujeito de direitos iguais aos nossos.

No entanto, considerando-se o atual estágio de desenvolvimento da humanidade, sob o jugo de uma economia de mercado, entendemos que as pessoas estão sendo cada vez mais reduzidas a meros meios para se alcançar determinados fins. Tal fenômeno reflete-se nas práticas cotidianas nos serviços de saúde, que vêm enfrentando uma série de conflitos relacionados ao cuidado, apontando a necessidade de uma reconfiguração nas propostas de humanização e integralidade no cuidado em saúde (Ayres, 2017; Silva, 2015).

Há uma transformação da agir ético a partir do critério de consumo, que paulatinamente vem ganhando força nas práticas de saúde. Muitas vezes é possível observar que no âmbito da práxis, a política pública de saúde passa de uma prática de promoção e manutenção da vida para uma prática de promoção e manutenção de uma máquina de saúde, ou de uma instituição econômica-política que operacionaliza a saúde.

Tal perspectiva pode ser observada sob vários aspectos, tais como a influência da indústria farmacêutica no processo de decisão do uso de determinado medicamento prescrito aos pacientes; a indústria das cirurgias; o aumento vertiginoso da terceirização da saúde, por meio dos planos de saúde privados e convênios.

Tais atitudes são confirmadas por pesquisas que apontam conduta inadequada dos profissionais, demoras no atendimento, descompromisso ético com a vida e baixa efetividade nas ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, gerando insatisfação e insegurança. A prática de um cuidado marcado pelo desprezo à vida contribui para uma expressão inconstitutiva do cuidado, sendo eminente um processo de trabalho marcado por uma prática humanizada e ética, vinculada ao exercício da cidadania e valorização da pessoa, pois, à medida que destituímos o ser que é cuidado de suas experiências subjetivas, negamos seu próprio viver e saber (Lima, Arcieri, Garbin, Moimaz; & Saliba, 2014; Rodrigues et al., 2008; Silva, 2015).

Diante do descuido e da desumanização das ações de saúde desenvolvidas no âmbito do SUS, e considerando a necessidade de assegurar cuidado digno à condição humana, o Ministério da Saúde, em 2003, elevou a humanização da saúde ao *status* de política pública, instituindo a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH), objetivando tornar as práticas de atenção e gestão mais humanizadas e comprometidas com a defesa da vida (Brasil, 2010).

A Política Nacional de Humanização está fundamentada em três princípios estruturantes: a *transversalidade*, que pressupõe o reconhecimento e integração das diferentes especialidades e práticas de saúde de forma corresponsável entre os sujeitos e serviços; a *indissociabilidade*, que considera existir uma relação entre atenção e gestão, onde a tomada de decisões deve levar em conta as reais aspirações de todos os agentes envolvidos; e o *protagonismo e autonomia dos sujeitos e coletivos*, que são construídos de forma concreta com a ampliação da autonomia e da vontade das pessoas envolvidas, que compartilham responsabilidades e atuam na produção de saúde (Brasil, 2010).

Se a humanização é uma característica do ser humano, por que foi necessário instituir uma política pública para “humanizar o humano”? Conforme revela Waldow (2008), a humanização deve estar presente em todos os aspectos da vida, pois o ato de cuidar humaniza o ser (o humano). Pressupõe movimento em direção a algo ou a alguém, que é motivo de preocupação, compartilhamento, respeito, confiança e interesse, bem como de atenção pelo outro e para o outro.

Pensar no *Outro* é pensar em um acontecimento ético, é experimentar o recebimento do *Outro* em mim, é ser capaz de desdobrar-se em direção ao *Outro*, de não tematizá-lo em meu mundo, mas sim compartilhar meu mundo com o *Outro*. Isto é doação, é o primeiro gesto ético. Isto é cuidado (Costa, 2000).

Nos princípios da PNH, vislumbra-se a necessidade de ponderar sobre o caráter relacional do cuidado, que exige sempre a presença de um cuidador (eu) e de quem precisa desse cuidado e o recebe (*Outro*), e perceber o *Outro* é uma atitude profundamente humana; ou seja, é ser para o *Outro*.

Nesta ótica, é possível observar o cuidado dentro dos eixos temáticos da PNH, quando se constata a valorização dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores); na formação dos profissionais e estímulo da autonomia e do protagonismo; no aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde; no estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão e na identificação das necessidades sociais de saúde.

Embora se constatem os avanços alcançados pelo SUS nos últimos anos, permanecem lacunas assistenciais, sendo necessário superar a fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado, ainda fundamentado e naturalizado com maior ênfase nas questões biológicas e técnicas, que fortalecem o modelo biomédico em detrimento do cuidado em sua dimensão social e humana, que mais se ajusta aos princípios norteadores do SUS. Somam-se a esse quadro o financiamento público insuficiente e a carência de profissionais especializados e alinhados com o propósito da política pública (Brasil 2010; Mendes et al., 2011).

Nessa perspectiva, pensar e concretizar o SUS requer considerá-lo um projeto coletivo para o Brasil. Embora opere formalmente em quase todo o país e seus princípios e diretrizes tenham sido reconhecidos e elogiados oficialmente, o SUS, já em sua maioria, enfrenta dificuldades para sua plena implantação, estando ainda muito aquém de atingir seus objetivos mais caros para a constituição de um sistema de saúde universal, equânime e integral. Seu reconhecimento legal e seus embates diários nos serviços de saúde, na comunidade, nos conselhos de saúde, nas secretarias e nas instituições de formação são, não entanto, uma motivação permanente para fazer valer a luta histórica pelo direito à saúde (Matta, 2007).

São inúmeros os interesses econômicos, políticos e culturais que estão em jogo na arena sociopolítica brasileira que colocam em disputa projetos sanitários e societários distintos, impedindo muitas vezes o avanço do SUS, como em governos recentes que reduziram o papel do Estado nas políticas sociais e as influências de organismos e pressões internacionais, favorecendo, em vez disso, sistemas públicos de saúde simplificados, insuficientes e precarizados.

O modelo democrático proposto pelo SUS, ao mesmo tempo em que amplia a arena de participação social na formulação e implantação de políticas, implica também o debate e

a coexistência de estratégias de hegemonia e de contra hegemonia. Sendo assim, a consolidação do SUS depende também de um novo projeto societário, da superação das históricas iniquidades sociais e econômicas que persistem em existir no Brasil e na construção de um modelo de Estado que se responsabilize por políticas sociais que possam convergir e potencializar o ideário da Reforma Sanitária brasileira (Matta, 2007)

Já passado 25 anos da criação do SUS, existe uma dívida histórica com os trabalhadores que construíram o SUS, submetidos à precarização do trabalho e a terceirizações. Ocorre ainda, um discurso imposto por ideários neoliberais de crise na saúde que a escamoteia. Portanto, ainda há muito que fazer para tornar o SUS universal e público, bem como para assegurar padrões elevados de qualidade. Seus maiores desafios são políticos, pois supõem a garantia do financiamento do subsistema público, a redefinição da articulação público-privada e a redução das desigualdades de renda, poder e saúde (Mendes et al., 2011)

O SUS é uma obra-prima inacabada, dependente ainda de seus ideais originais de luta e ideologia, desse modo é necessário ocorrer mudanças na política e nos processos de gestão direcionadas para as finalidades do sistema, visando proporcionar atenção de qualidade buscando responder de modo oportuno os anseios, os problemas e as necessidades de saúde da população.

Desse modo, devemos nos manter vigilantes para assegurar que o SUS – sistema público de saúde considerado modelo em razão do seu caráter singular e democrático, por garantir acesso universal e igualitário de todos os brasileiros às ações e serviços de saúde pública – possa superar os desafios e obter êxitos. Para tanto, é necessário, porém a participação da sociedade como um todo.

## Considerações Finais

Este estudo buscou desenvolver uma reflexão sobre as categorias e expressões do cuidado presentes na política pública de saúde brasileira. De tal reflexão emergiram pontos merecedores de atenção.

O primeiro é de que o cuidado como uma política de Estado em saúde vem sendo desenvolvido como um processo gradual que visa cada vez mais a inclusão e a homogeneidade dos processos a toda a população. O direito a saúde remete a uma lógica de visão de mundo que tem no critério de prevenção, promoção e manutenção da saúde e do seu fundamento, que é a vida o seu ponto de ancoragem. Também se pôde notar é que essa intencionalidade inclusiva e homogênea que busca assegurar uma racionalidade reprodutiva da vida parece estar sendo expressa e decantada em práticas de performance e de eficácia dentro de uma racionalidade meios-fins, que tem produzido não apenas o descompasso entre as intuições originais, ou princípios inspiradores da política, mas também um desgaste, não só das instituições promotoras de saúde, mas, principalmente, dos operadores do cuidado, bem como da população atendida.

Disso decorre o segundo ponto, que pode ser pensado a partir do fato da criação da Atenção Básica em Saúde como uma das estratégias de reforço da racionalidade reprodutiva da vida, na qual as necessidades básicas da população também se tornam espaço para a discussão sobre o cuidado e sobre a saúde. No entanto, pode-se notar que ainda há um deslocamento e, em alguns casos, uma assimetria entre as práticas de cuidado e o seu entorno. Faz-se necessário implementar a perspectiva de se pensar o cuidado, a saúde e, em última análise, a vida como fenômenos que se dão no âmbito de uma complexidade sistêmica chamada mundo da vida, em que os elementos contextuais muitas vezes exercem influência marcante nos processos de construção da saúde e da vida de determinada população.

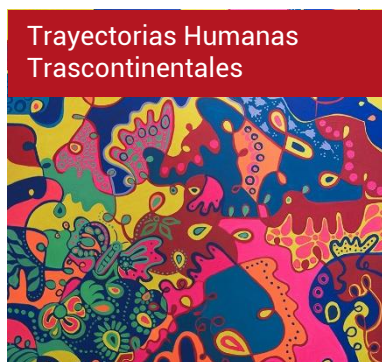
O cuidado expresso na política pública de saúde, muito mais que um conjunto de reguladores de práticas, expressa um modo de vida e de manutenção da vida, no qual todas as partes interessadas, sejam elas pessoas atendidas, operadores de cuidado ou instituições, estão situam-se são afetadas por um horizonte de vida que, mais que

promover atendimentos ou cumprir metas protocolares, visa criar uma rede de apoio em que a vida de todos seja dignamente possível e viável.

## Referências

- Ayres, J. R. de C. M. (2017). “Cuidado: Trabalho, Interação e Saber nas Práticas de Saúde”. *Revista Baiana de Enfermagem* 31, (1). <https://doi.org/10.18471/rbe.v31i1.21847>
- Brasil, & Assembléia Nacional Constituinte. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (1988).
- Brasil, & Presidência da República. (1990). “Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, Pub. L. No. 8.080. Recuperado de [http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080\\_190990.htm](http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm)
- Brasil, & Presidência da República. (1990). “Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências”, Pub. L. No. 8.142. Recuperado de [http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142\\_281290.htm](http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm)
- Brazil (Org.). (2010). *Cadernos HumanizaSUS* (1aª edição, 1aª reimpressão). Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil, & Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 (2017). Recuperado de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)
- Costa, M. L. (2000). *Lévinas: Uma Introdução*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes.
- Cruz, M. C. C. (2009). O Conceito de Cuidado à Saúde. Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva. Recuperado de <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/10398>
- Deslandes, S. F. (2005). “O Projeto Ético-político da Humanização: Conceitos, Métodos e Identidade”. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 9(17), 401–403. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832005000200017>
- Gawryszewski, A. R. B., Oliveira, D. C., & Gomes, A. M. T. (2012). “Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação”. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 22(1), 119–140. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000100007>
- Hinkelammert, F. (1996). *El Mapa del Emperador: Determianismo, caos, sujeto*. San José, Costa Rica: Editorial DEI. Recuperado de <https://www.google.com.br/search?q=Hinkelammert%2C+F.+%281996%29+El+mapa+del+emperador%3A+Determianismo%2C+caos%2C+sujeto.+San+Jos%C3%A9+Editoria+DEI&oq=Hinkelammert%2C+F.+%281996%29+El+mapa+del+emperador%3A+Determianismo%2C+caos%2C+sujeto.+San+Jos%C3%A9+Editoria+DEI&aqs=chrome..69i57j796j0j4&sourceid=chrome&ie=UTF-8>
- Lévinas, E. (2004). *Entre Nós: Ensaio sobre a alteridade*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes. Recuperado de <https://olimpiadadefilosofiasp.files.wordpress.com/2012/03/entre-nos-ensaios-sobre-a-alteridade-emmanuel-levinas.pdf>
- Lima, T. J. V. de, Arcieri, R. M., Garbin, C. A. S., Moimaz, S. A. S., & Saliba, O. (2014). “Humanização na Atenção Básica de Saúde na Percepção de Idosos”. *Saúde e Sociedade*, 23(1), 265–276. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000100021>
- Matta, G. C. (2007). *Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde*. (A. L. de M. Pontes & Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Orgs.). Rio de Janeiro, Brazil: Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio.

- Mendes, J. M. R., Garcia, M. L. T., Oliveira, E. F. dos A., & Fernandes, R. M. C. (2011). “Gestão na Saúde: da reforma sanitária às ameaças de desmonte do SUS”. *Textos & Contextos (Porto Alegre)*, 10 (2), 331–344.
- Paim, J. S. (2003). “Políticas de Saúde no Brasil”. In M. Z. Rouquayrol & N. de A. Filho, *Epidemiologia & Saúde* (6º ed, p. 587–603). Rio de Janeiro, Brazil: MEDSI.
- Pereira, T. T. S. O., Barros, M. N. dos S., & Augusto, M. C. N. de A. (2011). “O Cuidado em Saúde: o paradigma biopsicossocial e a subjetividade em foco”, 9(17), 523–536.
- Rodrigues, M. P., Lima, K. C. de, & Roncalli, A. G. (2008). “A Representação Social do Cuidado no Programa Saúde da Família na Cidade de Natal”. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(1), 71–82. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000100012>
- Rolim, L. B., Cruz, R. de S. B. L. C., & Sampaio, K. J. A. de J. (2013). Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. *Saúde em Debate*, 37(96), 139–147. <https://doi.org/10.1590/S0103-11042013000100016>
- Silva, F. C. S. (2015). “Princípio da Integralidade e os Desafios de sua Aplicação em Saúde Coletiva”. *Revista Saúde e Desenvolvimento*, vol. 7, n.4 | jan – dez. - Pesquisa Google.7(4), 94–106.
- Waldow, V. R. (2008). “Atualização do cuidar”. *Aquichan*, 8 (1) 85–96.



## Éthique, nanosanté, macro éducation

**Nathalie Panissal**

Université fédérale de Toulouse  
UMR EFTS, ENSFEA  
Castanet Tolosan cedex, France

Professeure des Universités en Sciences de l'éducation –  
Didactique des Questions Socialement Vives.

[nathalie.panissal@unilim.fr](mailto:nathalie.panissal@unilim.fr)

---

URL : <https://www.unilim.fr/trahs/1111>

DOI : 10.25965/trahs.1111

Licence : CC BY-NC-ND 4.0 International

---

Les liens entre l'éthique et la santé sont interrogés face à l'évolution de la médecine. La nanosanté, en tant que nouveau paradigme de santé, correspond à l'application des nanotechnologies au secteur de la médecine. La particularité de la nanosanté est d'interagir avec le corps humain dès l'échelle moléculaire et cellulaire. Désormais, la prise en charge du patient est pensée à ce niveau. Les promesses sont considérables tant au niveau du diagnostic, que du traitement ou de la régénération. Néanmoins il est légitime de s'interroger sur l'impact d'une réduction de l'humain à ses briques élémentaires du vivant en regard des questions éthiques comme la dignité, l'autonomie, la vie dans un contexte néolibéral où les normes de performances, de compétition, et de toujours plus, font loi. Face à ces enjeux c'est bien d'une auto-réforme sociétale dont il est question, plus locale, plus pragmatique, au niveau de la personne, elle-même, de sa formation et du développement de son pouvoir d'agir.

Mots-clés : éthique, nanosanté, pouvoir d'agir, enquête, éducation

Los lazos entre ética y salud son interrogados ante la evolución de la medicina. La nano salud, como nuevo paradigma de salud, corresponde a la aplicación de las nano tecnologías al sector de la salud. La particularidad de la nano salud consiste en interactuar con el cuerpo humano desde la escala molecular y celular. Hoy, la atención al paciente se piensa a ese nivel. Las promesas son considerables tanto al nivel del diagnóstico como del tratamiento o de la regeneración. Sin embargo, es legítimo interrogarse sobre el impacto producido por la reducción de lo humano a sus células vivas elementales con respecto a cuestiones éticas como la dignidad, la autonomía, la vida en un contexto neoliberal en que las normas de rendimiento, de competencia y del siempre más, son ley. Estamos enfrentando una auto reforma societal, más local, más pragmática, al nivel de la persona en sí, de su formación y del desarrollo de su poder de actuar

Palabras clave: ética, nanosalud, poder de actuar, investigación, educación.

As relações entre ética e saúde são questionadas face à evolução da medicina. A nanosaúde, enquanto novo paradigma de saúde, corresponde à aplicação da nanotecnologia no setor da medicina. Sua peculiaridade é interagir com o corpo humano a partir da escala molecular e celular. Doravante, o cuidado do paciente é pensado nesse nível. As promessas são consideráveis em termos de diagnóstico, tratamento e regeneração. No entanto, é legítimo questionar o impacto de uma redução do ser humano às suas partes elementares de vida em relação a questões éticas como dignidade, autonomia, vida em um contexto neoliberal ou padrões de desempenho, de competição, e de sempre mais, fazer lei. Diante desses desafios se mostram uma autor renovação social mais local, mais pragmática, no nível da própria pessoa, de sua formação e do desenvolvimento de seu poder de agir.

Palavras-chave: ética, nanosaúde, poder de agir, pesquisa, educação

The relation between ethics and health are examined because of the evolution of medicine. Nano health, as a new paradigm of health, promoting a technoscientific conception of healthcare. The characteristic of nano health is to interact with the human body as the molecular or cellular scale. Of course advances in the life sciences carry enormous promise for humanity, equally in the third part of diagnostic, treatment and regeneration of illness. Nevertheless, we wonder about the impacts of such reduction in human person of cells scale. The ethical questions like dignity, autonomy, life in the neo-liberal context are even more significant when the standards of performances, competition, always more, make law. Confronted with these challenges, we need for social reform, more self-sufficient, even more local, pragmatic, at the personal level. An educational reform to promote their empowerment.

Keywords: ethics, nano health, empowerment, inquiry, education

Dans son appel à contribution la revue *Trayectorias Humanas Trascontinentales* met en discussion l'hypothèse selon laquelle l'humanité serait entrée dans une ère de « recul éthique au niveau culturel et sociétal ». Qu'en est-il ? Peut-on considérer que le monde du XXIème est désenchanté, plus violent, submergé par un flot d'indifférence ? Le secteur de la santé serait-il sacrifié sur l'autel de la rentabilité au point que les variations de normes inhérentes à la maladie, au handicap, au vieillissement soient devenues des déficiences à éradiquer. La *technologisation* de la santé amplifierait-elle ces phénomènes, la conduisant inexorablement à une réification de l'être humain, biffant toute perspective éthique ? Ce serait sans compter sur la force de l'éducation et la façon dont elle peut intégrer la triple injonction d'alphabétisation scientifique, d'éducation citoyenne et politique au service d'un *concernement* citoyen.

Dans cet article nous proposons d'interroger les liens santé-éthique à travers un exemple précis en santé, celui de la nanosanté. En premier lieu, nous situons le contexte contemporain où évolue le concept de santé. Ensuite, nous insistons sur le changement d'époque : la *technologisation* de la santé et l'avènement de la nanosanté. Dans un troisième temps, nous nous interrogeons sur les compétences à développer pour prendre en charge sa santé dans ce nouveau paradigme. Enfin, nous proposons des pistes éducatives au service du développement d'une éthique de l'anticipation.

## I- A-t-on changé d'époque ?

### I-1 Une ère hypermoderne

La société, depuis les années 2000, connaît des mutations profondes tant sur le plan technologique, économique, social, culturel, individuel entraînant une radicalisation de la modernité. Nous sommes ainsi passés à une culture du vertige avec l'hypermodernité. La volonté contemporaine serait prométhéenne ou Faustienne (Spengler, 1976) ; volonté de puissance matérielle, quantitative, calculatoire. La modernité permet l'avènement du capitalisme, des lois de l'économie de marché. Lipovetsky (2004) date le basculement vers l'hyper-modernité au 11 septembre 2001 signe de la fin de l'illusion de la toute-puissance américaine, l'avènement de l'hyperconsommation et de l'hyper-narcissisme.

Le préfixe hyper est chargé d'excès, de trop, de dépassement des limites et des cadres. Même les quatre piliers de la modernité : Etat, Science, Marché et Individu ont signé un pacte avec l'excès. En l'absence de contre-pouvoirs efficaces, ils se radicalisent. Cette radicalisation se manifeste par une montée en puissance du pouvoir économique de marché, une montée en puissance des applications technoscientifiques, une montée en puissance d'une société civile face à l'état, une montée en puissance de l'individualisme atomisant le collectif.

Pour l'individu l'hyper-modernité se manifeste par trois mutations majeures. Un nouveau rapport au temps : « notre société est devenue une société du présent immédiat avec ses trois impératifs : « l'urgence, l'instantanéité et l'immédiateté » (Aubert, 2003 : 11) ; ce phénomène s'applique à tous les secteurs de la vie : travail, économie, communication, technologie, santé. Le rapport à soi est caractérisé par l'excès : le dépassement de soi, la recherche de toujours plus, une injonction de plaisir, de conduites extrêmes, de conduites à risques pour surpasser sa propre finitude.

La troisième mutation concerne le rapport à l'autre. L'individu hypermoderne ne s'engage plus, il est dans l'éphémère dans la recherche de sensation et non du sentiment durable. Le rapport au corps est bouleversé ; désormais le corps peut se façonner, et pourquoi ne pas s'auto-fçonner (Aubert, 2003), se réparer, se modifier voire s'augmenter. La volonté de la modernité s'est emballée ; l'activisme remplace la volonté. Les critères d'efficacité, de flexibilité, d'adaptabilité, de rentabilité sont prépondérants. L'avidité d'innovations et l'argent démagnétisent les boussoles d'une humanité border-line. L'individu hypermoderne brûle les ailes de son autonomie et de sa liberté dans les flammes de la dépendance du toujours plus, toujours plus vite. Cette individualisation excessive fragilise



sans cesse l'individu, le condamne à une perpétuelle et obligatoire adaptabilité de résistance et l'ampute ainsi de ses capacités créatives et de sa singularité (Siegler, 2001).

Heureusement, la résistance est bien présente dans la société : résistances aux stratégies de marketing, résistances au délitement des liens sociaux par l'investissement de liens sociaux plus informels, bénévolat, actions humanitaires, lutte contre la corruption, résistances aux injonctions du toujours plus, résistance dans l'économie solidaire, les projets éducatifs, résistance à la colonisation du monde vécu par l'argent et le pouvoir. Simplement la résistance est moins massive, moins visible. C'est une résistance du plus petit, de l'humain. Cet humain intrinsèquement allergique à la domination (Adorno & Horkheimer, 1944). En effet, Lipovetski (1983) affirme que face à l'individualisme irresponsable s'érige un individualisme responsable ; qu'il faut cesser de lier individualisme et égoïsme.

## I-2 La science et la technoscience

La science de Platon ou d'Aristote était une *vraie science* (une théorie), contemplative ; son objectif consistait à observer la nature, pour en tirer des lois. Cette science était différenciée des sciences pratiques (techniques) inférieures et dévalorisées. La science du XIX<sup>ème</sup> siècle était assimilée au progrès et la représentation d'une science pure, autonome par rapport à la technique et à l'argent. Cette conception a perduré jusqu'à la moitié du XX<sup>ème</sup> siècle.

Le terme de technosciences est un néologisme philosophique de techno-science introduit dans les années 70 (Hottois, 2006). Ce dernier insistait, jadis, sur le trait d'union qui symbolisait, selon lui, les liens désormais insécables entre science et technique. En effet, ce terme a connu quelques aléas dans ses débuts. Les philosophes lui reprochaient son manque de valeur épistémologique ; selon eux, seule sa perspective sociologique était recevable. Les sociologues ne l'ont accepté que timidement au motif qu'il manquait de conceptualisation théorique. Ce terme n'a pas bonne presse chez les scientifiques. Il est employé dans le champ des sciences sociales, comme la sociologie, dans les médias, dans la philosophie, mais il est peu représenté dans le lexique des scientifiques eux-mêmes, perpétuant ainsi l'illusion scientiste qu'il existerait une science pure et indépendante. Il est à noter qu'aucun chercheur en technosciences ne se définit comme technoscientifique mais appartenant au secteur des sciences pour l'ingénieur.

Bensaude-Vincent (2009) réfute l'argument d'un changement de paradigme scientifique puisque l'on n'assiste pas un changement majeur ; elle préfère le terme de styles de pensées conçus comme une façon de penser l'implicite (dans l'ombre) et qui rend les technosciences invisibles. Si, jadis la science était perçue comme neutre et les applications problématiques, à l'ère technoscientifique du fait de la primauté de la technique et de ses caractéristiques manipulatoires, la neutralité s'est évanouie, laissant la praxis, éthiquement problématique (Hottois, 2006).

Le terme de technosciences met en évidence le caractère intrinsèquement lié des sciences et des technologies dans les travaux de recherche actuels. La technologie est ainsi incluse dans la construction des faits scientifiques et agence désormais le progrès scientifique. Toutefois, la science n'a jamais été vraiment indépendante ; elle a toujours entretenu des liens avec le politique ou le pouvoir, le militaire, l'économie. Depuis la deuxième guerre mondiale, la science a changé de statut, notamment en raison de la bombe atomique. Elle devient clairement, à partir de cette époque, une force de pouvoir étatique. On assiste à une compétition effrénée entre les pays.

La guerre froide a accentué ce phénomène, légitimant ainsi l'institutionnalisation d'expertises scientifiques et conseillers politiques en matière scientifique. Ainsi la science a atterri sur la planète néolibérale avec des objectifs ciblés, précis, évalués (Pestre, 2003) ; elle est entrée dans l'arène de la compétition militaire, économique et politique. Elle s'évalue par l'intermédiaire d'indicateurs numériques savamment manipulés par des agences d'état. La transformation n'est pas tant du fait de la science elle-même ; en effet, tous les laboratoires de recherche connaissent des interactions avec les financiers et

politiques, mais plutôt d'un changement de valeurs et une mise à mal des hiérarchies, depuis les années 1980.

L'ère contemporaine provoque un renversement de ces valeurs : la technologie passe devant la recherche, doit être au service du projet économique ; elle doit être rentable, condamnant de facto certains travaux (moins rentables, plus axés sur la connaissance, la pensée) à la frugalité et à la marginalité (Bensaude-Vincent, 2009). Ainsi, la nouveauté est pour Pestre (2003) le fait que « le savoir le plus abstrait devienne un facteur financièrement visible et direct de production » (p. 107) ; il est affiché comme un bien économique sur un marché mondialisé. Alors, bien évidemment, la vivacité économique est à moduler selon les secteurs ; la santé et l'éducation (pour ne prendre que ces deux exemples) n'ont pas le même poids sur les marchés, n'ont pas le même poids selon les différentes régions du monde.

## II- La santé, la technoscience et l'exemple de la nanomédecine

### II-1 La nanosanté

Les nanotechnologies englobent les techniques qui concourent à miniaturiser les objets et/ou matériaux à l'échelle nanométrique (le milliardième de mètre) ; elles sont par définition une technoscience. La nanomédecine correspond à l'application des nanotechnologies au secteur de la médecine et de la santé. Il s'agit d'interagir avec les briques élémentaires du vivant, à l'échelle moléculaire ou cellulaire.

Couplées aux biotechnologies, elles s'exercent dans trois champs majeurs : celui du diagnostic médical *in vivo et in vitro*, celui de la thérapie et celui de la médecine régénérative. Les médias ne cessent de plébisciter les prouesses et les promesses de la nanomédecine pour, notamment, prévenir guérir des maladies comme le cancer. La médecine vit une révolution majeure du fait de son couplage avec les nanotechnologies, à l'échelle de l'infiniment petit : elle devient de plus en plus moléculaire, personnalisée.

C'est ainsi que la santé du patient peut et pourra être prise en charge sur la base de son profil moléculaire et génétique. Le revers de la médaille de cet avenir prometteur occulte de vastes incertitudes. Quels sont les usages réels qui vont être réalisés de ces innovations, aujourd'hui, à long terme ? De nombreux questionnements éthiques voient, et vont voir, le jour sur la condition humaine, la liberté, la justice.

La littérature dans le champ de la philosophie est riche sur ce sujet. Par exemple, le philosophe des sciences français Xavier Guchet considère que le domaine de la santé prend le chemin d'une « biocapitalisation (...) articulée entre un régime technoscientifique, lié aux sciences de la vie et à l'industrie du médicament, et un régime économique surdéterminé par le marché » (Guchet, 2014 : 43). Il insiste sur l'ambiguïté du terme *personnalisée* de médecine personnalisée. Pour la médecine, il s'agit d'une médecine moléculaire où la personne correspond à un sujet moléculaire. Inversement pour la philosophie une personne est un sujet global disposant d'une personnalité (des traits de caractère stables dans le temps) associée à une responsabilité éthique, comme l'estime John Locke, soit un être intelligent, doué de raison, de réflexion, et qui peut se considérer soi-même comme soi-même, une chose pensante en différents temps et lieux, intrinsèquement lié à autrui. Noury (2017) préfère le terme de nanosanté à celui de nanomédecine ; il permet, selon lui, de prendre en compte toute la complexité de la *technologisation* de la santé et d'associer aux problématiques de nanomédecine (prévention, thérapie et régénération), les logiques stratégiques politiques, économiques et industrielles.

On peut alors se demander si le nouveau paradigme de *nanosanté* n'oublierait pas la dimension éthique de la personne, pour ne penser que les composantes du corps malade, pour réparer les pièces défectueuses, en fabriquer d'autres. La santé *technologisée* réduirait la maladie à ses dysfonctionnements au niveau moléculaire. Il conviendrait, dès lors, de débusquer le moindre signe de défaillance à l'échelle nanométrique pour

Intervenir et maintenir en bonne santé des individus, selon des normes de santé préétablies par des politiques de santé publique et les lobbies industriels. Compte tenu des coûts croissants inhérents à la prise en charge médicale des malades, on peut s'interroger sur les normes acceptables et supportables par les systèmes de santé publics solidaires. Aura-t-on le droit de poursuivre une grossesse, si une trisomie 21 a été diagnostiquée lors de la prise de sang du premier trimestre de grossesse ? Et si, dans l'affirmative c'est envisageable, est-ce à l'ensemble des contribuables de supporter les frais de la prise en charge d'un handicap que l'on aurait pu éviter, car dépisté à temps ? L'interrogation porte bien évidemment ici sur les normes de références, le niveau, le moment à partir duquel on va trancher entre un individu normal et un individu pathologique, voire un individu viable, utile à la société.

Dans une société missionnée d'être rentable, misant sur sa compétitivité sur un marché mondialisé et globalisé, comment ne pas s'interroger sur le sort des plus fragiles ? Deviendront-ils des inutiles ? Comment ne pas céder au chant des sirènes transhumanistes pour qui la maladie est une honte et la mort un non-sens (Le Dévedec, 2015) ? Entrerons-nous dans une dictature de la santé, indifférente, insensible à l'âge, au handicap, à la différence, à la vulnérabilité ? C'est en ce sens que nous allons à présent questionner la dimension éthique de la médecine technoscientifique et sa potentielle insensibilité glaciale, pour reprendre les termes de cette revue.

## II-2 L'éthique et la nanosanté

Pour Noury (2017), la nanosanté véhicule un nouveau paradigme de santé dont l'ambition est de *monitorer* les briques moléculaires du corps et plus largement le vivant. Les valeurs éthiques qui sous-tendent l'être humain, telles l'autonomie, la dignité, la vie sont directement interpellées par les technologies engagées vers une course internationale effrénée à l'optimisation des performances et prouesses techniques. Ainsi, l'évolution rapide des technologies bouscule sans cesse les valeurs fondamentales et confrontent de manière inédite les fondements anthropologiques de nature humaine, vivant, non-vivant, frontière entre le naturel et l'artificiel, à des questions de fond. Les récentes consultations en France pour la révision des lois bioéthiques sont l'exemple le plus probant de ce phénomène.

Ces questions majeures interpellent directement l'éthique d'autant plus que cette dernière peine à construire un modèle satisfaisant de réflexion sur la base des théories éthiques classiques des vertus, conséquentialisme et déontologisme (Nurock, 2008), principe de précaution et de responsabilité. Morin (2004) fait le constat de l'impuissance de l'éthique face à la rapidité des innovations scientifiques. Depuis le siècle des lumières, la rationalisation technique a pris de vitesse la compréhension des conséquences éthiques des innovations à tel point que les applications techniques arrivent, et la réflexion éthique se fait après, comme si l'éthique était condamnée à devenir exclusivement utilitariste et à ne s'intéresser qu'aux résultats.

Les questions éthiques de nanosanté sont extrêmement complexes car elles se situent à la croisée d'autres chemins tels que, par exemple, l'éthique des nanotechnologies, l'éthique médicale, la bioéthique, l'éthique transhumaniste, l'éthique de la recherche, etc. ; ces questions ainsi que les modèles d'éthique complexes à construire sont l'objet de vifs débats dans la communauté des éthiciens (Lintz, 2014, Guchet, 2016).

Pour revenir à la question du patient embarqué malgré lui dans les stratégies industrielles et politiques de la nanosanté, Guchet s'interroge sur son devenir et sur la prise en compte des enjeux éthiques. On comprend ainsi aisément que la littératie du patient soit un sujet sensible dans un contexte de médecine *ultratechnologique*.

### III- Etre compétent en santé

#### III-1 Littératie en santé

La littératie dans le domaine de la santé concerne le développement de connaissances, compétences et intérêts sur des sujets de santé qui permettent aux personnes de comprendre, d'évaluer, de communiquer et de traiter de l'information médicale en vue de construire un jugement éclairé, de prendre des décisions, de maintenir, de promouvoir sa santé, dans tous les contextes et tout au long de sa vie (Sorensen et al., 2012).

De nombreux travaux dans ce champ ont mis en évidence les liens positifs entre littératie et santé. Bien évidemment, les inégalités sont fortes par rapport à la capacité qu'ont les personnes d'agir dans les méandres des systèmes de santé. A ce titre, le dernier avis de la CNS (Conférence Nationale de Santé<sup>5</sup>) précise que les « besoins spécifiques de certaines catégories de la population doivent être soutenus et mis en œuvre, à tous les échelons territoriaux, de programmes de promotion de la santé et de prévention en direction des populations vulnérables (2017 : 20).

C'est ainsi que la littératie en santé est envisagée comme un instrument majeur d'émancipation par les gouvernements de nombreux pays ; sa promotion fait partie des programmes de santé publics et les travaux de recherche démontrent une amélioration sanitaire de la santé de la population (Brega et al., 2015).

Le modèle de la nanosanté présente un défi majeur pour les programmes de promotion de la santé. Comme antérieurement spécifié, ce domaine repose sur des savoirs interdisciplinaires, complexes, à la pointe de la recherche, peu accessibles au citoyen *ordinaire*. Néanmoins, ce dernier y sera tôt ou tard confronté pour lui ou ses proches. En plus de la toxicité potentielle des produits et des matériaux utilisés, ces technologies ont la capacité d'enregistrer à l'infini les données génétiques d'une personne avec beaucoup d'incertitudes sur les éventuelles utilisations qui pourront être faites à l'avenir lors de la mise en place (ou non) d'un traitement, d'un dépistage, par exemple.

Bien qu'à l'état de scénarii de science-fiction à ce jour, les questions d'identité d'une personne sont aussi vives. Que pourra-t-on dire de l'identité d'un patient dont la mémoire défaillante aura été remplacée par un nano-processeur implanté dans son cerveau piloté à distance via un wifi ? Que penser de l'hybridation homme machine ?

Certes les décideurs politiques, chercheurs, juristes mettent en place des mécanismes de régulations et de normes pour encadrer la recherche et les applications, mais comme nous l'avons précisé précédemment, l'innovation devance presque toujours la loi et les politiques sociales. Il convient donc de former le citoyen à appréhender la complexité de la nanosanté, son incertitude et ses controverses. Les programmes de promotion en santé devront s'emparer du nouveau paradigme de nanosanté, pour assurer l'émancipation et l'*empowerment* de la personne dans son parcours santé.

#### III-2 De la compétence aux capacités en santé

En 1993, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a introduit le terme de *life skill* et a défini une liste de dix compétences à développer par l'éducation tout au long de la vie afin

---

5 CNS : est une instance consultative du ministère de la santé, français. Elle a vu le jour en 1996 et est consultée pour tout projet de loi concernant la politique de santé, les axes stratégiques des politiques et programmes nationaux de santé. Elle établit un rapport sur le respect des droits des usagés chaque année, organise des débats publics sur des sujets de santé.

[https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis\\_plen\\_060717\\_litteratie\\_en\\_sante\\_v\\_diffusee\\_env\\_pmc\\_2304\\_vuap\\_24\\_25\\_0418.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis_plen_060717_litteratie_en_sante_v_diffusee_env_pmc_2304_vuap_24_25_0418.pdf) (consulté le 13 septembre 2018).

que les personnes puissent adopter des comportements bénéfiques pour leur santé et bien-être.

La promotion de la « compétence psychosociale pourrait être un élément important dans la promotion de la santé et du bien-être, puisque les comportements sont de plus en plus impliqués dans l'origine des problèmes de santé. » (OMS, 1993). Les compétences sont déclinées en paires : savoir résoudre des problèmes/savoir prendre des décisions ; avoir une pensée créative/avoir une pensée critique ; savoir communiquer efficacement/être habile dans les relations interpersonnelles ; avoir conscience de soi/avoir de l'empathie pour les autres ; savoir gérer son stress/savoir gérer ses émotions.

Une taxonomie plus récente a été proposée en 2003 et classe ces dix compétences en trois sous catégories : les compétences sociales, cognitives et émotionnelles. Outre ces classifications, la formulation des compétences est heuristique et sert de guide à de nombreux programmes de formation au sein des ministères de l'éducation nationale ou de la santé pour ne citer que ces deux exemples ; néanmoins leur conceptualisation théorique reste à approfondir. Il y a peu de consensus dans la littérature à ce sujet (Encinar et al., 2017).

De façon plus générique, de nombreuses critiques s'élèvent contre le modèle de la compétence qui s'est imposé dans de nombreux secteurs depuis les années 90.

En liens trop étroits avec la logique managériale, l'économie de marché et l'employabilité des salariés il omet le pouvoir d'agir. Il y a en effet une différence entre disposer des ressources pour agir, et être en mesure de les utiliser dans des contextes éloignés de leur terrain d'acquisition ; et surtout être convaincu d'en être capable (Le Bossé, 2004). Les travaux sur les similitudes et différences entre capabilités et les compétences ne sont que parcellaires dans la littérature ; certains suggèrent de compléter les approches des compétences par les capabilités (Gross, & Gagnayre, 2018). Notre objectif ici n'est pas de trancher sur cette question mais d'insister sur l'importance de former la pensée et de la rendre capabilitante pour permettre à la personne d'agir en tout contexte. C'est bien de capabilités dont il est question ici (Sen, 1985) au service de la liberté et du pouvoir d'agir. Il s'agit ainsi de rendre le citoyen capable de réaliser

une revue critique des attitudes et des croyances sur soi et son environnement sociopolitique, une validation de son expérience à travers l'interaction collective, l'acquisition de connaissances et d'habiletés liées à la pensée critique (critical thinking) (...) le développement d'une image de soi plus positive conjugué au sentiment d'être en mesure de faire changer les choses, le développement de connaissances et de capacités favorisant une compréhension plus critique des réalités sociales et politiques des environnements nous concernant (conscience critique), et le développement de ressources, de stratégies et de compétences afin d'atteindre nos buts sur les plans personnel, socioculturel, politique et économique (Dallaire, 2012 : 10).

## IV- Education capabilitante

### IV-1 Une éthique de l'anticipation

Nous vivons également une nouvelle ère en matière d'éducation. Grâce aux technologies numériques, désormais, les données sont facilement accessibles à tout un chacun, libérant ainsi des pans de ressources cognitives, jadis dédiées à la mémorisation, pour d'autres activités comme : Penser. C'est bien de la caractéristique propre à l'homme dont il est ici question ; c'est faire appel à la raison au sens Kantien, avec comme garde-fou « Agis de façon telle que tu traites l'humanité, aussi bien dans ta personne que dans toute autre, toujours en même temps comme fin, et jamais simplement comme moyen ». Une raison qui soit capable de mettre l'éthique à l'intersection du savoir et de l'agir pour lutter contre

la réification humaine sous tendue par les logiques politiques et économique de la nanosanté.

La question qui se pose désormais est de savoir si l'on peut enseigner une façon de penser et de quelle façon éduquer dans un contexte hypermoderne. Depuis plus de dix ans nous travaillons, dans le champ des sciences de l'éducation et de la didactique des Questions socialement Vives (QSV), sur l'éducation scientifique et citoyenne aux nanotechnologies et plus particulièrement à la nanomédecine (Panissal & Vieu, 2018 ; Panissal & Plégat-Soutgis, 2018). Notre focus porte sur le développement de la pensée éthique et créative des apprenants (qu'ils soient élèves ou adultes) avec comme objectif de les amener à construire une opinion raisonnée, à participer à la réflexion et au débat sur des sujets socialement vifs, incertains et controversés comme par exemple, le dépistage génétique, le diagnostic pré-implantatoire, les biobanques.

Ces objectifs sont en écho avec les enjeux des compétences psychosociales (OMS 1993, 2003) car il s'agit de travailler à la construction d'une pensée anticipatrice (ou créatrice) et de tendre vers la construction d'une éthique de l'anticipation (Coutellec & Weil-Dubuc, 2016). Cette éthique pour le futur ancrée dans le présent amène à réfléchir sur le « choix des valeurs qui doivent guider nos actions anticipatrices. Autrement dit, une éthique de notre attention envers le futur, une éthique du soin que nous portons envers le futur » (p. 16).

Ce type d'éducation semble opportun dans un contexte de bouleversement des données anthropologiques par les progrès biotechnologiques, pour permettre aux citoyens de participer aux processus de gouvernance en nanosanté qui ne peuvent plus être exclusivement dévolus aux experts, spécialistes et acteurs avertis. Les incertitudes, l'ingérence inhérente à ces technologies dans la vie quotidienne (par exemple couplées au big-data) sont le plus souvent implicites, voire à venir. Il est donc opportun de s'interroger sur les vecteurs d'éducation à développer pour garantir l'existence d'un citoyen informé, autonome et responsable de sa santé, pour l'aider « à construire une éthique du futur ayant sa propre pertinence, particulièrement pour les angles morts et les points aveugles que risqueraient de laisser d'autres constructions éthiques » (Rumpala, 2016 : 82).

#### IV-2 la démarche d'enquête comme piste pour une éducation à l'éthique de l'anticipation.

Notre travail consiste à réfléchir aux conditions d'élaboration d'une éducation aux incertitudes et au pouvoir d'agir dans le champ de la nanosanté. Morin (1999) considère que la prise en compte des incertitudes en éducation est la meilleure façon de lutter contre toutes les formes de déterminismes. L'imaginaire est vecteur d'émotion et c'est de cette émotion, esthétique en soi, que naît un autre regard sur les innovations et leurs incidences dans la vie. Nous rejoignons alors des questions d'anthropologie des sciences et des techniques où les pratiques interviennent dans la constitution du monde, le façonnant en se façonnant. Ces exercices d'enquête imaginative sont projectifs : mémoire, anticipation narrative, imaginaire investissent les objets technologiques à venir. En effet, pour Morin, il y a dans toute incertitude les germes de la créativité, du nouveau, de l'invention qui peu à peu feront le lit d'une nouvelle normalité, bien que la plupart des programmes de recherche et développement des nouvelles technologies embarquent les sciences humaines et sociales ainsi que la participation du public dans leur opérationnalisation (Laurent, 2010).

De nombreuses actions participatives du public sont managées par les politiques qui mesurent ainsi, à travers les débats citoyens, le niveau d'acceptabilité des innovations du public pour infléchir ensuite leurs choix stratégiques (Blondiaux, 2004). On peut en conclure qu'il est de la responsabilité de la somme des personnes affectées ou susceptibles d'être affectées par les conséquences des choix technologiques en matière de santé, par exemple, de veiller au caractère moralement acceptable des applications.

C'est par la force de la prise de conscience collective et de la mise en commun des questions problématiques que le public peut interagir avec le politique et infléchir les choix (Dewey, 2003). Pour l'auteur, faire démocratie

c'est développer par la communication mutuelle la conscience effective d'être un membre individuel et distinctif d'une communauté (...) [pour] contribuer à amplifier la conversion des pouvoirs organiques en ressources et en valeurs humaines (...) le problème du public est moral et dépend de l'intelligence et de l'éducation. » (pp. 160-161)

Le caractère éthiquement acceptable ou non d'un choix technologique ne peut naître que de l'action. Ceci renvoie à l'idée de démocratie moderne des sociétés occidentales et aux rapports que démocratie et éducation entretiennent. Un des apports majeurs de Dewey repose sur sa théorie de l'éducation à travers l'expérience et l'enquête. En effet, la propension à l'enquête chez l'humain prend racine dans le comportement biologique et se manifeste au niveau culturel via le langage. C'est pour cette raison que Dewey parle de schème ou de structure de l'enquête qui correspond à la transformation orchestrée d'une situation indéterminée en une situation déterminée.

L'enquête se déroule en plusieurs étapes : perception de l'indétermination de la situation (1), définition du problème (2), détermination de la solution (3), recherche de sens par rapport à la solution (4), rationalisation de la solution (5) et publication de la solution (6). Cette matrice de l'enquête est fort heuristique pour l'éducation, plusieurs applications et modélisation de la démarche d'enquête sont mises en œuvre dans les différentes didactiques disciplinaires.

La démarche d'enquête est également riche d'intérêt pour le traitement des questions socio-scientifiques, ou questions socialement vives. Les équipes de chercheurs et formateurs de l'Ecole Nationale Supérieure de Formation de l'Enseignement Agricole (ENSFEA) et de l'Ecole Supérieure du Professorat et de l'Education de Montpellier (ESPE) ont mis au point une matrice démarche d'enquête adaptée à l'exploration de questions vives technoscientifiques<sup>6</sup> qui peut aisément servir de guide pour conduire une action éducative à la *nanosanté*. L'éducation est appréhendée selon une perspective constructiviste et émancipatrice où il est question de former des communautés d'acteurs qui explorent, enquêtent sur des questions incertaines en vue de l'action.

La démarche d'enquête (...) n'a pas pour objectif d'identifier une solution, c'est le processus d'enquête lui-même qui est un objectif d'apprentissage, (...) surtout l'expérience vécue de la conduite de l'enquête pour développer compétences et savoirs, tout en s'interrogeant sur les rapports de légitimité entre différents types de savoirs mobilisés (scientifiques, professionnels, sociaux.). (Simonneaux et al., 2017 : 147-148).

Cette démarche spécifique, pour les questions incertaines, les jalons d'investigations pour mener l'enquête à son terme.

- Recueil et analyse de l'information (nature des données, des sources, des acteurs, de leurs arguments, des informations critiques),
- réflexivité et subjectivité des enquêteurs : apprentissage de la mise à distance de la part des enquêteurs vis-à-vis des parties prenantes sur la question étudiée,

---

6 La problématisation et les démarches d'investigation scientifique dans le contexte d'une éducation en vue d'un développement durable. Revue des HEP et institutions assimilées de Suisse romande et du Tessin (2017) n°22. [http://www.revuedeshep.ch/site-fpeq-n/Site\\_FPEQ/22\\_files/22-Complet.pdf](http://www.revuedeshep.ch/site-fpeq-n/Site_FPEQ/22_files/22-Complet.pdf)  
<http://qsv.ensfea.fr/wp-content/uploads/sites/15/2017/11/Présentation-Démarche-denquête-logos.pdf>

- explicitation et construction des raisonnements (construction des cartographies de controverses, des jeux d'acteurs, mise en lumière des incertitudes),
- réponses possibles et actions conduites : construction de propositions citoyennes, de veille citoyenne,
- compte rendu de l'enquête : opérationnalisation du travail d'enquête et mise en œuvre de solution (s).

Le XXIème siècle sonne le glas d'un apprentissage massivement basé sur la mémoire, pour développer de nouvelles compétences chez les apprenants : être capable de conduire une enquête sur des questions, des savoirs instables, controversés, incertains, hautement interdisciplinaires et chargés de valeurs. Face à tant d'instabilité on perçoit combien la réflexion éthique est prégnante, d'autant plus que les questions touchent à l'intime, à l'intégrité de la personne, à sa santé.

Le secteur de la santé ne sera pas sacrifié sur l'autel de la rentabilité, l'être humain ne sera pas réifié si l'éducation joue son rôle et prend le pas des nouveaux enjeux éducatifs qui s'imposent à elle. La raison critique a permis à l'humanité de sortir de l'obscurantisme ; néanmoins, aujourd'hui, personne n'oserait soutenir l'idée que la raison critique est indemne d'influences personnelles au niveau de la recherche scientifique.

L'objectivité est le pilier de la raison critique ; cette objectivité se sécurise grâce à l'impartialité. Cependant, Giroux (1995) interroge la pertinence de la notion d'impartialité pour la rationalité de l'éthique. Elle montre comment cette notion dérange la rationalité critique et provoque une dépersonnalisation de l'éthique. Elle explique la façon dont la raison critique refuse de prendre en considération la personne (ce qu'elle est) au détriment d'un *esperanto* moral de droits et devoirs réciproques conduisant à une dépersonnalisation de l'éthique. Pour faire preuve de rationalité éthique un individu doit nécessairement être capable de construire une pensée personnelle (sa pensée personnelle) qui prenne en compte qui il est, et ce qu'il pense, ce qui mérite d'être recherché.

L'humain contemporain sait désormais qu'il a perdu le contrôle de l'espace, du temps. Face à l'incertitude il voit dans l'*éthicisation* du monde une réponse à ses angoisses. « L'éthique hante l'imaginaire de la modernité (hypermodernité notre reformulation) comme jadis la religion » (Resweber, 1998 : 10). L'éthique permet ainsi la continuité des relations sociales ; c'est par l'intermédiaire des cadres, des codes, des normes de la réflexion éthique que l'homme peut gérer l'incertitude. « Il s'agit donc de conjurer un risque par un autre : celui de l'aliénation technique par celui de l'engagement éthique (...) notre meilleure assurance contre la folie collective » (p.11).

Le monde hypermoderne atomise les dualités et systèmes traditionnels ; l'éthique a ainsi pour mission de recréer des zones de paix et de rencontres entre ces systèmes atomisés aux enjeux divergents. C'est par ces échanges intersubjectifs, dans ces zones de paix que chaque système s'humanise, renoue avec la confiance. « Nul ne niera qu'il s'agit d'une religion nouvelle, mais sans rite, sans imaginaire codé, sans autre Dieu que le prochain, le socius, le frère » (Resweber, 1998 : 11).

## Conclusion

Ces quelques lignes conclusives montrent combien le monde actuel est complexe, pétri d'incertitudes, opaque, en mal de représentations. Ce malaise ne peut pas être entièrement refoulé sur la société et la *nécessaire et impossible* réforme sociale. Si l'on doit envisager une réforme elle doit se penser au niveau de l'individu et devenir une auto-réforme (Morin, 2004).

Pour faire le lien avec la question éducative, on comprend l'enjeu de la formation des esprits des futurs citoyens. Car c'est au niveau local, au sein de leurs réseaux personnels que les individus peuvent interagir. En accord avec Morin, nous pensons que toute réforme globale, générale dans l'esprit des trente glorieuses est vouée à l'échec.



Si nécessité de réforme il y a, elle ne prendra corps que dans la chair des nouveaux esprits formés à la complexité et nouvelles réalités du monde. En conséquence, nous interrogerons la pertinence de l'éducation citoyenne aux technosciences qui permette le développement de compétences d'enquêteurs efficaces.

## Références

- Aubert, N. (2003). *Le culte de l'urgence, la société malade du temps*. Paris, Flammarion.
- Adorno, T. & Horkheimer, M. (1944). *The Culture Industry : Enlightenment as Mass Deception*. In T. Adorno and M. Horkheimer. *Dialectics of Enlightenment*. New York : Herder and Herder.
- Bensaude-Vincent, B. (2009). *Les vertiges de la technoscience*. Paris, Éditions La Découverte.
- Blondiaux, L. (2004) Démocratie délibérative et démocratie participative : une lecture critique », Conférences de la Chaire MCD, <http://www.ieim.uqam.ca/IMG/pdf/Blondiaux-conf2-novembre-2004.pdf>. Consulté le 18 septembre 2018.
- Brega, A.G., Barnard, J., Mabachi, N.M., Weiss, B.D., DeWalt, D.A., Brach, C. & West, D.R. (2015). *AHRQ health literacy universal precautions toolkit. Agency for Healthcare Research and Quality*. Rockville : MD.
- Coutellec, L. & Weil-Dubuc, P.L. (2016). Les figures de l'anticipation. Ou comment prendre soin du futur. *Revue française d'éthique appliquée*, 2016/2, 14-18.
- Dallaire, N. (2012). Comment se porte la conscience critique dans les pratiques d'empowerment des travailleurs sociaux ? *Intervention*. 136 (2012.1) : 6-17.
- Dewey, J. (2003). Traduction originale, introduction : « La politique comme expérience », du livre de John Dewey, *Le Public et ses problèmes*, Pau, PUP/Farrago-Leo Sheer. Réédition à Paris, Folio, Editions Gallimard, 2009 (Collection « Folio essais », 328 p.) <https://journals.openedition.org/traces/753> (consulté le 18 septembre 2018).
- Encinar, P.E., Tessier, D. & Shankland, R. (2017). Compétences psychosociales et bien-être scolaire chez l'enfant : une validation française pilote. *Enfance*, 2017, pp 37-60.
- Giroux, A (1995). Pour une éducation éthique postmoderne, quelle rationalité ? *McGill Journal of Education*, 30(1), 21-35.
- Gross, O. & Gagnayre, R. (2018). Une éducation salutogénique basée sur les capacités des patients : une nouvelle composante de l'éducation thérapeutique. *Educ Ther Patient/Ther Patient Edu.*, 10 :10501.
- Guchet, X. (2016). *La médecine personnalisée, un essai philosophique*. Paris : Les belles lettres.
- Guchet, X. (2014). *Philosophie des nanotechnologies*. Paris : Hermann
- Hottois, G. (2006). *La technoscience : de l'origine du mot à son usage actuel*. In J.-Y. Goffi (Ed.), *Regards sur les technosciences* (pp. 21-38). Paris : Vrin.
- Laurent, B. (2010). *Les politiques des nanotechnologies. Pour un traitement démocratique d'une science émergente*. Paris : Editions Charles Léopold Mayer.
- Le bossé, Y. (2004). De l'habilitation au pouvoir d'agir : vers une appréhension plus circonscrite de la notion d'empowerment. *Nouvelles pratiques sociales*, 16, 2, 30-51.
- Le Dévédec, N. (2015). *La Société de l'amélioration. La perfectibilité humaine des Lumières au transhumanisme*. Montréal : Liber.
- Lintz, P. (2014) *Analyse et enjeux éthiques des nanotechnologies en médecine : temps et discours, approche éthique systémique : double discours, approche psychanalytique : complémentarité des discours entre science et théologie*. Thèse de Psychologie. Université Paul Valéry - Montpellier III.

- Lipovetsky, G. (1983). *L'ère du vide, Essais sur l'individualisme contemporain*. Paris : Gallimard.
- Lipovetsky, G. (2004). *Les Temps hypermodernes. Entretien avec Sébastien Charles*. Paris : Grasset.
- Morin, E. (2004). *La méthode Ethique*. Paris : Seuil.
- Morin, E. (1999). *Les sept savoirs nécessaires à l'éducation du futur*. Paris : Le Seuil.
- Noury, M. (2017). *La nanosanté. La médecine à l'heure des nanotechnologies*. Montréal : Editions Liber.
- Nurock, V. (2008) Avons-nous vraiment besoin de " nano-éthique " ? » in Bernadette Bensaude-Vincent, Raphaël Larrère, Vanessa Nurock dir., *Bionano-éthique. Perspectives critiques sur les bionanotechnologies*, (pp. 113-126). Paris : Vuibert.
- Panissal, N. & Vieu, C. (2018). Intérêts et limites de la production de récits fictifs au collège pour une éducation critique à la Nano-Santé. *Education Santé Société*, 4 (2) (sous presse).
- Panissal, N. & Plégat-Soutgis, F. (2018) Eduquer au pouvoir d'agir, contribuer au développement moral du citoyen : Écriture de scénarii fictifs. *Le sujet dans la cité, Actuel*, 7, 107-118.
- Pestre, D. (2003). *Science, argent et politique : un essai d'interprétation*. Éditions uae.
- Resweber, PP. (1998). Des lieux communs de la modernité. *Le Portique* [En ligne], 1 | 1998, mis en ligne le 15 mars 2005. <https://journals.openedition.org/leportique/344>. Consulté le 18 septembre 2018.
- Rumpala, Y. (2016). Science-fiction, spéculations écologiques et éthique du futur. *Revue française d'éthique appliquée*. 2, 74-89.
- Sen, A. (1985). *Commodities and Capabilities*. Oxford : Elsevier Science Publishers.
- Siegler, R. (2001). *Enfant et raisonnement : le développement cognitif de l'enfant*. Ouvertures psychologiques, De Boeck Université, Bruxelles.
- Simonneaux, J., Simonneaux, L., Hervé, N., Nedelec, L., Molinati, G., Cancian, N., & Lipp, A. (2017). Menons l'enquête sur des questions d'Éducation au Développement Durable dans la perspective des Questions Socialement Vives. *Revue des Hautes Écoles Pédagogiques et institutions assimilées de Suisse romande et du Tessin*, (22), 143-160.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health : a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*, 12(1), 80.



## Competencia ética en profesionistas de la psicología: un estudio descriptivo

**Eneida Ochoa Avila**

Instituto Tecnológico de Sonora (ITSON)  
Red ALEC  
Ciudad Obregón, Sonora, México  
eneida.ochoa@itson.edu.mx

---

URL : <https://www.unilim.fr/trahs/1283>

DOI : 10.25965/trahs.1283

Licence : CC BY-NC-ND 4.0 International

---

La finalidad de este trabajo fue describir la percepción de competencias éticas en el desempeño profesional del psicólogo. La muestra estuvo constituida por 106 psicólogos profesionistas. Se construyó una escala Likert con cinco opciones de respuesta, compuesta por 36 reactivos. La escala mide tres factores: actualización y desempeño profesional, actuación e imagen personal y manejo responsable de la información. Los resultados mostraron que no hay diferencias significativas entre las dimensiones de la competencia ética, áreas de desempeño y años de ejercicio profesional. Las/os profesionistas participantes en este estudio perciben que, para demostrar su competencia ética, es importante la actualización en su desempeño, la actuación e imagen profesional y el manejo responsable de la información que se les confía en su quehacer como psicólogos. El ejercicio profesional en los distintos ámbitos de desempeño de los profesionistas de la psicología siempre demandará de la voluntad y la capacidad de cumplir con las exigencias éticas, así como con la atención a los problemas relacionados con la conducta humana con independencia a la diversidad de escuelas y orientaciones en que se haya formado; así como el área o campo en que labora, lo cual no debe ser obstáculo para que se trabaje según normas fundadas y reconocidas.

**Palabras clave:** competencia ética, profesionistas de la psicología, desempeño profesional, valores profesionales, ética profesional

The purpose of this work was to describe the perception of ethical competences in the professional performance of the psychologist. The sample consisted of 106 professional psychologists. A Likert scale was constructed with five response options, composed of 36 items. The scale measures three factors: updating and professional performance, acting and personal image and responsible handling of information. The results showed that it was concluded that there are no significant differences between the dimensions of ethical competence, performance areas and years of professional practice. The professionals participating in this study perceive that in order to demonstrate their ethical competence it is important to update their performance, performance and professional image and responsible management of the information entrusted to them as psychologists. Professional practice in the different areas of performance of psychology professionals will always demand the willingness and ability to comply with ethical demands, as well as attention to problems related to human behavior regardless of the diversity of schools and directions in which it has been formed; as well as the area or field in which he works, which should not be an obstacle to work according to well-founded and recognized norms.

**Keywords:** ethical competence, professionals of psychology, professional performance, professional values, professional ethics

L'objet de ce travail consiste à décrire la perception des compétences éthiques dans le cadre du comportement professionnel du psychologue. L'échantillon sur lequel repose notre analyse comprend 106 psychologues. Une échelle de Likert composée de 36 éléments a été élaborée sur la base de cinq réponses possibles. L'échelle mesure trois facteurs: mise à jour et compétence professionnelle, performance, image personnelle et traitement responsable de l'information. Les résultats ont montré qu'il n'y avait pas de différences significatives entre les dimensions relatives aux compétence éthique, domaines de performance et années de pratique professionnelle. Les professionnels qui ont participé à cette étude estiment que, pour démontrer leur compétence éthique, il est important d'actualiser leurs performances, leur image professionnelle et la gestion responsable des informations qui leur sont confiées au cours de leurs activités en tant que psychologues. La pratique professionnelle dans les différents domaines d'activité des professionnels de la psychologie exigera toujours la volonté et une capacité à se conformer aux exigences éthiques, ainsi qu'une attention soutenue aux problèmes liés au comportement humain, indépendamment des différentes écoles et orientations à partir desquelles ils se sont formés. Il en est de même de leurs différents domaines de spécialité qui ne devraient présenter aucun obstacle à l'exercice de leur travail si les normes créées et reconnues sont respectées.

Mots-clés :compétence éthique, professionnels de la psychologie, performance professionnelle, valeurs professionnelles, éthique professionnelle

O objetivo deste trabalho foi descrever a percepção de competências éticas no desempenho profissional do psicólogo. A amostra foi composta por 106 psicólogos profissionais. Uma escala Likert foi construída com cinco opções de resposta, composta por 36 itens. A escala mede três fatores: atualização e desempenho profissional, atuação e imagem pessoal e manuseio responsável das informações. Os resultados mostraram que não houve diferenças significativas entre as dimensões de competência ética, áreas de atuação e anos de atuação profissional. Os profissionais participantes deste estudo percebem que, para demonstrar sua competência ética, é importante atualizar seu desempenho, imagem profissional e o gerenciamento responsável das informações que lhes são confiadas como psicólogos. A prática profissional, nas diferentes áreas de atuação dos profissionais de psicologia, exigirá sempre a disposição e a capacidade de atender às demandas éticas, bem como a atenção aos problemas relacionados ao comportamento humano, independentemente da diversidade das escolas e orientações em que foi formado ou a área e o campo em que ele trabalha, fatores que não devem ser um obstáculo para trabalhar de acordo com normas bem fundamentadas e reconhecidas.

Palavras-chave: competência ética, profissionais de psicologia, atuação profissional, valores profissionais, ética profissional

## Introducción

Todas las sociedades en su conjunto establecen patrones de conductas aceptables y no aceptables. Por lo que el comportamiento de una persona se encuentra controlada por, al menos, dos tipos de normas legales: las que existen en documentos como la Constitución del país, códigos de procedimientos penales, civiles y las derivadas por la costumbre, pero que no están escritas. Por lo que es indiscutible que la conducta humana está bajo control de un conjunto de normas sociales que son aceptadas y obedecidas, como en este caso de acuerdo al ejercicio de las profesiones, en el artículo 5° de la Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos que establece que:

A ninguna persona podrá impedirse que se dedique a la profesión, la ley determinará en cada Estado cuales son las profesiones que necesitan título para su ejercicio, las condiciones que deban llenarse para obtenerlo y las autoridades que han de expedirlo... (DOF, 2016: 9)

También, la Ley Reglamentaria del Artículo 5o. Constitucional, relacionada al ejercicio de las profesiones en el distrito federal, en su última reforma de 1993, indica que:

Para el ejercicio de una o varias especialidades, se requiere autorización de la Dirección General de Profesiones, debiendo...  
1.- Haber obtenido título relativo a una profesión en los términos de esta Ley; 2.- Comprobar, ..., haber realizado estudios ..., en la ciencia o rama de la ciencia de que se trata

y en su artículo 7º: “Las disposiciones de esta ley regirán en el Distrito Federal en asuntos de orden común, y en toda la República en asuntos de orden federal” (DOF, 1993: 1, 2).

Asimismo, la Ley número 160 de Profesiones en el Estado de Sonora, en su artículo 5ªa, dice: “se requiere título para su ejercicio, las profesiones siguientes: Acuacultura... Psicología” y, en su artículo 10:

Para ejercer en el Estado de Sonora cualesquiera de las profesiones que establece esta ley, el profesionista deberá cumplir con los siguientes requisitos: I.- Estar en pleno goce y ejercicio de sus derechos; II.- Poseer título y cédula profesional legalmente expedidos (BOES, 2008: 1, 2, 4, 5).

Finalmente, en el reglamento de la Ley de Profesiones del Estado de Sonora, en su artículo 27, refiere:

El profesionista interesado en ejercer en el Estado de Sonora, además de cumplir con los requisitos establecidos en el artículo 10 de la ley, no deberá contar con sanciones vigentes derivadas de actos contenidos en su ejercicio profesional; mismas que se constatarán por resoluciones judiciales, constancias de registro y no sanción, u otro documento emitido por alguna instancia competente. La Secretaría, a través de la Coordinación, analizará y dictaminará según sea el caso y de conformidad a la normatividad aplicable. (BOES, 2011: 7).

La comprensión de los valores universales conceptualmente no es algo sencillo puesto que al ser definidos como un conjunto de normas de convivencia válidas en una época y en un tiempo determinado, deja de lado los conceptos de la moral. Por lo que es importante considerar que los valores son, a priori y absolutos, es decir, no es algo por descubrir, sino que existen y tienen una validez universal, como en los casos particulares que se dan confrontaciones de valores importantes que entran en conflicto, así como la observancia de las leyes.

Cortina (2003) plantea que la ética es una disciplina orientada a la acción, de manera que las decisiones que se tomen sean justas y se actué con transparencia. Para ello, los valores

éticos pueden clasificarse por ejemplo como: respeto, honestidad, participación, responsabilidad, compromiso, integridad, equidad, tolerancia, compromiso, lealtad, integridad y transparencia. Sin embargo, Clavijo (1998) señala que no existe un sistema de valores universalmente aceptado como “correcto”; por ello una disciplina como la ética es necesaria para intentar la búsqueda de las mejores normas de conducta.

Cobo (2003) menciona que una profesión es una actividad que ocupa de forma estable a un grupo de personas en la producción de determinados bienes o servicios, necesarios o convenientes, para las sociedades y éstas establecen los requisitos necesarios para ejercer las diferentes profesiones que regulen su práctica.

Un profesional es una persona que ha adquirido determinadas competencias o capacidades para aportar algo, en algún orden a los demás y a la sociedad. Por consiguiente, ejerce su profesión correctamente; es una persona que está haciendo o procurando a otros el bien propio de su actividad profesional y que, por lo mismo, puede experimentar la satisfacción que acompaña a la experiencia de hacer el bien a los demás. Asimismo, la satisfacción del deber cumplido, sentirse socialmente útil, o sencillamente sentirse bien por tener trabajo y sentirse realizado ejerciendo su profesión (Cobo, 2003).

Las organizaciones formales de psicología más antiguas son la Asociación Americana de Psicología (American Psychological Association, APA) y la Sociedad Británica de Psicología (the British Psychological Society, BPS) ambas con más de 100 años; éstas siempre han sido formadas por psicólogos. El desarrollo de los códigos éticos, por estas sociedades, han sido fundamentales con independencia que, en el seno de las mismas, se han llevado a cabo tanto una serie de debates, como la toma de decisiones acerca de la naturaleza y la construcción de los códigos de ética que se han ido desarrollando en el tiempo y la historia del ejercicio profesional de la psicología (Lindsay, 2009). Siempre han estado abiertas las posibilidades de afiliación, cuando se cumplan los requisitos relacionados con la formación en psicología.

El profesionista dentro del campo de la psicología científica, se enfrenta al reto y la demanda del control y la solución de los problemas de salud mental de las personas en campos de distinta índole como el área clínica, educativa, organizacional, salud, social, jurídica entre otros escenarios donde se presentan los problemas cognitivos, emocionales y conductuales.

Toda profesión implica una gran responsabilidad, ya que exige dar atención o prestar un servicio oportuno y de calidad a quien lo amerite y, además, debe estar apegado a principios científicos, técnicos y éticos (Castillo, 2010). En México, a partir de 1980 se inicia la creación de diversos colegios, sociedades y asociaciones de profesionales de la Psicología, principalmente con la finalidad de contribuir a la regulación del ejercicio profesional de la Psicología.

El 8 de mayo de 1980 se constituye legalmente el Colegio de Profesionales de la Psicología en Sonora, A.C. (CPPS); de acuerdo a su acta constitutiva, plantea que surge con la idea de crear un organismo serio y responsable, que busca la unificación de esfuerzos para beneficio de la comunidad dentro del estado de Sonora, en el campo de la conducta humana y entre sus objetivos.

De acuerdo a sus estatutos, reformados en 2017, están principalmente impulsar la psicología, pugnar por su mejoramiento profesional, vigilar el ejercicio profesional para que se realice dentro de la ley y la más estricta ética; promover expedición de normas relativas al ejercicio profesional, entre otros (Acta constitutiva del CPPS, 1980 y Estatuto vigente del CPPS, 2017).

Asimismo, en la ciudad de Guadalajara, Jalisco, México, el 18 de marzo de 1995, se configura la Federación Nacional de Colegios, Sociedades y Asociaciones de Psicólogos de México, A. C. (FENAPSIME) con 8 objetivos entre los cuales, en el primero, establece como objetivo:

Apoyar a los colegios, sociedades y asociaciones de psicólogos para la observancia de las atribuciones y responsabilidades que las

leyes federales, estatales y municipales les confieren...2) [...] 3) Crear y fortalecer la unidad de los psicólogos de la República Mexicana. 4) Promover y vigilar que el ejercicio profesional del psicólogo se realice dentro del más alto plano legal, ético y profesional.... 5)...., 6) Promover y apoyar ante las autoridades federales, estatales y municipales correspondientes, las disposiciones legales para el adecuado desarrollo de la Psicología. 7).... y 8) Asesorar a los miembros u otras instancias que lo soliciten en asuntos relacionados con el desarrollo y superación profesional del psicólogo, donde el CPPS es socio fundador de esta organización (FENAPSIME, 2012: 11).

Los códigos de ética para el desempeño de profesionistas que se han formado tanto en las disciplinas de las ciencias sociales como de la salud, generalmente, contienen una serie de principios, normas y preceptos que regulan el comportamiento humano profesional, como el deber ser, las aspiraciones o el ideal de un profesional (*American Psychological Association*, 2010; Harrsch, 2005, Castillo, 2010, Sociedad Mexicana de Psicología, 2009).

Históricamente, a lo largo del tiempo en la humanidad, se ha desarrollado un sinnúmero de profesiones y junto a ellas se establecen normativas particulares de integridad, las cuales marcan y rigen el desempeño no solamente en el ámbito técnico y ético. Por lo que es imperativo conocer cuáles son las competencias éticas que caracterizan el desempeño profesional del psicólogo en Sonora, dada la naturaleza de su objeto de trabajo que es la conducta humana para mejorar las condiciones de salud mental de la población.

La importancia que reviste esta investigación radica en que la actuación ética profesional del psicólogo deber ser tanto un compromiso personal como social, ya que, a través de su actuación, se enfrentará a situaciones que pueden poner en tela de juicio su conducta y profesionalidad. Por ello, se busca describir la percepción de competencias éticas en el desempeño profesional del psicólogo, mediante un instrumento diseñado para la medición de la competencia ética en profesionistas de la psicología en Sonora, México, para estar en condiciones de trabajar, a nivel gremial, no sólo en programas de actualización técnica y científica, sino también en el aspecto ético, aunque parezca reiterativo u obvio.

La relevancia de este trabajo permite sentar las bases en la discusión y el desarrollo del ejercicio de la psicología, ya que desde la perspectiva técnica y legal se le ha considerado una especialidad de bajo riesgo médico-legal. Cabe mencionar que es común que los psicoterapeutas como profesionistas trabajen en forma coordinada y multidisciplinaria con profesionistas del área médica como -neurólogos, psiquiatras, nutriólogos, entre otros- para la realización de sus diagnósticos y/o tratamientos terapéuticos.

Asimismo, colaboran con abogados en peritajes psicológicos requeridos en procesos civiles y/o penales donde es probable que se presenten incidentes y situaciones potencialmente conflictivas; por ello la Ley de Salud en el Estado de Sonora, en su artículo 10° relativo “al derecho fundamental de las personas que padezcan un trastorno mental”..., en su fracción VIII indica que “la atención a la salud mental debe estar basada en fundamentos científicos terapéuticos ajustados a principios éticos y sociales” (BOES, 2016: 8, 9).

Lo que plantea entonces es que el profesional que incurra en una mala praxis puede ser sancionado legalmente. Es precisamente a partir de esta disposición legal y el interés de velar por el ejercicio correcto de la profesión que se considera oportuno abordar este tema, en virtud de que la actitud que asuma el psicólogo frente a su responsabilidad social, dependerá su eficiencia profesional y realización personal.

Cabe mencionar que el comportamiento profesional del psicólogo ejerce una profunda influencia en todas sus actividades, que puede ser benéfica o nociva dependiendo del grado de congruencia que exista entre los valores explícitos en su práctica y las motivaciones que orientan su comportamiento como profesionista y como persona. Su

eficacia en el ejercicio profesional depende tanto de la calidad científica y técnica como de la correspondencia entre los valores y motivaciones que rigen su actividad cotidiana.

## Desarrollo

Todo profesionalista debe sentirse con la obligación de realizar su trabajo al máximo de sus competencias, en virtud de que cumple con los requisitos y las pautas ideales establecidas para el desempeño de su profesión; para ello requiere un alto grado de autocontrol de su conducta y de un código ético interiorizado (Hirsh, 2003). Lo cual puede lograrse mediante un proceso de socialización en los valores de la profesión y, en menor medida, por el control externo ejercido por instituciones, leyes y reglamentos establecidos por instancias que regulan el ejercicio profesional tanto a nivel internacional como nacional, así como localmente dentro de las asociaciones y colegios gremiales existentes - en el caso particular de México, en sus 32 entidades federativas del país.

Freidson (2003) reconoce que no puede haber una justificación ética para los profesionales que sólo buscan el beneficio personal, sobre la obligación de hacer un buen trabajo para el que lo necesite. El fortalecimiento de la legitimidad del profesionalismo requiere un claro reconocimiento de las implicaciones éticas del privilegio profesional y una fuerte resistencia a los acuerdos institucionales que enfatizan exclusivamente los incentivos económicos. Por lo que, considera que sería apropiado declarar como profesionalmente inmorales las políticas sociales que nieguen un acceso igualitario a servicios tales como salud, educación y defensa jurídica. Afirma que deben ser juzgadas las instituciones en que ejercen profesionales que no cuentan con las condiciones de trabajo necesarias para realizar un correcto ejercicio. También es necesario cuando las instituciones sólo buscan maximizar sus ganancias, a costa de la calidad del trabajo y de limitar aún más la distribución de los beneficios.

Respecto al perfil de los profesionales de la conducta humana, en un estudio realizado por Castañeda, en el 2004, éste abordó evidencias curriculares dentro de un marco de investigación desarrollado en México, cuyo interés fue aportar conocimiento acerca de mecanismos responsables del desarrollo de la pericia profesional en la formación académica del licenciado en Psicología. Participaron más de 700 psicólogos que habían cubierto el 100% de los créditos, estuviesen o no titulados, de 51 escuelas y facultades y de 7 asociaciones, colegios o instituciones del sector público y privado, donde se evaluó el dominio y pericia sobre conocimientos, habilidades y valores esenciales, comunes, significativos y de buena calidad.

Castañeda (2004) a partir de los resultados obtenidos estableció un perfil de siete competencias genéricas interdependientes (conceptual, metodológica, técnica, contextual, integrativa, adaptativa y ética). Los logros máximos en las competencias medidas rebasaron el criterio de 1.150 puntos requeridos por el Consejo Nacional de Evaluación (CENEVAL), por lo que fue posible establecer como de Alto Rendimiento. En cambio, las puntuaciones mínimas no satisficieron el criterio CENEVAL para considerarlas de rendimiento satisfactorio; con lo cual se obtuvo información útil para guiar acciones que aseguraran una formación profesional de calidad, construir un perfil nacional de las competencias deseables en los egresados de licenciatura en psicología.

En términos generales, fue posible establecer que las competencias ética y adaptativa (porción común), así como las conceptual, técnica y contextual (porción específica), fueron las que determinaron las diferencias entre los niveles alcanzados en el examen. Por lo que, el perfil y los contenidos del examen sirvieron para orientar a las instituciones formadoras, así como de tomar en consideración la importancia de evaluar los aspectos relacionados con las competencias antes señaladas (Castañeda, 2004).

A partir de estos hallazgos se puede comentar que, los profesionistas no sólo deben ser capaces de demostrar el dominio de integrar los aspectos conceptuales, contextuales, metodológicos y técnicos de forma general, sino que éstos puedan realmente anticipar y ajustarse a cambios importantes que afecten su quehacer profesional, dominar los valores profesionales, el respeto a la diversidad y la promoción de lo justo y equitativo. Por otra



parte, seleccionar y aplicar técnicas, instrumentación y procedimientos psicológicos para la observación, detección, diagnóstico, intervención, evaluación, prevención y desarrollo, así como para interpretar y comunicar los resultados derivados de su función profesional y contextualizar su práctica profesional, con base en la realidad social nacional.

Lindsay (2009) en un estudio desarrollado con el objetivo de fomentar la ética dentro de la psicología en los países europeos a través del Meta-código de la Ética de la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA) refiere que cada año la Sociedad Británica de Psicología y la *American Psychological Association* (APA) publican estadísticas sobre denuncias recibidas por la conducta de algunos de sus miembros. La Sociedad Británica de Psicología (BPS) recibió 109 denuncias; designó 20 grupos para la investigación de las denuncias. Siete de ellas fueron llevadas al Comité de Conducta. La APA, por su parte, informó que fueron interpuestas 82 denuncias y se abrieron 29 casos. Cabe mencionar que, aunque en términos porcentuales el índice de denuncias no es elevado, es importante considerar que, idealmente, no debieran presentarse denuncias contra la conducta de los profesionistas de psicología durante el ejercicio de su profesión.

Aunado a la existencia de regulaciones normativas, legislativas, organizativas y profesionales, contra conductas éticamente incorrectas, existen factores que sirven para fomentar las malas prácticas, que generalmente se relacionan con la naturaleza de la competencia, la forma de valorar el éxito y la falta de preparación para la toma de decisiones (Winston y Bahan, como se citó en Opazo, 2011).

Es importante señalar que la práctica profesional del (de la) Psicólogo (a) en Sonora se caracteriza por la existencia de una organización formal de profesionistas que la respalda. Para su desempeño, se requiere de una formación sistemática, apegada a un cuerpo de conocimientos adquiridos en una institución de estudios, de nivel licenciatura, certificada y de reconocimiento público y por los organismos que regulan su labor, de forma tal que los servicios que proporcionan deben ser orientados a principios básicos como: el respeto, la responsabilidad, la integridad, además de contar con la competencia para el ejercicio profesional de acuerdo a las áreas de especialidad. Todo ello, para garantizar un servicio de calidad. Para el caso de Sonora, desde el año de 1980, se constituyó legalmente el Colegio de Profesionales de la Psicología en Sonora, A.C.

Es necesario precisar también que los problemas legales que pueden enfrentar los psicólogos, en muchos casos, no se originan en situaciones impredecibles. Más bien sobrevienen de situaciones que pueden ser evitadas y sobre las que el terapeuta debiera tener excelente control. Los terapeutas suelen encontrarse con abogados en las siguientes situaciones: relaciones no profesionales con sus pacientes, incluyendo las sexuales, error de diagnóstico, error de tratamiento, conflictos por honorarios, ruptura de la confidencialidad, atención de conflictos matrimoniales donde se disputa la tutela de los hijos, suicidios de pacientes, daños producidos por sus pacientes a terceras partes, falta de derivación oportuna y eficaz o utilización de técnicas para las cuales el psicólogo no está debidamente capacitado.

En México, se carece de datos exactos acerca de la cantidad de psicólogos que han sido demandados. Sólo se conocen algunas sentencias aisladas. En los Estados Unidos, el *National Practitioner Data Bank*, organismo oficial al cual se debe denunciar cualquier reclamo por acción adversa y/o mala práctica, así como el pago por negligencia, en 2014 reporta que para al año 2012 ha disminuido el porcentaje de reclamos de mala práctica a 16.4% para todos los profesionales comparado con el 44.3% que se presentaron al 2003; año en el que se informó que más de 1500 psicólogos sufrieron reclamos del periodo de 1990 a 2003, donde aproximadamente el 1% de los casos involucran a psicólogos en los pagos resarcitorios que se presentaron por concepto de mala praxis en ese país<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> En 2012, *Health Resources & Services Administration* (HRSA) suspendieron los futuros informes anuales en su formato actual. En 2018, el Informe anual de 2012 se convirtió a formato HTML para cumplir con los estándares de accesibilidad y los informes anteriores se archivaron.

## Método

### Participantes

La población participante fue seleccionada en 2015 de forma no probabilística intencional y estuvo conformada por un total de 107 personas de ambos sexos, profesionales de la psicología, distribuidos entre las áreas de desempeño clínica, salud, social, educativa y organizacional. Las edades de los participantes fluctúan desde 22 hasta 60 años, con una media de 35.79, en su mayoría casados (44.8%) y entre 1 y más de 20 años de ejercicio profesional.

### Instrumento

Se recurrió al instrumento de 36 reactivos, diseñado originalmente, para medir competencias éticas en estudiantes de psicología, versión (ICEB-A) elaborado en escala tipo Likert, con cinco opciones de respuesta las cuales van desde totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo; esta escala, a su vez, estuvo dividida inicialmente en seis factores de acuerdo a la teoría: a) el psicólogo como profesional competente, b) el psicólogo como investigador, c) el psicólogo como figura pública, d) el psicólogo como defensor del secreto profesional, e) el psicólogo frente al paciente como ser autónomo, y f) el psicólogo frente a dilemas éticos en situaciones límites (Ochoa, Félix, Mercado, Aceves, Ross y Pérez, 2012). Este instrumento se adaptó para aplicarse a profesionistas en psicología, versión (ICEB-B), para lo cual se determinaron sus propiedades psicométricas.

### Procedimiento

El procedimiento se llevó a cabo en diferentes etapas donde primero se realizó la adaptación del instrumento versión ICEB-A dirigido a medir competencias éticas básicas en estudiantes de psicología para replicarlo a profesionistas de psicología en la versión ICEB-B; posteriormente, se procedió a la aplicación del mismo a profesionistas en psicología. Se elaboró la base de datos en el programa SPSS versión 18.0 donde se realizaron los análisis de confiabilidad y validez de constructo a través de la extracción del alpha de cronbach y un análisis factorial exploratorio, para obtener las propiedades psicométricas y, finalmente, se realizaron análisis descriptivos a partir de correlaciones, análisis de varianza y diferencias de medias.

### Resultados

Respecto a la caracterización de la muestra se obtuvo que la mayoría reportara estar laborando dentro de la práctica privada y en el sector educativo, concentrándose el 72.30% de la muestra y el 27.7% se distribuye en consultoría, sector público de salud e industria.

En cuanto al grado máximo de estudio se identificó que la mayoría cuenta con estudios de licenciatura el 51.9%, representado por 55 personas, 49 (46.2%) estudiaron un posgrado y solamente 2 (1.9%) con doctorado, de los cuales 47 (45.6%) están estudiando un posgrado, diplomado o seminarios de actualización y 56 que representan el 54.40% no participan en un programa de actualización.

Con el objetivo de obtener la validez de constructo del instrumento versión ICEB-B, se analizó la estructura interna del mismo realizando un análisis factorial de componentes principales con rotación ortogonal, quedando incluidos sólo aquellos factores cuyo auto valor fue mayor a uno y su peso factorial estuviese por arriba de .30. Fueron tres factores

---

Por lo que al fusionarse la *Healthcare Integrity and Protection Data Bank* (HIPDB) y la *National Practitioner Data Bank*, los datos se reportan en formato Excel y no mediante informes que se elaboraban en PDF al año 2012. Por ello, son los últimos datos comparativos que se pudieron encontrar respecto a reclamos por mala praxis de los profesionales de la salud en EEUU.

arrojados por el análisis, que explicaron el 76% de la varianza total (Kaiser – Meyer Olkin =.956 y Barlet Test Sphericity = 5177.794,  $p=.000$ ). Asimismo, la confiabilidad total del instrumento fue de .986. A continuación, se describen las propiedades psicométricas de cada uno de los componentes:

El primer componente referido en la tabla 1 concerniente a la actualización y desempeño profesional del psicólogo, compuesto por 21 reactivos aporta el 36.50 % de la varianza total explicada - el peso factorial de los reactivos osciló entre .807 y .547 y el alpha obtenida fue de .986.

Tabla 1: Factor 1 Actualización y desempeño profesional

Reactivos N = 21	Peso Factorial	Alpha	Varianza explicada
Perfeccionar sus conocimientos en el perfil ocupacional en que se desarrolla	.807		
No emitir diagnósticos de forma apresurada	.806		
Cuidar la absoluta privacidad en las intervenciones	.806		
Sujetarse a los resultados obtenidos y no falsearlos	.744		
No apropiarse de los resultados de otros investigadores	.742		
Ganarse la confianza del paciente dándole seguridad en su discreción	.738		
Cuidar la comunicación escrita que se emite a otros profesionales	.735		
Pensar siempre en hacer el bien al paciente y a su familia	.732		
Actualizarse constantemente en teorías y técnicas psicológicas	.717		
Reconocer la incompetencia ante ciertos casos y acudir a fuentes autorizadas	.715		
Aplicar siempre el consentimiento informado	.706		
No criticar a los colegas en público	.702	( $\alpha=.986$ )	36.50
No comentar las confidencias del paciente con la pareja, familiares o amigos	.699		
Respetar el derecho del paciente a recibir explicación sobre el procedimiento para el diagnóstico y la terapia a emplear	.697		
Precisar el momento y la persona indicada para ofrecer una información difícil de aceptar	.667		
Precisar el momento y la persona indicada para ofrecer una información difícil de aceptar	.667		
Respetar el derecho del paciente a decidir su participación en las investigaciones	.664		
Mantener buenas relaciones interpersonales	.657		
Mostrar carácter amable y habilidades comunicativas	.643		
Abstenerse de cometer intromisión profesional	.568		
Tener en cuenta la edad y la integridad física del paciente para solicitar su consentimiento informado	.548		
Limitar el acceso a la historia clínica y otros documentos legales del paciente	.547		

En el segundo componente actuación e imagen profesional correcta, representado en la tabla 2, se obtuvo una confiabilidad de .944. El factor se compuso por 9 reactivos y explica el 24.79% de la varianza total, el rango del peso factorial osciló entre .576 y .717.

Tabla 2 :Factor 2. Actuación e imagen profesional

Reactivos N = 9	Peso Factorial	Alpha	Varianza explicada
Tener presencia física agradable	.717		
Prepararse para aconsejar la mejor solución y con el lenguaje más discreto y preciso	.703		
Acatar las decisiones del paciente con el conocimiento de las causas y consecuencias de su conducta	.666		
Actuar en consecuencia con el modelo de conducta que representa	.663		
Utilizar los resultados de la evaluación psicológica solamente con el paciente y para su terapia	.650	( $\alpha=.944$ )	24.79
Servir de apoyo moral y psicológico al paciente y a su familia	.625		
Analizar con cuidado las figuras implicadas, adecuando según el rol que asumirá cada una, la información que necesita	.617		
Mantener una conducta moral y social ajustada	.610		
Respetar el derecho al conocimiento de la verdad pero ajustado a la edad, personalidad y estado emocional del paciente o familiar	.576		

El tercer factor descrito como el manejo responsable de la información, se encuentra integrado por 6 reactivos, los cuales en total explican el 14.91% de la varianza; asimismo presentó un índice de confiabilidad de .886 y los rangos de peso factorial oscilaron entre .766 y .490.

Tabla 3 : Factor 3. Manejo responsable de la información

Reactivos N = 6	Peso Factorial	Alpha	Varianza explicada
Divulgar los hallazgos con fines científicos.	.766		
Violar el secreto solo ante inminentes daños para el paciente u otras personas.	.689		
Solicitar autorización del paciente para divulgar sus datos a otros profesionales con fines justificados desde el punto de vista científico.	.628		
Solicitar la aprobación del paciente para introducir en la consulta a otros.	.603	( $\alpha=.886$ )	14.91
Utilizar los resultados obtenidos únicamente con fines investigativos.	.587		
Permitir que el paciente escoja a su terapeuta y se mantenga con él hasta que lo decida	.490		

En la tabla 4 se pueden apreciar el resultado del análisis descriptivo de cada una de las dimensiones de la competencia ética, la media y desviación estándar para la población total en la dimensión actualización y desempeño profesional (M=28.84, DS=16.91), en actuación e imagen profesional (M=14.16, DS= 7.47) y para manejo responsable de la información (M=9.31, DS=5.02).

Tabla 4 : Puntuaciones medias observadas por dimensiones de la competencia ética

Actualización y desempeño profesional n=106		Actuación e imagen profesional n=106		Manejo responsable de información n=106	
M	DS	M	DS	M	DS
28.84	16.91	14.16	7.47	9.31	5.02

Asimismo, en la tabla 5 para cada grupo de área de desempeño, se determinó la media y desviación estándar de cada dimensión, donde se obtuvo medias altas en actualización y desempeño profesional en área organizacional con (M=31.33, DE=21.89), comparado con área de salud con (M=24.20, DE=2.38). En actuación e imagen profesional se obtuvo valor alto para el área organizacional (M=15.00, DE=8.99 y área de salud (M=13.80, DE=1.64). La última dimensión denominada manejo responsable de la información se obtuvo para el área organizacional (M=9.83, DE=6.11), tanto en el área de salud (M=8.00, DE=2.91) y área social (M=8.00, DE=2.82).

Tabla 5 : Medias observadas en las puntuaciones de las dimensiones de competencia ética de acuerdo al área de desempeño

Dimensiones	Área de desempeño									
	Clínica n= 52		Salud n=5		Educativa n=33		Social n=2		Organizacional n=12	
	M	DS	M	DS	M	DS	M	DS	M	DS
Actualización y desempeño profesional	28.67	15.76	<b>24.20</b>	2.38	29.60	19.13	24.50	4.94	<b>31.33</b>	21.89
Actuación e imagen profesional	13.88	7.15	<b>13.80</b>	1.64	14.51	8.38	14.50	7.77	<b>15.00</b>	8.99
Manejo responsable de información	9.28	4.49	<b>8.00</b>	2.91	9.45	5.96	<b>8.00</b>	2.82	<b>9.83</b>	6.11

En la tabla 6, se determinó la media y desviación estándar de cada dimensión, para cada grupo de años de ejercicio profesional, donde se obtuvo en actualización y desempeño profesional con valoración más alta para el grupo de psicólogas/os de 6 a 10 años de ejercicio profesional con (M=32.16, DS=22.68), y el menor valor para los de 11 a 15 años (M=24.12, DE=4.92). En cuanto a la dimensión actuación e imagen profesional se encontró valor de media más alta para el grupo profesionistas con 6 a 10 años (M=15.70, DS=9.41) y la más baja para los de 11 a 15 años (M=11.18, DE=2.73), y la última dimensión denominada manejo responsable de la información se obtuvo la media más alta para los profesionales con ejercicio de 6 a 10 años (M=10.13, DS=6.08) y la menor para los de 20 años o más (M=8.14, DE=1.86).

Tabla 6 : Medias observadas en las puntuaciones de las dimensiones de competencia ética, de acuerdo a los años de ejercicio profesional

Dimensiones	Años de ejercicio profesional											
	Menos de un año n= 10		1 a 5 años n=30		6 a 10 años n=30		11 a 15 años n=16		16 a 20 años n=13		20 años o más n=7	
	M	DS	M	DS	M	DS	M	DS	M	DS	M	DS
	Actualización y desempeño profesional	24.30	2.58	32.06	20.65	<b>32.16</b>	22.68	<b>24.12</b>	4.92	25.00	7.22	25.28
Actuación e imagen profesional	13.60	3.74	15.56	8.96	<b>15.70</b>	9.41	<b>11.18</b>	2.73	12.53	5.25	12.14	3.18
Manejo responsable de información	8.70	2.66	9.60	5.61	<b>10.13</b>	6.08	8.56	5.30	8.76	2.94	<b>8.14</b>	1.86

Respecto al análisis de correlaciones entre las dimensiones como se muestra en la tabla 7, se encontró una correlación de .916 entre actualización y desempeño profesional y actuación e imagen profesional, lo cual indica una valoración alta entre ambas dimensiones. Asimismo, la correlación de .833 entre comportamiento manejo responsable de información con actualización y desempeño profesional, seguido de una correlación de .790 entre manejo responsable de información y actualización e imagen profesional.

Tabla 7 :Correlaciones entre dimensiones o factores de competencia ética

Dimensiones	Actualización y desempeño profesional	Actuación e imagen profesional	Manejo responsable de información
Actualización y desempeño profesional	1		
Actuación e imagen profesional	.916**	1	
Manejo responsable de información	.833**	.790**	1

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

En relación a la búsqueda de diferencias estadísticamente significativas con el análisis de homogeneidad de varianzas de Levene, en la tabla 8, se observa que se obtuvo un valor de p de .938 en la dimensión de actualización y desempeño profesional, .962 para manejo responsable de información y .990 en actuación e imagen profesional, que son mayores a 0.05.

**Tabla 8 :** Análisis de homogeneidad de varianza dimensiones de competencia ética y grupos de áreas de desempeño

Dimensiones		Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
Actualización y desempeño profesional	Inter-grupos	238.674	4	59.668	.199	.938
	Intra-grupos	29711.288	99	300.114		
	Total	29949.962	103			
Actuación e imagen profesional	Inter-grupos	17.063	4	4.266	.073	.990
	Intra-grupos	5824.850	99	58.837		
	Total	5841.913	103			
Manejo responsable de información	Inter-grupos	16.007	4	4.002	.151	.962
	Intra-grupos	2622.522	99	26.490		
	Total	2638.529	103			

Por otro lado, en la tabla 9, se aprecia un valor en p de .305, en la dimensión de actuación e imagen profesional, .398 en actualización y desempeño profesional y .864 en manejo responsable de información. Por lo cual podemos rechazar la igualdad de varianzas entre los grupos por áreas de desempeño profesional, así como los grupos separados por años de ejercicio profesional.

Tabla 9 :Análisis de homogeneidad de varianza dimensiones de competencia ética y años de ejercicio profesional

Dimensiones		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Actualización y desempeño profesional	Inter-grupos	1486.273	5	297.255	1.041	.398
	Intra-grupos	28561.312	100	285.613		
	Total	30047.585	105			
Actuación e imagen profesional	Inter-grupos	337.682	5	67.536	1.221	.305
	Intra-grupos	5532.592	100	55.326		
	Total	5870.274	105			
Manejo responsable de información	Inter-grupos	48.857	5	9.771	.376	.864
	Intra-grupos	2597.869	100	25.979		
	Total	2646.726	105			

## Conclusiones

Dentro del presente estudio para el logro del objetivo, en primera instancia, se trabajó sobre el desarrollo y validación de una escala de competencias éticas en profesionistas de psicología (ICEB-B) la cual quedó constituida por 36 reactivos. La escala de tipo likert cuenta con cinco opciones de respuesta las cuales van desde totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo. Los análisis realizados para dicho proceso pueden sintetizarse de la siguiente manera: la escala evidenció ser un instrumento con una alta consistencia interna, presentando un alfa de = .986, lo cual da la certeza de que en aplicaciones posteriores se obtendrán resultados similares en repetidas pruebas realizadas con el mismo tipo de muestra.

Por otro lado, a partir de los resultados obtenidos relacionados al análisis factorial exploratorio, se obtuvieron tres factores, los cuales dan razón de una buena validez de

constructo, de acuerdo a sus pesos factoriales por componente y la varianza explicada de los mismos aunado a la confiabilidad obtenida por factor, la cual varía entre .98 y .88. Estos datos proporcionan información que permite afirmar que la escala es válida y confiable y que mide lo que pretende medir.

Respecto a las comparaciones de medias para las variables relacionadas con las áreas de desempeño y los años de ejercicio profesional en relación con las tres dimensiones de la competencia ética, se concluye que no hay diferencias significativas entre las dimensiones de la competencia ética, respecto a las áreas de desempeño y los años de ejercicio profesional. Es decir, con independencia de la antigüedad en el ejercicio profesional de la psicología, así como las diversas áreas de desempeño de los profesionistas de la muestra en estudio demuestran en su desempeño un comportamiento ético.

Los profesionistas que conformaron la muestra en este estudio perciben que es importante la actualización en su desempeño, la actuación e imagen profesional y el manejo responsable de la información que se les confía en su quehacer como psicólogos, para demostrar su competencia ética.

Un profesionista no sólo es competente porque posee conocimiento y habilidades que le permiten resolver eficientemente los problemas, sino también porque manifiesta una motivación profesional sustentada en intereses y valores profesionales que le permiten funcionar con flexibilidad, iniciativa, perseverancia, autonomía, perspectiva futura en su actuación ética y responsable.

No obstante, cabe señalar que, independientemente de las decisiones y elecciones personales de trabajo que realice el psicólogo, éste es un miembro de una comunidad de profesionistas orientados a atender los problemas relacionados con la conducta humana, en cualquiera de los ámbitos de su desempeño laboral y la diversidad de escuelas, orientaciones o corrientes psicológicas en las que se formó a nivel pregrado o posgrado no debe ser obstáculo para que se trabaje según normas fundadas y reconocidas. Por lo que su ejercicio profesional siempre demandará de la voluntad y la capacidad de cumplir con las exigencias éticas.

La prestación de los servicios profesionales que ofrece el psicólogo, es para la satisfacción del derecho de todo usuario a mantener o lograr su bienestar psicológico, sea en el ámbito público o privado. Por lo que, de acuerdo a Laferrière, (2013) el psicólogo como profesional no está exento de errores y desviaciones en su desempeño, quien puede ser objeto de reclamos por parte de usuarios que se hayan visto perjudicados por sus servicios. Por otra parte, determinar la responsabilidad profesional del psicólogo es una tarea particularmente ardua.

Por ello, para garantizar la calidad profesional de los servicios del psicólogo/a requiere mantenerse siempre actualizado en cuanto a las técnicas aplicables que haya elegido desde su formación universitaria y, particularmente, estar atentos a aquellos aspectos personales que puedan influir en su desempeño y con el convencimiento de que el conocimiento pleno de sus responsabilidades le permitirá desempeñar sus tareas con total profesionalismo. Es importante señalar que los resultados obtenidos en esta investigación muestran valoraciones altas para la dimensión de actualización y desempeño profesional, asimismo en la relación entre las dimensiones de actualización y desempeño profesional y actuación e imagen profesional.

Finalmente, las conclusiones que plantea Covarrubias (2013), en su reporte de investigación sobre la percepción de estudiantes respecto a la imagen social e identidad profesional de la psicología, refiere que la psicología no es considerada como una profesión importante y prioritaria y que solamente pueden acceder a los servicios de los profesionistas de esta rama de conocimiento quienes cuentan con capital cultural para apreciarla, así como recursos económicos para sufragar los gastos inherentes a sus servicios; esto nos lleva a plantear la necesidad de realizar otras investigaciones relacionadas con el ejercicio de la profesión de la psicología, así como su actividad gremial en pro y defensa tanto de los prestadores y/o usuarios de los servicios profesionales de los psicólogos.



## Referencias

- Boletín oficial del Gobierno de Estado de Sonora. (2008). *Ley de Profesiones del Estado de Sonora*. Recuperado de <http://www.stjsonora.gob.mx>
- Boletín oficial del Gobierno de Estado de Sonora. (2011). *Reglamento de Ley de Profesiones del Estado de Sonora*. Recuperado de <http://contraloria.sonora.gob.mx/ciudadanos/compendio-legislativo-basico/compendio-legislativo-basico-estatal/reglamentos/28-reglamento-de-la-ley-de-profesiones-del-estado-de-sonora/file.html>
- Boletín oficial del Estado de Sonora (2016). *Ley de Salud Mental del Estado De Sonora*. Recuperado de [http://www.congresoson.gob.mx:81/Content/Doc\\_leyes/doc\\_342.pdf](http://www.congresoson.gob.mx:81/Content/Doc_leyes/doc_342.pdf)
- Castañeda, F. S. (2004). “Competencias del recién egresado de la licenciatura en psicología”. *Revista desde el Caribe*, 14, 27-52.
- Castillo, B. C. (2010). “Fundamentos de los códigos de ética de los colegios profesionales”. *Revista Educación*, 34(1), 119-141.
- Clavijo, A. (1998). “Ética y comportamiento: Una perspectiva conductista”. *Revista suma psicológica*, 1(5), 65-85.
- Cobo, J. M. (2003). “Universidad y ética profesional”. *Teoría de la Educación. Revista Interuniversitaria*, 15, 259-276. Recuperado de [http://campus.usal.es/~revistas\\_trabajo/index.php/11303743/article/viewFile/3051/3084](http://campus.usal.es/~revistas_trabajo/index.php/11303743/article/viewFile/3051/3084)
- Colegio de Profesionales de la Psicología en Sonora, A. C. (1980). *Acta Constitutiva del Colegio de Profesionales de la Psicología en Sonora, A. C. México*. Documento interno.
- Colegio de Profesionales de la Psicología en Sonora, A. C. (2017). *Estatuto del Colegio de Profesionales de la Psicología en Sonora, A. C. México*. Documento interno.
- Cortina, A. (1997). *El mundo de los valores: ética y educación*. Bogotá (Colombia): El Búho
- Covarrubias-Papahiu, P. (2013). “Imagen social e identidad profesional de la psicología desde la perspectiva de sus estudiantes”. *Revista Iberoamericana de Educación Superior*, 4(10), 113-133. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/ries/v4n10/v4n10a6.pdf>
- Diario Oficial de la Federación (DOF). (1993). *Ley Reglamentaria del Artículo 5º Constitucional, relativo al Ejercicio de las Profesiones en el Distrito Federal*. Recuperado de [http://www.oas.org/juridico/spanish/mesicic3\\_mex\\_ley\\_regl\\_art\\_5.pdf](http://www.oas.org/juridico/spanish/mesicic3_mex_ley_regl_art_5.pdf)
- Diario oficial de la Federación (DOF). (2016). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. Recuperado de <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Constitucion/cn16.pdf>
- Federación Nacional de Colegios, Sociedades y Asociaciones de Psicólogos de México, A. C. (FENAPSIME). (2013). *Plan Nacional de Desarrollo de La Profesión del Psicólogo En México 2013 – 2018*. Recuperado de <http://www.fenapsime.org.mx/download/plannacional.pdf>
- Freidson, E. (2003). “El alma del profesionalismo”. En Sánchez, M., Sáez, J. y Svensson, L. *Sociología de las profesiones. Pasado, presente y futuro*. Murcia: Diego Marín Librero, pp. 67-91.
- Geoff, L. (2009). Ética profesional y psicología. *Papeles del Psicólogo*, 3(30), 184-194. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/778/77811790002.pdf>
- Harsch, C. (1998). *Identidad del Psicólogo*. México, Pearson Educación.
- Hirsh, A. A. (2003). Ética profesional como proyecto de investigación. *Revista teoría educativa*, 15, 235-258. Recuperado de [http://campus.usal.es/~revistas\\_trabajo/index.php/11303743/article/viewFile/3048/3081](http://campus.usal.es/~revistas_trabajo/index.php/11303743/article/viewFile/3048/3081)

Laferrière, I. (2013). “La posibilidad de una mala práctica psicoterapéutica”. *Revista de la Facultad*, 5(2), 45-259 Recuperado de <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/refade/article/viewFile/11432/11906>

Ochoa, A. E., Félix, V. R. O., Mercado, I. S. M., Aceves, S. J., Ross, A. G. P. y Pérez, I. R. (2012). Desarrollo y Validación de una Escala de Competencias Éticas para Estudiantes de Psicología. En *Revista Mexicana de Psicología*. XX Congreso Mexicano de Psicología y III Congreso Iberoamericano de Psicología y Salud: Oportunidades, retos y desafíos de la psicología mexicana. Campeche, México.

Opazo, C. H. (2011). “Ética en investigación: Desde los códigos de conducta hacia la formación del sentido ético”. *Revista iberoamericana sobre calidad, eficacia y cambio en educación*, 2(9), 62-78. Recuperado de <http://www.rinace.n/reice/numeros/arts/vol9num2/art04pdf>

Sociedad Mexicana de Psicología (2007). *Código ético del psicólogo*. 4ª. México: Edición Trillas



## O humano no centro do palco: uma discussão bioética sobre as práticas do neuromarketing

**Thiago Muller da Silva**

Universidade Católica Dom Bosco - UCDB  
Núcleo de Análise do Comportamento e Neurociência  
Campo Grande, MS, Brasil

[thiago.muller@ucdb.br](mailto:thiago.muller@ucdb.br)

**André Barciela Veras**

Universidade Católica Dom Bosco - UCDB  
Núcleo de Análise do Comportamento e Neurociência  
Campo Grande, MS, Brasil

[barcielaveras@hotmail.com](mailto:barcielaveras@hotmail.com)

---

URL : <https://www.unilim.fr/trahs/1125>

DOI : 10.25965/trahs.1125

Licence : CC BY-NC-ND 4.0 International

---

O presente artigo se organiza para promoção de diálogo crítico sobre as demandas de pesquisas que emergem da aproximação entre técnicas e estudos da neurociência com a prática do marketing. Quando comparada as demais produções de conhecimento, o marketing e suas subcategorias são reconhecidas como novas discussões no campo científico – razão essa pelo pouco acesso aos instrumentos e legitimidade de posicionamento ético da área. Além disso, a não completa integração na neurociência faz com que o neuromarketing negligencie suas coordenadas de atenção ao humano. Sobre o cenário, a discussão propõe o empoderamento dos conceitos e práticas da bioética pela área, que ao se organizar sobre os filtros de respeito pelo indivíduo; beneficência e justiça, promove o desdobramento necessário aos comandos de pesquisa com o objeto de estudos. A integração trouxe para o artigo reflexões pertinentes sobre a postura do profissional da área de marketing e comunicação social, uma vez que é comum o uso de elementos persuasivos para produção de conteúdo textual, imagético e sensorial. Cabe repensar os cuidados éticos na propagação de informações, pois, entende-se que a investigação de dados sobre o humano para a produção de signos que servirão para o aumento de sua debilidade, pode desencadear processos vulnerabilidade.

**Palavras-chave:** Bioética, neuromarketing, sociedade de consumo

Cet article est conçu pour promouvoir un dialogue critique sur les exigences de la recherche qui émergent de l'approche entre les techniques et les études de neurosciences avec la pratique du marketing. Par rapport à d'autres productions de connaissances, le marketing et ses sous-catégories sont reconnus comme étant de nouveaux apports dans les discussions scientifiques en raison du peu d'accès aux instruments et au manque de légitimité du positionnement éthique du dit champ. En outre, l'incapacité à s'intégrer pleinement aux neurosciences fait que le neuromarketing néglige ses objectifs d'attention envers l'homme. En la matière, la discussion s'oriente vers l'autonomisation des concepts et des pratiques de la bioéthique, à partir des filtres que sont le respect de l'individu, la bienfaisance et la justice. L'intégration a apporté à l'article des réflexions pertinentes sur la posture du professionnel dans le domaine du marketing et de la communication sociale, en raison de l'utilisation courante d'éléments de persuasion destinés à pour la production de contenus textuels, sensoriels et d'images. Il faut repenser l'objectif éthique dans la diffusion de l'information, dans la mesure où la recherche de données sur l'humain en vue

de produire des signes susceptibles d'accroître ses faiblesses, peut déclencher des processus de vulnérabilité.

Mots-clés : bioéthique, neuromarketing, société de consommation

El presente artículo se organiza para promover el diálogo crítico sobre las demandas de investigaciones que emergen del acercamiento entre técnicas y estudios de la neurociencia con la práctica del marketing. Cuando se comparan las demás producciones de conocimiento, el marketing y sus subcategorías son reconocidas como nuevas discusiones en el campo científico; razón por la cual hay poco acceso a los instrumentos y legitimidad de posicionamiento ético del área. Además, la no completa integración en la neurociencia hace que el neuromarketing descuide sus coordenadas de atención al humano. Sobre el escenario, la discusión propone el empoderamiento de los conceptos y prácticas de la bioética por el área, que al organizarse sobre los filtros de respeto por el individuo; la alteridad y la justicia, promueve el desdoblamiento necesario a los comandos de investigación con el objeto de estudios. La integración trae para el artículo reflexiones pertinentes sobre la postura del profesional del área de marketing y comunicación social, ya que es común el uso de elementos persuasivos para producción de contenido textual, visual y sensorial. Es necesario repensar los cuidados éticos en la propagación de informaciones, pues, se entiende que la investigación de datos sobre lo humano para la producción de signos va a servir para el aumento de su debilidad, puede desencadenar procesos vulnerables.

Palabras clave: Bioética, neuromarketing, sociedad de consumo

This article is organized to promote a critical dialogue about the demands of research that emerge from the approximation between neuroscience techniques and studies with marketing practice. When compared to other knowledge productions, marketing, and its subcategories are recognized as new discussions in the scientific field - the reason for the lack of access to the instruments and legitimacy of the ethical positioning of the area. Also, failure to fully integrate into neuroscience causes neuromarketing to neglect its coordinates of attention to the human. On the scenario, the discussion proposes the empowerment of the concepts and practices of bioethics by the area, that when organizing itself on the filters of respect for the individual; beneficence and justice, promotes the necessary deployment of research commands for study purposes. The integration brought to the article pertinent reflections on the posture of the professional of the area of marketing and social communication, since it is common the use of strong elements to produce textual, visual and sensorial content. It is worth rethinking the ethical care in the propagation of information because it is understood that the investigation of data about the human to produce signs that will serve to increase their weakness, can trigger processes vulnerability.

Keywords: Bioethics, consumer society, neuromarketing

## Introdução

As configurações contemporâneas da sociedade baseada em um modelo sócio-histórico e econômico capitalista têm elaborado um ambiente dinâmico para seus adeptos que se significam por meio do consumo. As diretrizes em desse modelo sofrem por constantes modificações e, assim, provocam que as técnicas e expertises se aprimorem também, como o caso do marketing, por exemplo. Atualmente, o humano inserido em um espaço com diversos elementos para percepção, produz comportamento específico em resposta às novas demandas de mercado.

A liquidez das interações sociais se torna um dos resultados pelo movimento comportamental respondente aos estímulos bombardeados diariamente de forma contínua pelas estratégias de marketing em direção ao indivíduo. Incitações que são desencadeadas por produtos e ideias que legitimam a proposta de uma indústria cultural – caminho necessário para fortalecimento do sistema capitalista (Bauman, 2009). Então, o atual cenário é composto por inúmeras possibilidades de marcas que elaboram ações para que se tornem a primeira e única lembrança na mente do consumidor em potencial.

Entende-se que o processo de fidelização entre marca-consumidor é adjetivo motriz para o investimento em pesquisas que descrevam informações sobre o indivíduo que possam aumentar a possibilidade de vantagem competitiva. Sendo assim, estudos em neuromarketing têm sido bem considerados, pois, por meio de instrumentos de análise da neurociência, oferece subsídios sobre o humano que produz a interação de compra – o que o legitima como verdadeiro adepto de uma sociedade baseada em consumo.

Sobre o ambiente de paridade entre neurociência e marketing (neuromarketing) é que se organiza a discussão deste artigo. Sendo uma área com produções recentes, os materiais analisados correspondem ao acesso de material publicado em livros e artigos, além de outras recentes discussões acadêmicas. A atenção com esse processo vale-se, principalmente, sobre a vulnerabilidade que pode alocar o objeto de pesquisa do neuromarketing (humano), pois ele ainda não possui posições concretas para uma atuação ética.

O material é organizado em três capítulos que correspondem, em ordem: 1) uma breve apresentação sobre o modo operante do marketing e sua evolução contemporânea com o auxílio da neurociência; 2) a apropriação do conceito de uma ética direcionada ao humano, enquanto objeto de estudos; e 3) um diálogo sobre a possível eficiência da adoção de práticas direcionadas ao indivíduo pelo neuromarketing, promovendo-o com características além de consumidor.

Portanto, o artigo se articula para que outras discussões e reflexões possam ser promovidas diante de tal cenário. Fica a atenção para a produção e conquista de um conhecimento de mercado que não transforme dados pessoais em informações agressivas ao receptor de uma estratégia de marketing ou comunicacional, por meios das diversas ações propostas no ambiente moderno.

### 1. Uma Estratégia de Sobrevivência no Mercado

As configurações contemporâneas da sociedade baseada em um modelo capitalista têm elaborado um ambiente dinâmico e transitório no cotidiano de seus adeptos que, inseridos em um espaço com diversos elementos que competem por suas atenções, provoca no humano comportamentos específicos em respostas as novas demandas. Em parte, tal cenário deve-se ao desenvolvimento de um ambiente baseado em estratégias mercadológicas direcionadas ao segmento de consumidores em potencial – desdobramento organizado por uma indústria cultural que objetiva a manutenção dos integrantes em um sistema capitalista (Adorno & Horkheimer, 2002)

O breve resgate histórico sobre a conceitualização do vocativo marketing demonstra uma área que tem se especializado para legitimar sua atuação dentro do campo que emerge. Ou seja, a modificação dos atributos vanguardistas do marketing – antes descrito pela a

*American Marketing Association* (AMA, 2008:1)<sup>8</sup>, como sendo: “. . . uma atividade, das instituições envolvidas e processos para criar, comunicar, entregar e trocar ofertas que tenham valor para os consumidores, clientes, parceiros, e sociedade em geral”, agora é compreendido pela produção de ressignificação dos signos adotados por um determinado grupo de trabalho.

## 1.1. O neuromarketing como resposta a demandas contemporâneas de consumo

No final dos anos quarenta e início dos anos cinquenta, surgiu uma nova escola de pensamento do Marketing: a Escola Administrativa (Miranda; Arruda, 2002), diante de um Brasil otimista e engajado em virtude do governo vigente. Existiam poucos meios de comunicação na época, a saber: rádio, revistas e jornais – o que limitou as atuações estratégicas do marketing, além de serem percebidos como espaços exclusivos para conteúdo jornalístico. Entretanto, havia esforços para que a área pudesse se desenvolver entre seus processos no campo de negócios – destacando o pioneirismo de Drucker (2001).

Chavaglia Neto (2012) ao comentar sobre como o estudo do funcionamento do cérebro humano sofreu uma subversão decorrente do surgimento de novas tecnologias nas décadas recentes, destaca que a área do marketing encontrou como oportunidade novos dados para dialogar com seu público. Camargo (2013) também concorda que os equipamentos que possibilitaram o estudo biológico e mapeamento da atividade cerebral humana, possibilitou uma vertente contemporânea do marketing - agora com subsídios fisiológicos que facilitaríamos as ações sobre o comportamento humano (Neuromarketing).

Comparado as demais expertises de atuação da área administrativa e comunicacional, o neuromarketing é considerado recente nesse espaço – afirmação definida pela junção de brevidade e debilidade nos subsídios de referência, além, claro, da carência de publicações científicas. Sobre a tentativa de definição, Peruzzo (2015: XVII) organizam reflexão que tem a função de ser ponto inicial para os demais desdobramentos operacionais da área, a saber:

A união dos ecossistemas, neurociência e marketing, com o objetivo de mensurar os estados mentais conscientes e inconscientes do consumidor, transformando esse conhecimento em bens de consumo que curem provisoriamente a insatisfação do cliente, gerando um estado de fidelidade circunstancial.

Fica a atenção sobre o verbete “cura”, introduzido na fala pelos autores que traduz a área desenvolvida. Eles assumem ao campo a responsabilidade terapêutico para o humano que está em situação de compra, ou seja, o produto/serviço é ressignificado no ambiente como proposta de atuação para controle de insatisfação – entretanto de modo breve. Essa característica descreve bem uma articulação prevista por Bauman (2009) quando apresenta a teoria da sociedade de consumo ou líquida. Segundo ela, as relações humanas são comparadas a produtos quando se tornam descartáveis depois do aproveitamento específico.

Compreender o próprio comportamento e o dos outros é uma habilidade sociocognitiva importante para um bom desempenho nas relações interpessoais. Entre estas habilidades úteis do ponto de vista de adaptação ao mundo social, destaca-se a teoria da mente, definida como a capacidade cognitiva de inferir o que outras pessoas estão pensando, sentindo, aprendendo a identificar a intencionalidade das ações humanas, utilizando-se de termos mentais (Lyra, Roazzi, & Garvey, 2008). Ou seja, a percepção do estudo unificado de duas ciências, até então distintas, surgiu a partir da possibilidade e reforço que uma

---

8 Tradução nossa: “Marketing is the activity, set of institutions, and processes for creating, communicating, delivering, and exchanging offerings that have value for customers, clients, partners, and society at large”.

daria à outra para desenvolver e estudar uma nova vertente, que explicaria de forma biológica o comportamento do consumidor e como lidar com o público.

Em um estudo de marketing sobre as influências mentais que o discurso mercadológico opera no cotidiano humano, Peruzzo (2015) acessa a segunda tópica da teoria estrutural da mente humana de (FREUD, 1923) e comprara-a com os apontamentos similares descritos por MacLean (1990) ao apresentar a organização de um cérebro trino humano, a saber: reptiliano, complexo límbico e neocórtex. Chavaglia Neto; Ramalheiro & Filipe (2015) entendem que a aproximação dos estudos em psicologia e neurociência oferece subsídios para a compreensão dos reais motivos de compra de um produto ou serviço. Sendo assim, as tecnologias médicas e seus avanços se tornam tecnologias de pesquisa eficientes ao marketing.

Por meio do desenvolvimento de equipamentos tecnológicos ligados à medicina - como o eletroencefalograma, por exemplo, o neuromarketing pôde analisar reações humanas desencadeadas em resposta as estratégias de marketing e comunicação. Frente a esse cenário, Chavaglia Neto (2012) compreende que as discussões que cernem a área abrem novas possibilidades de interpretação sobre a sociedade baseada em consumo, pois propicia uma análise mais próxima da fidedignidade sobre as condições do ambiente do consumidor.

Anteriormente, Lindstrom (2009) descreveu pensamento similar ao autor supracitado. Ao apontar exemplos do uso de equipamentos da área médica para análises do indivíduo em situação de marketing, torna evidente como esse movimento evoca adjetivos que reverenciam investimentos por dados reais. Uma das pesquisas demonstrou o equívoco de uma campanha publicitária que promove o antitabagismo, por meio de imagem funcional da Ressonância Magnética (IRMf), a saber:

Em suma, os resultados do IRMf mostraram que as imagens de advertência sobre cigarros não apenas fracassavam em desestimular o fumo, mas, ao ativarem o *nucleus accumbens*, aparentemente *encorajavam* os fumantes a acender um cigarro. Não pudemos deixar de concluir que aquelas mesmas imagens de advertências sobre cigarros que visavam limitar o fumo, reduzir a incidência do câncer e salvar vidas haviam, pelo contrário, se tornado um assustador instrumento de marketing para a indústria do tabaco. (Lindstrom, 2009: XXII)

Além de apresentar dados que direcionam uma linguagem (textual e imagética) mais assertiva na produção de mensagem com ruídos e barreiras minimizadas, a pesquisa revela a dualidade de campo de atuação do neuromarketing. Ora com intensões comerciais, ora ideológicas – expressão da comunicação defina por Martins (1999) e Carrascoza (2003). Tal cenário endossa a discussão sobre a organização dos critérios utilizados durante o processo de tomada de decisão criativa com o sujeito receptor da mensagem publicitária, Ou seja, além de tornar “público” informações de caráter privado, aloca o consumidor em uma área de vulnerabilidade as decisões estratégicas de um produtor de conteúdo – o que pode ser pensado com minimizações éticas.

A organização cerebral, em grande parte instintivo, promove comandos que tem como finalidade salvaguardar a sobrevivência de seu indivíduo frente as situações e/ou ambientes. Ao perceber que a organização social contemporânea se ajusta em um modelo baseado em consumo, percebe-se uma forte ativação do sistema simpático em resposta a decodificação de vários estímulos publicitários com objetivo de geração de uma ação e que, nos induzem à, por exemplo, comprar determinado produto que às vezes são desnecessários aos padrões racionais. Sendo assim, novas estratégias são elaboradas para produzir consumidores fidelizados a marcas, tornando assim a compra de produto ou ideia uma ação a temporal (branding).

## 1.2. A experiência positiva fideliza um casamento

Sobre a perspectiva de produtos, novos entrantes tendem a ser um fracasso no mercado - em uma velocidade desastrosa. As campanhas das quais os consumidores são bombardeados o tempo todo não tem mais nada de especial, tornando-os despercebido em meio a tantas mensagens. Isto torna aquele produto fácil de ser substituído, já que não foi criada uma ideia de fidelidade (Kotler, 2001, apud Lindstrom, 2012).

Sendo assim, marcas se organizaram com representação distinta de sua função inicial no cotidiano dos consumidores. Hiller (2012) entende que, devido um posicionamento mercadológico conciso e linear, elas migraram de suas funções para se organizarem como extensão da identidade do sujeito ou seu *Statement of yourself*<sup>9</sup>. Ou seja, as escolhas realizadas por desodorante, *fast food* ou qual a empresa de companhia aérea, por exemplo, tem a capacidade de traduzir o indivíduo, devido de acordo com a filosofia de vida compartilhada entre empresa e consumidor.

A resignificação das marcas eleva o investimento por pesquisa que apresentem dados inéditos sobre seu consumidor e, assim, gerem vantagens competitivas no espaço mercadológico. “Se antes se dizia que “a propaganda é a alma do negócio”, hoje negamos esta afirmação para dizer que “a marca é a alma do negócio” (Bedendo, 2015: 112). O espírito idealizado na citação descreve uma marca que possui discurso em sincronia com as reflexões de seu público e, para isso, proporciona experiência por meio dos cinco sentidos humanos - Brandsense (Hiller, 2012). Isto é, o termo discutido representa uma ferramenta desenvolvida para agregar experiências positivas e influenciar na construção da concepção que esse humano formula perante a marca.

A nova organização de trabalho do marketing compreende que a persuasão elaborada não deve se limitar ao uso da comunicação textual ou visual, mas sim no ajustamento de percepções por meio de processos que oriente uma interpretação pareada aos interesses diretivos das marcas. Pois, é por meio dos órgãos e sentidos que o sujeito estabelece empatia ou aversão a algo, até mesmo uma empresa, por exemplo (Carrascoza, 1999, apud Fujisawa, 2006).

Sendo sinônimo para entendimento, a percepção se ancora em impressões sensoriais para interpretar o mundo à sua frente. Então, o processo de atenção seletiva descreve a capacidade organizada de leitura das informações que são distribuídas para o sujeito que faz essa interação (Fujisawa, 2006) – ponto interessante, pois descreve também os desdobramentos de ações direcionadas a consumidores em potencial. Tudo isso em larga escala, por muitas empresas. Se destaca quem consegue trazer para si mais interpretação. Entretanto, o autor ainda completa ao comentar sobre o momento mais importante dessa missão, perpassar por três filtros do sujeito: 1) sensorial; 2) fisiológico e 3) cultural. Sendo o último decisivo, porém não anulador dos anteriores.

O endosso de uma mensagem publicitária também se torna uma estratégia para promoção de atenção seletiva no consumidor em potencial. A experiência vivenciada pelo personagem (anônimo ou público) do mundo ficcional da marca oferece à audiência modelos de comportamento, pela identificação. A explicação para disse é apresentada por Lindstrom (2009), quando comenta sobre os gatilhos dos neurônios-espelho – o que implica diretamente na maneira de como os filmes publicitários, por exemplo, são organizados:

A publicidade consolidou-se como um reforço importante atrelado ao desenvolvimento econômico. Antes, na fase pré-industrial, seu objetivo era meramente informativo. Com o advento do pensamento econômico voltado ao desenvolvimento dos mercados, a publicidade passou a ser “motivadora”. O fabricante precisa motivar o consumidor, precisa apelar a ele para

---

9 Tradução nossa: Descrição, declaração de você mesmo.



que compre o seu produto e não outro produto qualquer (Cabral, 1986: 21).

Conforme discussão, o marketing – e como consequência a publicidade – tem se especializado para atender as demandas contemporâneas de cada momento social e econômico de seu público estratégico. Brevemente, o autor citado apresenta os pontos de transições que coordenam a atuação da área, ou seja, as estratégias se organizam sobre as variáveis do indivíduo. Então, o Brandsense emerge como uma das aproximações do consumidor em potencial para promoção de atenção seletiva e se utiliza das habilidades da neurociência para “garantir” o sucesso das abordagens e fidelizar seu público, por meio de uma experiência positiva.

## 2. Uma Devoção Necessária

Os apontamentos anteriores destacam como as demandas internas ao indivíduo têm sido valorizadas para produção de comportamento desejado no espaço de consumo pelo marketing. A premissa de que o humano é suscetível ao controle comportamental (Skinner, 1971) coordena investigações de pesquisadores para o entendimento de parte dessa complexidade, por meio de teorias compatíveis com nossas ações – objetivado pela anunciação de seu padrão.

A atenção sobre os dados obtidos em pesquisa vale-se sobre a inserção do indivíduo em um ambiente vulnerável. Sendo assim, se faz necessário uma conduta ética frente a via a ser analisada - diálogo iniciado por Van Rensselaer Potter (1971). O autor propôs estudos biológicos com premissas de atuação baseada em valores humanos (Bioética). A matriz motora dessa área descreve o pensamento em prol do bem-estar dos seres vivos. Isto é, a sobrevivência da espécie não depende de conhecimentos rigorosos da técnica, mas sim do respeito aos valores humanos (Munhoz, 2004).

Sendo assim, a bioética aparece em tal contexto como um conjunto de normas que valorizam os atos humanos, onde consequências afeta de forma significativa os sistemas vivos (Kottow, 1995 apud Lima, 2013). Os procedimentos da academia têm anunciado que todo e qualquer tipo de pesquisa que envolva diretamente um indivíduo precisa de uma base em pressupostos éticos e não apenas de planejamento organizado com métodos de execução – realidade distinta ao universo do neuromarketing, cenário em resposta ao período recente de atuação.

Oliveira & Filho (2006:3), ao comentar que “mormente em áreas afeitas à vida, e a ocorrência de pesquisas francamente contrárias à dignidade humana, como ocorrido em várias passagens da Segunda Guerra, ensejaram o surgimento da "Bioética" como um novo ramo do conhecimento”. A valorização de tal conduta se organiza pela compreensão dos pontos significativos que os dados podem produzir sobre humanos. Para os autores, as informações que emergem podem transitar em práticas polarizadas do bem e mal, ou seja, fica a mercê do pesquisador o como acessar o indivíduo – o que torna ainda mais prescindível estabelecer métodos que guiem determinadas pesquisas.

Tal observação tem estado em processo de vigilância pela Comissão Nacional de Proteção dos Seres Humanos da Pesquisa Biomédica e Comportamental (NCPHSBBR) que, em setembro de 1978, emite o relatório Belmont Report<sup>10</sup> que estabelece princípios éticos que devem ser institucionalizados em todo e qualquer tipo de pesquisa realizada em organismos vivos, sendo preponderantes três, a saber: 1) respeito pelo indivíduo; 2) beneficência e 3) justiça.

Sobre o primeiro tópico, descreve a participação ativa do pesquisado durante o processo de investigação. O humano deve ser percebido como ser autônomo e estabelece que em casos onde haja redução de tal condição, o pesquisado tem, como direito primordial,

---

10 Disponível em: <<https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/read-the-belmont-report/index.html#xbasic>>. Acesso em: 26 ago. 2018.

proteção. Ainda sobre as pesquisas, o respeito determina umas práticas de conduta, sendo recomendado pedir para que o indivíduo colabore voluntariamente, assim como, repassar todas as informações de maneira clara e compreensível.

O princípio da beneficência chama para discussão os procedimentos de cuidado com a vida humano, ou seja, uma adversão para que não se deve ferir o indivíduo, independentemente dos benefícios que possam vir para os outros. Normalmente, pesquisadores a utilizam como argumento justificador para a produção de investigação, pois evocam os benefícios que os dados podem gerar ao objeto de estudos.

Por fim, o último item sobre quais tipos de indivíduos serão pesquisados, isso é, quais os critérios de seleção do grupo, como, por exemplo: distinção racial; econômica ou étnica, além de descrever a importância da clareza em anúncio do público que acessará os benefícios dos resultados. Em especial, Oliveira & Filho (2006) evocam destacam que os princípios são poderoso instrumento para direcionar as decisões a um viés eticamente ajustado, pois ordena as práticas dos pesquisadores para proteção a vida humana.

Percebe-se que desde a institucionalização da bioética, além das orientações da Comissão Nacional de Proteção dos Seres Humanos da Pesquisa Biomédica e Comportamental, pesquisadores tem se articulado para a promoção de dados que valorizem a vida humana – o que não tem sido frequente dentro do campo do marketing. Quando a investigação tem propósito final de recolher dados e aplicá-los comercialmente, se torna, então, necessário pressupor que a informação coletada pode interferir no processo de livre-escolha do indivíduo, de alguma maneira, Sendo assim, E, que é mais do que obrigatório que haja uma fiscalização dos dados obtidos e métodos utilizados – aqui destacando sobre o uso da neurociência pelo marketing.

### 3. A Necessidade de Transformar Consumidores em Humanos

Em síntese, as pesquisas em neuromarketing acessam recursos da neurociência para a investigação aprofundada do humano que experimenta a dinâmica de consumo, para isso, investigam as motivações e impulsos motores dos níveis inconscientes do cérebro - entendendo o imprevisível (Peruzzo, 2015). Citado pelo Belmont Report, os levantamentos que emergem dos dados sobre o humano precisam de atenção necessária para não o alocar em ambiente de vulnerabilidade. Entretanto, o posicionamento segue vias contratárias da prática nessa área.

Compreendida como estudos que oriunda da área comercial, as pesquisas não seguem procedimentos de homologação em nenhum órgão fiscalizador ou orientação de comitê ético – salvos quando produzidos em instituições de pesquisa ou educacionais. Tal qual, acabam, por vezes, resultando em dados desconexos, gerais, e falsos em alguns casos, pois há uma proteção natural humana que leva a mentir ou omitir dados (Camargo, 2009).

Na posição de objeto de estudos, o consumidor é percebido então como fonte de informações que organizarão os subsídios necessários para uma estratégia de marketing ou comunicação. São dados que serão utilizados para a produção de argumentos que minimizam suas barreiras elaboradas para a aproximação de um produto ou ideia – E, de uma forma desenfreada, colabora para movimentos psíquicos agressivos como a compulsão, por exemplo (Silva, 2014). Sendo assim, o ambiente é ajustado por uma demanda comercial e não humanista.

A união de duas áreas distintas para a organização do neuromarketing (neurociência e marketing) promove em seus operadores um posicionamento não solidificado sobre questões éticas. Então, se faz necessário a promoção e valorização do cuidado ao humano – parte mais sensível do processo. No Brasil, a regulamentação surgiu com a normativa N° 01 Conselho Nacional de Saúde (CNS), pioneira nas iniciativas de proteção éticos em 1988. Seu insucesso fez o país seguir orientações dos princípios bioéticos inseridas no chamado Boas Práticas Clínicas do Grupo Mercado Comum (MERCOSUL). Em vias de comunicação, os instrumentos brasileiros se valem do código de defesa do Consumidor e Conselho

Nacional de Autorregulamentação Publicitária (Conar), porém, somente alcançam os produtos elaborados e não as pesquisas. (Garcia, 2017)

A discussão que emerge se organiza ao perceber a fragilidade de princípios orientativos direcionadas à área, o que possibilita uma movimentação direcionada aos interesses – nesse caso, os de mercado. Cabe ressaltar que a ação conjunta da neurociência e do marketing é trabalhosa, o que pode transformar o investimento capital em gastos – ambiente que não é favorável dentro do modelo econômico adotado pela maior parte dos países ocidentais. Peruzzo (2015) entende que tais pesquisas se tornam indubitavelmente necessárias, pois permitem o entendimento do nível de satisfação do consumidor, evitando assim que o mesmo seja enganado com promessas acerca de determinado produto. O autor descreve uma funcionalidade de mercado e não humana, pois não entra na discussão sobre as debilidades do campo da pesquisa, deferente de Silva (2014).

A validade dos estudos da neurociência na área do marketing descreve sobre a possibilidade de entender os estados subconsciente dos consumidores – dedicação em potencial, pois sabe-se que é a área que corresponde aos aproximados 95% das decisões do humano (Peruzzo, 2015). O autor também defende que se trata de uma estratégia necessária, dentre as inúmeras possibilidades de fidelização de consumo por uma marca. O pensamento é semelhante ao já defendido por Hiller (2012), entretanto, ambos descrevem o empoderamento de informações sobre o humano para a produção de percepções que se ajustem aos seus modos operantes de comportamento – Característica evidente em uma produção de Indústria Cultural (Adorno & Horkheimer, 2002).

O argumento dos dados sustentados em neurociência se aglutina em positivos para quem produz, por questão de sobrevivência industrial, mas principalmente para quem consome, pois terá suas vontades entendidos e saciados. Conforme mencionado por Cabral (1986: 21) “Com o advento do pensamento econômico voltado ao desenvolvimento dos mercados, a publicidade passou a ser motivadora. O fabricante precisa motivar o consumidor, precisa apelar a ele para que compre o seu produto e não outro produto qualquer”. Ou seja, há uma necessidade no modelo econômico capitalista em oferecer condições para a manutenção de uma sociedade baseada em consumo, pois é no comportamento de compra que torna os indivíduos legítimos adeptos (Bauman, 1925).

Sendo assim, o acesso a áreas desconhecidas do funcionamento cerebral gera polêmica e preocupações, pois desperta a discussão sobre o controle do senso coletivo por uma minoria, que, munida de informações pessoais, pode fazer uso desses dados para manipular grupos. Entretanto, emerge um questionamento: o caminho a ser trilhado corresponde à liberdade do indivíduo em ser controlado acidentalmente, por um tirano, ou por instrumentos elaborados pelo próprio, segundo um planejamento cultural efetivo? Sobre essa demanda, Skinner já refletia:

O perigo do uso inadequado do poder é possivelmente maior do que nunca. Ele não diminui por ignorarmos estes fatos. Não podemos tomar decisões sábias se continuamos fingindo que o comportamento humano não é controlado, ou se nos recusamos a nos envolver no controle quando resultados válidos podem surgir. (Skinner, 1966:47-65)

Para o autor, entre os males o menor. A capacidade de negar a existência e a potencialidade do controle comportamental torna-se um erro, assim como centralizá-la apenas para fins prejudiciais à sociedade. As descobertas podem cair no campo da interdisciplinaridade, como já ocorrem entre as estratégias de marketing que se apropria significativamente de outros estudos das ciências humanas, como a psicologia e a sociologia, por exemplo.

Para Massimi (2017), os conhecimentos teóricos desses campos de pesquisa, quando atrelados à expertise do mercado e práticas de consumo, se tornam grandes aliadas em prol do consumidor. E, nesta fusão é possível perceber que o sujeito é reconhecido entre as suas potências sócio-históricas, psicológicas, biológicas e até mesmo filosóficas – segundo os autores dessa área, nesse momento o consumidor é reconhecido com

características humanas, porém, são dados que sempre o coordena ao modelo capitalista de sobrevivência.

### 3.1. A saúde psíquica do indivíduo moderno como emergência ética do neuromarketing.

Sendo ramificação das estratégias de marketing, a comunicação social possui a habilidade de produzir e legitimar os adeptos da sociedade baseada em consumo. Entretanto, é necessário compreender que a prática não oferece apenas argumentos para a aquisição de um produto, mas também ideias – essa segunda tendo a possibilidade de maior interação com o indivíduo (Adorno-Silva, 2015). O marketing ideológico descreve a capacidade de “ensinar” pensamentos “adequados” a sua audiência – desde que bebida e direção não combinam, até demais demandas de mercado. Sendo assim, seria outra via de acesso para produção de conteúdo por meio dos dados particulares ao indivíduo. Mesmo ainda entendendo que o conteúdo decidido para o processo de aprendizado seja de interesse institucional.

Somado aos demais fatores estressores, as tecnologias de atuação do neuromarketing têm assegurado a legitimidade do indivíduo como autêntico representante do modelo capitalista. A dinâmica percebida não se articula como ambiente saudável ao seu usuário, pois os passos largos assumidos eclodem processos distintos aos de definição técnica definido ao modelo econômico adotado pela maioria da sociedade ocidental. A hipótese diátese-estresse nos ajuda a perceber esse espaço, pois descreve um indivíduo que assume sua vulnerabilidade às organizações estressantes, por meio da combinação entre fatores de predisposição e precipitação do ambiente, com seus consequentes resultados patológicos (Almeida, 2014). Ou seja, a capacidade de resposta do humano se modifica em sua forma de apresentação com o passar dos anos, o que pode manifestar adoecimentos psíquicos diversos, como, depressão ou ansiedade. Essa última descrita como condição humana da sociedade de consumo. (Barreto & Teodoro, 2018)

A reflexão não se ocupa da discussão do conceito da doença, mas do desafio de uma limitação ética para produção de um ambiente sensorial adequado pelo marketing, pois, entende-se que a debilidade da área com os princípios norteadores de saúde para seus usuários pode contribuir com o adoecimento dessa população. As garantias sobre tal disposição se legitimam pelo processo de práticas neuro comercial serem desenvolvidas com a ausência de procedimentos mediados por um comitê ético, cuja função se organiza em proteção ao humano.

O cérebro humano tem processo de funcionamento com os mesmos padrões de outrora. Entretanto, as informações sobre ele têm sido aproveitadas em campos que antes não havia sido instituído como prioridades – como o marketing, por exemplo (Lindstrom, 2009). Os passos dentro dessa nova possibilidade têm sido com muita atenção, pois ainda não há dados relevantes a respeito das consequências que apontem a proximidade das duas áreas (neurociência e marketing). A realidade que emerge dos tempos atuais coordena a reflexão que o avanço da relação não poderá ser pausado, mas tem por obrigação a atuação de princípios bioéticos em proteção ao objeto de estudos (humano). Tal posicionamento garante uma pesquisa com orientações além das demandas de mercado, mas com base humanitária.

## Conclusão

O presente artigo buscou promover uma discussão sobre a prática de pesquisa desenvolvida na área de neuromarketing. Sendo assim, não se ajusta para organizar verdades cristalizadas, mas sim em promover senso crítico, além de outros diálogos sobre a área que se forma pela junção de distintos conhecimentos (neurociência e marketing). Uma das contribuições consideráveis deste ensaio é a defesa por um objeto de estudo que não seja apenas percebido como consumidor, mas principalmente, por suas características humanas – o que oportuniza os questionamentos sobre os atributos éticos desenvolvidos.

A apropriação de breve desdobramento do marketing cria condições para visualização dos possíveis caminhos desenvolvidos em um espaço contemporâneo – tornando do neuromarketing uma estratégia de vantagem competitiva. Ou seja, as demandas dinâmicas de consumo ora conseguem ser previstas e ora são influenciadas por instrumentos da neurociência que antes recebiam outro cenário para atuação (área da saúde humana). O espaço de um modelo sócio histórico e econômico capitalista ensina, por meio de uma indústria cultural, que os verdadeiros adeptos dela são significados pela compra de produtos e/ou ideias – pressuposto que faz com marcas produzam ações mais assertivas para oportunizar a fidelidade de consumo.

Entretanto, os caminhos desbravados para o sucesso empresarial fazem com que o indivíduo seja reduzido ao seu poder de barganha capital. As pesquisas da neurociência sobre o funcionamento cerebral se tornam dados para a organização de estratégias no marketing. São informações conquistadas que serão ajustadas em argumentos textuais, imagéticos ou sensoriais para a minimização de barreiras que impedem o consumo. Isto é, como consequência, o direito sobre os resultados das pesquisas se torna sinônimo de poder e mantém o humano em condição de vulnerabilidade.

Devido demandas comerciais, pesquisadores em neuromarketing não seguem protocolos de orientação ética, em sua maioria. A justificativa de interesse particular faz com que muitos entrevistados se submetam a experimentos ou avaliações que resultem em uma leitura médica sobre o contato com objetos de consumo, como, filmes publicitários ou produtos, por exemplo. Recomenda-se a apropriação da bioética.

Fundamentada em três princípios, a organização ética proposta consegue permear as diversas aplicações de estudos com o humano. Tendo em vista que o neuromarketing segue orientações mercadológicas, o indivíduo (objeto de estudos) assume sua debilidade aos julgamentos éticos aleatórios dos pesquisadores – o que, dependendo da necessidade ou demanda, pode produzir ensaios invasivos. A adoção de um modelo de avaliação comum, os procedimentos recebem igualdade e instrumentos.

Por fim, sabe-se que as organizações contemporâneas do conhecimento ainda se ajustarão aos modos operantes do espaço, principalmente em uma área que assume a responsabilidade de manutenção do ambiente capitalista. A ideia de produzir consumidores cada vez mais fieis a suas marcas, faz com que empresas desenvolvam ou se apropriem de formas de investigações que apresentem como resultados contribuições significativas para suas atividades. A atenção sobre o indivíduo, além das condições atuais que impulsionam outros debates, se legitima as possíveis consequências que um não trabalho ético pode desenvolver em uma esfera pessoal e comunitária. Índices que nem sempre são questionados pelos operadores de marketing.

## Referências

- Adorno, T.; Horkheimer, M. (2002) *A Indústria Cultural – O Iluminismo como Mistificação Das Massas*. In: *Indústria Cultural E Sociedade*. São Paulo: Paz E Terra.
- Adorno-Silva, D. A. (2015) *O Poder Do Poder da Comunicação*. São Paulo. Ideias & Letras.
- Almeida, V. M. (2014) *Vulnerabilidade Cognitiva para Depressão em Crianças e Adolescentes*. Dissertação (Mestrado), Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Bauman, Z., (1925) *A Arte Da Vida / Trad. Carlos Alberto Medeiros*. Rio De Janeiro; Zahar.
- Bauman, Z., (2009) *Vida Líquida*. 2. Ed. Rio De Janeiro: Zahar.
- Barreto, I. S.; Teodoro, M. L. M. (2018) *Problemas emocionais e de comportamento, vulnerabilidade cognitiva e estresse: uma revisão narrativa*. Contextos Clínicos, 11(1):37-58, Unisinos - doi: 10.4013/ctc.2018.111.04
- Bedendo, M. (2015) *Branding Para Empreendedores*. São Paulo,

- Cabral, P. (1986). *Propaganda – A Alquimia da Sociedade Industrial*. São Paulo; Nacional.
- Camargo P. (2009) *Neuromarketing: Decodificando a Mente do Consumidor*. Portugal; I.P.A.M.
- Camargo, P. C. J. (2013) *Neuromarketing: A Nova Pesquisa de Comportamento Do Consumidor*. São Paulo: Atlas.
- Carrascoza, J. A. (2003) *Redação Publicitária: Estudos Sobre a Retórica do Consumo*. 3 Ed. São Paulo: Futura.
- Chavaglia Neto, J (2012) *Neuromarketing: O Efeito Da Ancoragem do Contexto e o Papel dos Neurotransmissores Na Mente Dos Consumidores*. São Paulo: Baraúna.
- Chavaglia Neto, J.; Ramalheiro, B. M.; Filipe, J. A. (2015) *Neuromarketing: O Efeito de Ancoragem, Do Contexto E O Papel Dos Neurotransmissores Na Mente Dos Consumidores*. São Paulo, Sp: Baraúna,
- Drucker, P. F. (2001) *Administrando em Tempos de Grandes Mudanças*. São Paulo: Pioneira,
- Freud, S. (1923). *O Ego E O Id*. In: Freud, S. Edição Standard Brasileira Das Obras Psicológicas Completas De Sigmund Freud. V. 19. Rio De Janeiro: Imago.
- Fujisawa, M. S. (2006) *A Exploração dos Cinco Sentidos como Forma de Persuasão e Estímulo ao Consumo*. *Revista Comunicação E Inovação*, São Paulo, V. 7, N. 13, P. 30-38.
- Garcia, L. M. (2017) *Direito do Consumidor*. 11. Ed. Rev., atual. e ampli. - Salvador: Juspodivm.
- Hiller, M. (2012) *Branding: A Arte de Construir Marcas*. São Paulo: Trevisan Editora,
- Lima, M. L. F. (2013) *Bioética e o Fim da Vida: O Debate Sobre A Tomada De Decisão, Às Portas Do Infinito*. 69 F. Dissertação (Mestrado) - Curso de Bioética, Ética Aplicada E Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense, Niterói.
- Lindstrom, M. (2009) *A Lógica Do Consumo: Verdades e Mentiras Sobre por que compramos*. 1. Ed. Rio De Janeiro; Nova Fronteira,
- Lindstrom, M. (2012) *Brandsense: Segredos Sensoriais Por Trás das Coisas Que Compramos*. Porto Alegre: Bookman.
- Lyra, P., Roazzi, A., & Garvey, A. (2008). *Emergência Da Teoria Da Mente Em Relações Sociais*. In T. M. Sperb & M. R. Maluf (Orgs.), *Desenvolvimento Sociocognitivo: Estudos Brasileiros Sobre Teoria Da Mente* (pp. 55-92). São Paulo: Vetor.
- Maclean, P. D. (1990) *The Triune Brain In Evolution – Role In Paleocerebral Functions*. New York: Plenum Press.
- Martins, Z. (1999) *Propaganda É Isso Aí!: Um Guia Para Novos Anunciantes e Futuros Publicitários*. São Paulo: Futura,
- Massimi, M. (2017) *Contribuições Da Psicologia Para Área do Marketing e do Conceito de Consumidor: Uma Perspectiva Histórica* - Universidade De São Paulo (Usp).
- Miranda, C. M. C.; Arruda, D. M. (2002) *A Evolução do Pensamento de Marketing: Uma Análise do Corpo Doutrinário Acumulado no Século*. In: Encontro Da Associação Nacional De Pós-Graduação E Pesquisa Em Administração, 26., 2002, Salvador. Anais. Salvador: Anpad,
- Munhoz, D. R. (2004) *Bioética: A Mudança da Postura Ética*. - Rev. Bras. Otorrinolaringol. Vol.70 No.5 São Paulo.
- Oliveira, P. H; Filho, R. N. A. (2006) *Bioética e Pesquisas em Seres Humanos*. *Revista Da Faculdade De Direito Da Universidade De São Paulo*, São Paulo, V. 101, P. 1187-1227,
- Peruzzo, M. (2015) *As Três Mentes do Neuromarketing*. Rio de Janeiro, RJ; Alta Books.

- Potter, Vr. (1971) *Bioethics: Bridge to The Future*. New Jersey, Prentice-Hall
- Silva, A. B. B. (2014) *Mentes Consumistas à Compulsão Por Compras*. São Paulo. Globo.
- Skinner, B. F. (1966) *The Design of Cultures* – Daedlus, Summer, 1962, 534-546.  
(Repr. Em Ulrich, R. Stachik, T., And Mabry, J. (Eds.), *Control Of Human Behavior*. Glenview, 111: Scott, Foresman
- Skinner, B. F. (1971) *Beyond Freedom and Dignity*. Nova York: Alfred A. Knopf.



## De la prévention primaire des radicalisations violentes à l'éducation à la santé pour la responsabilité

**Hélène HAGEGE**

ESPE, Campus Condorcet  
Université de Limoges

Professeure des Universités en Sciences de l'éducation.  
Directrice EA 6311 Éducation et Diversité en Espaces Francophones.

[helene.hagege@unilim.fr](mailto:helene.hagege@unilim.fr)

**Mohammed EL OURMI**

Professeur des écoles. Enseignant de langue et culture d'origine (ELCO). Doctorant en sciences de l'éducation.

ESPE, Campus Condorcet  
Université de Limoges

[mohammed.elourmi@gmail.com](mailto:mohammed.elourmi@gmail.com)

---

URL : <https://www.unilim.fr/trahs/1150>

DOI : 10.25965/trahs.1150

Licence : CC BY-NC-ND 4.0 International

---

Aujourd'hui, l'engagement de personnes dans un radicalisme violent, politique ou religieux, menace la sécurité publique. Pour contribuer à solutionner ces problèmes transcontinentaux, plusieurs pays ont mis en œuvre des programmes de prévention primaire des radicalisations violentes (RV), où le système judiciaire a un rôle prépondérant. Or, les évaluations, pas toujours rigoureuses, ont tout de même tendance à montrer l'inefficacité et même la vraisemblable contre-productivité de ces actions. La problématique de cet article théorique concerne donc la manière de mettre en œuvre une prévention efficace des RV et d'évaluer scientifiquement son efficacité (quels indicateurs considérer ?). Dans une première partie nous argumentons, sur la base de la littérature psychologique, en partie dédiée au terrorisme islamiste, que le dogmatisme et le besoin de clôture constituent une caractéristique des esprits radicalisés. Ensuite, sur cette base et celle d'une conceptualisation antérieure, nous présentons un modèle théorique pionnier où la RV apparaît comme fermant l'esprit, tandis qu'une prévention efficace conduirait, au contraire, à ouvrir l'esprit. Après cela, nous argumentons sur les liens entre ouverture d'esprit, santé, responsabilité (éthique) et méditation. Nous en déduisons l'importance d'inclure l'éducation à la santé comme un moyen efficace de prévention primaire des RV, avec comme fin la responsabilité. Notre modèle ouvre de nouvelles perspectives, tant pour l'éducation que pour la recherche. Il contient en effet des indicateurs psychologiques mesurables et opérationnels qui pourront servir à étudier empiriquement l'impact de dispositifs éducatifs sur la prévention, impliquant par exemple un outil éducatif que nous avons particulièrement étudié : la méditation.

Mots-clés : éducation à la responsabilité, éducation à la santé, prévention, radicalisations violentes, méditation

Hoy día, la incorporación de unas personas en un radicalismo violento, político o religioso, amenaza la seguridad pública. Para contribuir en solucionar estos problemas transcontinentales, varios países han puesto en obra programas de prevención primaria para las radicalizaciones violentas (RV), en las que el sistema judicial desempeña un papel preponderante. Ahora bien, las evaluaciones, no siempre rigurosas, tienden a demostrar



la ineficacia e incluso la probable contra productividad de dichas acciones. La problemática de nuestro artículo, teórico, se enfoca en la manera cómo se pone en obra una prevención eficaz de las RV y se evalúa de modo científico su eficacia (¿qué indicadores considerar?). En una primera parte, pretendemos, en base a la literatura psicológica, en parte dedicada al terrorismo islámico, que el dogmatismo y la necesidad de clausura constituyen una característica de las mentes radicalizadas. Luego, partiendo de esta base y de la una conceptualización anterior, presentamos un modelo teórico pionero en el que la RV aparece como algo que encierra la mente, mientras que una prevención eficaz permitiría, al contrario, abrir la mente. Seguidamente, discutimos acerca de los lazos entre apertura de espíritu, salud, responsabilidad (ética) y meditación. Deducimos de ello la importancia de la inclusión de la educación a la salud como medio eficaz de prevención primaria de las RV y como meta la responsabilidad. Nuestro modelo abre nuevas perspectivas, tanto para la educación como para la investigación. En efecto, contiene indicadores psicológicos medibles y operativos que podrán servir para estudiar, de modo empírico, el impacto de dispositivos educativos sobre la prevención, implicando por ejemplo, una herramienta educativa que hemos tratado en especial : la meditación.

Palabras clave: educación a la responsabilidad (ética), educación a la salud, prevención, radicalizaciones violentas (RV), meditación

Atualmente, o engajamento de pessoas em radicalismo violento, político ou religioso, ameaça a segurança pública. Para contribuir a resolver esses problemas transcontinentais, vários países implementaram programas para a prevenção primária das radicalizações violentas (RV), onde o sistema de justiça desempenha um papel preponderante. No entanto, as avaliações, nem sempre rigorosas, tendem a mostrar a ineficiência e até mesmo a provável contraprodução dessas ações. A problemática deste artigo teórico diz respeito a como implementar uma prevenção eficaz das RV e avaliar cientificamente sua eficácia (quais indicadores considerar?). Na primeira parte argumentamos, com base na literatura psicológica, parcialmente dedicada ao terrorismo islâmico, que o dogmatismo e a necessidade de fechamento constituem uma característica das mentes radicalizadas. Então, com base nisso e em uma conceituação prévia, apresentamos um modelo teórico pioneiro no qual a RV aparece como algo que fecha a mente, enquanto a prevenção efetiva, ao contrário, representaria a mente aberta. Depois disso, discutimos sobre as ligações entre abertura, saúde, responsabilidade (ética) e meditação. Deduzimos disso a importância de incluir a educação à saúde como um meio efetivo de prevenção primária das RV, com a finalidade da responsabilidade. Nosso modelo abre novas perspectivas tanto para a educação quanto para a pesquisa. Ele contém indicadores psicológicos mensuráveis e operacionais que podem ser usados para estudar empiricamente o impacto de dispositivos educacionais na prevenção, por exemplo, envolvendo uma ferramenta educacional que estudamos particularmente : a meditação.

Palavras-chave: educação à responsabilidade, educação à saúde, prevenção, radicalizações violentas, meditação

Nowadays the engagement of people in political or religious violent radicalism threatens public security. To help to solve these transcontinental problems, many countries implemented programs for the primary prevention of violent radicalization (VR), where the justice system played a leading role. However, the not-always-rigorous evaluations still tend to show the inefficiency and even the probable counter-productivity of these actions. The problematic of our theoretical article thus concerns how to implement effective prevention and scientifically evaluate its impact (which indicators to consider?). In the first part we argue, based on the psychological literature partly dedicated to Islamist terrorism, that dogmatism and need for closure constitute a characteristic of radicalized minds. Then, on this basis and the one of a previous conceptualization, we present a pioneering theoretical model in which VR appears to close the mind, whereas effective prevention would occur on the contrary open the mind. After that, we argue about the links between openness, health, responsibility (ethics) and meditation. From this, we deduce the importance of including health education, with the purpose of responsibility, as an effective way of VR primary prevention. Our model opens up new perspectives for

both education and research. It contains measurable and operational psychological indicators that can be used to study the impact of educational devices on prevention empirically, for example involving an educational tool that we have particularly studied : meditation.

Keywords: education toward responsibility, health education, prevention, violent radicalizations, meditation

## 1. Introduction et problématique

Qu'il s'agisse des fondamentalismes religieux ou des extrémismes politiques, les radicalisations violentes (RV) sont un problème transnational. En ce qui concerne le terrorisme jihadiste, le phénomène est clairement transcontinental<sup>11</sup>. La recrudescence des attentats revendiqués par Daesh et, plus généralement, la montée des extrémismes violents (nationalistes ou xénophobes par exemple), suscitent une réponse démocratique. Ici nous évoquerons principalement les RV liées à l'organisation « état islamique », car ce sont celles sur lesquelles la littérature scientifique contemporaine semble la plus abondante. Nous supposons néanmoins que nos conclusions s'appliquent également à toutes les autres RV.

Selon le plan d'action français « contre la radicalisation et terrorisme », il convient de distinguer :

- « - la prévention primaire, générale et collective, qui intervient avant le basculement, à travers des dispositifs qui n'ont pas nécessairement comme finalité première de lutter contre la radicalisation mais qui peuvent utilement y concourir. L'éducation, la formation de l'esprit critique, l'accès aux valeurs du sport ou à la culture en font partie ;
- la prévention secondaire, ciblée en direction des personnes repérées comme en voie ou en situation de radicalisation, qui s'exerce à travers un accompagnement individualisé dans la durée ;
- la prévention tertiaire, correspond à la prévention de la réitération ou de la récurrence. Elle relève principalement de l'autorité judiciaire, dans un parcours de réparation, d'amendement, de repentance » (Premier Ministre, 2016).

Des actions de prévention primaire des RV ont été mises en œuvre à une échelle nationale dans différents états, européens notamment. Elles ont été évaluées plus ou moins scientifiquement selon les cas (revu par Feddes et Gallucci, 2015). Malgré le faible nombre de données dans la littérature scientifique internationale, il semble se dégager que ces actions de prévention ont donné une place prépondérante au système judiciaire<sup>12</sup> et été en grande partie inefficaces (Bhui, Hicks, Lashley et Jones, 2012). Une raison de ces échecs, avancée par certains auteurs, concerne l'aspect stigmatisant de ces actions pour les communautés (en l'occurrence musulmanes) et le cercle vicieux entre discrimination et RV, lequel est expliqué comme suit.

D'une part, il a été montré qu'après le 11 septembre 2001, les préjugés envers les Musulmans (plus stéréotypés comme violents) ont augmenté, de même que les stéréotypes envers les occidentaux (davantage vus comme « pécheurs » et « immoraux » par les ressortissants de pays moyen-orientaux ; Myers, 2009). D'autre part, la discrimination envers les Musulmans est susceptible de renforcer le phénomène de radicalisation, en donnant du grain à moudre aux discours endoctrinant des terroristes se revendiquant de Daesh (Bhui, Warfa, & Jones, 2014). En effet ces derniers arguent que les Musulmans n'ont pas leur place dans la société occidentale, qu'ils en sont rejetés et qu'ils doivent donc rejoindre l'*Oumma*, une communauté imaginaire mondiale de tous les Musulmans (se rassemblant dans le même but du jihad, qu'ils interprètent comme une guerre envers les occidentaux<sup>13</sup> assimilés à des pécheurs (Dalgaard-Nielsen, 2010). Aussi, synergiquement,

---

11 En effet, la majorité des terroristes passés à l'action violente en Europe sont des jeunes marocains ou européens d'origine marocaine (Khosrokhavar, 2018), ce qui conduit certains auteurs à évoquer « l'identité marocaine des assaillants » (Roy, 2017).

12 Voir par exemple le rôle superviseur général des préfetures dans le repérage et « l'accompagnement » des personnes considérées comme « à risque » (de RV) dans les textes officiels français (Premier Ministre, 2016).

13 Dans le Coran, le *jihâd* majeur (« *jihâd al-nafs* », signifiant « combat contre soi-même » ; Larcher, 2012) renvoie à l'effort que doit faire le pratiquant pour dépasser son ego et ainsi, incarner les

cela renforce le sentiment d'exclusion de certains Musulmans qui sont ainsi plus enclins à rentrer dans un processus de rupture avec la société et à être sensibles à de tels discours.

En bilan, ces approches favoriseraient la radicalisation en nourrissant d'un côté le repli identitaire de certains Musulmans et de l'autre l'islamophobie de leurs compatriotes. Cela semble avoir été le cas entre autres pour le programme *Prevent*, fortement critiqué comme un facteur ayant contribué à renforcer le communautarisme en Grande Bretagne (El Difraoui et Uhlmann, 2015). Ainsi, les communautés Musulmanes devraient être considérées comme des victimes des RV et des alliées dans leur prévention, non pas comme des cibles (Bhui et al., 2014 ; Weine, Eisenman, Kinsler, Glik, & Polutnik, 2017).

Si les approches jusque-là mises en œuvre semblent avoir été inefficaces, voire contre-productives, comment dès lors, prévenir principalement les RV ? Aussi, comment évaluer scientifiquement l'efficacité de telles préventions ? Ce sont les questions générales auxquelles cet article théorique entend proposer des éléments de réponse, en articulant éducation, santé et éthique.

Dans une deuxième partie, nous présentons d'abord une succincte revue de littérature des études empiriques sur les RV. De là, dans une troisième partie, nous en déduisons un modèle théorique et des hypothèses concernant les ressorts psychologiques des RV. Ensuite, dans une quatrième partie, nous mettrons en exergue le lien étroit entre les variables de notre modèle et les dimensions éthique et de santé. Dans une cinquième partie, nous argumentons sur l'efficacité potentielle d'un outil éducatif que nous avons particulièrement étudié : la méditation. Enfin, nous envisagerons des perspectives pour l'éducation et la recherche, en ce qui a trait à la prévention primaire des RV.

## 2. Revue de littérature sur la psychologie de la RV

La radicalisation d'un individu peut être définie comme sa propension croissante à promouvoir des changements importants de la société, qui entrent en conflit avec l'ordre existant (Dalgaard-Nielsen, 2010). Le caractère violent renvoie au besoin acquis, plus ou moins conscient, de gêner, affaiblir ou rabaisser l'autre pour se sentir soi-même confortable, fort et important (Favre, 2007). Nous considérons qu'il s'agit concrètement de comportements blessants (psychologiquement ou physiquement), rentrant en contradiction avec la loi française (Code pénal, 2017) : par exemple des « provocations, diffamations et injures non publiques présentant un caractère raciste ou discriminatoire » (article 132-11) ou des « atteintes à l'intégrité physique ou psychique de la personne » (articles 222). Ainsi une organisation radicale violente promeut et met en œuvre de tels moyens pour instaurer les changements voulus.

Les RV recouvrent des processus complexes (Dalgaard-Nielsen, 2010) et multifactoriels (Borum, 2011a). Elles sont étudiées dans un champ de recherche appelé *Counter Violent Extremism*. Trois courants d'études y sont distinguables (revus par Dalgaard-Nielsen ; 2010) :

- une tradition française qui analyse les facteurs sociologiques de fond (dislocation des identités et des valeurs accompagnant la globalisation néolibérale) ;
- les études basées sur une théorie du mouvement social ou des réseaux (dont les objets sont les interactions sociales et les dynamiques de réseaux déterminantes) ;

---

préceptes religieux, parmi lesquels le respect d'autrui (Lamchichi, 2005). Ainsi, dans la radicalisation djihadiste violente, la dimension spirituelle de la notion Coranique de *jihâd* a été détournée au profit d'une dimension identitaire, procurant au radicalisé un sentiment d'appartenance (au lieu d'une aspiration spirituelle). Nous considérons cette usurpation comme un retour à l'archaïque sacrifice humain (cf. une jugulation sociale de la violence en sacrifiant un alter-ego innocent ; Girard, 1972), là où une approche spirituelle invite au contraire à sacrifier la source de violence en soi, à savoir l'ego.

- des approches empiriques étudiant les facteurs psychologiques individuels favorisant la RV.

Ce dernier courant est basé sur des études de cas (notamment de cellules terroristes). Il a mis à jour différents profils psychologiques de personnes radicalisées (meneur, protégé, marginal ou dériveur) et différentes motivations : i) recherche d'une communauté, ii) recherche de sens, stabilité et respect, ou iii) d'un engagement politique (*ibid.*).

Il semble que l'on ne puisse pas établir de portrait-robot d'un individu radicalisé. Les personnes radicalisées ou terroristes sont très hétérogènes en ce qui a trait à l'éducation, au niveau d'étude, au statut socio-économique, type de famille *etc.* (Christmann, 2012). Quoi qu'il en soit, l'enrôlement des plus jeunes semble se faire surtout *via* le contact direct avec un meneur charismatique (*ibid.*). Tandis que les radicaux prônant des actions légales focalisent sur leurs propres efforts pour impulser le changement, ceux qui recourent à la violence focalisent sur leur exclusion structurale (*ibid.*). Ainsi, les personnes en voie de RV s'isolent, ce qui provoque un cercle vicieux, *via* une perte de contact avec les altérités (idéologiques, axiologiques...) : elles se confortent ainsi plus facilement dans leur nouvelle vision.

De fait, un mécanisme central des RV implique un sentiment d'appartenance à un groupe (« endogroupe ») et un rejet des exogroupes (Borum, 2011b). D'une part, il s'agit d'une discrimination. En effet, cette dernière est définie comme un comportement négatif envers un exogroupe ou ses membres (Myers, 2009). Selon la littérature psychosociologique, la discrimination est due à des préjugés (attitudes) et est justifiée par des stéréotypes (croyances concernant les critères caractérisant un groupe) (*ibid.*). Or, les recherches sur les préjugés ont mis en évidence l'homogénéité apparente des exogroupes : nous voyons les membres d'un exogroupe comme plus ressemblants entre eux, tandis que les différences entre ceux de notre endogroupe nous apparaissent plus saillantes (*ibid.*).

Les mécanismes cognitifs des discriminations impliquent en cela un fonctionnement ordinaire à l'œuvre chez tout un chacun (Hagège, 2017b). D'autre part, il s'agit d'un « repli identitaire ». En effet, la discrimination procède de l'identification à un endogroupe, qui donne l'impression de s'inscrire dans une moralité supérieure, laquelle guiderait donc d'une manière juste ses préjugés (Brambilla, Sacchi, Pagliaro et Ellemers, 2013). C'est-à-dire que le sujet ne se sent plus exister qu'à travers ce groupe et ses croyances : cela semble basé sur un besoin de fermeture psychologique, appelé « besoin de clôture » (Brizi, Mannetti et Kruglanski, 2015).

Ce construit a été empiriquement relié avec les RV et le dogmatisme (Brandt et Reyna, 2010). Le dogmatisme constitue de fait une caractéristique des RV (Dalgaard-Nielsen, 2010 ; Saroglou, 2002b) et du fondamentalisme religieux (Saroglou, 2002a). Il a été initialement conceptualisé comme un style cognitif fermé, associé à la tendance à rechercher des connaissances robustes, véritables et à se fier à l'autorité (Rokeach, 1960). Il s'accompagne d'une peur de l'inconnu et d'une intolérance à l'incertitude (Favre, 2007) : le sujet dogmatique a tendance ainsi à souffrir de ce qui n'est pas conforme à ses représentations, et des événements nouveaux, surgissant fatalement dans une vie.



En bilan, dans le mécanisme psychologique de RV, un processus d'identification (Hagège, à paraître en 2018), impliquant discrimination et dogmatisme, semble constituer un rouage central.

### 3. Modèle pour la compréhension des RV et celle des pistes pour la prévention primaire

Dans un travail précédent (Hagège, à paraître en 2018), nous avons distingué cinq dimensions du fonctionnement de l'esprit ordinaire : émotionnelle, épistémique, attentionnelle, axiologique (*i.e.* liée aux valeurs) et relationnelle. Nous y avons défini l'esprit comme l'union des dynamiques conscientes et inconscientes abritant un sujet.

La revue de littérature précédente nous permet de modéliser en majorité les dimensions épistémique et relationnelle (Tableau 1), toutefois nous en évoquerons rapidement d'autres. Dans ce modèle, établi et justifié par ailleurs (Hagège, à paraître en 2018), l'esprit peut être caractérisé comme évoluant entre deux pôles, respectivement de fermeture ou d'ouverture. La brève revue de littérature précédente nous conduit à caractériser l'esprit d'une personne radicalisée ou en cours de RV comme plutôt fermé (Tableau 1).

**Tableau 1** – Modélisation de dimensions d'un esprit ouvert (EO) et d'un esprit fermé (EF ; ex : radicalisé violent) et indicateurs psychologiques correspondants.

		Dimension épistémique		Dimension relationnelle	
		explicite (consciente)	implicite (inconsciente)	explicite (consciente)	implicite (inconsciente)
		Rapport à la (sa) vérité et au savoir...	Traitement de l'information (Favre, 2007)...	Rapport à l'environnement (humain ou non)	Confort émotionnel vis-à-vis de l'altérité
éducation		<b>EF</b> <b>Dogmatisme</b> (Shearman et Levine, 2006), rigidité mentale (Roberts, Barthel, Lopez, Tchanturia et Treasure, 2011)	...dogmatique ; peur de l'inconnu, de l'incertitude, motivation extrinsèque	Coupure vis-à-vis de l'environnement (Favre, Joly, Reynaud et Salvador, 2009 ; Hagège et al., 2009), <u>besoin de clôture</u> (Kruglanski, Pierro, Mannetti et De Grada, 2006)	Mal-être : <u>coupure émotionnelle envers les sujets d'exogroupes</u> et envers la nature
		<b>EO</b> Flexibilité cognitive (Martin et al., 2011) : esprit critique (Ennis, 1993), créatif (Barbot, Besançon et Lubart, 2015)	...non dogmatique ; motivation intrinsèque, tolérance du doute, de l'incertitude	Equanimité (Desbordes et al., 2015), ouverture à l'altérité	Bien-être : connexion avec la nature (Nisbet, Zelenski et Murphy, 2009) et empathie (Favre et al., 2009).

Les références citées dans le tableau renvoient pour la plupart à des méthodologies permettant d'évaluer qualitativement ou quantitativement la présence des indicateurs correspondant. Comme c'est indiqué par les flèches, nos hypothèses de travail impliquent qu'une éducation prévenant efficacement les RV favorise l'ouverture d'esprit, tandis que la RV s'accompagne d'une fermeture d'esprit.

Selon notre modèle, la relation à autrui et la relation à l'environnement non humain s'articulent psychologiquement ensemble et peuvent chacun être caractérisés par de la coupure émotionnelle, de la fusion ou bien une posture relationnelle plus équilibrée, cognitivement et affectivement : respectivement l'empathie et l'apparement (évalué dans la littérature comme étant une connexion avec la nature). Nous avons souligné dans le tableau les indicateurs évoqués dans la partie 2 de cet article, en lien avec les RV.

Ici nous allons seulement envisager les liens théoriques entre les RV et les variables du tableau que nous n'avons pas convoquées plus haut (non soulignées dans le tableau précédent et qui sont introduites de manière substantielle ailleurs ; Hagège, à paraître en 2018).

Examinons d'abord le lien entre bien-être (ou « santé mentale » ; Shankland, 2014) et esprit ouvert, distinct d'un esprit fermé, prompt à une RV. Le bien-être a été défini de diverses manières (revu par King, Renó et Novo, 2014), notamment en intégrant des concepts de la santé mentale. Six dimensions du bien-être ont, par exemple, été proposées : s'accepter comme on est, être autodéterminé, entretenir des relations positives avec son entourage,

être capable d'adapter son environnement à ses besoins dans la mesure du possible, guider sa vie par des buts motivants et se développer personnellement.

Or, le meilleur prédicteur statistique des comportements à risque chez les adolescents semble être le mal-être vis-à-vis de l'école et ce pour chaque type de ces comportements, qu'ils soient addictifs (usage de drogues notamment) ou délinquants (violence, crimes) (Lévy-Garboua, Loheac et Fayolle, 2006). La délinquance partage des traits communs avec les radicalisations violentes, notamment la transgression des règles de la société et la violence à l'égard d'un membre d'un exo-groupe du sujet. De surcroît, des travaux de recherche ont montré la corrélation entre dogmatisme et violence (Favre, 2007).

Cet impact du mal-être à l'école sur les conduites à risque (Lévy-Garboua et al., 2006) peut s'expliquer par la tendance des sujets à fuir leurs émotions négatives, en se consacrant à des activités plus signifiantes pour eux que leur contexte initial (Hagège, à paraître en 2018). Ainsi la RV chez les jeunes pourrait constituer inconsciemment le moyen qu'ils ont trouvé pour s'émanciper de ce contexte dans lequel ils se sentent mal.

En effet, conformément à des données de la littérature, une fermeture d'esprit est coïncidente d'un certain mal-être, au contraire d'une ouverture d'esprit, favorisant un bien-être (Boulanger, Hayes et Pistorello, 2010 ; Dambrun et Ricard, 2011). Aussi, le traitement dogmatique de l'information, caractéristique d'une fermeture d'esprit lorsqu'il est exacerbé, s'accompagne d'une peur de l'inconnu et d'une intolérance à l'incertitude (Favre, 2007) : le sujet dogmatique a tendance ainsi à souffrir de ce qui n'est pas conforme à ses représentations et des événements nouveaux, surgissant fatalement dans une vie.

Enfin, l'esprit critique implique une visée de vérité qui cherche à dépasser les clivages idéologiques ou culturels (Hagège, à paraître en 2018). En cela, il s'oppose théoriquement à un esprit radicalisé violent, qui (se) nourrit au contraire de tels clivages (Tableau 1). Et nous impliquons ici également la créativité, qui stipule que l'esprit ouvert, non seulement est ouvert aux altérités épistémiques et culturelles (cf. esprit critique), mais aussi est susceptible de s'émanciper de manière créative de son propre contexte identitaire (épistémique et culturel) initial (Hagège, à paraître en 2018).

### 3. Revue de littérature étayant nos hypothèses éducatives

Les références citées précédemment suggèrent qu'en favorisant le bien-être des sujets – dans les institutions scolaires et ailleurs – se sentant mieux dans leur environnement, ces derniers seront moins enclins à se radicaliser violemment (*i.e.* à chercher un mieux-être ailleurs). En conséquence, nous formulons l'hypothèse suivante : une prévention primaire et efficace des RV doit certes favoriser l'esprit critique des sujets – comme cela est promulgué par l'État français (Premier Ministre, 2016), mais aussi leur bien-être (et leur créativité). Autrement dit, elle doit éduquer à la santé mentale, tout en favorisant la responsabilité des sujets. Comme la santé et la responsabilité requièrent toutes deux une attention à ses propres états intérieurs, nous avançons l'hypothèse que les entraînements attentionnels (telle la méditation) constituent des outils efficaces pour ce faire. Nous argumentons ci-après davantage sur la robustesse de ces hypothèses.

#### 3.1. Santé et ouverture d'esprit

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a défini depuis 1946 la santé comme un « état de bien-être complet physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». En 1993, elle a proposé 10 compétences psychosociales (CPS) cibles de l'éducation à la santé, parmi lesquelles figurent la créativité, l'esprit critique, la conscience de soi et l'empathie pour les autres. Ces CPS, caractéristiques d'une ouverture d'esprit semblent de fait favoriser le bien-être (Boulanger, Hayes, & Pistorello, 2010) et le bonheur durable (Dambrun & Ricard, 2011).

Le bien-être et l'esprit critique partagent des déterminants communs, parmi lesquels la flexibilité cognitive et la créativité.

En effet, la flexibilité cognitive semble elle aussi requise pour un bonheur durable (Shankland, 2014) et pour l'exercice d'un esprit critique (Helsdingen, Van Gog, & Van Merriënboer, 2009) et créatif (De Dreu, Nijstad, & Baas, 2011). Elle a été définie comme la conscience que, dans chaque situation, il y a des options et alternatives, à la tendance à être flexible et à s'adapter à la situation (Martin, Staggers, & Anderson, 2011). Des mesures autorapportées ont montré qu'elle était significativement inversement corrélée au dogmatisme et à l'agressivité (*ibid.*).

De plus, la créativité en tant qu'activité constitue un outil pour le bien-être (comme dans l'art-thérapie) et en tant qu'aptitude, elle en constitue un prédicteur (Shankland, 2014). Enfin, l'exercice d'un esprit critique requiert de la créativité (Ennis, 1993). D'ailleurs, les définitions de pensée critique et de pensée créative sont tellement proches dans la littérature que certains auteurs les considèrent comme distinctes en degré mais pas en nature (Slade, 2002). Bien que la notion de créativité s'applique à de multiples domaines et qu'il y en ait ainsi différentes sortes, elle peut être définie comme l'habileté à produire quelque chose de matériel (comme une œuvre d'art) ou d'immatériel (comme une théorie) qui soit à la fois nouveau (*i.e.* original, inattendu) et pertinent (*i.e.* utile, adapté aux contraintes du contexte) (Sternberg, Lubart, Kaufman, & Pretz, 2005).

Parmi les manières de développer la créativité, le recours aux émotions positives a été identifié comme une stratégie efficace (Estrada, Isen, & Young, 1997). Les émotions permettent d'élargir l'empan attentionnel, engendrent un meilleur accès aux ressources internes et externes, favorisant une plus grande créativité et une capacité accrue pour résoudre des problèmes (Fredrickson, 2001).

En bilan, la santé repose sur une ouverture d'esprit.

### 3.2. Responsabilité (éthique) et ouverture d'esprit

La notion de responsabilité est au cœur de celles d'éducation et d'éthique. Éduquer un enfant consiste en effet à le rendre responsable de lui-même (Viellard-Baron, 1994), qu'il puisse « se tenir debout tout seul », c'est-à-dire qu'il puisse se passer de *tuteur*. L'éthique peut quant à elle être considérée comme le cheminement conduisant à la responsabilité (Paturet, 2003). La notion de responsabilité renvoie à la solidarité d'une personne avec ses actions, dont elle pourra être tenue de répondre (*response-able* en anglais).

Il a été longuement argumenté dans une note de synthèse d'Habilitation à Diriger les Recherches et dans une monographie qui en découle (Hagège, à paraître en 2018) quant à la pertinence de traduire la responsabilité en ces termes psychosociologiques : i) cohérence entre ses valeurs, pensées, émotions et actions, ii) empathie avec autrui et iii) apparemment avec le non humain (pour un texte court et quelques références sur ce point voir aussi Hagège, 2017a). Ces caractéristiques nécessitent d'être conscient de soi et de son environnement. La cohérence nécessite d'être ouvert à voir ses propres défauts et incohérences. L'empathie requiert d'être ouvert aux émotions d'autrui (au contraire de la violence qui est basée sur une coupure émotionnelle) (Favre, 2007). L'apparemment nécessite une conscience de ce qui se passe dans l'environnement non humain.

Comme argumenté par ailleurs (Hagège, à paraître en 2018), la créativité, l'esprit critique et la flexibilité cognitive peuvent être considérés comme des moyens permettant de développer cohérence, empathie et apparemment (donc la responsabilité). En effet, l'ouverture d'esprit nécessite d'être ouvert à la nouveauté de l'instant présent, aux phénomènes qui peuvent y émerger tels que des émotions (les siennes ou celles d'autrui) et des changements dans l'environnement non humain. Elle implique donc une meilleure (*i.e.* plus étendue, plus exacte et plus consciente) connaissance de soi et de son environnement.

En bilan la responsabilité requiert elle aussi une ouverture d'esprit.

Ces caractéristiques, communes à celles évoquées en 3.1 à propos de la santé, peuvent être efficacement développées par la méditation, ce que nous argumentons ci-après.



### 3.3. Méditation et ouverture d'esprit

La méditation renvoie à une famille d'entraînements attentionnels : l'attention focalisée consiste à rester sur un support choisi à l'avance ; l'attention diffuse et équanime implique de percevoir tous les phénomènes simultanément présents et la compassion impersonnelle correspond à un sentiment de connexion avec tous les êtres associée à l'intention de les sortir de leur souffrance (Lutz, Brefczynski-Lewis, Johnstone, & Davidson, 2008). Nous proposons de spécifier qu'il s'agit d'entraîner son attention à être endogène (*i.e.* dirigée intentionnellement).

Les pratiquants experts en attention focalisée, et ceux en attention diffuse et équanime peuvent percevoir des stimuli conflictuels (par exemple un stimulus différent devant chaque œil (Braboszcz, Hahusseau, & Delorme, 2010). Cela montre des capacités accrues de leur conscience. De plus, la méditation augmente les capacités d'attention aux perceptions, la détection de stimuli perceptifs (Lutz *et al.*, 2008) et diminuent l'habituation perceptive (revu par Braboszcz *et al.*, 2010).

Les méditants ont également de meilleures performances en flexibilité cognitive (Grant *et al.*, 2013 ; Fan, Tang, Tang, & Posner, 2014). Même un entraînement méditatif court (de quatre jours) permet d'améliorer le traitement des informations visuo-spatiales, la mémoire de travail et les fonctions exécutives (Zeidan, Johnson, Diamond, David, & Goolkasian, 2010). Aussi quelques études se sont intéressées à l'impact sur la créativité, pour laquelle on distingue deux types de pensée : la pensée convergente permettant de sélectionner pertinemment des éléments dans un ensemble pour trouver une solution originale, et la pensée divergente qui permet d'imaginer différentes possibilités adéquates. Il semblerait que l'entraînement à l'attention focalisée augmente la pensée convergente, tandis que celui à l'attention diffuse et équanime favoriserait plus spécifiquement la pensée divergente (revue par Lippelt *et al.*, 2014).

Comme il est attendu, la méditation permet vraisemblablement de diminuer la saisie des pensées (*mind wandering* ou *mental ruminations* ; Kemeny *et al.*, 2012 ; revu par Braboszcz *et al.*, 2010 ; et par van der Velden *et al.*, 2015), d'augmenter la méta-conscience (revu par van der Velden *et al.*, 2015), et la pleine conscience (*ibid.* ; Zeidan *et al.*, 2010 ; méta-analysé par Galante, Galante, Bekkers, & Gallacher, 2014), sachant que cette dernière est inversement corrélée à l'influence de manipulations subliminales (amorces) sur le sujet (Radel, Sarrazin, Legrain, & Gobancé, 2009).

De surcroît, des études suggèrent que la méditation diminue les biais cognitifs : ceux qui se manifestent dans l'évaluation des situations (Hafenbrack, Kinias, & Barsade, 2014 ; Kiken & Shook, 2011) et des personnes (Lueke & Gibson, 2015) – autrement dit la méditation réduit les attitudes implicites envers des exogroupes. Il a aussi été montré (en cohérence avec l'impact positif de la méditation sur le bien-être, voir plus bas) qu'une pratique méditative diminue les biais attentionnels envers les émotions négatives (Pavlov *et al.*, 2014). *Last, but not least*, un faisceau de preuves suggère que la méditation permet une connaissance plus objective de soi-même (revu par Carlson, 2013).

C'est au niveau des émotions et des changements dans le rapport à l'autre que les résultats sont les plus forts statistiquement (revu par Braboszcz *et al.*, 2010 ; méta-analysé par Sedlmeier *et al.*, 2012). Les variables correspondantes incluent les relations interpersonnelles, l'anxiété, les émotions négatives, le stress, les émotions positives, l'empathie, le bien-être et la régulation des émotions (*ibid.*).

La réponse empathique (ainsi que ses corrélats neuronaux) est plus élevée chez des méditants experts en compassion impersonnelle que chez des novices (Lutz *et al.*, 2008 ; Mascaro, Rilling, Negi, & Raison, 2012). Aussi ce type de méditation provoque une augmentation de la compassion envers soi (méta-analysé par Galante *et al.*, 2014), et, même chez des novices, une augmentation du bien-être, du sentiment de connexion aux autres (Hutcherson, Seppala, & Gross, 2008) – effet le plus fort – et une diminution des considérations égocentriques (Seppala, Hutcherson, Nguyen, Doty, & Gross, 2014).

*A contrario*, l'effet sur la réponse empathique semble peu remarquable après un court entraînement de type MBSR (pour *Mindfulness-based Stress Reduction*), alors qu'une augmentation de la compassion envers soi peut être significative après cet entraînement (Birnie, Speca, & Carlson, 2010), tout comme la réduction des réactions hostiles et l'augmentation de la reconnaissance des émotions d'autrui (Kemeny *et al.*, 2012). Toutefois, en ce qui concerne les interventions basées sur la pleine conscience (type MBSR), l'effet sur la compassion envers soi est à confirmer, *a contrario* de la diminution de la réactivité émotionnelle, dont l'effet semble fort et robuste (méta-analysé par Gu *et al.*, 2015).

Ainsi, d'une manière générale, « la » méditation semble clairement favoriser le bien-être subjectif et la compassion (revu par Keng, Smoski, & Robins, 2011 et par van der Velden *et al.*, 2015), ainsi que, plus généralement, l'ouverture d'esprit. Notons toutefois que l'empathie semble favorisée surtout par l'entraînement à la compassion impersonnelle. Nous faisons l'hypothèse que d'autres formes de méditation pourraient la développer si elles étaient accompagnées d'une réflexion éthique invitant le sujet à s'intéresser à cette dimension interpersonnelle. Notons également pour conclure que les données concernant l'impact de la méditation sur la flexibilité cognitive, la créativité, l'esprit critique, la relation avec le non humain ou la conscience (de soi, de l'environnement) sont pour l'instant encore peu nombreuses.

#### 4. Perspectives

En bilan, nous considérons les RV d'une part et les éducations à la santé et à la responsabilité d'autre part comme des processus antagonistes. L'efficacité de ces éducations reposerait sur leur capacité à ouvrir les esprits, en favorisant notamment une explicitation (ou conscientisation) des implicites épistémiques et relationnels (Hagège, à paraître en 2018) (Tableau 1). En effet, l'éducation à la responsabilité vise à devenir conscient (attitude explicite) de certains processus inconscients (attitudes implicites) (Hagège, 2014). En corollaire, nous postulons que la fermeture d'esprit recèle des processus inconscients, dont certains sont absents dans un esprit ouvert, plus conscient (Hagège, à paraître en 2018). La méditation constitue un outil de choix pour favoriser cette ouverture d'esprit et l'accroissement de cette conscience.

Notre hypothèse concernant l'efficacité d'une éducation à la santé et à la responsabilité pour prévenir efficacement principalement les RV est congruente avec de multiples données accumulées dans le champ de l'éducation à la santé, qui tendent à prouver qu'il est inefficace de focaliser une intervention éducative sur des facteurs de risque : au contraire, promouvoir les facteurs psychologiques de protection, semble bien plus porteur en termes de résultats (Martineau, Beauchamp, & Marcotte, 2017 ; Marais, Shankland, Haag, Fiault, & Juniper, sous presse ; Shankland, Saïas, & Friboulet, 2009).

En ce sens, notre argumentation sur la dimension psychologique d'une éducation efficace s'inscrit ainsi dans la lignée d'autres publications, se situant davantage aux niveaux institutionnels et politiques, qui arguent que les politiques de prévention primaire des RV, pour être efficaces, devraient être inscrites dans les politiques de santé publique et non dans celles des ministères de justice (Bhui, Hicks, Lashley, & Jones, 2012 ; Weine *et al.*, 2017).

Nous précisons ici qu'il nous semble que la santé devrait être considérée comme un moyen au service d'une fin éthique : si elle était une fin en soi, elle pourrait être détournée à des fins égocentriques et servir des intérêts délétères pour autrui et l'environnement (Hagège, à paraître en 2018). En résumé, si nous voulons agir de manière à diminuer les RV, il est vraisemblablement plus efficace de promouvoir d'une manière générale l'ouverture d'esprit, en éduquant à la santé *pour* la responsabilité, que de lutter contre les RV par des préventions ciblées, ce qui risque au contraire de favoriser la fermeture d'esprit.

Ainsi ce renversement dans la manière d'envisager la prévention primaire des RV nécessite une révolution épistémologique : il s'agit de proposer des approches centrées sur la solution et non pas sur le problème. Or cette dernière propension est coutume dans

notre mode de pensée à tendance dualiste et réductionniste où prévaut la causalité linéaire (Hagège, 2015).

Pour conclure, cet article ouvre de nouvelles perspectives, tant pour l'éducation ou la formation, que pour la recherche. Nous avons proposé un modèle théorique de facteurs psychologiques de protection vis-à-vis des RV, rassemblés sous le vocable « d'esprit ouvert ». Et nous avons coïncidemment proposé l'opérationnalisation de cette notion sous la forme d'indicateurs psychologiques mesurables.

Nous avons commencé à évaluer l'impact de dispositifs éducatifs impliquant la méditation sur l'ouverture d'esprit d'élèves et d'adultes et les résultats préliminaires vont dans le sens de nos hypothèses. Aussi notre cadre théorique ouvre des perspectives quant à toutes les approches pédagogiques qui pourraient être mises en œuvre, au-delà de celles impliquant la méditation, pour ouvrir l'esprit en vue de promouvoir la santé pour la responsabilité.

## Références

- Birnie, K., Speca, M., & Carlson, L. E. (2010). Exploring self-compassion and empathy in the context of mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Stress and Health, 26*(5), 359-371.
- Bhui, K. S., Hicks, M. H., Lashley, M., & Jones, E. (2012). A public health approach to understanding and preventing violent radicalization. *BMC Medicine, 10*, 16.
- Bhui, K. S., Warfa, N., & Jones, E. (2014). Is Violent Radicalisation Associated with Poverty, Migration, Poor Self-Reported Health and Common Mental Disorders ? *PLoS ONE, 9*(3).
- Borum, R. (2011a). Radicalization into violent extremism I : A review of social science theories. *Journal of Strategic Security, 4*(4), 7.
- Borum, R. (2011b). Radicalization into violent extremism II : A review of conceptual models and empirical research. *Journal of Strategic Security, 4*(4), 37-62.
- Boulanger, J. L., Hayes, S. C., & Pistorello, J. (2010). Experiential avoidance as a functional contextual concept. In A. M. Kring & D. M. Sloan (Eds.), *Emotion regulation and psychopathology : A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 107-136). New York, NY, US : Guilford Press.
- Braboszcz, C., Hahusseau, S., & Delorme, A. (2010). Meditation and neuroscience : from basic research to clinical practice. In E. Carlstedt (Éd.), *Integrative clinical psychology, psychiatry and behavioral medicine : Perspectives, practices and research* (p. 1910-1929). New York : Springer Publishing.
- Brambilla, M., Sacchi, S., Pagliaro, S., & Ellemers, N. (2013). Morality and intergroup relations : Threats to safety and group image predict the desire to interact with outgroup and ingroup members. *Journal of Experimental Social Psychology, 49*(5), 811-821.
- Brandt, M. J., & Reyna, C. (2010). The role of prejudice and the need for closure in religious fundamentalism. *Personality and Social Psychology Bulletin 36*(5), 715-725.
- Brizi, A., Mannetti, L., & Kruglanski, A. W. (2015). The closing of open minds : Need for closure moderates the impact of uncertainty salience on outgroup discrimination. *British Journal of Social Psychology 55*(2), 244-262.
- Carlson, E. N. (2013). Overcoming the barriers to self-knowledge : Mindfulness as a path to seeing yourself as you really are. *Perspectives on Psychological Science, 8*(2), 173-186.
- Christmann, K. (2012). *Preventing religious radicalisation and violent extremism : A systematic review of the research evidence* (Scientific report). Youth Justice Board : University of Huddersfield.
- Code pénal. (2017). *Version consolidée au 5 novembre 2017*. Consulté à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr>

- Dalgaard-Nielsen, A. (2010). Violent Radicalization in Europe : What We Know and What We Do Not Know. *Studies in Conflict & Terrorism*, 33(9), 797-814.
- Dambrun, M., & Ricard, M. (2011). Self-centeredness and selflessness : A theory of self-based psychological functioning and its consequences for happiness. *Review of General Psychology*, 15(2), 138-157.
- De Dreu, C. K., Nijstad, B. A., & Baas, M. (2011). Behavioral activation links to creativity because of increased cognitive flexibility. *Social Psychological and Personality Science*, 2(1), 72-80.
- El Difraoui, A., & Uhlmann, M (2015). Prévenir de la radicalisation et déradicalisation : les modèles allemand, britannique et danois. *Politique étrangère*, 4, 171-182.
- Ennis, R. H. (1993). Critical Thinking Assessment. *Theory into Practice*, 32(3), 179-186.
- Estrada, C. A., Isen, A. M., & Young, M. J. (1997). Positive affect facilitates integration of information and decreases anchoring in reasoning among physicians. *Organizational behavior and human decision processes*, 72(1), 117-135.
- Fan, Y., Tang, Y.-Y., Tang, R., & Posner, M. I. (2014). Short Term Integrative Meditation Improves Resting Alpha Activity and Stroop Performance. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 39(3-4), 213-217.
- Favre, D. (2007). *Transformer la violence des élèves*. Paris : Dunod.
- Feddes, A. R., & Gallucci, M. (2015). A literature review on methodology used in evaluating effects of preventive and de-radicalisation interventions. *Journal for Deradicalization*, 5, 1-27.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology. *American psychologist*, 56(3), 218-226.
- Galante, J., Galante, I., Bekkers, M.-J., & Gallacher, J. (2014). Effect of kindness-based meditation on health and well-being : a systematic review and meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(6), 1101-1114.
- Grant, J. A., Duerden, E. G., Courtemanche, J., Cherkasova, M., Duncan, G. H., & Rainville, P. (2013). Cortical thickness, mental absorption and meditative practice : Possible implications for disorders of attention. *Biological Psychology*, 92(2), 275-281.
- Gu, J., Strauss, C., Bond, R., & Cavanagh, K. (2015). How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing ? A systematic review and meta-analysis of mediation studies. *Clinical Psychology Review*, 37, 1-12.
- Hafenbrack, A. C., Kinias, Z., & Barsade, S. G. (2014). Debiasing the mind through meditation : Mindfulness and the sunk-cost bias. *Psychological Science*, 25(2), 369-376.
- Hagège, H. (2015). *Structure dynamique, épigénétique et expression du gène murin Igf2*. Saarbrücken : Presses Académiques Francophones.
- Hagège, H. (2017a). Éducation à la responsabilité. In A. Barthes, J.-M. Lange, & N. Tutiaux-Guillon (Éd.), *Les « éducations à »*. *Dictionnaire critique des enjeux et concepts*. (p. 186-193). Paris : l'Harmattan.
- Hagège, H. (2017b). Méditer pour l'équité. *Éducation et francophonie*, 45(1), 107-133.
- Hagège, H. (à paraître en 2018). *Pour une éducation à la responsabilité*. London : International Science and Technology Editions.
- Helsdingen, A., Van Gog, T., & Van Merriënboer, J. (2009). Critical thinking instruction and contextual interference to increase cognitive flexibility in complex judgment.
- Hutcherson, C. A., Seppala, E. M., & Gross, J. J. (2008). Loving-kindness meditation increases social connectedness. *Emotion*, 8(5), 720-724.

- Kemeny, M. E., Foltz, C., Cavanagh, J. F., Cullen, M., Giese-Davis, J., Jennings, P., ... Ekman, P. (2012). Contemplative/emotion training reduces negative emotional behavior and promotes prosocial responses. *Emotion, 12*(2), 338–350.
- Keng, S.-L., Smoski, M. J., & Robins, C. J. (2011). Effects of Mindfulness on Psychological Health : A Review of Empirical Studies. *Clinical psychology review, 31*(6), 1041–1056.
- Khosrokhavar, F. (2018). *Le nouveau jihad en occident*. Paris : Robert Laffont.
- Kiken, L. G., & Shook, N. J. (2011). Looking up : Mindfulness increases positive judgments and reduces negativity bias. *Social Psychological and Personality Science, 2*(4), 425–431.
- King, M. F., Renó, V. F., & Novo, E. M. (2014). The concept, dimensions and methods of assessment of human well-being within a socioecological context : a literature review. *Social indicators research, 116*(3), 681–698.
- Lamchichi, A. (2005). Jihâd. Un combat contre quel adversaire ? Mots. *Les langages du politique, (79)*, 21–33.
- Larcher, P. (2012). Jihâd et salâm. *Guerre et paix dans l'islam, ou le point de vue du linguiste* (p. 63–74). Présenté à "Faire la guerre, faire la paix, Editions du Comité des travaux historiques et scientifiques, Paris". Consulté à l'adresse <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00746111>
- Lévy-Garboua, L., Loheac, Y., & Fayolle, B. (2006). Preference formation, school dissatisfaction and risky behavior of adolescents. *Journal of Economic Psychology, 27*(1), 165–183.
- Lippelt, D. P., Hommel, B., & Colzato, L. S. (2014). Focused attention, open monitoring and loving kindness meditation : effects on attention, conflict monitoring, and creativity – A review. *Frontiers in Psychology, 5*, 1083-1087.
- Lueke, A., & Gibson, B. (2015). Mindfulness meditation reduces implicit age and race bias : The role of reduced automaticity of responding. *Social Psychological and Personality Science, 6*(3), 284–291.
- Lutz, A., Brefczynski-Lewis, J., Johnstone, T., & Davidson, R. J. (2008). Regulation of the Neural Circuitry of Emotion by Compassion Meditation : Effects of Meditative Expertise. *PLoS ONE, 3*(3), e1897.
- Marais, G., Shankland, R., Haag, P., Fiault, R., & Juniper, B. (2018). A survey and a positive psychology intervention on French PhD student well-being. *International Journal of Doctoral Studies, Sous presse*.
- Martin, M. M., Staggers, S. M., & Anderson, C. M. (2011). The Relationships Between Cognitive Flexibility with Dogmatism, Intellectual Flexibility, Preference for Consistency, and Self-Compassion. *Communication Research Reports, 28*(3), 275–280.
- Martineau, M., Beauchamp, G., & Marcotte, D. (2017). Efficacité des interventions en prévention et en promotion de la santé mentale dans les établissements d'enseignement postsecondaire. *Santé mentale au Québec, 42*(1), 165–182.
- Mascaro, J. S., Rilling, J. K., Negi, L. T., & Raison, C. (2012). Compassion Meditation Enhances Empathic Accuracy and Related Neural Activity. *Social Cognitive and Affective Neuroscience, nss095*.
- Moore, A., & Malinowski, P. (2009). Meditation, mindfulness and cognitive flexibility. *Consciousness and Cognition, 18*(1), 176–186.
- Myers, D. (2009). *Social Psychology* (10th éd.). New York : McGraw-Hill Publishing Company.
- Paturet, J.-B. (2003). *De la responsabilité en éducation*. Paris : Erès.

- Pavlov, S. V., Korenyok, V. V., Reva, N. V., Tumyalis, A. V., Loktev, K. V., & Aftanas, L. I. (2014). Effects of long-term meditation practice on attentional biases towards emotional faces : An eye-tracking study. *Cognition and Emotion*, 29(5), 807–815.
- Radel, R., Sarrazin, P., Legrain, P., & Gobancé, L. (2009). Subliminal priming of motivational orientation in educational settings : Effect on academic performance moderated by mindfulness. *Journal of Research in Personality*, 43(4), 695–698.
- Rokeach, M. (1960). *The open and closed mind : investigations into the nature of belief systems and personality systems*. New York : Basic Books.
- Roy, O. (2017). Barcelone : ils sont passés à l’islam en même temps qu’ils sont passés à la violence. (M.Laveille, Intervieweur). *L’OBS*. Consulté le 05 janvier 2018 à l’adresse <https://www.nouvelobs.com/societe/terrorisme/20170820.OBS3570/barcelone-ils-sont-passes-a-l-islam-en-meme-temps-qu-ils-sont-passes-a-la-violence.html>
- Saroglou, V. (2002a). Beyond dogmatism : The need for closure as related to religion. *Mental Health, Religion & Culture*, 5(2), 183–194.
- Saroglou, V. (2002b). Religiousness, religious fundamentalism, and quest as predictors of humor creation. *The international journal for the psychology of religion*, 12(3), 177–188.
- Sedlmeier, P., Eberth, J., Schwarz, M., Zimmermann, D., Haarig, F., Jaeger, S., & Kunze, S. (2012). The psychological effects of meditation : A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 138(6), 1139–1171.
- Seppala, E. M., Hutcherson, C. A., Nguyen, D. T., Doty, J. R., & Gross, J. J. (2014). Loving-kindness meditation : a tool to improve healthcare provider compassion, resilience, and patient care. *Journal of Compassionate Health Care*, 1(1), 1–9.
- Shankland, R., Saïas, T., & Friboulet, D. (2009). De la prévention à la promotion de la santé : intérêt de l’approche communautaire. *Pratiques Psychologiques*, 15(1), 65–76.
- Shankland, R. (2014). *La psychologie positive*. Paris : Dunod.
- Slade, C. (2002). Pensée critique et pensée créative. In R. Pallascio & L. Lafortune (Éd.), *Pour une pensée réflexive en éducation* (p. 31–46). Presses de l’Université du Québec.
- Sternberg, R. J., Lubart, T. I., Kaufman, J. C., & Pretz, J. E. (2005). Creativity. In K. J. Holyoak & R. G. Morrison (Eds.), *The Cambridge handbook of thinking and reasoning* (pp. 351-369). New York, NY, US : Cambridge University Press.
- Van der Velden, A. M., Kuyken, W., Wattar, U., Crane, C., Pallesen, K. J., Dahlgaard, J., ... Piet, J. (2015). A systematic review of mechanisms of change in mindfulness-based cognitive therapy in the treatment of recurrent major depressive disorder. *Clinical Psychology Review*, 37, 26–39.
- Vieillard-Baron, J.-L. (1994). *Qu’est-ce que l’éducation ?* Montaigne, Fichte, Lavelle. Paris : PUF Que sais-je ?
- Weine, S., Eisenman, D. P., Kinsler, J., Glik, D. C., & Polutnik, C. (2017). Addressing violent extremism as public health policy and practice. *Behavioral sciences of terrorism and political aggression*, 9(3), 208–221.
- Zeidan, F., Johnson, S. K., Diamond, B. J., David, Z., & Goolkasian, P. (2010). Mindfulness meditation improves cognition : Evidence of brief mental training. *Consciousness and Cognition*, 19(2), 597–605.



## Information du patient et consentement éclairé en matière médicale

**Nadine Poulet**

Faculté de droit et des sciences économiques  
OMIJ  
Université de Limoges, France  
[nadine.poulet@unilim.fr](mailto:nadine.poulet@unilim.fr)

---

URL : <https://www.unilim.fr/trahs/1174>

DOI : 10.25965/trahs.1174

Licence : CC BY-NC-ND 4.0 International

---

L'information du patient ou du malade est désormais reconnu comme un véritable droit. Consacré par les textes (en particulier par le code de la santé publique), il modifie profondément la relation entre le patient et le médecin. Seule une information claire, loyale et adaptée permet en effet au malade de donner son consentement éclairé aux soins que l'équipe soignante va lui prodiguer. L'avancée est notable, encouragée par la jurisprudence qui la voit comme une garantie importante reconnue au malade. Toutes les questions ne sont pas réglées pour autant : une information trop complète, trop exhaustive risque d'empêcher un consentement clair ; une information complexe et donnée trop rapidement peut perturber le patient au point de l'induire en erreur. Il ne faudrait donc pas que l'évolution vers une information adaptée et proportionnée à l'état du malade ne soit vue que comme une contrainte supplémentaire pour les médecins ; au contraire, une telle information rend le patient acteur de sa maladie et équilibre la relation médicale médecin/malade.

Mots-clés : information, déontologie, malade ,médecin ,consentement éclairé

La información al paciente o al enfermo es reconocida ya como un derecho verdadero. Consagrado por los textos (en particular por el Código de Salud Pública), modifica profundamente la relación entre el paciente y el médico. En efecto, solo una información clara, leal y adaptada le permite al enfermo dar un consentimiento fundamentado a los cuidados que el personal médico va a proporcionarle. El avance es notable, alentado por la jurisprudencia, que lo ve como una garantía importante que se le reconoce al enfermo. Eso no significa que estén resueltas todas las cuestiones : una información demasiado completa, demasiado exhaustiva puede impedir un consentimiento claro ; una información compleja y dada demasiado rápidamente puede perturbar al paciente hasta llevarle a engaño. Eso no significa, en ese caso, que el médico haya de considerar el hecho de evolucionar hacia una información adaptada y proporcionada al estado de salud del paciente, como una limitación adicional ; al contrario, tal información hace del paciente el actor de su enfermedad y equilibra la relación médica médico/enfermo.

Palabras clave: información, deontología, enfermo, paciente, médico, consentimiento claro

A informação do paciente ou do enfermo é agora reconhecida como um direito real. Consagrada pelos textos (em especial pelo código de saúde pública), ela modifica profundamente a relação entre o paciente e o médico. Somente informações claras, leais e adaptadas permitem que o paciente dê consentimento informado aos cuidados que a equipe de assistência médica fornecerá. O progresso é notável, incentivado pela jurisprudência que o vê como uma importante garantia reconhecida ao paciente. Nem todas as questões são resolvidas : informações que sejam muito abrangentes, muito exaustivas podem impedir o consentimento claro ; informações complexas fornecidas com muita rapidez podem perturbar o paciente a ponto de induzir em erro. Isso não significa, nesse caso, que o médico deva considerar o fato de evoluir para uma informação adaptada

e proporcional ao estado de saúde do paciente como limitação adicional ; pelo contrário, tal informação faz do paciente o ator de sua doença e equilibra a relação médica médico/paciente.

Palavras-chave: informação, deontologia, paciente, médico, consentimento informado

The patient's information is now recognized as a real right. Consecrated by the texts (in particular by the public health code), it profoundly changes the relationship between the patient and the doctor. Only clear, fair and tailored information allows the patient to give informed consent to the care that the health care team will provide. The progress is remarkable, encouraged by the jurisprudence that sees it as a principal, acknowledged guarantee to the patient. Not all issues are resolved : information that is too embracing, too exhaustive, may preclude explicit consent ; complex information provided very quickly can disrupt the patient to the point of misleading. This does not mean, in this case, that the medication should consider evolving to information adapted and proportional to the patient's state of health as an additional limitation ; on the contrary, such information makes the patient the actor of his illness and balances the doctor/patient relationship.

Keywords: information, deontology, patient, infirm, doctor, explicit consent



Information du patient et consentement éclairé apparaissent comme deux notions indissociables. Le consentement éclairé comporte deux éléments : une information nécessaire et l'expression d'une volonté. Le consentement ne peut être éclairé sans information préalable, complète et objective. Cette information donnée par le médecin conditionne le caractère éclairé du consentement du patient.

Les pouvoirs publics traitent avec plus d'attention aujourd'hui les relations entre le professionnel de santé et le patient ou le malade. Traditionnellement inégalitaires (le médecin possède la science, le savoir, le patient est fragilisé par la maladie), elles évoluent vers un rééquilibrage des relations. Les textes consacrent désormais officiellement ce qui n'était que normes déontologiques : toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé<sup>14</sup>, et aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans son consentement libre et éclairé<sup>15</sup>. Cette avancée est le fait des lois Kouchner n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et Léonetti n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, ainsi que de la loi Léonetti-Claeys n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.

Cette préoccupation dépasse les frontières. Elle est apparue dans plusieurs Etats européens et aux Etats-Unis au début des années 60. La Cour européenne des droits de l'Homme considère que « l'imposition d'un traitement médical sans le consentement du patient, s'il est adulte et sain d'esprit, s'analyse en une atteinte à l'intégrité physique de l'intéressé pouvant mettre en cause les droits protégés par l'article 8 de la convention »<sup>16</sup>. La convention d'Oviedo pour la protection des Droits de l'Homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine du 4 avril 1997, convention ratifiée par la France le 13 décembre 2011 et entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2012, consacre la règle selon laquelle une intervention ne peut être pratiquée qu'après avoir obtenu le consentement libre et éclairé du patient<sup>17</sup>.

Néanmoins, si les droits des patients ont été consolidés, ils ne l'ont été que de manière relative. Qui plus est, ils n'ont pas fait disparaître le pouvoir de décision du médecin.

---

14 Art L 1111-2 du Code de la santé publique (CSP), modifié en dernier lieu par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 1976 : « Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Elle est également informée de la possibilité de recevoir, lorsque son état de santé le permet, notamment lorsqu'elle relève de soins palliatifs au sens de l'article L. 1110-10, les soins sous forme ambulatoire ou à domicile. Il est tenu compte de la volonté de la personne de bénéficier de l'une de ces formes de prise en charge. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver. Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.

Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel ».

15 Art L 1111-4, al. 4 CSP : « Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment ».

16 CEDH 29 avril 2002 *Pretty c/ Royaume-Uni*, AJDA 2003, p. 1383, note B. Le Baut-Ferrarèse ; Gaz. Pal. 2002, n° 226, p. 2, note A. Garay ; *Médecine et Droit* 2003, n° 60, p. 98, note N. Narayan-Fourment ; JCP-G 2003, n° 15, p. 676, note C. Girault ; RTDH 2003, n° 53, p. 71, note O. de Schutter.

17 Art 5 de la Convention d'Oviedo ; ces dispositions figurent dans le chapitre II de la convention, consacré au Consentement ; l'article 5 Règle générale précise que « Une intervention dans le domaine de la santé ne peut être effectuée qu'après que la personne concernée y a donné son consentement libre et éclairé.

Cette personne reçoit préalablement une information adéquate quant au but et à la nature de l'intervention ainsi que quant à ses conséquences et ses risques.

La personne concernée peut, à tout moment, librement retirer son consentement ».

## I – L'extension nuancée des droits du patient

L'article L 1111-4, al. 1 CSP énonce que « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé ». Le malade se voit ainsi élevé au rang de co-auteur des décisions de santé ; cependant, les garanties qui lui sont accordées se révèlent imparfaites.

### A – Une volonté législative de garantir les droits du patient

L'une des finalités de la loi Kouchner est celle du partage des prérogatives du médecin dans le processus de la prise de décision et ainsi de la revalorisation du pouvoir du patient. L'aboutissement est de parvenir à une co-décision, à tout le moins à une décision partagée. Pour ce faire, la loi du 4 mars 2002 a consacré un droit à l'information au profit du patient de même qu'elle préconise la recherche systématique d'un consentement éclairé.

#### 1 – La consécration d'un droit à l'information au profit du patient

L'information a longtemps été une prérogative exercée par un médecin qui appréciait en conscience si son patient devait en recevoir la délivrance. Désormais, depuis 2002, il existe un droit du malade à être informé : le patient a le droit d'exiger du thérapeute la communication de l'information<sup>18</sup>. Le droit à l'information peut alors être considéré par le juge comme un droit subjectif de la personne et non plus seulement comme un devoir du professionnel de santé<sup>19</sup>. La Cour de cassation le rattache au principe de dignité de la personne humaine et d'intégrité du corps humain<sup>20</sup>. Le juge administratif, pour sa part, fait du droit au consentement aux soins une liberté fondamentale au sens de l'article L 521-2 CJA<sup>21</sup>.

Le malade est le destinataire direct de l'information. La transmission de l'information au seul médecin traitant est sanctionnée par le juge<sup>22</sup>, à moins que le patient n'ait expressément demandé à ce que les informations médicales le concernant ne lui soient délivrées que par l'intermédiaire de son médecin traitant.

L'information doit être communiquée avant tout acte médical, mais la loi du 4 mars 2002 a étendu cette obligation après l'acte médical, en autorisant l'accès direct au dossier médical et en instituant une obligation de suivi. Le patient a en effet un droit d'accès à son

---

18 Art L 1111-2 CSP.

19 Cass civ 1<sup>ère</sup>, 12 juillet 2012, n° 11-17510.

20 Cass civ 1<sup>ère</sup>, 12 juin 2012, n° 11-18327 ; Dalloz, 2012, p. 1794, note A. Laude.

21 CE, ord. 16 août 2002, Mme Feuillatey, n° 249552 : « le droit pour le patient d'accepter ou de refuser un traitement a le caractère d'une liberté fondamentale ; en revanche c'est à tort que ce même juge a estimé qu'il était possible, en cas de risque vital, d'intervenir contre le consentement du patient ; tant les principes généraux qui découlent de l'inviolabilité du corps humain que les dispositions introduites dans le code de la santé publique par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé exigent au contraire ce consentement, dès lors que, comme en l'espèce, le patient est en mesure de l'exprimer ».

22 CE 28 juillet 2011, n° 331126 : « il appartient aux praticiens des établissements publics de santé d'informer directement le patient des investigations pratiquées et de leurs résultats, en particulier lorsqu'elles mettent en évidence des risques pour sa santé, à moins que celui-ci n'ait expressément demandé que les informations médicales le concernant ne lui soient délivrées que par l'intermédiaire de son médecin traitant ; que, par suite, la cour, après avoir relevé que les pièces du dossier ne permettaient pas d'établir que le médecin pneumologue du centre hospitalier ait informé M. C de la suspicion d'un cancer bronchique à l'issue des investigations menées en mars et mai 2001, n'a pu, sans commettre d'erreur de droit, juger que l'information de M. C avait été assurée par le seul envoi par l'hôpital du compte rendu des examens à son médecin traitant alors qu'il n'avait pas expressément demandé que seul ce dernier lui indique les résultats des investigations pratiquées sur sa personne ».

dossier médical postérieur aux soins<sup>23</sup>. Il peut le faire directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'il désigne. La consultation se fait sur place ou par l'envoi d'une photocopie. Sont communicables l'ensemble des informations concernant sa santé « qui sont formalisées » : résultats d'examen, compte-rendu de consultation, feuilles de surveillance, ... Les raisons de cette démarche résultent d'une demande d'avis à un autre médecin, ou d'une volonté d'obtenir une information sur sa santé. Elles ne révèlent pas a priori une optique contentieuse<sup>24</sup>. Une obligation de suivi s'impose également lorsque, postérieurement aux soins, des risques nouveaux sont identifiés<sup>25</sup> : la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver (ex : irradiés d'Epinal, prothèses mammaires, médiateur, ...).

La preuve de l'obligation d'information incombe au médecin<sup>26</sup>. Le juge est exigeant sur le contenu de l'information qui est délivrée au malade. L'information concerne les différentes investigations, traitements ou actions de prévention proposés, leur utilité, leurs conséquences, de même qu'elle doit préciser les risques d'accidents médicaux<sup>27</sup>. Ceux-ci sont définis de manière extensive par le juge. L'information doit porter sur les risques fréquents ou graves de même que sur les risques normalement prévisibles.

Communiquer sur les risques fréquents oblige à opérer une sélection, un tri parmi les risques et n'oblige pas, a priori, à l'exhaustivité<sup>28</sup>. Le risque grave recouvre le risque de décès et les risques d'invalidité (perte d'usage d'un membre ou d'un organe). Les risques connus sont ceux qui sont répertoriés et mesurés dans la littérature médicale<sup>29</sup>. Les risques exceptionnels doivent également faire l'objet d'une information bien que la loi du 4 mars 2002 ne l'exige pas expressément. Le Conseil d'Etat l'a affirmé dès 2004<sup>30</sup>, reprenant une jurisprudence antérieure à la loi. L'information doit être complète et suffisante pour permettre au patient d'exprimer un consentement éclairé que le médecin doit s'efforcer de rechercher en toute circonstance.

---

23 Art L 1111-7 CSP.

24 *Rapport d'information par la mission d'information commune sur l'indemnisation des victimes d'infections nosocomiales et l'accès au dossier médical*, Ass. Nationale, 2009, n° 1810. « La reconnaissance d'un droit d'accès direct du patient au dossier médical a fait craindre aux professionnels de santé une hausse des demandes de consultation des dossiers motivées par une volonté de mettre en cause leur savoir-faire professionnel et de rassembler les preuves nécessaires à un engagement de leur responsabilité. Si l'augmentation des demandes est réelle, le risque, tant annoncé, d'une extrême judiciarisation des relations entre les praticiens et leurs patients ne s'est pas réalisé » (Rapport, p. 27).

25 Art L 1111-2 al 1 in fine CSP : « Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver ».

26 Cass civ, 1<sup>ère</sup> ch., 25 février 1997, Hédreul c/ Cousin et autres, RTDCiv.1997, p. 434, note P. Jourdain ; CE Sect., 5 janvier 2000, consorts Telle, n° 181899 ; AJDA 2000, p. 137, chron. M. Guyomar et P. Collin ; RFDA 2000, p. 61, concl. D. Chauvaux. Art L 1111-2 al. 7 CSP : « En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions prévues au présent article. Cette preuve peut être apportée par tout moyen ».

27 Art L 1111-2 CSP : « Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Elle est également informée de la possibilité de recevoir, lorsque son état de santé le permet, notamment lorsqu'elle relève de soins palliatifs au sens de l'article L. 1110-10, les soins sous forme ambulatoire ou à domicile ».

28 CAA Lyon 20 mars 2014, n° 13LY00145.

29 Conclusions de Serge Daël sur CE, Ass., 9 avril 1993, Bianchi, Rec., p. 127.

30 CE, Ass., 19 mai 2004, Caisse régionale d'assurance maladie d'Ile-de-France, n° 216039 ; AJDA 2004, p. 1361, chron. C. Landais et F. Lenica.

## 2 – La recherche systématique d'un consentement éclairé

La loi du 4 mars 2002 consacre le principe d'un droit au consentement aux soins<sup>31</sup>. L'article L 1111-4 CSP dispose en ce sens qu'« aucun acte médical, ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et le consentement peut être retiré à tout moment ». Ce principe est réaffirmé et précisé par la loi Léonetti du 22 avril 2005 pour les personnes en fin de vie qui peuvent décider de limiter ou d'arrêter tout traitement<sup>32</sup>.

Le consentement du patient doit être recherché systématiquement, que le malade soit un majeur, capable ou incapable, ou qu'il soit mineur. Si le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, les textes organisent la formulation d'un consentement médiatisé par l'intermédiaire de la personne de confiance ou, à défaut, d'un de ses proches. La loi Léonetti a créé les directives anticipées, par lesquelles le malade indique ses souhaits, quant à sa fin de vie, concernant les conditions de la limitation ou de l'arrêt de traitement<sup>33</sup>. En revanche, le consentement des mineurs ou des majeurs sous tutelle doit être systématiquement recherché s'ils sont aptes à exprimer leur volonté ou à participer à la décision, ce qui est fonction de la maturité du mineur ou de la capacité de discernement du majeur incapable<sup>34</sup>.

Même pour les patients atteints par la maladie d'Alzheimer, il leur est possible de consentir à la recherche tant qu'ils disposent encore de leur faculté de discernement. Lorsque tel n'est pas le cas, la maladie étant évolutive, l'adhésion du patient sera recherchée, accompagnée de l'autorisation de son représentant légal, du conseil de famille si une tutelle est ouverte, ou du curateur.

La même volonté d'adhésion se retrouve s'agissant de l'assentiment des mineurs à la recherche biomédicale. Un consensus se dégage, tant au plan interne qu'au plan international, sur le fait que le mineur, même vulnérable et incapable juridiquement, doit être une partie prenante dans la prise de décision. L'assentiment est fonction de l'âge du mineur (15 ans en Finlande, 15 à 17 ans au Danemark, 12 ans en Espagne, 7 à 17 ans en Estonie, appréciation au cas par cas en France et aux Etats-Unis). Il ne suffit toutefois pas ; il doit être accompagné du consentement de ses parents ou de celui de son représentant légal.

Les modalités d'expression du consentement font également l'objet de précisions de la part du législateur et de beaucoup d'exigences du juge administratif. La loi prévoit un entretien individuel qui permettra au professionnel de santé d'expliquer la nature de l'intervention ou du traitement, ses apports, ses bénéfices, les risques encourus. Il met également le patient en position d'interroger le praticien dans le but de recueillir un consentement éclairé<sup>35</sup>. Cependant, le juge estime qu'un entretien préalable entre un médecin et son

---

31 Il était auparavant prévu par l'art 36 du Code de déontologie médicale.

32 Art L 1111-10 CSP, abrogé par la loi du 2 février 2016 : « Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, décide de limiter ou d'arrêter tout traitement, le médecin respecte sa volonté après l'avoir informée des conséquences de son choix. La décision du malade est inscrite dans son dossier médical ». Ces dispositions ont été reformulées aux articles L. 1110-5 et L. 1110-5-1 CSP.

33 Elles figurent désormais aux art L 1111-5 et s. CSP après l'entrée en vigueur de la loi du 2 février 2016.

34 Art L 1111-4 CSP, al. 6 et 7.

35 Art L 1111-2 al 3 CSP.

patient ne suffit pas<sup>36</sup>, pas plus que la production d'une notice d'information<sup>37</sup>, ou l'existence d'affirmations orales du médecin<sup>38</sup>. La production d'un document écrit signé par le patient n'est ni nécessaire ni suffisante. En revanche, le consentement sera éclairé lorsqu'il sera l'aboutissement d'un suivi sérieux et traçable du malade qui révèle la tenue d'un entretien, l'existence de plusieurs consultations, outre la remise éventuelle de documents<sup>39</sup>.

La situation du patient a été améliorée et consolidée à partir de 2002 ; elle se révèle cependant imparfaite à certains égards.

## B – Une garantie imparfaite

Cette imperfection se manifeste à deux égards :

### 1 – La complexité des règles juridiques

L'information doit constituer un vecteur de protection de la personne vulnérable, le malade. Cependant, le bilan de cette garantie peut se faire en demi-teinte à plusieurs égards.

Le régime juridique auquel sont soumis les patients est composite, éclaté. Le principe selon lequel aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne est assorti d'un certain nombre d'exceptions qui concernent les personnes qui ne sont pas en état de donner leur consentement, l'urgence et l'impossibilité<sup>40</sup>, les refus de soins ; les juges évoquent désormais le caractère impérieux de l'opération chirurgicale, excluant toute possibilité raisonnable de refus<sup>41</sup>.

Les textes prennent en considération toute une série de particularismes en prévoyant des dispositions spécifiques pour les mineurs, les majeurs sous tutelle, les personnes inconscientes. La volonté législative de prévoir toutes les situations possibles a conduit à l'élaboration d'un régime juridique complexe parce que fait de nombreuses particularités liées à la personne qui consent (mineur, majeur protégé ou non), aux types de soins proposés (préventifs, curatifs, palliatifs), aux différentes situations (urgence, inconscience, fin de vie, ...). Les principes directeurs des différentes réformes finissent par être occultés.

Qui plus est, le contenu de l'information délivrée au patient a été interprété dans un sens toujours plus extensif au point de confiner à l'exhaustivité ; or trop d'informations tue l'information. L'information médicale doit en effet porter sur les risques fréquents ou graves, et normalement prévisibles. Le juge a considéré qu'elle concernait en outre les

---

36 CE 10 mars 2004, n° 251594 : « si le chirurgien hospitalier atteste, dans des correspondances en date des 9 juin 1997 et 16 janvier 1998, soit quatre ans après le décès de M. Y survenu le 18 janvier 1993, avoir correctement informé ce dernier des risques de l'intervention envisagée, en particulier lors d'une consultation, le 29 décembre 1992, ces documents ne sont pas, à eux seuls, de nature à établir que ce praticien se serait acquitté de son obligation d'information ; que la circonstance que M. Y a été reçu par plusieurs praticiens avant l'intervention ne saurait davantage établir la réalité de ladite information ».

37 CAA Douai, 30 juin 2010, n° 09DA00054 : « la production, annexée au rapport d'expertise, de la notice d'information remise aux patients de l'établissement qui mentionne la perforation de la paroi intestinale parmi les complications possibles d'une coloscopie n'est pas davantage de nature à justifier qu'une information suffisante avait été donnée à M. A lui permettant de recueillir son consentement éclairé quant à l'exérèse d'un polype ; que dans ces conditions, dès lors que le Centre hospitalier régional et universitaire de Rouen ne justifie pas avoir fourni l'information exigée par les dispositions précitées du code de la santé publique ».

38 Cass civ 1<sup>ère</sup>, n° 08-21683, 14 octobre 2010, l'information devant être ici loyale compte tenu du fait que le patient participait à un protocole de recherche.

39 CAA Paris 17 février 2005 CH de Montmorency, n° 01PA01893.

40 Art L 1111-4 CSP.

41 CE, 3 février 2016, CHRU de Lille, n° 376620.

risques exceptionnels, reprenant ainsi une jurisprudence antérieure à la loi du 4 mars 2002. Cependant, il estime qu'un risque dont l'occurrence de réalisation est de 1 ou 2 % ne constitue pas un risque exceptionnel<sup>42</sup>. Il semble exiger une information « complète »<sup>43</sup>, voire une information exhaustive<sup>44</sup>.

Le malade va ainsi se trouver submergé par un flot d'informations qu'il ne maîtrisera pas et que le déroulement d'un entretien individuel avec le médecin ne dissipera pas complètement. En effet, l'habitude a été prise, dans la pratique, par les professionnels de santé, de remettre au patient et de lui faire signer des documents énonçant la liste exhaustive des risques encourus par le traitement ou l'intervention, ce alors même que le code de déontologie médicale ne préconise qu'un entretien oral. Les récentes recommandations de bonnes pratiques émises par la Haute Autorité de santé et homologuées par le ministre de la santé rappellent que « la délivrance de l'information, qui implique un dialogue, se fait toujours dans le cadre d'un entretien individuel » ; elles ajoutent que « l'information, qui est toujours orale, est primordiale »<sup>45</sup>.

Apparaît ainsi, de cette manière, toute l'ambiguïté du fondement du principe du droit à l'information : est-ce une condition du consentement éclairé donc une protection du malade, ou bien une garantie pour le médecin contre l'engagement d'une éventuelle responsabilité ? La solution est probablement médiane. L'information délivrée au malade doit être complète pour qu'il puisse décider en toute connaissance de cause et que son consentement soit réellement éclairé. Cependant, les professionnels de santé, devant la multiplication d'actions en justice à leur encontre, tentent de se prémunir et de faire signer des documents « décharge », ce d'autant plus que la preuve de l'obligation d'information leur incombe ; ils doivent justifier qu'ils s'en sont acquittés.

Dans un autre domaine, les textes ont progressé, en prévoyant, pour certaines pathologies, une « consultation d'annonce ». Ce dispositif a été mis en place à partir des recommandations émises dans les Plans Cancer successifs ; ainsi le décret du 21 mars 2007 a subordonné l'autorisation de soins en cancérologie à la mise en place d'un dispositif d'« annonce du diagnostic et d'une proposition thérapeutique fondée sur une concertation pluridisciplinaire, selon des modalités conformes aux référentiels de prise en charge définis par l'Institut national du cancer en application du 2° de l'article L. 1415-2 et traduite dans un programme personnalisé de soins remis au patient »<sup>46</sup>. Il ne s'agit pas d'un nouveau droit mais d'une obligation spécifique qui incombe non seulement au médecin mais à l'équipe soignante. Le temps médical de l'annonce, tel qu'il est décrit par le texte, comprend précisément un temps dédié à l'information du patient sur sa maladie, sur les orientations thérapeutiques qui peuvent lui être proposées ; c'est aussi un temps

---

42 CE, 15 janvier 2001, Courrech, n° 184386.

43 CAA Versailles 19 novembre 2013, Assistance publique-Hôpitaux de Paris, n° 12VE04186 : « Considérant qu'à supposer que M. C...ait reçu une information complète sur les risques inhérents à une lobectomie au mois de février 2007, la circonstance que l'intéressé ait déjà, une première fois, écarté la solution de recourir à cette intervention, le caractère évolutif de sa pathologie ainsi que le fait qu'il ait suivi pendant plusieurs mois une chimiothérapie qu'il a très mal supportée rendait indispensable qu'une nouvelle information lui soit délivrée avant la réalisation de l'intervention chirurgicale du 10 décembre 2007 ; qu'il ne ressort d'aucune des pièces versées au dossier que cette information aurait été dispensée à M. C... ; que c'est par conséquent à bon droit que les premiers juges ont retenu la responsabilité de l'AP-HP au titre d'un défaut d'information de l'intéressé ».

44 CAA Marseille 13 février 2014, Centre hospitalier de Draguignan, n° 11MA02696 : « Considérant que les termes dans lesquels ce document est rédigé ne démontrent pas, il est vrai, qu'une information exhaustive sur les risques auxquels s'exposait M. C... lui a été délivrée ; qu'ils sont toutefois de nature à démontrer qu'un entretien a eu lieu avant l'intervention, au cours duquel M. C...a été mis à même d'interroger le praticien qui allait l'opérer afin de prendre une décision éclairée ».

45 Recommandations de la haute autorité de santé sur la délivrance de l'information à la personne sur son état de santé, mai 2012, point 2.4.

46 Mesure 40 du Plan Cancer.

de dialogue autour de cette annonce « fondatrice de la confiance » de la relation qui va s'établir entre le patient, la famille et l'ensemble de l'équipe soignante. L'ensemble des éléments relatifs au dispositif d'annonce figurent dans le dossier du patient, ce qui permet une certaine traçabilité ; il est alors facile d'identifier la manière dont l'annonce a été faite, avec quelles personnes, sur combien de temps...

La réparation accordée au patient en cas de contentieux n'est pas satisfaisante non plus.

## 2 – La complexité du contentieux de la réparation

Le défaut d'information du patient et l'absence de recueil de son consentement constituent des fautes médicales commises par le praticien, de nature à engager sa responsabilité. Cependant, le juge a élaboré une jurisprudence très sophistiquée pour tenter de réparer l'intégralité du préjudice subi. Pour ce faire, il a multiplié les chefs d'indemnisation, ce qui ne contribue pas à simplifier la situation de la victime ni à lui assurer une garantie satisfaisante.

Jusqu'en 2000, le défaut d'information conduisait à l'indemnisation de l'intégralité du préjudice causé par la faute du professionnel de santé<sup>47</sup>. Toutefois, si le patient était et est toujours dispensé de la preuve de la faute, il devait apporter celle du lien de causalité entre le défaut d'information et le dommage causé ; donc le préjudice subi : il devait établir qu'il aurait certainement refusé les soins ou l'opération si le médecin l'avait correctement informé des risques qui y étaient attachés.

Or, il existe souvent un doute quant à l'attitude qu'aurait eue le patient si une information suffisante lui avait été délivrée, et ce doute profitait au professionnel de santé qui était rarement condamné par le juge. Qui plus est, la faute constituée par le défaut d'information ne peut être directement reliée avec le préjudice subi : le dommage trouve sa cause directe dans la pratique de l'acte médical et non dans l'absence d'information.

Pour contourner cette difficulté, le juge a déplacé le lien causal vers un autre préjudice, distinct du dommage corporel : le préjudice consistant en une perte de chance. Le défaut d'information fait perdre au patient une chance de se soustraire au risque qui s'est finalement réalisé. Le juge administratif l'a admis en 2000, s'alignant en cela sur la jurisprudence de la Cour de cassation<sup>48</sup>. Néanmoins, le recours à la perte de chance présente deux inconvénients. D'une part, la réparation du préjudice corporel effectivement subi n'est que partielle. La perte de chance est certes intégralement réparée, mais elle ne constitue qu'une fraction des différents chefs de préjudice subis par le patient. D'autre part, la responsabilité du praticien est écartée quand il résulte des faits que le patient n'a perdu aucune chance d'éviter le dommage, dans la mesure où, même informé des risques, il aurait accepté l'opération<sup>49</sup>.

---

47 CE 17 février 1988, CHR de Nancy, n° 71974 : « en s'abstenant d'informer avec une suffisante précision M. X... des risques en partie prévisibles que comportait le traitement chirurgical entrepris, les praticiens du CHR de NANCY ont méconnu leurs obligations et commis une faute à nature à engager la responsabilité de cet établissement (...) compte tenu du préjudice esthétique subi par M. X..., eu égard aux importantes cicatrices dont il était déjà affecté au visage, des douleurs physiques qu'il a éprouvées au cours des 7 interventions dont il a été l'objet et enfin des troubles causés dans les conditions de son existence par les cicatrices dont il demeure atteint, il sera fait une juste appréciation du préjudice subi par lui en fixant à 80 000 F le montant de l'indemnité que le CHR de Nancy est condamné à lui verser » ; CAA Lyon 3 octobre 1996, Assistance Publique de Marseille, n° 94LY00891.

48 CE Sect. 5 janvier 2000 AP-HP c/ M. Guilbot, n° n° 198530 et du même jour consorts Telle ; Cass. civ 1<sup>ère</sup> ch., 7 février 1990, n° 88-14797 : « qu'en manquant à son obligation d'éclairer M. Y... sur les conséquences éventuelles de son choix d'accepter l'opération qu'il lui proposait, M. X... a seulement privé ce malade d'une chance d'échapper, par une décision peut-être plus judicieuse, au risque qui s'est finalement réalisé, perte qui constitue un préjudice distinct des atteintes corporelles qui seules ont fait l'objet de la demande de réparation de M. Y ».

49 CE 11 juillet 2011 M. Audinot, n° 328183.

Ce risque persiste même après l'interprétation restrictive, par le juge administratif, des hypothèses dans lesquelles les victimes se verront opposer l'absence de perte de chance : le Conseil d'Etat précise en ce sens que « c'est seulement dans le cas où l'intervention était impérieusement requise, en sorte que le patient ne disposait d'aucune possibilité raisonnable de refus, que les juges du fond peuvent nier l'existence d'une perte de chance »<sup>50</sup>. La doctrine hésite, de plus, sur le rôle et la fonction de la perte de chance, élément intervenant au titre du lien de causalité, mais aussi préjudice autonome à réparer<sup>51</sup>.

Ces limites vont conduire à une nouvelle évolution jurisprudentielle différenciée selon les ordres de juridiction. La Cour de cassation a choisi de réparer l'atteinte à un droit subjectif : le droit du patient d'être informé, qui prend appui sur le droit au respect de l'intégrité corporelle, consacré à l'article 163 du code civil et le respect de la dignité énoncé à l'article 16 du même code.

Le Conseil d'Etat a décidé de réparer un préjudice autonome, indépendant de la perte de chance de refuser l'intervention, le préjudice d'impréparation : le défaut d'information n'a pas permis au patient de se préparer à l'éventualité des implications<sup>52</sup>. Il appartient néanmoins à la victime d'en établir la réalité et l'ampleur et le juge se montre exigeant : il ne suffit pas d'évoquer les difficultés rencontrées pour faire face à un décès<sup>53</sup>. Ce préjudice peut se cumuler avec la perte de chance. Le juge administratif reconnaît désormais le préjudice d'impréparation psychologique, en estimant que la souffrance morale est présumée<sup>54</sup>.

La multiplication de ces chefs d'indemnisation ne contribue pas à simplifier la situation de la victime. La chambre des Lords, en Grande-Bretagne, a opté pour une solution qui a le mérite de la clarté : elle considère que le dommage lié à la réalisation d'un risque qui n'avait pas été révélé au patient pour obtenir son consentement doit être réparé intégralement<sup>55</sup>. En outre, l'extension du droit à information n'a pas fait disparaître le pouvoir décisionnel du médecin.

## II - Le maintien du pouvoir décisionnel du médecin

Le patient, correctement informé, exprime son consentement libre et éclairé à un traitement ou à une intervention. Il devient acteur de la décision de santé et co-décideur de l'acte médical avec le professionnel de santé. L'article L 1111-4 CSP affirme en ce sens que « Tout patient prend, avec le professionnel de santé ... les décisions concernant sa santé ». Cependant, la relation est disproportionnée par essence même : le malade est fragile, et le médecin a seul le pouvoir d'alléger ses souffrances et de supprimer ses maux.

---

50 CE 10 octobre 2012 M. Michel C. c/ CHU de Rouen, n° 350426.

51 A. Minet, *La perte de chance en droit administratif*, LGDJ, BDP Tome 282, 2014.

52 CE 10 octobre 2012, préc.

53 CAA Bordeaux 11 mars 2014

54 CE, 16 juin 2016, n° 382479 : « Considérant qu'indépendamment de la perte d'une chance de refuser l'intervention, le manquement des médecins à leur obligation d'informer le patient des risques courus ouvre pour l'intéressé, lorsque ces risques se réalisent, le droit d'obtenir réparation des troubles qu'il a subis du fait qu'il n'a pas pu se préparer à cette éventualité ; que s'il appartient au patient d'établir la réalité et l'ampleur des préjudices qui résultent du fait qu'il n'a pas pu prendre certaines dispositions personnelles dans l'éventualité d'un accident, la souffrance morale qu'il a endurée lorsqu'il a découvert, sans y avoir été préparé, les conséquences de l'intervention doit, quant à elle, être présumée ». La Cour de cassation retient également ce chef de préjudice : Cass. Civ. 1<sup>ère</sup>, 25 janvier 2017, n° 15-27898, Dalloz 2017, p. 555, note S.-M. Ferrié. Pour une comparaison avec l'étranger, M. Girer et L. Klesta, *L'obligation d'information du médecin en France et en Italie*, RDSS 2015, p. 853.

55 Chambre des Lords 14 octobre 2004, Chester c/ Afshar.



Aussi a-t-il le pouvoir de décider, en l'absence de consentement du malade, voire de s'opposer à la volonté du patient.

## A – Le pouvoir de décision médicale en l'absence de consentement du malade

Le médecin peut agir de la sorte lorsque l'urgence ou l'impossibilité sont avérées, ou bien dans l'hypothèse où le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté.

### 1 – L'urgence ou l'impossibilité

Ce sont les seules véritables exceptions, tant à l'obligation d'information<sup>56</sup> qu'à l'obligation de recueil du consentement du patient<sup>57</sup>.

Le médecin est autorisé à intervenir en cas d'urgence, sans que le patient ait été informé, ni n'ait pu consentir, car son état nécessitait des soins immédiats. Il y a une obligation légale d'intervenir pour le médecin sous peine d'être poursuivi pénalement pour non-assistance d'une personne en danger<sup>58</sup>. Il n'existe toutefois pas de définition légale de l'urgence, c'est au professionnel de santé qu'il appartient de l'apprécier. Elle correspond aux situations mettant la vie ou les fonctions vitales de la personne en danger immédiatement. Il est possible de considérer qu'en pareilles circonstances, le patient ait présumé consentir aux soins : un individu raisonnable aurait choisi l'intervention médicale, nonobstant les risques inhérents à celle-ci, dans le but de tenter de sauver sa vie.

Dans la pratique, le juge la retient rarement : par exemple la réalisation d'une césarienne<sup>59</sup> ou une intubation<sup>60</sup>, ou bien l'absence de délai entre l'admission à un centre hospitalier et la prise en charge immédiate<sup>61</sup>. En revanche, l'état d'anxiété du patient ne constitue pas un fait justificatif suffisant<sup>62</sup>. Dans le même sens, le délai d'une douzaine d'heures qui s'écoule entre la prescription d'une intervention et sa réalisation ne constitue pas non plus une situation d'urgence permettant de dispenser le médecin de son obligation d'information<sup>63</sup>.

---

56 Art L 1111-2 al 2 CSP

57 Art L 1111-2 al 2 CSP

58 Art 223-6 code pénal : « Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende. Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours ».

59 CAA Bordeaux 12 octobre 2004, n° 01BX01397 : « compte tenu de l'urgence qui était attachée à la réalisation de la césarienne, aucun manquement au devoir d'information ne peut être retenu à l'encontre du centre hospitalier quant aux risques présentés par l'intervention chirurgicale pratiquée ; que M. et Mme Y ne sauraient utilement faire état d'un manque d'information relatif à l'agencement des locaux ».

60 CAA Bordeaux, 2 novembre 2010, n° 09BX02055 : « le groupe hospitalier Sud Réunion était confronté à une situation d'urgence, laquelle le dispensait d'informer les représentants légaux de l'enfant des risques liés à l'acte médical pratiqué ; qu'en l'absence de faute, compte tenu de cette situation d'urgence, la responsabilité du groupe hospitalier Sud Réunion à raison du devoir d'information ne saurait être engagée ni à l'égard de M. et Mme en leur qualité de représentants légaux de leur l'enfant, ni à leur égard en leur nom propre ».

61 CAA Bordeaux, 16 juillet 2013.

62 Cass civ 1<sup>ère</sup>, 15 juillet 1999.

63 CAA Marseille 13 mars 2014.

L'impossibilité correspond aux hypothèses où le patient ne dispose pas de toutes ses facultés mentales (maladie d'Alzheimer), est inconscient ou dans le coma, ou bien à l'impossibilité de retrouver le patient lorsque postérieurement à l'exécution de l'acte médical, des risques nouveaux sont identifiés. Il y a peu d'applications jurisprudentielles là encore. Cependant, le juge a considéré que l'impossibilité de prévenir la famille de l'aggravation de l'état de santé d'un de ses proches n'était pas fautive dans la mesure où ils avaient éteint leur téléphone portable<sup>64</sup>.

## 2 – Le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté

Dans ce cas de figure, les textes organisent un consentement médiatisé. La loi Kouchner du 4 mars 2002 prévoit l'intervention d'une personne de confiance, ou de la famille, ou à défaut, d'un des proches<sup>65</sup>. La personne de confiance est instituée pour faciliter la relation entre le patient et le médecin. Elle accompagne le malade, s'il le souhaite, dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions<sup>66</sup>. Elle est désignée par le patient ou le malade, elle peut être un parent, un proche ou le médecin traitant. La désignation doit se faire par écrit, elle est révocable à tout moment.

Lors d'une hospitalisation, il est proposé de désigner une personne de confiance. Peu de gens effectuent cette démarche. Selon un sondage réalisé en septembre 2010, seules 2 % des personnes interrogées avaient connaissance de cette possibilité. Les raisons en tiennent à la confusion entre personne de confiance et personne à prévenir, à la difficulté de trouver quelqu'un qui accepte de jouer ce rôle, ainsi qu'au fait que la personne de confiance est associée à la fin de vie. Cependant, la loi précise que la personne de confiance est seulement consultée par le médecin, son avis n'est qu'un simple indice permettant au médecin de prendre seul (avec l'équipe médicale) la décision finale. C'est à lui qu'il appartient d'assurer la protection de la personne hors d'état d'exprimer sa volonté.

La loi Léonetti a créé un autre consentement médiatisé avec les directives anticipées. Celles-ci indiquent les souhaits de la personne, relatifs à sa fin de vie, concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement<sup>67</sup>. Elles sont valables trois ans seulement et peuvent être modifiées ou révoquées, sans formalisme particulier. Le médecin doit s'enquérir de l'existence éventuelle de directives anticipées auprès de la personne de confiance, de la famille, de proches ou du médecin, et il les conservera dans le dossier médical. Néanmoins, là encore, le médecin n'a qu'un devoir de les consulter<sup>68</sup>.

---

64 TA Versailles 21 mars 2011.

65 Art L 1111-4 al 4 CSP.

66 Art L 1111-6 CSP.

67 Art L 1111-11 CSP : « Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées expriment la volonté de la personne relative à sa fin de vie en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'acte médicaux.

A tout moment et par tout moyen, elles sont révisables et révocables. Elles peuvent être rédigées conformément à un modèle dont le contenu est fixé par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Haute Autorité de santé. Ce modèle prévoit la situation de la personne selon qu'elle se sait ou non atteinte d'une affection grave au moment où elle les rédige.

Les directives anticipées s'imposent au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement, sauf en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation et lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale.

La décision de refus d'application des directives anticipées, jugées par le médecin manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale du patient, est prise à l'issue d'une procédure collégiale définie par voie réglementaire et est inscrite au dossier médical. Elle est portée à la connaissance de la personne de confiance désignée par le patient ou, à défaut, de la famille ou des proches (...) ».

68 Art L 1111-4 al 5 CSP

mais il doit en tenir compte et cette obligation est en train de se renforcer<sup>69</sup>. Elles sont dépourvues de force obligatoire. Elles ne constituent qu'un élément d'information dont l'appréciation est laissée aux professionnels de santé ; elles sont un « guide à la réflexion médicale ».

Dans certains Etats européens, en revanche, le droit au refus de soins a une valeur contraignante. Tel est le cas de l'Espagne, de la Belgique ou de la Suisse, premier pays à avoir prévu des directives anticipées, dès 1982. Dans cet Etat, toute personne a le droit de faire état, à l'avance et par écrit, dans le même document, de directives anticipées et de la désignation d'un « représentant thérapeutique » chargé de consentir ou de refuser un traitement médical à sa place lorsque le malade ne sera plus en capacité de manifester sa volonté. En Belgique, le législateur accorde une plus grande reconnaissance à l'institution de la personne de confiance appelée « mandataire ».

Toute résolution prise par lui est dotée de valeur contraignante et devra être respectée par l'équipe médicale, à la seule condition qu'elle serve l'intérêt du patient. En cas de désaccord toutefois, le médecin pourra passer outre la décision du représentant, mais il devra agir « dans l'intérêt du patient et afin de prévenir toute menace pour sa vie ou toute atteinte grave à sa santé »<sup>70</sup>. Le législateur espagnol privilégie quant à lui les directives anticipées, qui ont force contraignante. La réglementation de ces volontés est laissée à la discrétion des communautés autonomes. Néanmoins, pour faciliter leur accessibilité au personnel soignant, une législation nationale a prévu, en 2007, l'élaboration d'un registre central au sein du ministère espagnol de la santé et de la consommation.

La convention d'Oviedo affirme simplement que les directives anticipées sont prises en compte, mais elle n'interdit pas aux Etats d'aller plus loin dans le respect de la volonté du patient. La difficulté réside toutefois dans l'applicabilité de ces directives anticipées. Celles-ci peuvent être trop générales, donc difficiles d'interprétation, ou trop précises, et ainsi sans pertinence pour une situation concrète. Qui plus est, la volonté est exprimée à un moment où la personne n'est, a priori, pas encore malade. Mais confrontée à une situation de détresse, sa volonté peut ne plus être la même sans qu'elle puisse réellement l'exprimer. Le législateur français fait primer la protection du malade et accorde une place fondamentale au médecin qui prendra *in fine* la décision médicale. Dans certaines hypothèses, il pourra même s'opposer à la volonté du patient.

## B – Le pouvoir de s'opposer à la volonté du malade

La possibilité d'une ingérence médicale est prévue par la loi, mais elle fait également l'objet d'une extension acceptée par le juge.

### 1 – L'ingérence médicale prévue par la loi

Le législateur a prévu deux cas de figure dans lesquels le médecin pourra s'opposer à la volonté du patient, l'un dans le but de protéger les tiers, l'autre dans l'intérêt du malade.

Toute personne peut en effet souhaiter être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic. Sa volonté doit être respectée sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission<sup>71</sup> : on pense ici aux affaires des irradiés des hôpitaux d'Epinal ou de Rangueil, en 2006, à celle de l'implantation de prothèses mammaires défaillantes, à l'affaire du Médiateur, ...

---

69 « Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible d'entraîner son décès ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale mentionnée à l'article L. 1110-5-1 et les directives anticipées ».

70 Art 15 loi du 22 août 2002.

71 Art L 1111-2 al 4 CSP : « La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission ».

En outre, si l'autorité parentale ou le représentant légal refusent un traitement et que celui-ci « risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeurs sous tutelle », l'article L 1111-4 al 6 CSP affirme que « le médecin délivre les soins indispensables ». C'est une injonction qui est adressée au médecin, qui appréciera la situation et décidera. La loi substitue le médecin aux représentants légaux et lui donne compétence pour protéger la santé du mineur ou du majeur sous tutelle à leur place.

La protection des personnes vulnérables en raison de leur âge ou de leurs facultés mentales fait l'objet d'un dispositif légal à deux niveaux. Au premier rang, se trouvent les représentants légaux, mais en cas de défaillance de leur part, la loi confie ce pouvoir au médecin. Le professionnel de santé a toujours la possibilité de passer outre le consentement du tuteur ou de l'autorité parentale si cette décision du représentant se révèle contraire à l'intérêt de la personne protégée.

## 2 – L'ingérence médicale acceptée par le juge

Lorsque le patient décide ou refuse d'interrompre tout traitement, la loi dispose que le médecin doit respecter la volonté du malade<sup>72</sup>.

La situation du professionnel de santé est toutefois délicate. Il est en effet confronté à deux obligations inconciliables : l'obligation déontologique de soigner si une nécessité médicale est avérée d'une part, et l'obligation légale de respecter la volonté de son patient. Certes, la loi prévoit une procédure renforcée de nature à s'assurer que telle est bien la volonté du patient : le médecin doit tout mettre en œuvre pour le convaincre d'accepter les soins indispensables ; il peut faire appel à un autre membre du corps médical. Le malade doit réitérer sa décision après un délai raisonnable et cette décision sera inscrite dans son dossier médical<sup>73</sup>.

Mais, en cas de refus définitif du patient, le médecin peut-il intervenir et protéger son malade contre ses propres choix ? La loi du 4 mars 2002 ne le prévoit pas expressément, mais elle ne l'interdit pas non plus. Le seul cas où le législateur libère le médecin de son obligation de soin est celui où l'acte ou le traitement s'apparente à de l'obstination déraisonnable<sup>74</sup> : si le patient est en fin de vie, hors d'état d'exprimer sa volonté et alors qu'il ne l'a pas fait lorsqu'il était en état de le faire, le médecin « peut décider de limiter ou d'arrêter un traitement inutile, disproportionné ou n'ayant d'autre objet que la seule prolongation artificielle de la vie de cette personne »<sup>75</sup>. Il devra pour ce faire respecter une procédure collégiale et consulter la personne de confiance, la famille ou, à défaut, un proche.

---

72 Art L 1111-4 CSP : « Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. Le suivi du malade reste cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement palliatif. Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. Si, par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement, la personne met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. Elle peut faire appel à un autre membre du corps médical. L'ensemble de la procédure est inscrit dans le dossier médical du patient. Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins palliatifs ».

73 Art L 1111-4 al 2 CSP, précité.

74 Art L 1110-5-1 CSP : « Les actes mentionnés à l'article L. 1110-5 ne doivent pas être mis en œuvre ou poursuivis lorsqu'ils résultent d'une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou lorsqu'ils n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris, conformément à la volonté du patient et, si ce dernier est hors d'état d'exprimer sa volonté, à l'issue d'une procédure collégiale définie par voie réglementaire. La nutrition et l'hydratation artificielles constituent des traitements qui peuvent être arrêtés conformément au premier alinéa du présent article ». Voir sur ce point la décision du Conseil constitutionnel n° 2017-632 QPC du 2 juin 2017.

75 Ibid.

Avant la loi du 2 mars 2002, le juge n'a pas retenu la responsabilité du médecin qui n'a pas respecté la volonté du malade qui refusait une transfusion sanguine, en raison de ses convictions religieuses<sup>76</sup>. Il a toutefois encadré les conditions dans lesquelles la volonté du patient peut être méconnue. Le praticien doit avoir employé tous les moyens à sa disposition pour convaincre le patient d'accepter les soins, et l'acte en cause doit être indispensable à la survie du malade et proportionné à son état.

Le Conseil d'Etat a maintenu cette jurisprudence après la loi Kouchner. Il estime qu'une transfusion réalisée en dépit du refus du patient ne porte pas une « atteinte grave et manifestement illégale » à la liberté fondamentale que constitue le consentement aux soins, dès lors que les conditions exigées sont respectées. Il ajoute qu'un acte de cette nature n'est pas non plus incompatible avec la Convention européenne des droits de l'Homme<sup>77</sup>. Le juge des référés peut prescrire une expertise médicale et solliciter l'avis de toute personne dont la compétence ou les connaissances sont de nature à éclairer utilement les juridictions<sup>78</sup>.

Certains auteurs estiment qu'il s'agit d'une jurisprudence *contra legem*. Le juge administratif a fait prévaloir le droit à la vie qui n'a pas valeur constitutionnelle, contrairement à ce qui se passe dans certains Etats (art 2 de la Loi Fondamentale allemande, art 15 de la Constitution espagnole de 1978). La Convention européenne des droits de l'Homme considère que le droit à la vie constitue « une attribution inaliénable de la personne humaine et qu'il forme la valeur suprême dans l'échelle des droits de l'Homme »<sup>79</sup>.

---

76 CE Ass 26 octobre 2001 Mme Sénanayaké, RDP 2004, p. 139, note J. Clerckx ; RFDA 2002, p. 146, concl. D. Chauvaux, p. 156, note D. de Béchillon.

77 CE ord 16 août 2002 Mme Feuillatey, précitée.

78 CE Ass 14 février 2014 Mme Lambert, dossier à la RFDA 2014, n° 3 ; JCP-A 2014, n° 41, p. 32, note H. Pauliat, D. Bordessoule et al.

79 CEDH 22 mars 2001 Streletz, Kessler et Krenz c/ Allemagne.



## Saúde, ética no cuidado e a política nacional de atenção integral à saúde do homem

**Eduardo Espíndola Fontoura Junior**

Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS)  
Laboratório de Saúde Mental e Qualidade de Vida no Trabalho (UCDB/CNPq)  
Dourados, MS, Brasil  
eduardo@uems.br

**Márcia Maria de Medeiros**

Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS)  
Grupo de Estudos e Pesquisas em Educação e Saúde (GEPES)  
Dourados, MS, Brasil  
marciamaria@uems.br

**Flavianny Aparecida Piccoli Fontoura**

Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS)  
Laboratório de Estudos Psicossociais em Saúde frente a contextos da desigualdade social (UCDB/CNPq)  
Dourados, MS, Brasil  
flavianyfontoura@hotmail.com

---

URL : <https://www.unilim.fr/trahs/1269>

DOI : 10.25965/trahs.1269

Licence : CC BY-NC-ND 4.0 International

---

Questões que afetam a saúde do homem têm crescido exponencialmente no cenário mundial. Isso se deve, em parte, ao fato de se construir a ideia de masculinidade, que estabelece normas e padrões de comportamento enraizados no modo como essa população pensa o "ser homem", impedindo-o de compreender a importância de cuidar de si mesmo. O objetivo deste artigo é refletir sobre os eixos centrais da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), observando suas interfaces com as questões referentes à ética no cuidado e às questões de gênero, bem como buscar a relação da PNAISH com o contexto social, histórico e cultural que constrói a ideia de masculinidade. Trata-se de um ensaio de natureza crítico-reflexiva, com base na PNAISH e seus eixos centrais. Conclui-se que são necessárias discussões que promovam a saúde do homem, uma vez que as ações que envolvem esse processo avançam lentamente, devido à dificuldade de reflexão sobre as práticas de saúde que tem o homem como protagonista e à conjuntura histórica que toca as questões de gênero, distanciando este assunto das premissas necessárias ao seu cuidado.

Palavras-chave: gênero, cuidado, ética, política de saúde, saúde do homem

Les questions inhérentes à la santé de l'homme ont augmenté de façon exponentielle au niveau mondial. Cela est dû, en partie, à la construction d'une masculinité qui établit des normes et des standards de comportements enracinés dans une conception qui empêche l'homme, en tant qu'être humain, de prendre conscience de l'importance de prendre soin de soi. L'objectif de cet article est de réfléchir sur les axes centraux de la Politique Nationale d'Attention Intégrale à la Santé de l'Homme (PNAISH), en observant les interfaces qui portent sur les questions se référant à l'éthique du soin et sur les questions de genre, et d'explorer la relation de la PNAISH avec le contexte social, historique et culturel qui construit l'idée de la masculinité. Il s'agit d'un essai de réflexion critique, basé

sur la PNAISH et ses axes centraux. Il en ressort que des discussions destinées à promouvoir la santé de l'homme sont nécessaires, étant donné la lenteur des actions engagées dans ce processus en raison des difficultés rencontrées quant à la réflexion sur les pratiques de santé qui ont l'homme comme protagoniste. Cela est dû aussi à la conjoncture historique qui touche aux questions de genre qui met de côté tout ce qui touche à la santé et aux soins.

Mots-clés : genre, soin, éthique, politique de santé, santé de l'homme

Las cuestiones que afectan a la salud del hombre han crecido exponencialmente en todo el escenario mundial. Esto se debe en parte al hecho de cómo se construye el concepto de masculinidad, a través del establecimiento de normas y patrones de comportamiento enraizados en la forma en que la población piensa el "ser hombre", impidiéndoles comprender la importancia de cuidar de sí mismos y de su salud. El objetivo de este artículo, es reflexionar sobre los ejes vertebradores que articulan la Política Nacional de Atención Integral y Salud del Hombre (PNAISH) observando su relación con las variables referentes a la ética en el cuidado de las cuestiones de género, así como buscar la relación de PNAISH con el contexto social, histórico y cultural que constituye la idea de masculinidad. Trata de ser un ensayo de naturaleza crítico-reflexiva, con base en PNAISH y en sus ejes centrales. Se concluye que son necesarias discusiones que promuevan la salud del hombre, una vez que las acciones que involucran este proceso avanzan lentamente, debido a la dificultad de reflexión sobre las prácticas de salud que contemplan al hombre como protagonista y la coyuntura histórica sobre cuestiones de género, lo que supone distanciar este asunto de las premisas necesarias a su cuidado.

Palabras clave: género, cuidado, ética, política de salud, salud masculina

Issues that affect men's health have grown exponentially on the world stage. This is due, in part, to the fact of how the idea of masculinity is built, establishing norms and behavior patterns rooted in the way this population thinks how "being a man" is, preventing him from understanding the importance of caring of himself. The objective of this article is to reflect on the central axes of the National Policy of Integral Attention to Men's Health (NPIAMH), observing its interfaces with matters related to ethics in care and to gender issues, as well as seeking for the relation between NPIAMH and social, historical and cultural context that builds the idea of masculinity. It is a critical-reflexive nature essay, based on NPIAMH and its central axes. It is concluded that discussions which promote men's health are necessary, since the actions that involve this process advance slowly, due to a difficulty of reflection on health practices that a man has as protagonist, and to a historical conjuncture referring to gender issues, moving this topic away from the premises necessary for its care.

Keywords: gender, care, ethics, health policy, men's health.

## Introdução

No cenário mundial, os problemas relacionados às questões que envolvem a saúde do homem avançaram, o que pode ser constatado pelo aumento das taxas de mortalidade e morbidade que afetam este grupo especificamente. Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2018) na faixa etária de 15 a 60 anos, os homens correm mais risco de morte que as mulheres; essa diferença ocorre principalmente por problemas cardíacos, pela violência e conflitos sociais, em especial na Europa oriental, Oriente médio e América latina (Fundação Oswaldo Cruz, 2016; WHO, 2018). Outro fator importante, refere-se aos acidentes de trânsito, que mataram aproximadamente 1,3 milhões de pessoas no mundo, sendo que 76% dos mortos eram homens (Fundação Oswaldo Cruz, 2016; WHO, 2018).

Durante a análise de taxas de internações hospitalares de homens no Brasil, nos anos de 2009 e 2015, constatou-se um aumento de 3.758 para 3.911, que se manteve em todas as faixas etárias observadas, exceto na faixa etária de 20 a 29 anos que baixou de 2.730 em 2009 para 2.571 em 2015 (Brasil, 2018). Além disso, ao verificar as taxas de incidência de internações por doenças classificadas no Catálogo Internacional de Doenças 10ª edição, CID-10, e sexo no Brasil, de 2009 e 2015, observou-se que entre os homens, as taxas mais elevadas eram por lesões, envenenamento, violência, entre outras causas externas (Brasil, 2018); doenças do aparelho digestivo e doenças do aparelho circulatório, que representaram as três principais causas de internação, apresentando em 2009 taxas de 784, 538, 438 e em 2015 de 962, 546 e 412, respectivamente (Brasil, 2018).

Entre os elementos que contribuem para a construção deste contexto estão processos inerentes à maneira como o “ser homem” é percebida, ou seja, como a questão da masculinidade é construída, figurando valores e atitudes que são arraigados enquanto padrão cultural.

Tais elucubrações fazem parte daquilo que Scott (1990) conceituou como gênero. De acordo com a autora, as palavras, assim como as ideias e as coisas que elas significam, constituem em si uma história e, ao longo dos séculos as pessoas utilizam essas significações para evocar traços de caráter sexual ou comportamental (Scott, 1990).

Nesta perspectiva, entende-se que as questões de gênero evocadas ao que representa contemporaneamente “ser homem” evocam um padrão de comportamento segundo o qual não se admite que este sujeito demonstre qualquer tipo de fraqueza, fragilidade ou vulnerabilidade, além de inferir sobre si elementos que induzem pensar a categoria enquanto epíteto de dominação e poder.

Em que medida tais aspectos podem comprometer a saúde do homem? Para Herrmann e colaboradores (2016) a resposta a esta pergunta significa compreender que tal herança induz o homem a perceber o cuidado da sua saúde como algo desnecessário, estabelecendo padrões de comportamento que o afasta dos serviços de saúde.

Neste artigo pretendemos discutir de que forma a ética no cuidado e as questões de gênero podem ser levadas em conta enquanto ferramentas para trabalhar questões inerentes à saúde do homem, promovendo um cuidado mais humano e efetivo para a população alvo da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), no Brasil.

Para tanto, nos propomos a refletir sobre o significado do termo gênero e da ética no cuidado a partir das teorizações alavancadas por Joan Scott (1990) e Francesc Torralba i Roselló (2009), articulando tais pressupostos aos eixos temáticos apresentados pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH).

## Cuidado, ética e questões de gênero

Francesc Torralba i Roselló é um dos poucos filósofos que, na contemporaneidade, se dedica a refletir sobre o tema do cuidado. Sua obra se inspira em Martin Heidegger, “. . . reconhecidamente o primeiro autor a filosofar sobre o cuidar, considerando-o a essência do humano.” (Roselló, 2009: 7-8).



Para o autor, o ato de cuidar significa a essência do humano e ele aponta a Antropologia Filosófica como sendo o campo por excelência no qual este processo pode ser discutido. Ademais, Roselló (2009) percebe o cuidado e o cuidar como sendo de pertinência da Enfermagem, constituindo o seu fazer e sua meta principal. Assim, caberia a este campo produzir reflexões teóricas aprofundadas que contribuíssem “. . .para a compreensão da totalidade do ser.” (Roselló, 2009: 9).

No que tange as questões relativas à saúde e, no caso específico deste artigo, a saúde do homem, percebemos o quão difícil é atingir a completude deste processo em virtude do sujeito do cuidado constituir-se em uma categoria que representa um desafio às políticas públicas no que se refere a sua mobilização para garantia de seu direito social a saúde.

Daí a necessidade da compreensão do fenômeno a partir de um prisma interdisciplinar conforme sugerem Gomes e Deslandes (1994). Os autores inferem que o entendimento do processo saúde-doença se traduz pela inter-relação entre aspectos de ordem clínica e aspectos de ordem sociológica. Portanto, para compreender o cenário onde o processo saúde-doença se desenrola é preciso atentar para os aspectos biológicos, mas também para o conjunto de valores, crenças e atitudes que estão postos no universo das representações dos atores sociais que vivenciam o processo.

No caso das questões que compreendem a saúde do homem, o estudo de gênero constitui fator importante, pois permite compreender os enfoques que constituem as ações normativas em relação à categoria “homem”, instituindo a partir destes elementos quais são os padrões de ação e comportamento que dificultam, por exemplo, que esta população procure o serviço de saúde.

Scott (1990) aponta que inicialmente a categoria gênero sublinhava o aspecto relacional das definições que normatizavam as feminilidades. Porém, para a autora a categoria não estuda somente as mulheres. Ela também pode ser utilizada para estudar os homens, até porque homens e mulheres existem dentro de um mesmo universo relacional e são categorias em constante processo de interação constitutiva de relações de poder.

Expressando este contexto, os indicadores apresentados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2015) mostram como a condição da saúde do homem no Brasil, apresenta-se enquanto um problema de saúde pública, isto porque a mortalidade masculina ainda permanece maior em quase todas as faixas etárias e para a maioria das causas. Some-se a isso o fato de que os homens vivem aproximadamente sete anos a menos que as mulheres e tem 4,6 vezes mais chances de não alcançar os 23 anos de idade que o sexo feminino.

Diante destes números, como a PNAISH pode se fortalecer e orientar esta população quanto aos cuidados relativos à sua categoria? Para articular uma resposta a esta pergunta é necessário conhecer os eixos prioritários propostos pela política nacional e perceber de que forma uma reflexão em torno do cuidado pode inferir mudanças nas práticas dos profissionais que atuam nesta seara.

Segundo Herrmann e colaboradores (2016) o primeiro eixo fundamental da PNAISH versa sobre o processo referente ao Acesso e Acolhimento, considerado importante no que tange ao cumprimento e efetivação das ações destinadas ao cuidado em relação à população masculina. Este eixo é o responsável por aproximar os sujeitos do cuidado dos serviços de atenção primária, os quais são compostos pelas equipes de Estratégia da Saúde da Família (ESF) e Unidade Básica de Saúde (UBS).

Algumas estratégias de acesso e acolhimento são feitas com o propósito de reforçar as ações destinadas ao cuidado relativo à população masculina e compreendem ações como: cadastrar os homens que fazem parte do espaço territorial inerente a UBS; buscá-los para a realização de uma consulta por ano; alterar horários de atendimento para atingir a população de homens trabalhadores, entre outras.

É possível perceber que estas ações visam diminuir a experiência da vulnerabilidade do homem em relação ao cuidado de si (Foucault, 2005). Para Torralba i Roselló (2009) a vulnerabilidade significa fragilidade e precariedade, culminando com a possibilidade do

adoecimento a partir desta premissa. As ações de estratégia e acolhimento propiciam o combate a esta vulnerabilidade. Some-se a isso o fato de que elas podem ser realizadas em espaços caracterizados enquanto masculinos, ou dito de outra forma, espaços coletivos onde os homens organizam seus pontos de encontro como bares, campos de futebol ou salões de jogo.

O segundo eixo da PNAISH está relacionado às questões que envolvem a Saúde Sexual e Reprodutiva. No caso da população masculina tal prerrogativa está direcionada ao processo mais geral de promoção da saúde e da qualidade de vida. Neste sentido, as ações preconizam o direito de falar e de receber orientação sexual bem como expor seus princípios e entendimento em relação à questão diante do contexto social (Herrmann, Sampaio, Chakora, Moraes, Silva & Coutinho, 2016).

Este tipo de discussão infere as questões de gênero conforme suscitadas por Scott (1990) ao entender o conceito enquanto categoria que se refere às identidades sociais e subjetivas tanto de homens quanto de mulheres. Neste sentido, o gênero é compreendido enquanto conceito que é imposto sobre um corpo sexuado e é uma palavra utilizada para distinguir a prática sexual dos papéis atribuídos a um e a outro, em um contexto relacional. Por conta desta ação é possível discutir com a participação da população masculina assuntos como planejamento familiar, prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e agravos que podem comprometer a sua saúde sexual inclusive em termos psicológicos.

Questões que envolvem a Paternidade e Cuidado constituem o terceiro eixo da PNAISH e ressaltam a necessidade de conscientização do homem quanto ao dever e ao direito de participar do planejamento reprodutivo. Novamente, os conceitos que referem ao gênero enquanto categoria de análise (Scott, 1990), podem ser compreendidos a partir desta premissa.

Para tanto, basta lembrar que a paternidade não é elemento que deve estar correlacionado unicamente à obrigação legal para com o filho, mas enquanto processo que deve permitir ao homem compartilhar de toda conjuntura da questão, desde a decisão de ter ou não filhos, como e quando tê-los, acompanhar a gravidez e o parto, ter o direito a acompanhar o pós-parto e participar da educação da criança (Herrmann, Sampaio, Chakora, Moraes, Silva & Coutinho, 2016).

Tais ações retiram o sujeito daquilo que Torralba i Roselló denominou de vulnerabilidade cultural. Para o autor este conceito significa:

. . . a vulnerabilidade [que] se refere fundamentalmente à ignorância do ser humano, ou seja, ao desconhecimento que tem em diferentes ordens do saber. A ignorância é a máxima expressão da vulnerabilidade cultural. A ignorância admite distintos graus de manifestação. Em último grau, converte o ser humano em um sujeito completamente manipulável e instrumentalizável, pois quando menos informação e conhecimento mais desprotegido está o ser humano frente a qualquer abuso de poder. (Roselló, 2009: 66-67)

A perspectiva apontada pelo autor na citação acima, permite inferir que, ao articular de forma efetiva o terceiro eixo da PNAISH, a ação do cuidado possibilitaria ao homem compreender em profundidade a paternidade enquanto conceito que caracteriza um sujeito com a qualidade de pai. Adquirir este conhecimento possibilitaria ao homem compreender que o “ser pai” transcende a questão meramente biológica.

Tal ação pode corroborar para uma integração mais eficaz do homem com a sua família, fortalecendo os laços familiares entre os indivíduos além de constituir-se em alicerce para uma entrada satisfatória dos serviços de saúde facilitando a integração dos sujeitos do cuidado com a equipe de Estratégia da Saúde da Família (ESF) e com a UBS (Herrmann, Sampaio, Chakora, Moraes, Silva & Coutinho, 2016).

O quarto eixo da PNAISH envolve as chamadas Doenças Prevalentes entre a população masculina. Este eixo tem por objetivo “(..) fortalecer a assistência básica no cuidado à

saúde dos homens, facilitando e garantindo o acesso e a qualidade da atenção necessária ao enfrentamento dos fatores de risco das doenças e dos agravos à saúde” (Brasil, 2018, p. 1). Entre os fatores que podem causar incidência de determinadas doenças com maior prevalência entre a população masculina estão alguns elementos que envolvem hábitos e costumes, como se percebe pela citação abaixo transcrita:

Em relação às mulheres, os homens têm mais excesso de peso, menor consumo de frutas, legumes e verduras, consumo abusivo de bebidas alcoólicas e tabagismo, situações que podem se refletir em uma maior mortalidade por doenças do aparelho circulatório, principalmente entre os mais velhos, e também por causas externas, predominantemente entre os mais jovens. Esses comportamentos de risco também facilitam a ocorrência de acidentes, violência e doenças infectocontagiosas, como Aids/HIV e tuberculose. (INCA, 2015: 1)

De acordo com o Ministério da Saúde, a não adesão por parte da população masculina, às medidas de atenção integral a saúde, são decorrências de variáveis culturais. Nossa sociedade criou uma série de estereótipos relacionados ao gênero os quais estão firmemente arraigados “. . .em nossa cultura patriarcal, [e] potencializam práticas baseadas em crenças e valores do que é ser masculino” (Brasil, 2009: 14). Tais elementos fazem com que a doença seja considerada por parte da população masculina como um sinal de fragilidade que não é reconhecido enquanto inerente a sua condição. Ou dito de outra forma, o homem não se reconhece enquanto ser vulnerável, o que leva a atitudes que o expõem a riscos maiores e em consequência ao desenvolvimento de doenças, bem como do agravo das mesmas (Brasil, 2009).

Entre os estudos que reconhecem que estes fatores sociais e culturais comprometem o estado de saúde da população masculina, estão os de Herrmann e colaboradores (2016), os quais apontam que as doenças prevalentes que mais acometem os homens são: obesidade, diabetes, enfisema, bronquite crônica, hipertensão arterial, infarto do miocárdio, acidente vascular encefálico, vários tipos de câncer, entre outras.

Elementos que articulam discussões sobre a violência, constituem o quinto eixo da PNAISH. Este fator é visto como um flagelo constituído por uma infinidade de variáveis cujos aspectos podem ter raízes nas mais diversas causas: fenômenos sociais, culturais, políticos, religiosos, econômicos, psicológicos etc.

No que tange as dimensões articuladas para a escrita deste artigo, considera-se que os fatores culturais articulam processos que levam o homem a se colocar em situações de risco, pois o “ser homem” no Brasil, está correlacionado a uma série de posturas e práticas que podem ser indutoras da violência. Exemplifica-se este adágio a partir de duas máximas populares que preconizam que “homem não chora” e que “homem não leva desaforo para casa”.

Para Torralba e Roselló (2009) esta esfera pode ser compreendida pelas questões que tangenciam a vulnerabilidade social. Segundo o filósofo, todo ser humano, justamente por ser humano, é um sujeito em eminente processo de interação com outras pessoas e, a partir dessa integração, cria em conjunto o que se convencionou chamar de sociedade.

Entre as relações interpessoais que o ato de viver em sociedade articula, estão as que desenvolvem o amor, o respeito e a atitude de contemplação. No entanto, a insegurança, o risco e a violência também fazem parte deste conjunto, e ocorrem quando o sistema social sai da homeostase. Assim, “. . .a vulnerabilidade social é a possibilidade que tem o ser humano de ser objeto de violência no seio da sociedade, ou seja, a insegurança no seio da cidade, das sociedades humanas” (Roselló, 2009: 66).

Este fenômeno tem tido um crescimento exponencial nas sociedades ditas pós-industriais, onde o desconhecimento e a desconfiança em relação ao outro é um traço marcante, e gera uma série de sofrimentos criando em si espaços para o desenvolvimento de patologias cujas causas podem ter origens sociais (Roselló, 2009).

Desta forma, Carneiro et al. (2017) contemporizaram que o Brasil passa por um período da história pautado pela reivindicação dos direitos sociais básicos, em especial, o acesso a serviços públicos de qualidade relacionados à saúde. Se por um lado as populações urbanas lutam pelo direito à saúde, por outro, nas populações rurais prevalecem a vulnerabilidade, desigualdades históricas juntamente com as iniquidades. Condições estas que apresentam consequências, que impactam de maneira mais intensa nos grupos desfavorecidos da sociedade (Coelho, Padilha & Ribeiro, 2018).

O cenário que se discute a respeito da população masculina apresentado neste estudo abrange os homens de maneira geral, moradores da zona urbana ou rural. Porém, se constatou por meio do estudo de Fontoura Jr. (2018), que estudou o homem pantaneiro, nativo do pantanal de Aquidauana, que esse trabalhador rural não consegue acessar a saúde em virtude da distância e dos obstáculos impostos pela natureza. Por fim, a falta de acesso implica significativamente na questão da atenção primária e secundária, encarregadas da prevenção da saúde e da manutenção dos tratamentos, respectivamente.

A acessibilidade constitui-se como um sério desafio à saúde pública do Brasil; pesquisadores brasileiros mencionam a acessibilidade, quando destacam a respeito da distância e isolamento do homem pantaneiro e como esse personagem convive com os obstáculos impostos pela natureza, situação evidenciada pela dificuldade de acesso, problema que certamente repercute em sua saúde (Ferro, Silva, Sebastião, Valejos & Guimarães, 2013; Nogueira, 2009).

A partir da efetivação do Sistema Único de Saúde no Brasil (SUS) foram implementadas ações, serviços e programas, desenvolvidos com o objetivo de intervir nas diferentes dimensões da vida social da população, mas principalmente no esforço de cumprir com o “acesso universal” à saúde (Brasil, 1990).

A resistência de acesso da população masculina nos serviços da atenção primária demonstra falhas no atendimento e comprova a necessidade de fortalecimento das ações nesse setor, previstos na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) com o propósito de qualificar os profissionais de saúde para o correto atendimento à saúde do homem, implantar assistência em saúde sexual e reprodutiva, orientar os homens e familiares sobre promoção, prevenção e tratamento das enfermidades que atingem o homem e, especialmente, para que os profissionais de saúde reconheçam os homens como sujeitos que necessitam de cuidados, incentivando-os na atenção à própria saúde (Brasil, 2009).

Por conseguinte, a problemática que diz respeito à saúde do homem traz à tona relevantes questões; a ética da vida que é um relevante desafio a ser enfrentado por aqueles que se preocupam com a conduta humana diante de situações que envolvem o próprio homem, no plano de sua vida biológica, moral e social (Fabriz, 2003). A respeito também do cuidado, que significa solicitude, zelo, atenção, bom trato, pois surge quando a existência de alguém tem importância para outrem. Desta forma, dedicando-se um ao outro, de maneira que venham participar juntos de seu destino, de suas buscas, de seus sofrimentos e de seus sucessos, enfim, de sua vida (Boff, 2003).

## A Ética como ferramenta no Cuidar na Saúde do Homem

Torna-se importante, para que seja possível tecer alguns apontamentos a respeito da ética, trazer seu conceito, de acordo com Martins Filho (2006) a ética é a disciplina filosófica que estuda a moralidade do agir humano, ela investiga a bondade ou maldade dos atos humanos, os vários sistemas de morais elaborados pelos homens e sua retidão diante desta moral.

Como dizia Aristóteles, a ética não é exatamente uma teoria, ela é uma práxis, desta forma, é para ser vivida e portanto, ela nos ensina a viver (Cotrim, 1998). Por conta disso, toda ação ética tem o poder de religar as pessoas, a comunidade, enfim toda a humanidade, portanto uma atitude ética é um ato de religação (Morin, 2005). Esse religar é

extremamente necessário, principalmente quando se fala em saúde, nesse caso, a saúde dos homens.

Essa afirmação torna-se salutar pois, entende-se que atualmente a sociedade vive um período de ruptura ou um retrocesso com relação aos aspectos éticos. Como exemplo, pode-se citar Brody (2012) que descreve a ocorrência de fraudes, abusos e desperdício, como causas do aumento exacerbado e indevido dos custos de saúde nos Estados Unidos. Condição que não difere da realidade enfrentada pelo Brasil, a qual penaliza toda a população, seja mulheres, crianças, idosos e os homens.

Em virtude disso, Almeida (2005: 5) afirma que “. . . a ética aposta nos fragmentos do bem imersos no oceano de barbárie e maldade”. Afirmação que parece arraigada na forma com que as pessoas são criadas e também na questão de sua educação, que induz a sociedade a uma condição que se manifesta por meio da indiferença.

De acordo com Schulz (2009) a indiferença é o descaso, desdém, a falta de interesse, de atenção, de consideração e sobretudo a ausência de cuidado com o outro. Essa prática cresce vertiginosamente nos dias de hoje, entre as pessoas, famílias e países.

Acredita-se que essa palavra, “indiferença”, vai mais além do que um simples conceito, transformando-se também numa prática que produz violência, hostilidade e frieza entre as pessoas e que atinge toda a sociedade.

Se por um lado a indiferença significa a falta de cuidado, por outro lado, de acordo com Koerich, Erdmann e Nitschke (2009) a ética, nos mais variados espaços da saúde, se converte num ente salvador, que compreende, se solidariza e envolve o ser humano.

Neste sentido, entende-se que as ações do cuidado devem se desdobrar em duas frentes: a que aponta para a análise do ser humano enquanto categoria propriamente dita e a que observa o ato de cuidar enquanto fenômeno, práxis que envolve uma ética e uma estética do cuidado (Torralba & Roselló, 2009).

Mesmo com a existência da mencionada barreira cultural com relação a busca do cuidado e saúde por parte dos homens, em especial na questão preventiva, há necessidade de uma ética como forma de acolher e humanizar essa população. Os profissionais de saúde tem uma significativa parcela de responsabilidade nesta forma de humanização, pois devem dar prioridade às necessidades de saúde do paciente e da população a qual atendem. Entende-se que também há necessidade de se desenvolver uma ética relativa à gestão de recursos destinados a população, em especial o da saúde, na qual se possa combater as fraudes e evitar o desperdício, sem prejuízo aos serviços que desenvolvem um trabalho eficaz.

## Considerações finais

Os dados levantados neste artigo mostraram que os homens acessam menos os serviços de saúde por meio da atenção especializada (serviços de média e alta complexidade), inferindo que a parte preventiva relativa ao cuidado desta população está sendo negligenciada por ela.

Tal premissa aponta a necessidade de uma atenção integral que vise à transformação dos modelos de comportamento que os homens adotam em relação a sua saúde. Faz-se necessário, pois, criar instrumentos de ação em termos de políticas públicas que permitam a mobilização desta população garantindo seu direito à saúde.

Este tipo de movimento constitui uma das maneiras de politizar e sensibilizar os homens para que reconheçam e compreendam as suas condições sociais e de saúde, tornando-os protagonistas de suas demandas e consolidando assim, o exercício dos seus direitos enquanto cidadãos.

O artigo também mostrou a importância das equipes de Estratégia de Saúde da Família e das UBS enquanto espaços de que sejam localizadas na área rural ou urbana, através dos quais se podem criar novas formas de pensar a prática assistencial com a atenção voltada

para a família, compreendida aqui enquanto seu principal elemento de ordenação física e social.

Apresenta-se evidente a necessidade de mudar a forma como a população masculina percebe a sua condição de sujeito, transformando a sua socialização, com o intuito de que ela perceba a necessidade do cuidado de si, possibilitando que a partir daí, ela se torne menos vulnerável ao desenvolvimento de doenças que podem contribuir para a morte precoce desta população.

A práxis que envolve essa premissa permeia uma ética que aufere o cuidado a essência do ser humano, aprofundando uma reflexão teórica que vise contribuir para o entendimento das questões que envolvem a totalidade do ser. Vale salientar que tal relação envolve o interesse pelo outro e pelo sofrimento do outro, subentendo ações preconizadas pela própria estratégia de saúde pública no Brasil, como por exemplo, a escuta atenciosa.

Estas ações constituem uma reflexão ética *per se*, pois apontam a necessidade de que os profissionais da saúde que desempenham suas funções junto à população avaliem suas ações, bem como executem a reflexão crítica sobre seus atos, criando estratégias que permitam alcançar seus objetivos, quais sejam, executar o cuidado à saúde do homem.

Trata-se, pois, de alcançar uma compreensão mais adequada do sujeito que está sob os cuidados da equipe de saúde e de compreender qual o sentido e o motivo pelo qual ele (no caso os homens) não procura o atendimento. Ao verificar esta questão percebe-se o quanto a questão do cuidado envolve elementos para além da técnica, os quais abarcam processos de cunho antropológico, ético e estético.

Desta forma, uma ação ética envolvendo o cuidado à saúde do homem revela que é possível cuidar deste sujeito de maneira mais profunda, eliminando reducionismos pautados em práticas culturais que generalizam a significação do “ser homem”, empobrecendo e desrespeitando a essência do humano. Esta ação permite desfragmentar o processo do cuidado e possibilita uma visão holística da pessoa.

Diante deste contexto, percebemos o quão importante é realizar debates e discussões que promovam a saúde do homem, apesar do fato de que tais discussões avançam morosamente em virtude da dificuldade em refletir sobre as práticas de saúde que tornam o homem protagonista do processo, em parte devido à própria conjuntura histórica que tangencia este padrão identitário, afastando-o das premissas necessárias ao seu cuidado.

## Referências

- Almeida, M. C. de. (2005). O método 6: Ética. *Revista FAMECOS*, Porto Alegre, 12 (27), 139-143.
- Brasil. Casa Civil (1990). *Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Brasília. Acessado de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)
- Brasil. Ministério da Saúde. (2009). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes*. Brasília. Acessado de <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/21/CNSH-DOC-PNAISH---Principios-e-Diretrizes.pdf>.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2018). *Perfil da morbimortalidade masculina no Brasil*. Brasília. Acessado de <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/fevereiro/19/Perfil-da-morbimortalidade-masculina-no-Brasil.pdf>.
- Boff, L. (2003). *Saber cuidar ética do humano: compaixão pela terra*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Brody H. (2012). From an ethics of rationing to an ethics of waste avoidance. *N Engl J Med.*, New York, 366 (21), 1949-51.

- Carneiro, F. F., Pessoa, V. M., Arruda, C. A. M., Folgado, C. A. R., Soares, R. A. S., Matos, A. S., Tygel, A. F., Kirsch, R., & Vaz, B. A. (2017). O processo histórico e a criação do Obteia. In F. F. Carneiro, V. M. Pessoa, & A. C. A. Teixeira (Orgs.), *Campo, floresta e águas: Práticas e saberes em saúde*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 31-55.
- Coelho, I. B., Padilha, R. Q., & Ribeiro, E. C. O. (2018). Desafios na educação de profissionais de saúde no século XXI. In V. V. Lima, & R. Q. Padilha. *Reflexões e inovações na Educação de Profissionais de Saúde*. Rio de Janeiro: Atheneu.
- Cotrim, G. (1998). *Fundamentos da filosofia: história e grandes temas*. São Paulo: Editora Saraiva; p. 243-303.
- Fabriz, D. C. (2003). *Bioética e direitos fundamentais: a bioconstituição como paradigma do biodireito*. Belo Horizonte: Editora Mandamentos.
- Ferro, O. M. R., Silva, C. C., Sebastião, C. N. S., Valejos, M. A. R., & Guimarães, Q. S. (2013). “Aspectos da cultura do homem rural pantaneiro”. In O. M. R. Ferro, & Z. A. Lopes (Orgs.). *Educação e cultura: lições históricas do universo pantaneiro* (Vol. 1, pp. 169-184). Campo Grande, MS: Ed. UFMS.
- Foucault, M. (2005). *História da Sexualidade: o cuidado de si*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Fontoura Junior, E. E. (2018). *Saúde, qualidade de vida e capacidade para o trabalho do peão pantaneiro da região de Aquidauana, Mato Grosso do Sul, Brasil*. Tese (Doutorado) - Curso de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, MS, Brasil.
- Fundação Oswaldo Cruz. (2016). “OMS aponta as principais causas de morte”. Acessado de <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/oms-aponta-principais-causas-de-morte>.
- Gomes, R., & Deslandes, S. F. (1994). “Interdisciplinaridade na saúde pública: um campo em construção”. *Rev. Latino-americana de Enfermagem*, 2 (2), 103-114.
- Herrmann, A., Sampaio, C. A. B., Chakora, E. S., Moraes, É. M. R., Silva, F. N. M., & Coutinho, J. G. D. (2016). “Guia de saúde do homem para Agente Comunitário de Saúde (ACS)”. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Acessado de <https://central3.to.gov.br/arquivo/369121/>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2015). “Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira”. Rio de Janeiro: IBGE. Acessado de <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv95011.pdf>.
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes. (2015). “Política Nacional de Saúde do Homem em destaque. Rio de Janeiro”. Acessado de [http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2015/ms\\_p\\_oe\\_saude\\_do\\_homem\\_em\\_destaque](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2015/ms_p_oe_saude_do_homem_em_destaque).
- Koerich, M. S., Erdmann, A. L., & Nitschke, R. G. (2009). Ética em Saúde: complexidade, sensibilidade e envolvimento. *Revista Bioetikhos- Centro Universitário São Camilo*, São Paulo, 3 (2), 252-255.
- Martins Filho, I. G. (2006). *Manual esquemático de filosofia*. São Paulo: Editora LTr. 3ª edição. p.13-15-6-7-231.
- Morin, E. (2005). *O Método 6: Ética*. 2ª ed. Porto Alegre: Sulina.
- Nogueira, A. X. (2009). *O que é pantanal*. São Paulo: Editora Brasiliense.
- Roselló, F. T. (2009). *Antropologia do cuidar*. Petrópolis. Rio de Janeiro: Editora Vozes.
- Scott, J. (1990). “Gênero: uma categoria útil de análise histórica”. Porto Alegre, *Educação e Realidade*, (16), 7-14.

Schulz, G. N. L. (2009). *O que é indiferença?* Acessado de:  
<http://filosofiadomarcozero.blogspot.com/2013/10/o-direito-indiferenca.html>.

WHO. World Health Organization, Geneva, 2018. The top 10 causes of death. Acessado de  
<http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>.





## Ética e saúde: para pensar os processos de transição de gênero

**Júlia Arruda da Fonseca Palmiere**

Universidade Católica Dom Bosco  
Graduação em Psicologia  
Campo Grande, Brasil  
juliapalmiere@hotmail.com

**Anita Guazzelli Bernardes**

Universidade Católica Dom Bosco  
Programa de Pós-graduação em Psicologia  
Grupo de Pesquisa Modelos Históricos-epistemológicos e  
Produção de Saúde  
Campo Grande, Brasil  
anitabernardes1909@gmail.com

---

URL : <https://www.unilim.fr/trahs/1198>

DOI : 10.25965/trahs.1198

Licence : CC BY-NC-ND 4.0 International

---

O objetivo deste artigo é discutir sobre Ética e Saúde através da análise dos processos de transição de gênero no âmbito do Sistema Único de Saúde, sistema brasileiro de saúde pública. As discussões partem do pós-estruturalismo foucaultiano e se apoiam no conceito de Corpo sem Órgãos, formulado por Gilles Deleuze e Félix Guattari, no conceito de Grande Saúde a partir do modo como Ricardo Teixeira o discute e de Ética em Michel Foucault. Para isto, apoiou-se no método cartográfico. Toma-se o território existencial dos processos de transição de gênero para pensar questões que atravessam as práticas em Saúde e condicionam as experiências que o humano faz de si na relação com a corporeidade. As reflexões sobre o campo da Saúde possibilitam produzir variações em suas formas, no sentido de pensá-lo a partir da intercessão de conceitos filosóficos e em sua aproximação com a Ética.

Palavras-chave: ética, saúde, transição de gênero, subjetividade

Le but de cet article est de discuter sur l'éthique et la santé en analysant le processus de transition de genre dans le contexte du *Système Unique de Santé* - système publique de santé brésilien. Les discussions partent du post-structuralisme foucauldien et reposent sur le concept de corps sans organes, formulé par Gilles Deleuze et Félix Guattari, sur la façon dont Ricardo Teixeira l'analyse et sur l'éthique chez Michel Foucault. Il s'appuie en cela sur la méthode cartographique, à savoir le territoire existentiel des processus de transition de genre pour penser à des questions qui traversent les pratiques dans le domaine de la santé et conditionnent les expériences que l'être humain fait de lui par rapport à la corporéité. Les réflexions dans le champ de la santé permettent de produire des variations sur la forme et le sens qu'on lui donne à partir de l'intersection des concepts philosophiques et l'approche éthique.

Mots-clés : éthique, santé, transition de genre, subjectivité

El objetivo de este artículo es discutir sobre Ética y Salud a través del análisis de los procesos de transición de género en el Sistema Único de Salud, sistema público de salud brasileño. Las discusiones se inician a partir del post-estructuralismo foucaultiano y se apoyan en el concepto de Cuerpo sin Órganos, formulado por Gilles Deleuze y Félix Guattari, en el concepto de Gran Salud a partir de la forma cómo Ricardo Teixeira lo discute y de Ética en Michel Foucault. Para ello, utilizamos el método cartográfico. Se toma

el territorio existencial de los procesos de transición de género para pensar cuestiones que atraviesan las prácticas en Salud y condicionan las experiencias que el humano hace de sí en la relación con la corporeidad. Las reflexiones sobre el campo de la Salud posibilitan producir variaciones en sus formas, a partir de la intercesión de conceptos filosóficos y en su aproximación con la Ética.

Palabras clave: ética, salud, transición de género, subjetividad

The objective of this article is to discuss Ethics and Health through the analysis of the processes of gender transition at the Unity Health System, the Brazilian public health system. The discussions start from Foucauldian post-structuralism and are based on the concept of Body without Organs, formulated by Gilles Deleuze and Félix Guattari, in the concept of Great Health from the way Ricardo Teixeira discusses it and from Ethics in Michel Foucault. For this, we use the cartographic method. The existential territory of the processes of transition of gender is taken to think questions that cross the practices in Health and condition the experiences that human makes of itself in relation with the corporeity. The reflections on the field of Health make it possible to produce variations in its forms, in the sense of thinking it through the intercession of philosophical concepts and in its approximation to Ethics.

Keywords: ethics, health, gender transition, subjectivity

## Introdução

O presente texto tem por objetivo discutir sobre Ética e Saúde mediante a análise dos processos de transição de gênero, implementados a partir de 2008 no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), sistema brasileiro de saúde pública. Estes processos têm operado no campo da saúde como forma de territorialização das experiências de não adequação às normas de gênero, através de práticas heterogêneas que tornam possível certas formas do humano experimentar a relação com o corpo e o gênero, produzindo políticas do corpo. A proposta deste trabalho é pensar a partir deste território existencial – transição de gênero – sobre as formas de vida que escapam à essas territorializações.

Para pensar os processos de transição de gênero foram analisadas políticas públicas de saúde, como as que regulamentam o Processo Transexualizador no SUS (Brasil, 2008, 2013) e a Resolução nº 1.652, de 2002, do Conselho Federal de Medicina, considerando que estas materialidades oferecem indicações sobre investimentos direcionados aos corpos trans e permitem pensar a composição do território existencial dos processos de transição de gênero. Ressalta-se que esta pesquisa é um recorte e se orientou pelo método cartográfico, assim, não se objetiva descobrir ou provar verdades acerca da temática discutida ou universalizar as reflexões propostas. Mas, tendo em vista o caráter situado das discussões, criar novas sensibilidades e contribuir com ampliação de formas de compreender relações com o corpo na atualidade.

Os corpos, apreendidos em sua forma orgânica, criam novas composições e formas de se produzir. É a partir dessa dimensão de criação de vida no âmbito dos processos de transição de gênero que o presente trabalho busca discutir sobre Ética e Saúde, considerando o modo como os corpos, através de uma dimensão ética e estética da existência, persistem traçando linhas de fuga às estratégias de normalização, de modo a tensionar com as formas de governo da vida no campo da saúde. Para isto, as discussões empreendidas partem do pós-estruturalismo foucaultiano, apoiam-se no conceito de Corpo sem Órgãos, formulado por Gilles Deleuze e Félix Guattari, no conceito de Grande Saúde a partir do modo como Ricardo Teixeira o discute de Ética em Michel Foucault.

Nesta escrita, os conceitos se atravessam e permitem a composição de um pensamento que tem como linha condutora as práticas no campo da Saúde no que se refere aos processos de transexualização e seus efeitos em termos de afecção dos corpos. Discute-se sobre o status do corpo na modernidade e os regimes de veridicção que condicionam a experiência que o humano faz de si na relação com o sexo biológico e o gênero, considerando seus efeitos nas práticas voltadas aos sujeitos que não se adequam às normas de gênero instituídas. Estas reflexões sobre o campo da Saúde possibilitam produzir variações em suas formas, no sentido de pensá-lo, a partir da intercessão de conceitos filosóficos, em sua aproximação com a Ética, considerando o que se produz no encontro dos corpos com as práticas operacionalizadas nos processos de transição de gênero.

Esta aproximação está na possibilidade de pensar em uma Saúde que crie condições para que os sujeitos entrem em posse de sua potência de pensar, agir e ser, uma Grande Saúde, como propõe Teixeira (2004). Isto é parte de uma reflexão ético-política, ao passo que aposta na criação de práticas que operem, não sob a égide da norma, mas da abertura às possibilidades de vida na atual biopolítica. Assim, as reflexões propostas consideram o modo como o humano se constitui na atualidade e as formas de vida que escapam às políticas do corpo, tensionando com normas e estratégias de governo da vida. Portanto, toma-se o território existencial dos processos de transição de gênero no SUS para pensar questões que atravessam as práticas em Saúde e condicionam as experiências que o humano faz de si na relação com a corporeidade.

## Produção de si: o corpo nos processos de transição de gênero

O modo como o humano experimenta sua relação com o corpo na modernidade ocidental diz respeito à relação entre órgãos e funções, isto porque o corpo se encontra circunscrito em um plano de significações da ciência médica, mediante o qual se torna inteligível. Esta

inteligibilidade é apreendida em termos de normalidade e anormalidade, noções que indicam, no campo da saúde, contornos ao corpo e às experiências que se faz dele. Como discute Foucault (1999b) o sujeito moderno é apreendido como registro biológico da espécie, assim, o reconhecimento das formas de existência se dá a partir da estratificação do humano em sua forma-organismo. Isto produz políticas do corpo, ou seja, cria condições para que o sujeito experimente a si mesmo na relação com a corporeidade.

Com isto, a experiência que o sujeito pode fazer de si, passa pela captura por conjuntos molares, que nas configurações entre saber e poder tornam possíveis certas formas de subjetivação. Estes conjuntos molares oferecem um plano de formas e linhas de segmentariedade duras, em que a diferença sexual é tida como natural e a adequação entre sexo biológico e gênero é constitutiva do humano, de caráter qualificador da vida, como discute Butler (2000) sobre os limites discursivos do corpo. Certos contornos são delineados em relação ao modo como os sujeitos se relacionam com o gênero, forjados no interior de uma teia discursiva que torna a identidade ligada às categorias sexuais, tal como discute Foucault (1999a) sobre o dispositivo de sexualidade, que se desenvolveu com maior intensidade no século XIX, engendrando normas em relação à experiência da sexualidade, como a adequação entre sexo biológico e gênero, calcada na dicotomia entre feminino e masculino, apreendidos como unidades em oposição excludente.

No campo da saúde, a não adequação aos parâmetros de gênero passa a indicar um problema de saúde. Deste modo, a saúde e a doença localizam a anormalidade\normalidade no corpo físico atribuído pela ciência médica ou no corpo psíquico, individualizado na ciência psicológica (Bernardes & Marques, 2016). As experiências de performance e estética de gênero que escapam à matriz normativa binária têm sido pensadas em termos de abjeção, anormalidade e a partir da década de 60 (Bento, 2006) aparecem no discurso da psiquiatria enquanto categoria diagnóstica, dotada de critérios sintomatológicos específicos para designar sujeitos cuja forma de vida escapa aos contornos traçados pela ciência médica. O acesso às transformações corporais na busca por outras modulações do corpo, em função da não adequação ao gênero atribuído ao nascer, deram-se na esteira do que a transexualidade, enquanto uma categoria identitária e nosológica passou a significar no sentido de que regimes de veridicção em relação a esse modo de existência, iluminados pela Saúde através de normas e enunciados coletivos. Esses discursos, enquanto práticas, pautam-se na naturalização das identidades de gênero, através das marcas anatômicas/biológicas que um corpo apresenta no nascimento, e reafirmam modos normais e anormais de existir.

Em 2008, foi instituído no âmbito do SUS, o Processo Transexualizador (Brasil, 2008), que direciona um conjunto heterogêneo de práticas aos que desejam transicionar o gênero. Como forma de condicionalidade ao acesso à determinadas intervenções o sujeito deve ser diagnosticado com Disforia de Gênero (American Psychiatric Association, 2014), categoria que pressupõe desejo de se enquadrar de maneira binária ao sexo oposto, reafirmando a divisão de gênero em termos dicotômicos. Deste modo, a não adequação ao sexo biológico é capturada por mecanismos que criam condições de possibilidade para a reafirmação das normas de gênero. Assim, os processos de transição de gênero como uma forma de territorialização no campo da saúde produzem experiências do corpo e possibilitam a conversão da potência ativa de desejar outra forma de existência em força reativa, criando condições para novas capturas, ou seja, o acesso à política pública para o processo transexualizador se justificará pela patologização da experiência, portanto, de uma forma ativa que produz uma outra experiência do corpo se regula essa possibilidade por meio de uma força reativa: é possível acessar na medida em que a experiência é de uma doença.

O reconhecimento da transexualidade enquanto categoria identitária, ainda que possibilite certo acesso à serviços e intervenções biotecnológicas, passa por uma reterritorialização nos modos de experimentar a relação com o gênero ao ser possível pelo diagnóstico de uma patologia, por um viés regulatório da experiência. Essas novas capturas, enquanto formas de integrar a vida às técnicas de gestão, fazem ver novas linhas de fuga às normas, que se dão no território existencial dos próprios processos de transexualização, como a existência de pessoas trans que não desejam transicionar de

forma binária como pressupõe o perfil sintomatológico traçado ou pessoas que simulam um conjunto de sintomas presente nos critérios diagnósticos de Disforia de Gênero, para acessar os serviços disponibilizados.

Com isto, a vida oferece novos indícios de suas estratégias de fuga e criação de novas formas, até a pouco, impensadas. Por mais que a vida seja exaustivamente integrada às técnicas de gestão e regulação, ela escapa constantemente, ou seja, é importante considerar que as formas de negociação com as norma tornam-se possível por meio de uma relação do sujeito com a verdade em termos de modos de condução da conduta. Nesse caso, trata-se de uma relação ética em que o sujeito relaciona-se com a norma de forma facultativa e não transcendental, de acordo com o modo como certas ações recaem sobre outras ações possíveis (Foucault, 1999a).

Portanto, considerando o corpo em sua capacidade de fazer as constantes variarem é possível pensá-lo para além das sobrecodificações científicas e linhas de normalidade. Para Teixeira (2015) a questão filosófica espinozana "o que pode um corpo?" permite alargar a ideia de corpo, para além do modo como é performado na biomedicina e pelo conjunto de saberes que o produziram enquanto um corpo-organismo. Pensar o que pode o corpo é pensá-lo em termos das potências que é capaz, considerando que esta potência depende de sua capacidade de fazer variar suas relações características, ampliando possibilidades de afetar e ser afetado, pensar, ser e agir no mundo, alargando sua forma de existência, portanto, de uma ética como forma de condução da própria conduta.

Nesse sentido, o grau de potência de um corpo é uma questão de experimentação, através dos encontros com elementos humanos e não-humanos, indivíduos, matérias, ideias, que com ele se compõem, de modo a fazê-los variar a potência, ampliando-a ou diminuindo-a. Conforme entende Teixeira (2004) o corpo é apreendido em termos de *afecção*, ou seja, seu estado em determinado tempo-espaço, com potencial para passar a outro estado através de novas composições. A partir disto, seria possível entender que o corpo é dotado de propriedade cinética, de movimento e repouso:

As relações de movimento e repouso, de rapidez e lentidão, entre as partes fluidas e moles, em seus contatos com outros corpos, gravam em nosso corpo todos os "vestígios" destas relações (sombras das coisas em nós) e a vida de um corpo é a variação contínua de sua potência como decorrência dessa sucessão de afecções (muitas, simultâneas) que experimenta. (Teixeira, 2004: 50)

Assim, o corpo se define pelos afetos de que é capaz, movimento de forças centrípetas e centrífugas, não permanecendo restrito às suas funções orgânicas, "não há privilégio da dimensão orgânica do corpo, mas também não é desconsiderada, sendo apenas mais uma das múltiplas dimensões do corpo", como aponta Deleuze (2002: 128), entendendo que não há dicotomia entre corpo físico e mente; o que existe é a vida em uma relação complexa entre velocidades, forças, partículas, intensidades. Rompe-se com o dualismo psicofísico que estabelece uma hierarquia de comando entre mente e corpo, separando razão e afeto nos processos de conhecimento e experiência de si. Aqui, os afetos não são aquilo que deve ser ultrapassado para se chegar ao pensamento, mas justamente graças às afecções do corpo que o próprio pensamento se torna possível e novos arranjos da vida podem emergir.

Para Teixeira (2004) é nesse momento que a vida ética tem início, quando são produzidas ideias e atos conectados aos afetos aumentativos da potência do corpo. Isto não no sentido de um esforço de investimento racional sobre si mesmo, mas em uma espécie de "luta passional", na qual signos e afectos interagem em uma relação complexa de modo a possibilitar novas combinações da vida. A potência de um corpo também está relacionada às relações que estabelece com a exterioridade, de composição com outros corpos, dependendo de sua capacidade de fazer variar suas relações características.

Esta concepção permite situar o corpo além dos contornos traçados pela ciência médica que o performa enquanto um organismo e pensá-lo em sua capacidade de diferir e criar

vida, assim, essa concepção do corpo em sua capacidade de se potencializar e perseverar em ser pode se desdobrar em reflexões ético-políticas no campo da saúde (Teixeira, 2015); isto considerando os processos de saúde e adoecimento e as modificações que o humano pode produzir em si no intuito de ampliar suas possibilidades de vida. Os processos de transição de gênero propõem itinerários fixos de transformação de si, pautados em parâmetros de inteligibilidade de gênero, expressos em critérios diagnósticos. As práticas operacionalizadas se dão na esteira da produção de corpos-mulher ou corpos-homem, assim, no encontro dos corpos com as práticas do Processo se tem menos condição de criação e variação da vida e mais de adequação às normas.

Canguilhem (2009) ao discutir sobre a biomedicina, pensa a anormalidade como aquilo que pode existir apenas em relação à determinada norma. A doença é pensada em termos de não adequação às normas do corpo e a saúde como adequação do organismo às linhas de normalidade do biológico. Deste modo, a saúde vem sendo apreendida em sua submissão às normas, adquirindo caráter normalizador, sob a lógica de que um corpo saudável é aquele que se adequa à uma espécie de normalidade biológica. O sexo biológico, associado à sexualidade é uma das normas de inteligibilidade de gênero, “. . . é aquilo que qualifica um corpo para a vida no interior do domínio da inteligibilidade cultural”. (Butler, 2000: 155)

Assim, é uma realidade situada a partir de determina versão do corpo, forjada no interior do discurso médico-científico sobre o corpo orgânico, com seus órgãos e funções respectivas, atribuindo linhas que condicionam as formas do sujeito se experimentar na relação com o corpo. Nesta relação entre o biológico e o político, ele permite ao sujeito se pensar enquanto feminino ou masculino, condicionando a trajetória de performance de gênero ao funcionar como um regime de veridicção que agencia modos do humano se experimentar. Entender o sexo biológico enquanto experiência situada permite deslocar o modo como a saúde do corpo, enquanto organismo a priori, é entendida e nos ilumina a pensar sobre as experiências de transição de gênero por outro viés, que não o da não adequação às normas e, portanto, da patologização do corpo, mas em termos de experimentação de um novo modo de compor relações de exterioridade e afetividade.

Face aos agenciamentos do desejo que produzem modos de se pensar na relação com a corporeidade, Preciado (2011) entende que as tecnologias de produção de corpos normais não são determinantes ou impossibilitam ações políticas, pois nesses jogos reside também a possibilidade do exercício de práticas de liberdade na relação com os dispositivos biopolíticos de produção das identidades sexuais. A vida, ainda que possa ser normalizada e regulada por estratégias de controle que propiciam a fragilização de sua potência inventiva em prol de formas estruturadas de desejar, nunca se sujeita totalmente (Deleuze & Parnet, 1998) ao passo que continuamente negocia com as normas e escapa às regras de normalidade que buscam convertê-la em uma constante.

A partir de um pensamento que tem como condição de possibilidade a própria afecção do corpo, em um plano ético e estético da existência, é possível negociar com as normas e encontrar novas formas de existir, que potencializem os corpos de modo a ampliar a capacidade de pensar, agir e existir. Essas negociações são interessantes do ponto de vista da Saúde, pois indicam capacidade do corpo em se pensar de outras formas, criar vida. Isto considerando uma Saúde não submissa às normas, mas que considere a afirmação da vida em sua diferenciação. O que pode o corpo, em termos de potência, é uma questão de experimentação, de descoberta de quais afetos podem passar e quais normas podem ser reinventadas, pois como entende Foucault (2012b) ao falar dos modos de subjetivação, o sujeito se constitui através de práticas de sujeição, mas também de liberdade, a partir de certos critérios de estilo, em uma dimensão ética da existência.

Para pensar o modo como nos tornamos sujeitos na atualidade, o autor revista a Antiguidade grega, focalizando na dimensão ética do cuidado de si, considerando o efeito das tecnologias de si na constituição dos modos de subjetivação (Foucault, 2012b). Assim, coloca em questão a experiência que o sujeito faz de si na relação com os regimes de veridicção instituídos. Há um jogo entre o sujeito e as normas, possível mediante esta dimensão ética que produz formas de existir, subjetividades. Isto permite pensar a vida

para além das formas de governo da população, mas também em sua dimensão de governo de si, através de práticas refletidas que possibilitam aos sujeitos “. . .fazer de sua vida uma obra que seja portadora de certos valores estéticos e responda a certos critérios de estilo.” (Foucault, 1999b: 15), como a composição de um corpo outro que não sujeito aos contornos médico-biológicos que lhe condicionam à experiência do gênero e da sexualidade, através de resistências micropolíticas que incidem nos modos de experimentação da vida, agenciando outras formas de desejar.

Deste modo, o foco não está apenas na força que se exerce sobre outras forças, mas também no modo como a força se exerce sobre si mesma, inflexionando sobre o próprio sujeito. Deleuze entende a subjetivação como uma relação de força de si consigo, mediante regras facultativas “. . .capazes de resistir ao poder bem como se furta ao saber, mesmo se o saber tenta penetra-los e o poder tenta apropriar-se deles.” (2013:121); assim, refere-se à dobra da força em si mesma mediante o contato com as formas codificadas do saber e as relações de força com outras forças, através de mecânicas do poder.

Fala-se, aqui, de homens livres, capazes de irromper com modos de condução de sua conduta através de práticas de liberdade. É válido marcar que ao falar de práticas de liberdade, Foucault (2012a) não se refere à uma liberação da essência ou natureza humana que teria sido sufocada através de mecanismos repressivos, mas considerando o poder em sua positividade e entendendo o humano não em termos de identidade ou essência, e sim de processos de subjetivação que o tornam possível, trata-se, antes, de uma espécie de jogo com as normas, em que o sujeito escolhe, mediante critérios singulares, como se conduzir, o que pode tornar possível resistências micropolíticas aos modos de governo da conduta, no sentido de se modular de maneira ascética para atingir determinados modos de ser. Isto não se refere a uma resistência colossal, no sentido de uma grande contestação ou recusa, mas a uma espécie de força plástica que possibilita desvios de percurso em relação ao instituído, direções movediças entre as quais se escolhe circular.

Ressalta-se que na modernidade o cuidado de si se subsumiu ao conhecimento de si, que condicionou formas de ser sujeito no mundo ocidental. O cuidado de si, na tradição filosófica estoica e grega estava relacionado à dimensão ética e plástica da existência, aproximando-se da produção de si. Mas, o modo como o pensamento ocidental passou a entender a relação entre sujeito e verdade passa pelo conhecimento de si. O “conhece-te a ti mesmo” diz respeito à uma modalidade de cuidado consigo, na qual o sujeito se investiga e vigia, sob a lógica de que vigiar emoções, paixões e vícios permitiria se governar (Foucault, 2004). Assim, o cuidado de si se aproxima do conhecer a si mesmo. Ainda que o conhecimento de si e o cuidado de si se aproximem e por vezes se acoplem, é no âmbito do cuidado de si que se vislumbram as práticas de conhecimento de si. Foucault (2012a) pensa as práticas de liberdade a partir do cuidado de si, em que o sujeito se relaciona com as normas de forma facultativa.

Considerar os modos de subjetivação em sua dimensão ética permite transpor linhas morais e códigos de conduta que governam as experiências dos sujeitos, compreendendo a existência como obra de arte (Deleuze, 2013) na qual se pode traçar linhas de fuga e reinventar modos de viver. Novas lutas com o poder se delineiam na atualidade e trazem para o campo da Saúde desafios ético-políticos, assim, esse olhar sobre a vida permite apostar em uma Saúde que considere a abertura ao erro, ao inesperado, aos maus encontros, incorporando-os como linhas de composição da própria vida, criação de potências, ao invés de enxergar anormalidades que devem ser capturadas em linhas de normalidade, fragilizando a dimensão criadora da própria existência. Pois, deste modo, ela se aproxima da ética, que tem como condição ontológica a liberdade, permitindo ao sujeito práticas de si (Foucault, 2012a), ou seja, ações de si consigo na relação com a realidade e as normas. Isto não significa dizer que as práticas de si dependem de uma realidade extrasubjetiva ou intrasubjetiva, mas que se constituem na relação do sujeito com o fora, permitindo operações sobre si mesmo, de maneira a transformar subjetividades. São elementos dos processos de subjetivação. Com isto, as experiências de transição de gênero ou de não adequação aos parâmetros binários de performance, estão para além da anormalidade e patologização e podem ser pensados em termos de

resistência às políticas do corpo que tornam a identidade dos indivíduos intimamente ligada às categorias sexuais.

A vida pode se dobrar às políticas que a sujeitam a determinados modos de existir, mas ao mesmo tempo, pode negociar com elas, transgredindo-as e forçando os investimentos biopolíticos a titubear em que as adequações da vida às normas nunca são totais. Ainda que um conjunto de estratégias científicas tenha buscado por invariáveis na determinação biológica do sexo, os corpos, em sua complexidade, não oferecem respostas claras sobre a diferença sexual (Fausto-Sterling, 2002) e existências sempre escapam às tentativas de homogeneização, mesmo em sua dimensão biológica. O corpo é inventivo e sua potência varia de intensidade (Deleuze, 2002), assim, viver é criar novas composições, por vezes impensadas, como as existências das quais fala Preciado “. . .drag kings, as mulheres de barba, os transbichas sem paus, os deficientes ciborgues” (2011:15), corpos que se opõem aos regimes que os definem como normais ou anormais, escapam das tentativas de classificação, desconcertando aquilo que se espera do gênero.

No âmbito dos processos de transição de gênero existem negociações com as normas, como sujeitos que desejam fazer o uso do conjunto de biotecnologias disponibilizados para modificar seus corpos, mas não conseguem acessá-las, pois não se enquadram no perfil diagnóstico traçado pela ciência médica em relação à transexualidade. Há também práticas de transição fora do aparato médico-legal, em que o uso de hormônios para a composição de certos efeitos estéticos se dá sem acompanhamento médico, fora de um regime de condução da conduta pela Saúde. Outra estratégia de negociação com as normas é pela via do próprio Processo Transexualizador feito pelo SUS, em que para acessar intervenções cirúrgicas e outros serviços disponibilizados, simula-se performar o gênero feminino ou masculino de maneira binária e heteronormativa (2002) (Bento, 2006), tal como aparece nos critérios diagnósticos de Disforia de Gênero<sup>80</sup>, assim, negocia-se com a Política Pública para acessar possibilidades de vida.

## Corpo sem órgãos e grande saúde: a vida em suas diferenciações

Negociar com as normas de gênero permite descrystalizar os regimes de verdade instituídos em relação ao corpo biológico que condicionam formas de experimentar a vida. A Saúde ao se submeter às normas tem operado na captura daquilo que difere para convertê-lo em igual, tomando a anormalidade em linhas de normalidade, o que fragiliza a potência de criação de vida ao subsumi-la, em sua diferenciação, às normas. As linhas de fuga que se dão mediante práticas de liberdade e, ainda que provisórias, permitem alargar a existência pois oferecem condições aos processos de desestratificação do corpo-organismo para abrir espaço ao plano de experimentação do devir-corpo, isto através desta dimensão ética da existência, pois, como entende Deleuze (2002), apoiando-se em Espinoza, o corpo se define por sua capacidade de afecção e variação da potência, o que se dá pelo viés da experimentação e invenção de vida.

Com isto, o autor consegue pensar uma filosofia prática, que se compromete com formas de experimentação da vida em um plano de criação, devir. A criação desse plano é prática pois diz respeito à composição de uma modalidade de existência que passa por atingir um corpo sem órgãos, no qual dinâmicas afetivas se tornem possíveis, marcando-o por intensidades. Deleuze e Guattari (2000) trazem em *Mil Platôs Vol. 3* a interrogação "como criar para si um corpo sem órgãos?", interrogação de inspiração espinozana, pois o que

---

<sup>80</sup>Dentre os critérios diagnósticos de Disforia de Gênero, expressos na 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-V, tem-se: incongruência acentuada entre o gênero associado ao sexo biológico e o gênero expresso, forte desejo de se livrar das características sexuais primárias e secundárias relacionadas ao sexo biológico, forte desejo em assumir características sexuais do outro gênero, desconforto com o sexo anatômico, permanência dos sintomas por no mínimo 02 anos.



está em jogo é a criação e um plano de imanência, retomando a teoria da substância imanente ou natureza única de Espinoza que diz respeito à composição de um plano ético, entre velocidades, partículas, limiares, intensidades, para além de uma organização em termos de formas e matérias (Deleuze, 2002).

É com foco na dimensão de experimentação da existência que os autores tomando a expressão de Antonin Artaud, forjam o conceito de "corpo sem órgãos", justamente como uma aposta prática na potencialização dos modos de viver. Artaud traz essa expressão ao declarar guerra aos órgãos, irrompendo com o corpo-organismo, não no sentido de uma recusa ao corpo, pois se trata, antes, "de uma recusa do organismo, de uma recusa do que o organismo faz o corpo sofrer" (Deleuze & Parnet, 1998: 89).

Segundo Deleuze (1997) Artaud impõe críticas à uma tradição do juízo, calcada na hegemonia da razão no pensamento ocidental, que ofereceu uma versão do corpo: organizado e significado, um organismo dotado de órgãos e funções respectivas. O juízo implicaria uma organização dos corpos, ". . .os órgãos são juizes e julgados, e o juízo de deus é precisamente o poder de organizar ao infinito." (Deleuze, 1997:148). Há organismo onde se tinha um corpo vital, vivente, aberto aos devires. E por organismo, entende-se uma espécie de estrato sobre o corpo, no sentido de uma sedimentação de saberes, normas, verdades que lhe impõe funções e formas. Opor-se ao juízo e organização do corpo é apostar em um corpo que produz vida e se reinventa na própria vida. Um corpo que através de seus movimentos, limiares, linhas, ritmos e virtualidades passa a compor com a vida novas funções aos órgãos, ou seja, novos usos ao já conhecido, novos modos de experimentar, intensivos. Assim, encontrar seu corpo sem órgãos é uma linha de fuga ao que nos assujeita, e este era o projeto de Nietzsche, ao pensar o corpo em devir, ". . .em intensidade, como poder de afetar e ser afetado, isto é, vontade de potência." (Deleuze, 1997:149).

Criou-se um organismo masculino e feminino onde haveria vida e experiências heterogêneas do corpo biológico, coletivo e político. Esses contornos funcionam como lineamentos molares que tornam possível a normalização da vida ao passo que restringem a diferença, o devir. Mas no campo social há linhas de fuga que constituem rizomas, funcionando como ". . .pontas de desterritorialização nos agenciamentos do desejo" (Deleuze, 1994: 72). Essas linhas permitem a constituição de campos de imanência, um corpo sem órgãos, que pressupõe abertura à diferença, definindo-se mais por suas zonas de intensidade, gradientes, fluxos e menos por sua adequação ou não às normas.

É nesta perspectiva que os corpos não se definem por seus órgãos e respectivas funções, mas por aquilo que podem, suas afetações, através de um pensamento que não se reduz à consciência, associada à razão, mas tem nos afetos sua condição de possibilidade. Para Deleuze e Guattari (1997) um corpo sem órgãos só pode ser povoado por intensidades, que por ele circulam e produzem um espaço intensivo, como um plano de imanência no qual existem matérias intensas e ainda não estratificadas, mas que se organizam em platôs, ou seja, regiões de intensidade. É neste sentido que os autores concebem o corpo sem órgãos como um ". . .ovo pleno anterior à extensão do organismo e da organização dos órgãos" (Deleuze & Guattari, 1997: 14), pois o entendem em termos de uma intensidade anterior e além das significâncias, em sua virtualidade, antes dos estratos se formarem e lhe sedimentarem formas.

Assim, situa-se o corpo no âmbito da experimentação da vida, girando em torno da possibilidade de auto-criação, guiando-se por práticas de liberdade. É na resistência às formas organizadas de experimentar, quando estas fragilizam sua potência e o marca com afetos tristes, que o sujeito se situa no plano da ética, exprimindo certo grau de potência que envolva afirmação da vida. Para esta composição de relações através de práticas de liberdade, considera-se, como frisam Deleuze e Guattari (2000) regras de prudência e como entende Rolnik (2014) um limiar de desterritorialização possível, para que o corpo ao devir não irrompa com a vida de forma degenerativa.

É necessário guardar o suficiente do organismo para que ele se recomponha a cada aurora; pequenas provisões de significância e de interpretação, é também necessário conservar, inclusive para opô-las ao seu próprio sistema, quando as circunstâncias o exigem, quando as coisas, as pessoas, inclusive as situações nos obrigam; e pequenas rações de subjetividade, é preciso conservar suficientemente para poder responder à realidade dominante. (Deleuze & Guattari, 2000: 18)

Deste modo, a questão está em negar a constância e a rigidez que a versão orgânica do corpo sedimenta sobre a vida ao focalizar no corpo biológico patologizado, seja no plano individual ou coletivo, evidenciando um corpo riscado pelas linhas de saberes científicos. Traçar outra experiência de si na relação com o corpo é, portanto, incitar a quebra da organização e significância, ultrapassando as normas, não para fugir da vida ou negar a materialidade do corpo, mas para criar outras condições de possibilidade de vida.

Como discute Butler (1998) sobre as negociações possíveis com a gramática normativa do sexo biológico e da materialidade do corpo, é criar territórios de interrogação de seus efeitos e "usá-los, repeti-los, repeti-los subversivamente, e deslocá-los dos contextos nos quais foram dispostos como instrumentos de poder" (Butler, 1998: 26). O foco não está em negar a dimensão orgânica do corpo, mas em não a subsumir às outras. Não se atinge um corpo sem órgãos completamente. Este conceito implica uma distância e limite, está sempre em vias de se fazer, recriar, acontece na virtualidade. É possível criá-lo, sem nunca o alcançar, mas sim percorrê-lo, pois o que está em questão é a produção de um plano de consistência, de experimentação.

Trata-se de um corpo que faz dobras constantemente, inventando outros sentidos e compondo novas linhas de vida, novas subjetividades. Por isto traçar linhas de fuga não significa fugir da vida (Deleuze & Parnet, 1998), mas produzir e afirmar a vida. Preciado (2008) em sua obra *Testo Yonqui* realiza uma espécie de auto-etnografia, em que narra sua autoexperimentação através da incursão pela substância testosterona sintética, através do uso de adesivos cutâneos, durante 236 dias.

O que estava em jogo nessa experiência de si era modular seu corpo de outra forma, para além das categorias binárias masculino/feminino. Sua hormonização se deu fora do aparato médico-legal, sem a intenção de transicionar ao gênero masculino de modo binário, tal qual o itinerário previsto nos processos de transição de gênero. Seu foco estava justamente na própria experiência do devir, tornar-se outra coisa em relação ao que se era, desidentificar-se, fazendo uso de um conjunto de tecnologias utilizadas no campo da saúde.

Este processo de desidentificação, em uma micropolítica no campo social, fez os afetos variarem em seu corpo, compondo-se de novas maneiras (Camargo & Rial, 2010). Assim, Preciado (2008) utiliza seu corpo como território de transformação intensiva, negociando com os dispositivos biopolíticos de gestão do corpo e da sexualidade. A autora entende que as heterogêneas estratégias disciplinares, mecânicas, semióticas, jurídicas, que naturalizam a diferença sexual, adquiriram novas modulações a partir do século XX, com a emergência de transformações tecnológicas e novos instrumentos de produção de subjetividades. Deste modo, sua autoexperimentação, através do uso destas novas tecnologias, funciona como uma espécie de traição, resistência aos efeitos da normalização da sexualidade em seu corpo. Corpo que conflita com as normas de gênero, mas rejeita o diagnóstico médico de Disforia de Gênero, pois o considera outra forma de captura e normalização, portanto, desterritorializa o próprio espaço corporal ao ingressar em um ". . . processo de desterritorialização do corpo que obriga a resistir aos processos do tornar-se normal" (Preciado, 2011:14). Desvia-se das normas para encontrar, na experimentação, um outro modo de existência que se componha com o corpo de maneira a alargar sua potência.

Sua luta política faz parte da criação de possibilidades outras para o corpo e ao viver, assim, a experiência de modulação do gênero não tem relação com a patologização de sua

identidade, não há doença a priori, apenas a constituição de uma Grande Saúde mediante o escape por entre as políticas do corpo que o organizam e significam. Para Deleuze e Parnet fugir é “. . .produzir algo real, criar vida, encontrar uma arma.” (1998:40), ou seja, ultrapassar a norma na relação com ela própria, como exercício ético e estético.

O que está em jogo, portanto, é a criação de uma Grande Saúde, modos de alargar o interesse de perseverar em ser a partir daquilo que difere. Para Teixeira “. . .o caminho para a Grande Saúde passa por constituir um corpo sem órgãos intensivo” (2004: 43). O autor aborda este conceito de Grande Saúde a partir da história de Robinson Crusoe, do romance de Michel Tournier, no qual Robinson sobrevive a um naufrágio e nas condições em que se encontrava, ilhado, em solidão, encontrou canais de efetuação de sua potência de agir e de pensar, experimentando-se de outro modo, como um campo de intensidades. Isto tornou possível que o personagem descobrisse a Grande Saúde (Teixeira, 2004), o que inspira a considerar que no encontro com o erro, com a diferença, com a não adequação às normas relacionadas à saúde, é possível criar vida, criar formas de o corpo perseverar em ser. Os processos de saúde e adoecimento envolvem desterritorializações e reterritorializações, na medida em que mobilizam o corpo a encontrar diferentes canais de efetuação de sua potência, buscando outros territórios. Deste modo, a saúde não é pensada como substância metafísica e em oposição ao adoecimento, mas justamente como aquilo que escapa na experimentação da vida em sua multiplicidade.

Há produção de vida na diferenciação, errância e na ruptura com as constantes. Pensar as transições de gênero por esse viés permite colocá-las na dimensão de experimentação e intensificação da vida, pois o sujeito ao se perceber alheio à matriz de inteligibilidade de gênero se coloca na dimensão de diferenciação, o que lhe permite não apenas se normalizar, percorrendo um conjunto de tecnologias de forma esquematizada para assumir, necessariamente, a identidade do gênero oposto, mas utilizando a ética como condutora do pensamento e práticas, escapar e tensionar com a normalização, escolhendo mediante regras facultativas como se conduzir. Arriscar um modo de vida outro, desfazendo-se da organização do corpo, implica um desdobramento ético consigo mesmo. Virar-se contra a face dos agenciamentos de desejo, estratificados, para criar planos de consistência em que as intensidades sejam estabilizadas em platôs. Teixeira (2004), apoia-se na filosofia de Espinoza para pensar este conceito e entende que o fortalecimento do *conatus*, potência de vir a ser e, a estabilização de um platô de intensidades são componentes centrais para atingir uma Grande Saúde, modo de vida estranho ao pensamento ocidental em relação ao desejo e ao corpo. E este fortalecimento acompanha a instauração de uma vida ética, em que os afetos e o pensamento criam estilos de vida.

Em termos de uma Grande Saúde, não se orienta pela readequação do corpo às normas, exterminando zonas de doença do corpo, mas considera-se aquilo que difere para compor a saúde, pois, por vezes, é justamente naquilo que força a vida a diferir e as normas a falsearem que se encontra a possibilidade de constituir uma Grande Saúde. Os corpos não-homem e não-mulher fazem o organismo variar suas relações características na medida em que incorporam formas, pouco pensadas, de relação consigo, com o outro, com o mundo, tal qual narra Preciado (2008) acerca de seu processo de criação de uma forma de existir, embaralhando os segmentos e a divisão binária de gênero para que seu corpo se compusesse por linhas outras, traçadas no próprio percurso de experimentação das modulações de si, em devir. Sua experimentação ética, estética e política funciona como uma prática de resistência à causalidade órgão-função e aos modos de agenciamento do desejo que estancam fluxos intensivos, condicionando modos de experimentação.

Através de uma resistência micropolítica mediante práticas de si, está em jogo produzir uma Saúde como máquina de guerra (Deleuze & Guattari, 1997), no sentido de compor um corpo que sirva à vida em sua potência, fugindo das normas e neste desvio ampliando as possibilidades de pensar, agir e perseverar em ser, reorganizando as linhas e forças intensivas do ser. Isto não significa que aqueles que fogem às normas, necessariamente potencializem suas existências. Mas, nas práticas de liberdade, ou seja, na não adequação aos parâmetros de inteligibilidade estética e performática do corpo é possível constituir

uma Grande Saúde, marcada pela experimentação e capacidade de afetação do corpo ao transgredir e enfrentar práticas de assujeitamento.

No âmbito dos processos de transição de gênero, como dito anteriormente, a não adequação às normas biológicas pautadas na diferença sexual é pensada pelo adoecimento, portanto, essa experiência é patologizada. Para Teixeira (2004) a biomedicina, de certa forma, assumiu o papel de impor signos de tristeza ao operar com a noção de risco, mediante a qual práticas objetivam uma espécie de salvação que possibilitasse aos sujeitos seguir uma vida "normal", tal qual a readequação aos parâmetros de gênero. O autor fala do que seria uma medicina espinosana, na qual se desvia desta lógica de regulação da vida através da imposição de marcas e signos diminutivos da potência, para proporcionar aos corpos e almas "... condições para que se amplie a potência humana de perfazer a verdade, a liberdade e a felicidade, alcançando assim, a Grande Saúde (ou a Ética)" (Teixeira, 2004: 68).

Esse processo transexualizador passaria, necessariamente, pela criação de um corpo sem órgãos, que se compromete com o aumento das alegrias e potências do corpo da humanidade, portanto, sua questão seria quais afectos ampliam a capacidade de pensar, agir e ser. Aqui, Saúde e Ética partilham de uma zona de indiscernibilidade, pois operam na potencialização da vida através da criação de um plano de imanência, em que devires e intensidades podem passar. A aproximação entre Ética e Grande Saúde aparece em Teixeira (2015) pois, ambas noções dizem respeito à constituição de uma modalidade de relação consigo, em que é possível ultrapassar normas. Normas que possam fragilizar o corpo, para chegar em modos de produção de vida, afecções alegres e diferenciações. Isto permite dizer que a produção de Saúde passa por desdobramentos éticos consigo, de ultrapassagem de normas e criação de si.

As condicionalidades impostas aos que desejam transicionar o gênero no âmbito do Processo Transexualizador, como dois anos de terapia compulsória e o diagnóstico de Disforia de Gênero afetam os corpos que neste encontro com as práticas em Saúde encontram condições de adequação às normas de gênero. Butler e Rios (2009) entende que a patologização das experiências trans funciona como um mecanismo de submissão das formas de vida à anormalidade e o diagnóstico estigmatiza modos de viver. As práticas em saúde ao exigirem submissão de formas de vida à anormalidade, marca os corpos por afectos tristes, fragilizando sua entrada na posse de potências para produção de si. O DSM-V entende que o período de pós-transição de um processo transexualizador se dá quando o sujeito "fez uma transição para a vida tempo integral no gênero desejado" (American Psychiatric Association, 2014: 493), ou seja, quando o corpo se normalizou sob a lógica do binarismo de gênero. A biomedicina aparece, então, como aquilo que salva o sujeito de sua anormalidade, doença.

## Considerações finais

Na busca por modificações no corpo, capazes de alterar percepções e sensações, aquilo que os corpos encontram como práticas em saúde, afetam suas possibilidades de vida, "... se modificamos a constituição de nosso próprio corpo, também certamente, modificamos as ideias de nossas afecções" (Teixeira, 2004: 71). Assim, em meio aos artifícios e biotecnologias que podem ser utilizados na composição dos corpos, fazendo-os variar suas relações características, perpassam desafios em relação às práticas operacionalizadas no campo da saúde. Desafios em não domesticar as potências dos corpos em prol da readequação às normas nos modos de experimentar a existência, produzindo afecções tristes, mas criar práticas capazes de:

... estabilizar as intensidades num platô e se reconhecer a partir do plano de imanência do desejo (o plano de consistência da alegria), o que significa imediatamente um aumento das potências, um aumento da força do *conatus*. (Teixeira, 2004: 53)

A ampliação da potência oferece disposição aos corpos a escolherem coisas, ideias, atos que se conectam com a alegria. Esta variação da potência se faz através da

experimentação, assim, o corpo sem órgãos, enquanto uma prática, não um estado ao qual se chega, mas uma intensidade do viver, permite ao corpo se reinventar em meio às estratificações e práticas de liberdade. A Grande Saúde estaria aí, em um recriar da existência que possibilite a reterritorialização como velocidade, afectos, intensidades e não como organismo, forma. Até mesmo o desenvolvimento das formas, depende de movimentos, relações de lentidão e velocidade, experiências, que permitem o fluxo de constituição de matérias e expressões. Assim, aos modos de vida se chega através da experimentação, da capacidade de afetar e ser afetado, daquilo que acontece nos interstícios, nos ritmos e no fluxo de intensidade que se tornam possíveis. No âmbito dos processos de transição de gênero, apostar na estabilização de planos de imanência intensivos é parte de uma discussão ética, comprometida com a criação de práticas voltadas à capacidade de fazer passar fluxos de produção de vida no campo da saúde e não apenas governar a vida através de condução das condutas, estratificando-a.

Ao governar a vida por uma versão do corpo biológico, acaba por se excluir possibilidades outras de experimentar o corpo, como um corpo cujas intensidades passem por outra coisa, que não feminilidade ou masculinidade, produzindo estranhamento face aos modos de governo da vida que se orientam por uma política da identidade e binarização dos gêneros. A aproximação entre Ética e Saúde está na possibilidade de criar condições para que os sujeitos entrem em posse de sua potência de pensar, agir e ser. Por isto pensar os efeitos em termos de produção de subjetividades e potência de vida nas práticas do campo da Saúde é parte de uma reflexão ético-política, pois, aposta em práticas que se desdobrem para a abertura às possibilidades de vida face às experiências de si que fogem ao instituído, abarcando a vida em suas diferenciações.

Pensar a Saúde a partir da ideia de um corpo sem órgãos permite retirar as práticas do campo das normas e prescrições sobre a vida para situá-las diante das invenções que a vida em sua potência apresenta. Pensar o presente implica considerar aquilo que em uma sociedade foge e nos força a pensar a vida de outro modo diante das tensões estabelecidas com suas formas de governo. Deste modo, a vida não precisa se dobrar à norma para encontrar Saúde, mas encontrar canais de efetuação de suas potências na relação com a própria norma, através de uma dimensão ética e estética do viver. Considerar a Grande Saúde permite inflexões éticas para com a vida em suas diferenciações, considerando o que se produz no encontro dos corpos com as práticas operacionalizadas no âmbito dos processos de transição de gênero, portanto, aposta-se em práticas que criem condições ao corpo de produzir ideias e atos conectados aos afetos aumentativos de sua potência.

## Referências

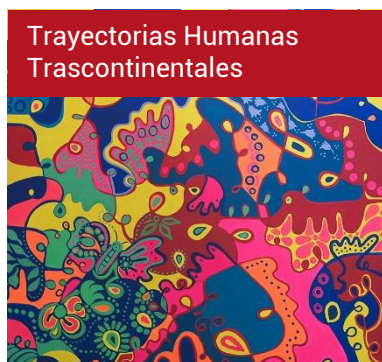
- American Psychiatric Association (Org.). (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico] : DSM-5*. (M. I. C. Nascimento, P. H. Machado, R. M. Garcez, R. Pizzato, & S. M. M. da Rosa, Trads.) (5th ed). Porto Alegre: Artmed.
- Bernardes, A. G., & Marques, C. F. (2016). Psychology of health: articulations between life and politics. *Quaderns de Psicologia*, 18(3), 69.  
<https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1367>
- Brasil. Portaria nº 2.803. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS), Pub. L. No. 2.803, § 1, DOU (2013). Recuperado de [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803\\_19\\_11\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html)
- Brasil. Diretrizes Nacionais para o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde - SUS., Pub. L. No. 457 (2008).
- Butler, J. (1998). Fundamentos contingentes: o feminismo e a questão do 'pós-modernismo'. *Cadernos Pagu*, 1(1), 11–42.

- Butler, J. (2000). “Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do ‘sexo’”. In G. Lopes Louro & T. T. da Silva (Orgs.), T. T. da Silva (Trad.), *O corpo educado: pedagogias da sexualidade* (3º ed, p. 127). Belo Horizonte: Autêntica Editora.  
Recuperado de <http://site.ebrary.com/id/10068112>
- Butler, J., & Rios, A. (2009). “Desdiagnosticando o gênero”. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 19(1), 95–126. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000100006>
- Camargo, W. X. de, & Rial, C. S. de M. (2010). “Hormônios e micropolíticas de gênero na era farmacopornográfica”. *Cadernos Pagu*, (34), 363–371.  
<https://doi.org/10.1590/S0104-83332010000100014>
- Canguilhem, G. (2009). *O normal e o patológico*. (M. T. Redig de Carvalho Barrocas & P. Macherey, Trans.) (6º ed). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Deleuze, G. (1994, outubro). “Desejo e Prazer”. (A. Baêta, Trad.), *Magazine Littéraire*, p. 57–65.
- Deleuze, G. (1997). “Para dar um fim ao juízo”. In P. P. Pelbart (Trad.), *Crítica e clínica* (1º ed). São Paulo: Ed. 34.
- Deleuze, G. (2002). *Espinoza*. (D. Lins & F. P. Lins, Trans.) (1º ed). São Paulo: Escuta.
- Deleuze, G. (2013). *Conversações*. (P. P. Pelbart, Trad.) (3º ed). São Paulo: Editora 34.
- Deleuze, G., & Guattari, F. (1997). “Tratado de nomadologia”. In P. P. Pelbart & J. Caiaf (Trans.), *Mil platôs: Capitalismo e Esquizofrenia* (1º ed, Vol. 5). São Paulo: Ed. 34.
- Deleuze, G., & Guattari, F. (2000). *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. (A. G. Neto, A. L. de Oliveira, L. C. Leão, & S. Rolnik, Trans.) (1º ed, Vol. 3). São Paulo: Editora 34.
- Deleuze, G., & Parnet, C. (1998). *Diálogos*. (E. A. Ribeiro, Trad.). São Paulo: Escuta.
- Fausto-Sterling, A. (2002). Dualismos em duelo. *Cadernos Pagu*, (17–18), 9–79.  
<https://doi.org/10.1590/S0104-83332002000100002>
- Foucault, M. (1999a). *História da sexualidade: A vontade de saber*. (M. T. da C. Albuquerque & J. A. G. Albuquerque, Trans.) (8º ed, Vol. 1). Rio de Janeiro, RJ: Graal.
- Foucault, M. (1999b). *História da sexualidade: O uso dos prazeres*. (M. T. da C. Albuquerque, Trad.) (8º ed, Vol. 2). Rio de Janeiro, RJ: Graal.
- Foucault, M. (2004). *A hermenêutica do sujeito*. São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Foucault, M. (2012a). “A ética do cuidado de si como prática de liberdade”. In *Ética, sexualidade, política* (3º ed, Vol. 5, p. 392). Rio de Janeiro, RJ: Forense Universitária.
- Foucault, M. (2012b). “Uma estética da existência”. In *Ética, sexualidade, política* (3º ed, Vol. 5,). Rio de Janeiro, RJ: Forense Universitária.
- Preciado, B. (2008). *Testo Yonqui: sexo, drogas e biopolítica* (1º ed). Madrid, ESP: Espasa.
- Preciado, B. (2011). Multidões queer: notas para uma política dos “anormais”. *Revista Estudos Feministas*, 19(1), 11–20. <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2011000100002>

Rolnik, S. (2014). *Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo* (2a edição). Porto Alegre, RS: Ed. UFRGS.

Teixeira, R. R. (2004). “A Grande Saúde: uma introdução à medicina do Corpo sem Órgãos”. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 8(14), 35–72.  
<https://doi.org/10.1590/S1414-32832004000100004>

Teixeira, R. R. (2015). As dimensões da produção do comum e a saúde. *Saúde e Sociedade*, 24(suppl 1), 27–43. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015S01003>



## Modes d'acceptabilité de la vidéo-vigilance en EHPAD : formes primaires et éthique d'organisation

**Didier Tsala Effa**

CeReS  
Faculté des Lettres et des Sciences Humaines (FLSH)  
Université de Limoges (France)

Professeur des Universités en Sémiotique et communication. Membre du Centre de recherches sémiotiques, il est actuellement Directeur du Master de sémiotique et stratégies et Directeur scientifique de l'axe « Recherche qualitative » de la chaire d'excellence universitaire « E-santé, bien vieillir et autonomie ». Après avoir exploré les processus de signification et d'interactions dans l'univers du marketing et de la communication, il étend ses recherches, depuis plusieurs années, aux objets d'aide à la personne âgée en perte d'autonomie (robots humanoïdes, objets intelligents, dispositifs domotiques). Ses propositions portent sur la théorie et la méthode de la 'singularité' et de l'individuation des objets et des contenus d'analyse.

didier.tsala-effa@unilim.fr

---

URL : <https://www.unilim.fr/trahs/1211>

DOI : 10.25965/trahs.1211

Licence : CC BY-NC-ND 4.0 International

---

Le texte est la transcription d'une **étude exploratoire**<sup>81</sup> pour comprendre les enjeux éthiques liés à la présence de dispositifs de vidéo-vigilance dans les EHPADs. L'analyse permet d'établir que ces enjeux se résolvent dans la mesure où l'acceptabilité de la vidéo-vigilance traduit, d'abord, individuellement les positions d'intérêt des différents acteurs en EHPAD : les médecins coordonnateurs, les aides-soignants, les aidants proches et les résidents eux-mêmes. Ces positions sont non convergentes, à l'image du mode d'être de la forme primaire des EHPADs, une organisation mue (d'abord) par la régénération des zones d'intérêt de chacun de ses acteurs.

Mots-clés : acceptabilité, éthique d'organisation, état primaire, position d'intérêt, EHPAD

Nuestro texto es la transcripción de un estudio exploratorio enfocado a la comprensión de las cuestiones éticas relacionadas con la presencia de dispositivos de vigilancia por video en Establecimientos para Adultos Mayores Dependientes (EHPAD). Nuestro análisis permite definir que se resuelven dichas cuestiones en la medida en que la aceptación de la vigilancia por video traduce, primero, de manera individual, las posturas e intereses de los diferentes actores en los EHPAD : los médicos coordinadores, los cuidadores, los auxiliares cercanos, los mismos residentes. No convergen dichas posturas, conforme con el modo de ser de la forma primaria de los EHPADs, una organización movida (primero) por la regeneración de las zonas de interés de cada uno de los actores.

Palabras clave: aceptación, ética organizacional, estado primario, postura de interés, Establecimientos para Adultos Mayores Dependientes (EHPAD)

---

81 L'étude a été réalisée au printemps 2016 dans trois Ehpads en région parisienne. Voir conditions et méthodologie en Annexe.



O presente texto é uma transcrição direta de um **estudo exploratório** que visa compreender as questões éticas ligadas a presença de dispositivos de vídeo monitoramento nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs). Tal análise permite determinar que estes problemas éticos são resolvidos na medida em que a aceitabilidade do vídeo monitoramento traduz as posições de interesse dos diferentes atores da ILPI tomados individualmente, como por exemplo, os médicos responsáveis, os auxiliares de enfermagem, outros colaboradores próximos e os próprios residentes. Estas posições são não convergentes e se desdobram cada uma à sua maneira. Esse é assim, o modo de ser das ILPIs, uma organização movida, sobretudo, pela recuperação dos estados primários dos atores que a compõem.

Palavras-chave: aceitabilidade, ética organizacional, etapa primária, posição de interesse, casa de repouso

The paper transcribes exploratory research about how to understand ethical issues related to the use of vigilance video in retirement homes. The result brings us to know that these issues are possible only if the acceptability of the vigilance video translates the self-position of each actor in charge of these retirement homes : doctors, caregivers, helpers and residents themselves. These positions don't converge, thanks to the structure of the retirement homes as organizations where the most important seems to maintain first the primary state of the actors that constitute it.

Keywords: acceptability, organizational ethics, primary state, the position of interest, retirement home

Le texte qui suit est la **transcription d'une réflexion** issue **d'une étude exploratoire** en vue de comprendre les enjeux liés à l'installation de la vidéo-vigilance dans les Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPADs). C'était la commande d'une caisse de retraite. Alors qu'elle se posait la question de savoir s'il y avait un risque à généraliser la présence de caméras de veille pour personnes en autonomie limitée dans les chambres de l'ensemble de ses établissements, elle a choisi parmi différentes méthodologies d'opter pour une étude ethnologique.

Cette étude a été menée dans le cadre de la Chaire d'excellence universitaire « E-santé, bien vieillir et autonomie » de l'université de Limoges. Elle consistait à observer et à interroger différents acteurs impliqués dans trois EHPADs de standing déjà équipés de la vidéo-vigilance en région parisienne, dans l'Essonne et dans les Yvelines.

Les résultats obtenus ont conduit à la conclusion d'un dispositif parfaitement intégré, accepté, et qui ne suscite plus de résistance ; il « fait partie des meubles ». En somme, étant déjà installées dans les chambres, il est apparu que les caméras n'étaient plus réellement questionnées par les différents acteurs : les résidents, les médecins, les aides-soignants et les aidants proches. Bien plus ou plutôt lorsqu'ils en parlent, en général, c'est surtout pour en conforter l'existence. Restaient les arguments pour le soutenir. C'est de ce point de vue qu'est intervenue la part éthique induite par un tel dispositif, à savoir celle qui engage résolument la posture des uns et des autres. L'idée dans ce texte est de faire un point pour en présenter les différents partis pris.

## I- Une acceptabilité au gré des statuts particuliers des acteurs

La vidéo-vigilance, telle qu'elle existe et telle qu'elle est commentée dans les EHPADs, par l'ensemble des parties prenantes, paraît fondamentalement contrainte par la position d'intérêt de chacun des profils d'acteurs. Qu'il s'agisse des particularités matérielles et techniques, qu'il s'agisse de ses impacts, ce qui en ressort est une description à chaque fois individuée, au gré des statuts particuliers de chacun : les médecins coordonnateurs, les aides-soignants, les aidants proches et les résidents eux-mêmes.

En creux, il en résulte quatre prismes, comme autant d'indicateurs, permettant d'établir les conditions d'acceptabilité de ce dispositif. Les médecins y voient un dispositif conçu et administré principalement à la faveur de différents enjeux organisationnels ; pour les aides-soignants, ce qui paraît important concerne d'abord la conformité réelle de ce dispositif avec les objectifs effectivement promis (ce qui n'est pas toujours le cas) ; pour les aidants proches (la famille, les relations), c'est surtout l'efficacité du suivi de leur proche qui prime (caméra ou pas caméra) ; enfin pour les résidents eux-mêmes, que des caméras aient été installées ainsi dans les chambres traduit surtout l'attention portée à des résidents en attente d'une vigilance plus accrue : soit autant de grilles qui éclairent encore plus finement les présupposés qui contraignent l'acceptabilité de la vidéo-vigilance en tant que dispositif d'accompagnement et de veille auprès des personnes en autonomie réduite.

### I-1 – Un prisme managérial

Nous proposons d'appeler « prisme managérial » le prisme en lien avec les médecins coordonnateurs. Pour ces derniers, si la vidéo-vigilance est évidemment bienvenue, par sa part médicalisée (prévenir du risque de chutes), elle est surtout l'occasion d'exprimer leur perception des initiatives managériales des tutelles et/ou des responsables des établissements. De leur point de vue,

- certes, la vidéo-vigilance est un outil essentiel face aux risques de chute : « Dernièrement, il y a une famille qui a refusé, il a fallu que j'argumente et que je leur dise que c'est aberrant et qu'il faut absolument accepter parce que c'est primordial face au risque de chute » ;
- certes, elle est un outil d'aide pour les aides-soignants : « Ce n'est pas un outil de réduction RH, ce n'est pas fait pour remplacer l'aide humaine, bien au contraire, ça a une fonction d'aide à l'aide humaine » ;

- elle pourrait être outil de communication pour mieux comprendre ce qu'est vivre en EHPAD : « Pourquoi y a-t-il de la vidéo-vigilance en Ehpads ? on pourrait dire que parce que ça permet d'avoir moins de complication » ;
- elle pourrait être un moyen de valorisation du personnel :  
Il faut chercher les veilleuses qui veulent bosser. Il faut expliquer à ces veilleuses que c'est elles qui vont porter ce projet, il faut les accompagner, les former et s'assurer qu'elles ont bien compris. Il faudrait qu'elles soient mieux payées, c'est vrai qu'elles ont des responsabilités énormes ;
- elle peut servir de garantie en cas d'incident ou dans le cas d'accusations, fondées ou non :  
La première fois que les images ont été levées, c'était parce qu'une résidente disait qu'il y avait une aide-soignante qui lui avait réalisé des attouchements sexuels. En fait la résidente était totalement délirante. Les soignants, ça les a totalement apaisés.

Ce qui pose problème est la manière dont les tutelles et les dirigeants des établissements l'envisagent en tant en tant que projet avenant. Parmi les griefs qu'ils y opposent, les médecins coordonnateurs retiennent :

- l'insuffisance des explications ayant accompagné l'avènement de ce dispositif. La vidéo-vigilance n'a pas été suffisamment expliquée, ni en soi, ni du point de vue des aides-soignants, ce qui en compromet l'appropriation. Son avènement n'a pas été accompagné par de véritables délibérations avec les acteurs de terrain.
- Ils retiennent aussi l'ambiguïté de son statut : de quoi s'agit-il ? un produit ? une solution ? dans quel sens ? Il est reproché aux managers une tendance à vouloir valoriser la vidéo-vigilance avant tout surtout comme un artefact, au détriment de sa fonction précise dans les établissements. Il est leur aussi reproché les insuffisances de sa justification ; les explications sont biaisées ce qui en compromet la compréhension, mais surtout ce qui confine assez souvent à de la sur-promesse :  
En tout cas le directeur vend, comme l'ancien directeur vendait aux familles des produits qu'on n'avait pas. Pour les familles, la vidéo-vigilance, c'est, il y a quelqu'un de disponible la nuit et le jour. Elles croient vraiment qu'il y a de la surveillance tout le temps. Nous on arrivait derrière, on leur disait, « attention, ça ne va pas se passer comme ça ».
- Et enfin, il y a le manque de rigueur dans sa gestion, ils dénoncent :
  - un suivi laconique : « Ce que je déplore, c'est le suivi de l'évolution. Le directeur est fier de son projet, ensuite il n'y a pas de suivi ; ça c'est très français ».
  - Et, de même, son pilotage quasi inexistant, en tout cas mal engagé : « Ce que je déplore c'est qu'il n'y ait pas de pilote. C'est un truc hyper technologique ; c'est pourquoi à mon avis il est nécessaire qu'on soit intégré nous ».

## I-2 – Un prisme normatif

C'est le prisme qui organise le discours des aides-soignants. Pour ce prisme, l'accent est mis d'emblée sur les raisons profondes de la vidéo-vigilance, en vue de comprendre ce qui explique profondément l'avènement dans les EHPADs. Parmi les interrogations qu'ils émettent, les aides-soignants souhaitent en savoir davantage sur le fin mot de ce dispositif : « Est-ce que c'est une surveillance pour les salariés ? est-ce que c'est pour surveiller nos actions ? » se posent-ils la question.

Ils souhaitent en savoir aussi sur sa conformité avec les attentes effectives des résidents. Quelle en est l'efficacité et quel en est le poids au regard de leur place à eux ? Et ils s'interrogent aussi sur son efficacité opérationnelle :

On sait que c'est pour les chutes, par exemple si un résident tombe, ça se déclenche, pour qu'on s'en aperçoive, mais des fois le résident tombe mais ça ne déclenche pas, ça veut dire qu'il y a un petit défaut quelque part.

Mais, *a contrario*, les aides-soignants manifestent néanmoins un souci de disposer du maximum d'informations et de précisions sur ce dispositif, pour en comprendre au mieux le fonctionnement :

- pour y accéder : « c'est très important qu'ils nous expliquent, s'ils viennent et installent sans explications, ni information, il faudrait qu'on sache comment ça fonctionne »,
- et pour en cerner l'éthique, même *a minima* : « Après je me pose la question de savoir si ça rentre dans l'intimité du résident. Je crois que ça détecte quand une personne bouge dans une chambre ».

### I-3 – Le prisme opérationnel

Ce prisme est propre au discours des aidants proches (la famille, les relations). Si, d'emblée, apparaissent ici des attentes identiques à celles exprimées pour les deux premiers prismes, managérial et normatif, le défaut d'information sur la nature du dispositif, l'absence de pédagogie sur ses tenants et aboutissants, pour ce prisme, l'acceptation de la vidéo-vigilance se justifie strictement pour sa dimension opérationnelle.

Les aidants proches lui accordent le crédit d'une utilité pour éviter les accidents ; ils lui reconnaissent son apport en termes de sécurité et en termes de relais au bénéfice des aides-soignants. Pour le reste, ils n'en attendent pas grand-chose, pas de miracles, car selon eux, elle n'est pas centrale, elle n'est pas particulièrement attendue et on n'en fait pas de cas, ni en positif, ni en négatif.

Dans certains cas, se pose même la question de sa nécessité : « Je ne sais pas si la caméra intéresse bien mon épouse parce qu'elle n'est jamais seule dans sa chambre ».

Et se pose aussi la question de son efficacité, notamment en fonction du taux de validité des résidents :

Ça veut dire que les dispositifs présents sont bien, mais pour des personnes relativement valides et qui peuvent évoluer d'elles-mêmes dans leur chambre et dans les différents services de la maison ;

On y trouve même quelques limites éthiques : « Il ne faut pas que ces vidéo-surveillances soient utilisées à mauvais escient. Vous savez, il se passe toujours des choses vicieuses ».

### I-4 – Le prisme psychologique

Il s'agit du prisme qui porte les discours des résidents. Pour ce prisme, si la vidéo-vigilance est prise en considération, c'est principalement pour son apport psychologique. Les résidents la considèrent pour sa capacité à faciliter la vie, au même titre que divers autres dispositifs du même type : « J'ai vu des dispositifs comme ça à Tokyo. A Tokyo, tout est fait pour que les gens soient à l'aise, il y a des pompes pour se laver, des genres de sèche-cheveux pour s'essuyer, ... » ;

Ils lui prêtent une portée transitionnelle : « J'ai pensé qu'ils ont jugé bon de mettre ça pour notre tranquillité » ; ou alors, selon eux, si elle est jugée utile, en général c'est surtout pour les autres résidents, les plus fragiles que soi : « J'avais pensé qu'ils avaient jugé utile de la

mettre, car bien entendu il y a des personnes handicapées, des personnes qui ne peuvent pas appeler et puis qui n'ont plus leur tête ».

## II - Agréer, résister : deux prédicats typiques

Si on devait proposer une analyse de ces premières descriptions, d'un acteur à l'autre, on observe qu'en tant que fait perceptible, la vidéo-vigilance est d'abord et surtout la scène de jeux d'agréments plus ou moins forts. Il s'en dégage comme un effet de typicité, c'est-à-dire cette forme d'expression générique qui définit toute chose dans son originalité.

Le choix imposé à l'ensemble des acteurs lors de l'observation ethnologique les invitait à énoncer les conséquences de la présence ou de l'avènement de la vidéo-vigilance, en tant que nouveauté, dans un univers ouvert par ailleurs à divers dispositifs d'accompagnement. Il en résulte deux prédicats qui ne sont que la manifestation habituelle lorsqu'on est soumis à une telle restriction.

Face à un objet nouveau ou face à une situation nouvelle, ou bien on agrée dans une certaine mesure, ou bien on résiste, dans une certaine mesure aussi. C'est ce processus de régulation qui nous a permis de cerner les conditions spécifiques d'acceptation ou d'appropriation de la vidéo-vigilance ainsi administrée.

Pour l'ensemble des acteurs-destinataires, dire que la caisse de retraite a mis à disposition la vidéo-vigilance n'est clairement pas une manière de dire qu'on y est parvenu en demandant individuellement leur avis à chacun ; c'est d'ailleurs précisément l'inverse qui s'est produit. La vidéo-vigilance est déjà présente. Dès lors, réagir, c'est-à-dire y résister ou y agréer, c'est dans tous les cas en attester l'évidence, bon gré ou mal gré. La vidéo-vigilance étant déjà là, au pire on ne peut que s'y faire. Le principal indicateur d'acceptabilité devient alors la manière dont celle-ci est scénarisée par les différents acteurs, justement pour s'y faire.

### II-1 - Des formes sémantiques familières

On observe ici un certain nombre de jeux rhétoriques. Mais, intervient encore l'incidence des clivages liés aux statuts des différents acteurs. Il en a été le cas par exemple lorsque la question posée a été de savoir comment les uns et les autres imaginent la personne qui s'occupe du fonctionnement opérationnel de cette vidéo-vigilance ?

Les médecins y voient un homme ou plusieurs personnes entourées de machines. Ce n'est pas une machine, mais une personne humaine avec un vrai rôle opérationnel. Selon eux, cette personne n'est pas loin de l'établissement, elle est dans la région, « à Paris ».

Elle occupe une fonction dont les contours sont suffisamment connus : « C'est comme la télé-régulation, de la permanence au SAMU, il y a un permanencier ». Mais surtout, cette personne présente des limites, qui sont autant de griefs à opposer :

- son implication vis-à-vis des établissements est minimale : « C'est un monsieur, il est calme mais désintéressé, il a de la distance, il envoie des rapports impersonnels ».
- Elle n'a aucune idée ou alors une idée très approximative des métiers à l'œuvre à l'intérieur des établissements : « Pour moi, ils ne connaissent que l'équipe de nuit, point. Ils ne connaissent pas le métier de médecin coordonnateur ».
- Elle a une idée erronée des résidents, s'appuyant uniquement sur leurs défaillances : « Il dit, ils sont vieux, fragiles. Il n'a pas envie de venir à l'EHPAD ».
- Elle est très systématique : « Il traite les alertes : ils tombent ou ils ne tombent pas. Il répond à la question ; elle déclenche les alertes et elle passe à autre chose ».
- Mais elle a une lecture très mécanique des incidents qu'elle traite : « C'est du data, ce qui arrive. C'est trop rationalisé, la personne n'a pas droit à l'erreur ».

Les résidents ont une vision totalement distanciée des personnes en charge de la vidéo-vigilance. *A priori*, il ne s'agit pas de personnes en particulier mais d'un système en réseau. Selon eux, c'est tout simplement un outil, un mécanisme, un peu à l'image d'une centrale de gestion. Ils y voient aussi une plateforme, totalement impersonnelle, bien loin des problématiques effectives des établissements. Elle est composée de personnes qui font des rapports et les classent ; c'est une société de télésurveillance. Et si toutefois on devait imaginer une intervention humaine, il ne s'agirait que de simples exécutants ou de simples assistants qui se réfèrent à des instructions, si jamais la situation devenait complexe. Et, en général, leur attitude est décrite comme fondamentalement désinvolte, voire cynique à l'endroit de ce qu'elles observent : « Il y a des bouquins qui parlent de ces choses. Des jeunots qui font des plaisanteries sur des vieilles personnes, par exemple qui se trouvent toutes nues dans un machin, etc. ».

Les aides-soignants ont du mal à visualiser qui opère derrière la vidéo-vigilance ; au mieux ils supputent des idées imprécises : « On ne sait pas qui s'en occupe ; je ne sais pas, je pense que c'est l'établissement qui a fait appel à une société de télésurveillance ; je pense que c'est la DRH ». Lorsqu'ils tentent de projeter des figures, ils retiennent principalement des images indéfinissables ou très souvent antagonistes. Ils décrivent ceux qui s'en occupent comme désagréables :

Parfois, on imagine que c'est une personne qui va prendre son temps pour vous expliquer s'il y a un problème ; on peut aussi imaginer que c'est une personne du type 'tu me casses les pieds et voilà, tu n'as que te démerder' ; c'est une personne qui vous dit, 'vous êtes des incapables'.

Ils les décrivent aussi comme cultivant une certaine forme d'exclusivisme, ou manifestant une certaine duplicité :

Elle n'est pas forcément dans un bureau, elle peut faire son travail partout et tout ; « on ne peut pas être dans la tête des autres. Elle pense : 'elles sont gentilles, toutes souriantes, ou alors elles sont chiantes'.

En tout cas, le mystère demeure, ce sont des personnes qui interrogent, bien que curieusement, elles puissent être impressionnées par ce que font les aides-soignants : « Elle pense qu'on fait du bon travail, un travail physique et puis c'est dur quand même. Elle nous voit, elle pense qu'elle-même ne peut pas faire ce travail ».

Les aidants proches ont une idée bien précise de la personne qui, selon eux, est derrière la vidéo-vigilance. Une idée peu glorieuse. Selon eux, il s'agit d'un technicien, bien loin de l'idée d'une quelconque empathie vis-à-vis des résidents. Ou pire, c'est clairement une personne prise par défaut, sans aucune spécialisation, ce qui lui permettrait d'interpréter les mouvements ou l'activité de tel résident dans tel cas de figure : « Tel que je connais l'esprit de nos concitoyens, on va mettre quelqu'un de seconde zone, on lui dit, tiens voilà un boulot, il va falloir faire ça et ça... ».

En d'autres termes, c'est une personne en décalage avec les exigences nécessaires pour comprendre la complexité d'un dispositif comme la vidéo-vigilance.

Au final, il en ressort une visualisation bien familière du dispositif, comme s'il n'était possible d'en parler que moyennant des formes sémantiques fortement culturalisées. La vidéo-vigilance est comme totalement référencée dans des imaginaires reconnaissables, qui ne surprennent pas. Et, à l'inverse de ce à quoi on aurait pu s'attendre, les points de résistances émis ne conduisent en aucun cas à une neutralisation référentielle.

Bien plus, il s'agit d'occasions supplémentaires pour augmenter encore un peu plus le champ de désignation, c'est-à-dire le champ des projections possibles qui décrivent ce dispositif en tant que désormais intégré dans la quotidienneté des EHPADs : c'est un dispositif technique ; c'est un dispositif instrumentalisé qui opère à la marge de l'établissement, souvent même en dehors ; c'est une plateforme systématique, qui traite des données ; c'est une spécialisation, c'est un alibi, etc.

Ces projections, nous pouvons l'établir désormais, opèrent au gré des scènes pratiques qui servent de points d'appui aux réactions des uns et des autres, des réactions non homogènes, même si elles ne sont pas incohérentes non plus. Il s'agit du même dispositif, à l'intérieur d'une même institution, des EHPADs sous la tutelle d'un même acteur, une caisse de retraite. En d'autres termes, s'il y avait à interroger ici un fait de signification, il porterait d'abord sur la nature même de ces scènes pratiques.

## II-2 - Les EHPADs, un espace hétéro-fonctionnel et une acceptabilité contrainte

La question revient à établir ce que nous aurions à induire très concrètement des EHPADs en tant que forme d'organisation. L'on observe d'emblée qu'il s'agit d'un espace hétérogène où opèrent diverses fonctions dont chacune ne coïncide que très peu avec les autres.

Les médecins coordonnateurs ont une fonction de régisseur, ou *a minima* de veille ; les aides-soignants occupent une fonction opérationnelle, garantir et contribuer au confort des résidents ; les résidents sont les habitants du lieu et les aidants proches n'ont d'autre relation qu'utilitaire avec l'EHPAD. Autrement dit, nous avons affaire à des fonctions purement thématiques, c'est-à-dire totalement disséminées, qui traduisent chacune une zone individuée d'intérêts. Dès lors, peu importe l'enjeu direct induit par l'avènement ou la présence de la vidéo-vigilance en tant que dispositif à l'adresse de l'EHPAD.

La question reste néanmoins celle de la part éthique par laquelle des acteurs ainsi définis en viennent à adhérer ou tout au moins à vivre la vidéo-vigilance comme acceptable. Procédons encore par illustration.

Un des griefs qui revient d'une part chez les médecins, d'autre part chez les aides-soignants est l'absence d'informations préalables sur le dispositif de vidéo-vigilance. L'on s'attendrait alors que, par sa nature partagée, un tel sujet induise au moins des convergences entre ces deux acteurs. Il n'en est rien. Pour les médecins, nous l'avons vu, le défaut d'informations sur la vidéo-vigilance traduit surtout l'absence consubstantielle de concertation des tutelles vis-à-vis des acteurs de terrain. Et pour les aides-soignants, regretter le défaut d'informations, nous l'avons vu aussi, c'est exprimer d'abord leur méfiance vis-à-vis d'une solution qui parvient en réalité à leur détriment : « est-ce que c'est une surveillance des salariés ? ou est-ce que c'est pour surveiller nos actions ? » soulignons-nous.

Il nous semble que c'est très précisément les fondements d'une telle absence de convergences entre acteurs au sein d'une même institution qu'il convient de questionner. Qu'en est-il exactement ?

Si, au final, le processus de l'acceptabilité de la vidéo-vigilance en EHPAD se résout ainsi, moyennant des réactions hétérogènes et non-convergentes, ces réactions ne sont en fait qu'un décalque des états ou des manières d'être primaires de ces acteurs en tant que position d'intérêt. La question serait, d'où vient que la vidéo-vigilance a été ainsi intégrée et acceptée sans délibération préalable ? La réponse est, parce que tel est en effet le mode d'être des EHPADs.

En tant qu'établissement spécialisé, les EHPADs se présentent surtout comme des institutions dotées d'une structure au sein desquelles se déploient des positions d'intérêt non convergentes. Il appartient à la caisse de retraite de ne surtout pas outrepasser ce mode d'être, c'est ce qui a été réalisé.

En administrant ainsi la vidéo-vigilance, la caisse de retraite n'a fait en réalité que régénérer les positions d'intérêt ainsi préalablement définies, c'est-à-dire dans leur non-convergence. Dès lors, si la question d'une éthique est à poser, elle ne peut l'être qu'en lien avec cette non-convergence. Ce n'est donc pas tant la présence ou l'avènement de la vidéo-vigilance en soi qui importe, ce qui est primordial, c'est la garantie que cette présence ou cet avènement aura en vue de maintenir aussi, c'est-à-dire en même temps, l'état de fait

primaire qui caractérise les manières d’être et les manières de faire de chacune des catégories d’acteurs au sein des EHPADs.

En tant qu’institution, pourrions-nous conclure, les EHPADs se présentent comme une forme d’organisation dans laquelle chaque acteur opère en fin de compte comme ayant d’abord le souci de justifier sa position d’intérêt. Simplement, prises ensemble, ces positions ne sont pas convergentes. C’est de ce point de vue que se pose la question éthique.

Nous en venons à une des dernières investigations opérées pour cerner encore mieux le lien établi en EHPAD, avec ce dispositif de vidéo-vigilance.

### III – Impacts sur les acteurs

La question est celle des incidences que la présence ou l’avènement de la vidéo-vigilance dans les établissements aurait sur la manière d’être des résidents et sur les appréciations que leurs proches auraient désormais des établissements ainsi dotés ; et du coup, il s’agit aussi de voir quels impacts cette transformation aurait sur la vision que les médecins et les aides-soignants auraient désormais de leur activité. Comme pour les autres points, les positions défendues sont ici aussi en extrême cohérence avec les différences d’appréciation de chacun des acteurs.

Pour les résidents, alors qu’on aurait pu s’attendre à un sentiment d’intrusion, la caméra occupant ostensiblement un espace dans leur périmètre de vie, pour ne pas dire dans leur champ de vision, au final, il n’en est rien. Au mieux, ils indiquent y avoir pensé dès les premiers moments de leur arrivée, ou lorsqu’on l’avait installé pour ceux qui étaient déjà présents.

Peut-être au départ. Je me posais des questions, notamment quand je mangeais. J’ai pris de l’embonpoint depuis que je suis là ; je me disais est-ce qu’ils vont dire que j’ai pris de l’embonpoint parce que je mange, c’est des choses qui me passaient part la tête. Maintenant, je vais manger un gâteau, ça ne me gêne pas de manger quelque chose vers 21h-22h, si je n’arrive pas à trouver le sommeil.

Quelquefois aussi, en général suite à une expérience, ils accordent, mais *a minima*, qu’elle pourrait être utile : « Moi, j’ai trouvé au départ que ce n’était pas nécessaire et maintenant depuis que je suis tombé au troisième étage, ça aurait pu être utile pour me relever, parce que j’ai eu du mal à me relever ».

Mais, de manière générale, dans leur totalité, ils affirment qu’une telle présence ne modifie en rien leur manière de vivre : « Je m’en passerai, je suis toujours en alerte pour savoir si je peux tomber ou pas. Ça ne me gêne pas que la caméra me surveille ».

Il y aurait à noter qu’une telle attitude pourrait être aussi bien le fait de différentes explications rationnelles :

- Parce que le cadre même de l’Ehpad leur paraît déjà suffisant pour leur sûreté : « Pour moi, je suis dans une maison médicalisée, c’est une sécurité ici. Si je suis malade, il y a des docteurs, on prend en charge. La caméra, c’est comme si elle n’était pas là ».
- Parce que la fonction dédiée à la vidéo-vigilance ne leur semble pas plus optimale que celle des autres dispositifs disponibles pour leur sécurité : « Ça ne modifie rien, parce que j’ai suffisamment d’éléments sécurisants par ailleurs, ça pour moi c’est superflu. J’en situe l’utilité là où je n’en ai pas besoin ».
- Parce que selon eux, leur état de validité ne nécessite pas l’intervention d’un tel dispositif : « Quand je suis arrivée, on m’a dit il y a ça et ça, c’est très bien, mais en fait l’alarme pour l’instant n’est pas utile, parce que j’estime que je suis très bien dans ma tête et j’ai du personnel qui m’assiste ».



- Parce que parfois ils estiment avoir d'autres urgences que le fait de penser qu'ils sont surveillés : « Elle ne me perturbe pas le quotidien. Il y a d'autres problèmes que celui-là, par exemple vendre ma maison... puis il faut vider ce qu'il y a dedans, il y a dix pièces à vider. Ça me fait mal au cœur ».

Bien plus, aucun ne milite à ce qu'on la retire, tout au contraire, ils savent même trouver les bonnes raisons pour la faire maintenir ;

- Parce que ça peut servir à d'autres personnes plus fragiles : « Pour moi c'est superflu, pour les autres personnes pas forcément. Vous avez des personnes dans les chambres, qui tombent, là c'est très utile ».
- Parce que ça reste quand même une prévision : « Je dis qu'elle est nécessaire obligatoirement, pour la nuit, s'il y a un incident, la journée, si un malade tombe de son lit, c'est important ».
- Parce qu'au final ce n'est pas vraiment gênant ; on n'y pense plus : « C'est comme si elle n'était pas là. Je fais ce que j'ai besoin de faire, sans m'apercevoir qu'elle était là ».

**Pour les aidants proches**, il s'agit d'entrée d'un dispositif positif, parce que fondamentalement rassurant et sécurisant, ce qui augmente d'autant leur sentiment de confiance aux établissements. Ceci est particulièrement renforcé chez les aidants dont les proches, au vu de leur état, n'ont pas conscience de la présence du dispositif :

J'imagine que la plupart des malades n'imaginent même pas qu'ils sont filmés en permanence. Je ne sais même pas s'ils parviennent à remarquer la présence de la caméra dans la chambre, je ne sais pas. Pour ma femme, je ne pense pas.

De manière générale, la connaissance qu'il existe un dispositif de vidéo-vigilance :

- les rend beaucoup plus sereins pour leur proche :  
Ça devrait apporter une certaine sécurité, sérénité. On sait très bien qu'une personne âgée peut tomber. C'est sécurisant de penser que les gens étant en permanence « surveillés », entre guillemets, il ne peut pas y avoir ce type de risque ;
- les conduit à accorder plus de crédit à l'organisation de l'établissement : « Pour nous les proches, ça apporte une relative confiance dans la bonne prise en compte des problèmes des malades » ;
- les conduit à percevoir l'établissement comme beaucoup plus sûr, en tant qu'espace réservé ... : « Ça permet de s'assurer que s'il y a une intrusion, ça permet de savoir » ;
- ... et en tant que lieu de veille pour leur proche : « Il y a des personnes dans l'établissement qui sont plus ou moins atteintes et qui se promènent dans les couloirs. Il y a 50 % de bénéfiques pour la sécurité de manière générale ».

**Pour les médecins**, l'impact de la vidéo-vigilance sur leur activité est évident.

- C'est un impact diagnostic, notamment l'assurance de valider des constats dès que nécessaire : « Je trouve que ça a un impact diagnostic. On peut regarder des images. Ils se réunissent et je demande à avoir à voir les images. Il y avait un résident qui tombait tout le temps ».

Elle peut aussi servir de recours pour lever des situations conflictuelles, autrement dit il peut jouer une fonction managériale.

- Par exemple en tant qu'attestation : « Une fois on a eu une famille qui a demandé expressément qu'on regarde les images ; on avait peur de ce qu'on allait voir » ;

- Par exemple aussi dans une visée de clarification ou de délibération : « Je souhaiterais que ça soit plus utilisé, que ça soit plus facile. Je sais par exemple que les directeurs l'ont utilisé par deux fois pour lever des soupçons de vol ».

Néanmoins, des médecins sont aussi conscients qu'il s'agit là d'une limite, car en général ceci n'est pas la fonction annoncée de la vidéo-vigilance. Du coup, certains n'en font pas usage.

Le problème c'est que nous, la vidéo-vigilance ne nous a jamais été présentée à visée diagnostic. En fait, c'est là, ça n'intervient pas dans mon management avec les équipes. » Mais bien évidemment certains regrettent que cela ne soit pas le cas. « Ça pourrait être un outil dans l'implication des personnels.

**Pour les soignants enfin**, l'impact de la vidéo-vigilance sur leur activité est clairement prégnant, à en croire que c'est la première évaluation qu'ils en font.

- Elle a un impact sur la lecture que les soignants ont du contrat de confiance qui les lie à leur hiérarchie. Ils se sentent surveillés et même espionnés : « Instantanément, on se dit on est espionné. On se dit on va faire gaffe, ne pas faire trop de bêtises ; ça fait un peu flicage » ;
- Elle a un impact sur l'organisation de leur activité, surtout que certains résidents décident d'en jouer : « Il y en a qui en jouent pour que si tu devais passer 30 minutes avec eux, tu en passes 1 heure. Ils font exprès. Parfois ça ne marche pas, tu te dis, je ne vais pas rester là pour assouvir ses caprices » ;
- elle a un impact sur les interactions construites entre les soignants et les résidents : « Il y a des personnes qui savent que ça filme et tout, elles vont en profiter, elles vont te pousser à bout et tu vas essayer de te calmer » ;
- et elle a aussi un impact sur les relations construites entre les soignants eux-mêmes : « C'est un moyen par rapport aux salariés aussi, c'est comme si on était fliqué, mais il faut parce qu'il peut y avoir des soucis avec des collègues tout ça et la caméra, ça peut aider ».

Cela dit, il y a à souligner néanmoins que ces sentiments de méfiance et de défiance ne sont pas pérennes. Les soignants finissent par ne plus faire attention avec le temps, ou parce qu'ils ont obtenu les raisons de sa présence : « Franchement au début quand je venais d'arriver, c'était chaud quand même [...] ça ne me gêne plus du moment où on comprend pourquoi c'est là ».

Mais il arrive aussi que ce soit du seul fait de leur self-control, rejetant l'impression de filiosité aux autres : « Franchement, je sais qu'il y a des caméras, je passe outre. Je veux rester comme je suis [...] Si ça gêne des salariés, c'est qu'elles ont quelque chose à se reprocher ».

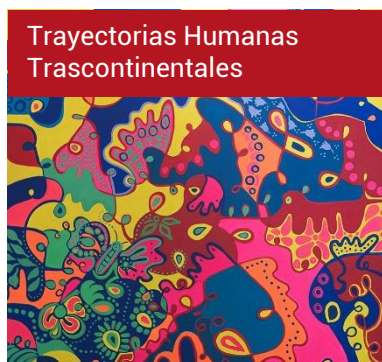
## Conclusion

Au final, nous avons ici surtout un corpus. Le choix de procéder par une observation de terrain, en portant le regard sur le quotidien effectif des EHPADs en tant que forme d'organisation, c'est-à-dire en révélant leur statut empirique, a l'avantage de prévoir, presque de prédire, le principe signifiant qui les organise quelle qu'en soit la variation. Pour nos EHPADs, nous l'avons vu, ce principe est dû au mode d'être de ces établissements, c'est-à-dire en tant qu'espace hétéro-fonctionnel. Il en est ainsi des jeux d'interactions qui y résident.

Pour chacun des acteurs, il s'agit d'abord de traduire sa zone d'intérêt, ce que nous avons défini comme une forme primaire. Nous avons tenté de montrer en quoi la part éthique structurante de l'acceptabilité de la vidéo-vigilance a foncièrement partie liée avec la régénération de cette forme primaire.

## Références

- Abélès, M. (1994). *Pour une anthropologie des mondes contemporains*. Paris, Aubier.
- \_\_\_\_\_ (1995). « Pour une anthropologie des institutions ». *In, L'Homme*, 1995, tome 35 n° 135. La formule canonique des mythes. pp. 65-85 ;  
[http://www.persee.fr/doc/hom\\_0439-4216\\_1995\\_num\\_35\\_135\\_369951](http://www.persee.fr/doc/hom_0439-4216_1995_num_35_135_369951)
- Courtés J. (1991). *Analyse sémiotique du discours – de l'énoncé à l'énonciation*. Paris, Hachette.
- Herzfeld, M. (1992). *The Social Production of Indifference*. Chicago, The University of Chicago Press.
- Piette A., (2009). *Anthropologie existantiale*. Paris, Pietra



## O refúgio e o acesso as políticas públicas de saúde no Brasil

**Karine Giuliano Soares**

Universidade Católica Dom Bosco – UCDB  
Curso de Graduação em Enfermagem  
Grupo de Estudo em Teoria Sócio histórica, Migração e Gênero  
Campo Grande – MS - Brasil

karinegiuliano@gmail.com

**Francisca Bezerra de Souza**

Universidade Católica Dom Bosco – UCDB  
Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia –  
PPGpsi  
Grupo de Estudo em Teoria Sócio histórica, Migração e Gênero  
Campo Grande – MS - Brasil

bezerra.fran@gmail.com

---

URL : <https://www.unilim.fr/trahs/1234>

DOI : 10.25965/trahs.1234

Licence : CC BY-NC-ND 4.0 International

---

Este artigo apresenta o resultado de um estudo que se insere no Programa de Iniciação Científica, do ciclo de 2017-2018 da Universidade Católica Dom Bosco – UCDB, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, cujo objetivo é investigar a questão do acesso à política pública de saúde, de pessoas em condição de refúgio e refugiados no Brasil. Inúmeros refugiados deixam seu país de origem devido a guerras e conflitos e vão em busca de proteção e condições de sobrevivência, e nesse contexto, necessitam de acolhimento adequado, principalmente no que diz respeito à saúde. Este estudo é de cunho qualitativo e foi desenvolvido por meio de pesquisas em sites oficiais de busca, notícias e livros que tratam sobre o tema, no site do ACNUR e CONARE e também de entrevistas de pesquisa de doutorado que está sendo realizada pela Orientadora do PIBIC (2017-2018) sobre a temática do refúgio, na mesma instituição, com o objetivo de compreender como ocorre o acesso de refugiados à saúde, no Brasil. Os resultados revelam que as políticas públicas de saúde no país ainda se mostram incipientes, tendo em vista não garantem o atendimento das pessoas que dele necessitam. Espera-se, com este estudo, levantar elementos que deem subsídio para a melhoria, na forma de sugestões e de ações, dos serviços oferecidos às pessoas em condição de refúgio, visando ao acolhimento, atendimento e encaminhamento delas na rede de saúde pública e à capacitação dos profissionais que aí atuam.

Palavras-chave: refugiados, saúde, Sistema Único de Saúde

Cet article présente les résultats de l'étude insérée dans le programme d'initiation scientifique 2017-2018, de l'Université Catholique Dom Bosco – UCDB, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brésil. L'accès à la politique de santé publique pour les personnes en conditions de refuge et les réfugiés au Brésil y est étudié. De nombreux réfugiés quittent leur pays d'origine à cause de la guerre et des conflits, à la recherche de protection et de meilleures conditions d'existence. Ce contexte fait qu'ils ont besoin de soins appropriés. Ce travail, qualitatif, a été réalisé à partir d'une revue de littérature sur le sujet, de recherches sur le site du HCR et de CONARE et d'entretiens effectués par la responsable du PIBIC (2017-2018) – doctorante - sur le thème du refuge, dans cette même institution. L'objectif étant de comprendre et d'analyser l'accès des réfugiés à la santé, au Brésil. Les résultats indiquent que les politiques de santé publique, pour ce qui les concerne, sont à peine abordées et, lorsqu'elles le sont, elles sont loin de garantir un accès suffisant. Grâce

à cette étude, les auteures espèrent mettre en avant des éléments susceptibles d'améliorer l'accès aux soins de santé des personnes en condition de réfugiés pour ce qui est de leur l'accueil, des soins qui leur sont apportés, de leur inclusion dans le système de santé publique et la formation des professionnels qui en ont la charge.

Mots-clés : réfugiés, santé, Système de Santé Unique

El presente artículo tiene por objetivo presentar el resultado del estudio que está inserto en el Programa de Iniciación Científica del ciclo de 2017-2018 de la Universidad Católica Don Bosco – UCDB, Campo Grande, Mato Grosso del Sur, Brasil, y tiene por objetivo investigar cómo ocurre el acceso a la política pública de salud por las personas en condición de refugio y refugiados en Brasil. Numerosos refugiados dejan su país de origen debido a guerras y conflictos en busca de protección y condiciones de supervivencia y necesitan de acogida adecuada, principalmente en la cuestión de la salud. Este estudio es de cuño cualitativo y fue realizado por medio de investigación bibliográfica en sitios oficiales, de noticias y libros sobre el tema, en el sitio de ACNUR y CONARE y también de entrevistas de investigación de doctorado que está siendo realizada por la Orientadora del PIBIC (2017-2018) sobre la temática del refugio, en la misma institución, con el objetivo de comprender como ocurre el acceso de refugiados a la salud, en Brasil. Desafortunadamente, los resultados obtenidos indican que las políticas públicas de salud en Brasil en lo que se refiere al acceso, aún es incipiente, pues no garantiza adecuadamente la atención de esas personas, cuando lo necesitan. Se espera con ese estudio, levantar elementos sobre cómo ocurre el acceso a la salud de personas en la condición de refugio y refugiadas en Brasil, de forma que se pueda aportar sugerencias para la mejora de los servicios ofrecidos por la política pública de salud, señalando la necesidad facilitar el acceso, la acogida y atención en la red de salud pública y, además, la capacitación de sus profesionales.

Palabras clave: refugiados, salud, Sistema Único de Salud

This article presents the results of the study about a scientific initiation program (2017-2018) of Catholic university Dom Bosco. UCDB, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brazil, The aim was to investigate the question about the access to the public policy of health of refugees or in refugee conditions in Brasil. A lot of refugees leave their homeland due to wars and conflicts and seek a better condition of surviving protection, and in this context, they need all the healthcare provision. This study is qualitative and was developed with research official websites, news and books about this theme, on the website of UNHCR and CONARE and also from doctoral research interviews which is being carried out by the Advisor of PIBIC (2017-2018) on the refuge theme, in the same institution, with the objective of understanding how refugee access to health occurs in Brazil. The results show that the public policy of health are still a beginner because when people need care is very difficult to have. It is expected that this study can offer subsidies to improve the healthcare provided to people in refugee conditions whit focus on their embracing, attendance and sending on the public health and the refinement of professionals who perform in this area.

Keywords: refugees, health, Single Health System

## Introdução

O presente artigo descreve o resultado do estudo desenvolvido no Programa de Iniciação Científica, do ciclo de 2017-2018 da Universidade Católica Dom Bosco – UCDB, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, e tem por objetivo investigar como ocorre o acesso à política pública de saúde pelas pessoas em condição de refúgio e refugiados no Brasil.

Ressalta-se que para cumprir seu objetivo no processo de formação, este trabalho foi apresentado no primeiro Ciclo do PIBIC/2017/2019, por meio de Relatório, e será aprofundado no próximo Ciclo PIBIC 2018/2019, em complementação do Curso de Enfermagem da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil.

O mundo tem passado por grandes transformações decorrentes de processos provenientes da globalização, de conflitos localizados, desastres ambientais entre outros, levando muitos indivíduos a deixarem seus países de origem em busca de melhor condição de vida. Dentre os diversos fatores causadores dessa evasão pode-se mencionar as grandes perseguições por intolerância religiosa, racial, de nacionalidade, conflitos armados, violência, razões políticas e outros. É nesse contexto que se inserem os refugiados, que fogem de seus países devido a guerras e conflitos armados, em busca de proteção e condições de sobrevivência.

O Brasil tem se destacado como país de acolhimento de migrantes de diversas nacionalidades, como os sírios, haitianos, venezuelanos, entre outros, como afirma o Ministro do Trabalho Ronaldo Nogueira, segundo nota publicada pelo Ministério do Trabalho e Emprego: "A orientação política estabelecida no Brasil é do acolhimento humanitário a imigrantes que chegam ao país, sobretudo aqueles em situação de extrema precariedade, como nos casos de haitianos, venezuelanos e sírios". (DANTAS, 2017). Também tem recebido relativo número de refugiados, número que vem crescendo a cada ano; portanto, é urgente que se criem e desenvolvam políticas públicas para as pessoas que estejam na condição de refúgio e refugiadas, a fim de que elas tenham acesso ao trabalho, assistência social, saúde e, dessa forma, sintam-se amparadas e em condições de retomarem suas vidas.

É importante ressaltar que o país é signatário dos termos contidos na Convenção de 1951, construída especificamente para atender as pessoas refugiadas, assim como a Lei 9.747/97, que amplia o conceito de refugiado pelo viés da proteção e garantia dos Direitos Humanos, e assim conceitua a pessoa na condição de refúgio:

Será reconhecido como refugiado todo indivíduo que: I - devido a fundados temores de perseguição por motivos de raça, religião, nacionalidade, grupo social ou opiniões políticas encontre-se fora de seu país de nacionalidade e não possa ou não queira acolher-se à proteção de tal país. II - não tendo nacionalidade e estado for ado país onde antes teve sua residência habitual, não possa ou não queira regressar a ele, em função das circunstâncias descritas no inciso anterior; III - devido a grave e generalizada violação de direitos humanos, é obrigado a deixar seu país de nacionalidade para buscar refúgio em outro país. (Lei 9.747, 1997).

No ano de 2017 entrou em vigor a Nova Lei da Migração (Lei n. 13.445, de 24 de maio de 2017). Essa lei permite que se faça uma identificação dos migrantes, independentemente de sua nacionalidade, permitindo, ainda, que o mesmo seja reconhecido como um cidadão de direitos preservados. Esse dispositivo cuida, também, dos brasileiros que foram viver no exterior. Segundo uma matéria publicada no site do Jornal Brasil de Fato (2017), afirma-se que o projeto não chega a ser unanimidade entre as organizações da sociedade civil engajadas na questão migratória, mas a percepção geral é de que a proposta aprovada já é muito melhor do que o Estatuto em vigor, e é fruto de um consenso obtido ao longo de muitos debates e negociações com entidades, políticos e outros atores. Por isso, a aprovação da lei é considerada uma grande vitória dos migrantes residentes no Brasil e da sociedade civil.

A lei da migração foi elaborada ao longo de vários anos sob forte pressão de certa parcela da sociedade civil que atende migrantes, refugiados e apátridas que entram no país. A lei foi aprovada em maio de 2017, sendo considerada, pelos especialistas e estudiosos da área, inovadora, caracterizando um grande passo à frente em relação ao Estatuto do Estrangeiro. O documento prevê o combate à discriminação, ao preconceito e apregoa a igualdade de direito aos migrantes, refugiados e apátridas, proporcionando maior segurança a essas pessoas no âmbito nacional e a criação de princípios e diretrizes voltados às questões de políticas públicas.

Dessa forma, a lei promove, a migrantes, refugiados e apátridas uma nova abordagem, contrária a do Estatuto do Estrangeiro (1997), como diz matéria publicada no site do Migramundo (2017), pois “dá maior importância aos direitos das pessoas migrantes e reconhece as heterogêneas expressões da mobilidade humana”, além de alternativas para que retornem aos seus países de origem, quando a situação que provocou a saída tenha sido resolvida. Essa Lei defende a preservação dos direitos humanos dessas pessoas e a garantia de preservação da saúde física e mental de migrantes, refugiados e apátridas.

O Brasil, para atender às questões de saúde pública, tem a Lei de nº 8.080/90, também conhecida como a Lei Orgânica de Saúde, que foi estabelecida no dia 19 de setembro de 1990. Essa Lei fornece as diretrizes que normatizam o funcionamento e organização do Sistema Único de Saúde – SUS, um sistema que resultou, também, da luta de organismos da sociedade civil por meio de movimentos pela reforma sanitária e sua institucionalização após a promulgação da Constituição Federal de 1988. A concepção de um Sistema Único de Saúde é considerada como um dos maiores avanços na luta pela construção de um país justo e com menos desigualdade, pois se pauta em princípios fundamentais como: Universalidade, Integralidade, Preservação da autonomia e Igualdade (BRASIL, 1990).

De acordo com a Lei 8.080/1990, a saúde é um direito de todos e dever do Estado, mas, ainda nos dias atuais, existe uma dificuldade de se reconhecer que pessoas na condição de refúgio e refugiados têm esse direito, conforme preconizado na legislação. Tal fato dificulta que se integrem no meio social e comunitário; além disso, há que se considerar que, ao saírem de seu país, essas pessoas precisam de proteção, uma vez que vivenciam momentos de muitas dificuldades que geram adoecimento físico e mental. Entretanto, ao buscarem atendimento na rede de saúde, deparam-se com a falta de preparo e com atitudes que ferem os princípios da lei.

Desse modo, algumas ações deveriam ser estudadas e implantadas, no sentido de se preparar a sociedade e capacitar os profissionais da área da saúde para um atendimento adequado, aos refugiados, desenvolvendo ou aperfeiçoando programas que lhes propiciem oportunidade de inserção efetiva nos programas da saúde, trazendo benefícios que atendam às necessidades dessa população, independentemente de suas origens ou condição social e financeira, haja vista a universalidade que caracteriza a saúde.

Os refugiados que vêm para o Brasil estão em busca de proteção e condições de sobrevivência, enxergam, no país, a esperança que já não viam mais no local de origem, pois viviam em situações de conflito e guerras. Desejam uma vida com seus direitos respeitados, que possam escolher, expressar suas opiniões, tomar suas próprias decisões, enfim, viver a sua própria vida, ser livre e com saúde. É de importância que se procure avançar nas discussões de políticas que busquem acolher, atender e encaminhar esses refugiados, garantindo seus direitos como qualquer cidadão, como afirma Silva (2012: 11): “É necessário refletir a respeito de assuntos como discriminação, intolerância, direitos humanos e segurança; todos conexos com o fenômeno das migrações forçadas e dos refugiados.”

A temática requer discussão, uma vez que, conforme se constata pelos meios de comunicação, a cada ano cresce o número de refugiados, o que torna de extrema importância que se busquem formas de garantir o direito à proteção dessas pessoas e a preservação da dignidade humana delas. Embora pesquisa do IPEA (2017), afirme que: “O Brasil não tem se caracterizado como país de destino preferencial de refugiados, o que fica

evidente pela media de 180 solicitacoes de refugio deferidas por ano, entre 1998 e 2011”, esta realidade vem se atlerando desde de 2012, revela a mesma pesquisa:

a partir de 2012, contudo, este numero subiu exponencialmente em virtude do expressivo fluxo de sirios que deixaram seu pais em decorrência da guerra civil. chega-se, assim, em fevereiro de 2015, a um total de 7.662 deferimentos concedidos a pessoas de 81 nacionalidades, numero significativamente inferior ao de outros paises da regio – correspondendo a 2,1% da população refugiada na america latina e no caribe. registre-se, entretanto, que, em julho de 2016, tramitavam 25 mil solicitacoes de refugio no comite nacional para os refugiados (conare), afora a estimativa da existencia de cerca de 30 mil haitianos residindo no brasil. (lima, 2017: 191).

Da reflexão acerca do tema, o acesso à saúde de pessoas na condição de refúgio e refugiados, propõe-se o seguinte problema de pesquisa: Como se tem realizado o atendimento aos refugiados, no Sistema Único de Saúde (SUS), no estado de Mato Grosso do Sul?

A escolha do tema justifica-se e revela-se importante do ponto de vista pessoal, acadêmico e social, uma vez que poderá agregar conhecimentos, no processo de formação na área da enfermagem, por meio da compreensão das questões que surgem dessa mobilidade de pessoas, sobretudo, de pessoas na condição de solicitante de refúgio e/ou refugiadas que poderão acessar os serviços de saúde no Brasil e em Mato Grosso do Sul, com a dignidade prevista pela legislação.

## Metologia

O estudo é de cunho qualitativo, tendo em vista seu objetivo de compreender as formas de acesso à saúde, dessa população. Segundo Minayo (2012: 9), “A análise qualitativa de um objeto de investigação concretiza a possibilidade de construção de conhecimento e possui todos os requisitos e instrumentos para ser considerada e valorizada como um construto científico.”

A pesquisa se caracterizou pela revisão bibliográfica em publicações científicas disponíveis em sites oficiais de busca *online* via internet, em trabalhos, artigos e livros que tratam sobre a questão de saúde dos refugiados, a partir das palavras e expressões chave: acesso à saúde, refugiados, saúde. Os dados coletados foram organizados de modo a que, em momento posterior, fossem analisados com vistas a se alcançar o objetivo proposto.

Este estudo, então, caracteriza-se como uma pesquisa bibliográfica. Para Fonseca (2002: 32). A pesquisa bibliográfica é feita a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas, e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos, páginas de web sites. Qualquer trabalho científico inicia-se com uma pesquisa bibliográfica, que permite ao pesquisador conhecer o que já se estudou sobre o assunto. Existem, porém, pesquisas científicas que se baseiam unicamente na pesquisa bibliográfica, procurando referências teóricas publicadas com o objetivo de recolher informações ou conhecimentos prévios sobre o problema a respeito do qual se procura a resposta.

O estudo se desenvolveu com base em informações acerca da inserção de pessoas em condição de refúgio no Brasil, a fim de se levantarem elementos referentes ao processo de acolhimento e encaminhamento à saúde desse grupo de pessoas. Buscaram-se, ainda, informações junto ao Comitê Estadual para Migrantes, Refugiados e Apátridas (CERMA/MS), a fim de se verificar como ocorre o acolhimento dessas pessoas, especificamente na política pública de saúde via Sistema Único de Saúde (SUS).

Utilizou-se também, de entrevistas realizadas pela Orientadora/Doutoranda do Programa de Pós Graduação Mestrado e Doutorado em Psicologia – Área de Concentração: Psicologia



da Saúde, de pesquisa em andamento(2016/2020), sobre o processo de acolhimento de refugiados em Mato Grosso do Sul, Brasil.

## Resultados e discussão

De acordo com a Organização Mundial de Saúde – OMS (1948), conceitua-se “saúde” como o estado completo de bem-estar físico, mental e social. Assim, pode-se entender que a saúde transcende a ideia da simples ausência de uma ou várias doenças no organismo humano.

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CF), considerada Constituição Cidadã, defende que a saúde é direito de todos, um direito que foi instituído também por meio da Lei n° 8.080/1990, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), “que estabelece as ações e os serviços públicos de saúde para atender de forma universal todos os cidadãos”. O acesso à saúde é um direito individual e indispensável, destacado no art. 196 da CF/1988:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação.

O estilo de vida e as condições em que vive uma pessoa podem contribuir positiva ou negativamente para o estado dela; assim, se a pessoa possui hábitos e condições de vidas saudáveis, orientada por profissionais da saúde, poderá ter a garantia de uma vida saudável.

Veja-se como Borges, Jibrim e Barros (2015: 187) descrevem a situação que o refugiado comumente enfrenta:

O sujeito em deslocamento, quando confrontado com situações adversas e com a diferença – alteridade –, pode enfrentá-las com dificuldade e padecer de diferentes tipos de sofrimento, devido à dificuldade e, por vezes, ausência de comunicação entre o mundo interno – mundo psíquico – e externo – ambiente cultural no qual esse sujeito se constituiu.

Como se pode notar, a mobilidade forçada dos refugiados os leva a enfrentar variados tipos de situações que desencadeiam problemas físicos, sociais e mentais.

Borges (2013: s.p.) menciona outro agravante: “O refugiado se sente totalmente perdido ao não compreender a língua, os comportamentos, os documentos que deve preencher. É tomado por ansiedade. Na medida em que a ansiedade cresce, aumenta a desorganização e a imobilidade do sujeito.”

Levando-se em conta essas e outras adversidades que os refugiados têm de enfrentar quando aqui chegam, o SUS e toda a rede pública de atendimento à saúde deveriam estar preparados para atender de forma justa e igualitária todas as pessoas que necessitem de seus serviços, como é o caso, em especial, dos refugiados, objeto desta pesquisa. Considerando inclusive, os princípios doutrinários do SUS de universalidade, equidade e integralidade, como um conceito ampliado de saúde, garantindo o acesso a todas as pessoas humanas. (Lei n. 8.080/1990).

Esse público em análise, geralmente é vítima de muitos traumas, no decorrer das jornadas que empreendem, no processo de mobilidade e de inserção no país acolhedor. Grande parte das vezes, os sujeitos desenvolvem problemas psicológicos gerados por uma gama de situações como a insônia, as precárias condições de sustento, as lembranças dos fatos ocorridos no passado, tudo isso em prejuízo da saúde.

A problemática aumenta quando as adversidades sociais se tornam evidentes, ou seja, quando a discriminação, a sensação de negação do sentimento de pertencimento ao lugar em que fez morada ganha destaque, fatores que podem gerar conflitos sociais e emocionais, adoecimento, dentre outras questões de saúde. Nesse sentido, Borges (2013: s.p.) faz estas pertinentes considerações:

A vida cotidiana de todos nós é imbuída de rituais, que definem o modo como atuamos na sociedade: a hora de chegar e partir, a forma de cumprimentar, o que é permitido ou não etc. Partilhamos uma série de significados que orientam nossa vida em sociedade”, explica. É por isso que não podemos dizer para nossos usuários: ‘você tem que entender que agora está aqui e que aqui as coisas funcionam desse jeito’. O processo de adaptação e inserção em outro contexto cultural pode levar muito tempo.

No entanto, mesmo com todos os direitos assegurados pela Carta Magna, e amparados pelos princípios norteadores contidos no SUS, “universalidade, integralidade e equidade”, as pessoas em condição de refúgio enfrentam muitas dificuldades, pois desconhecem os procedimentos de acesso à saúde e, mesmo quando são devidamente informadas, o medo de exposição, discriminação e violência são impactantes; junte-se a isso a fragilidade do domínio da língua, que desfavorece a comunicação eficaz e o acesso às questões culturais em relação à saúde e fatores sociais.

Devido ao contingente de pessoas que solicitam refúgio no Brasil, houve a necessidade de se promoverem estudos e de se criarem serviços de acolhimento, atendimento e encaminhamento para as políticas públicas existentes no país, dentre elas a da saúde, em virtude do grau de adoecimento que atinge as pessoas nessas condições de mobilidade.

De acordo com Milesi e Carlet (2015), em matéria publicada no site do Instituto de Migrações e Direitos Humanos (IMDH), existe, atualmente, o Centro de Referência para a Saúde dos Refugiados, que foi inserido no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro, afim de capacitar os profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS) para dar atendimento a esses refugiados de forma adequada.

Muitas vezes, o refugiado deixa seu país de origem contra sua vontade, que é o caso de quando o país enfrenta guerras, conflitos e sua vida, e de sua família, encontram-se em risco. Desse modo, ele deixa tudo o que conquistou para trás, tornando-se mais vulnerável e abalado, precisando de todo suporte e apoio necessário, como o acolhimento da parte de profissionais capacitados para auxiliarem na superação dos abalos na saúde desse refugiado.

Ressalta-se que a proteção dos refugiados teve início no começo do século XX, após a Agência da Organização das Nações Unidas (ONU) nomear o Alto Comissário para Refugiados, pela Liga das Nações (ACNUR, 2017), ao longo desse tempo, outros organismos vêm sendo criados para atender à demanda dentro de cada contexto sócio histórico.

Após a Segunda Guerra Mundial, em 1950, em uma das Conferências que ocorrem no âmbito das Nações Unidas, foi ratificada a Convenção das Nações Unidas sobre o Estatuto dos Refugiados, marco regulatório que entrou em vigor em 1954, por meio da resolução 429. Para Jubilut (2007: 27):

O refúgio pode ser entendido como sendo uma vertente do Direito Internacional dos Direitos Humanos, que surgiu após a Segunda Guerra Mundial como uma das maiores preocupações da comunidade internacional e, por consequência, da ONU, uma vez que sua principal função é fornecer garantias mínimas de sobrevivência à espécie humana, por meio da assecuração de direitos essenciais ao homem, considerando-se que a essência de todos os seres humanos é igual, independentemente de sua origem cultural ou nacional.

A partir daí, deu-se a aprovação da criação do Estatuto do Escritório do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR) que, embora tenha sido criado em caráter provisório, até os dias atuais é o responsável pela condução das questões ligadas ao refúgio no mundo, com escritório no Brasil. (ACNUR, 2017)

Segundo os dados divulgados pelo Comitê Nacional para os Refugiados (CONARE) em seu relatório sobre "Refúgio em Números", no ano de 2017, o Brasil recebeu cerca de 10.145 refugiados de diferentes nacionalidades até o final do ano de 2017. Porém, 5.134 dessas pessoas são registradas no país e estão localizadas em maior quantidade em cidades como São Paulo (52%), Rio de Janeiro (17%) e Paraná (8%); 35% dessas pessoas são originárias da Síria, com faixa etária predominante de 30 a 59 anos.

Assim, o país assumiu um compromisso internacional de prestar proteção aos refugiados desde o pós-guerra. A exemplo de outros países, possui, em Brasília, um escritório do Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados que é responsável pela proteção internacional aos refugiados, desde quando assinou a Convenção de 1951 e o protocolo de 1967.

A Declaração de Genebra de 1951, embora previsse, em seu texto, limitação de tempo para a pessoa ser atendida como refugiada, em decorrência de várias violações aos Direitos Humanos, ocorridas, principalmente, em países Africanos e na América Central, houve significativa modificação no conceito de refugiado. A Convenção da Organização da Unidade Africana (1969) e a Declaração de Cartagena sobre Refugiados (1984) incorporaram, também, como pessoas em situação de refúgio

Todo o indivíduo que tenha fugido de seu país porque sua vida, segurança e liberdade tenham sido ameaçadas por violência generalizada, agressão estrangeira, conflitos internos, violação massiva dos direitos humanos ou outras circunstâncias que tenham perturbado gravemente a ordem pública. (Declaração da Cartágena, 1984).

O Brasil, desde 1948, com a formação da Comissão Mista Brasil – Comitê Intergovernamental para Refugiados (OIR), passou a receber cotas de refugiados da guerra, no entanto, foi em 1960 que o país aderiu ao ACNUR e à Convenção de Genebra de 1951, contudo, optou pela cláusula da reserva geográfica<sup>82</sup>. Além disso, o país deixou de atender dois artigos da Convenção (15 e 17) e não reconhecia o direito de “associação e de emprego remunerado ao refugiado” (Sprandel & Milesi, 2003: 118), o que só foi revertido quando o Brasil aderiu ao Protocolo de 1967, embora ainda mantivesse a reserva geográfica.

A Lei nº 9.474/97 definiu mecanismos para a implementação do Estatuto do Refugiados de 1951, segundo Sprandel e Milesi (2003: 126): “o Brasil passou a ter uma das mais modernas legislações sobre refúgio no mundo”. Desse modo, houve a ampliação do conceito de refugiado da Convenção de Genebra: “considerando também refugiado todo o indivíduo que é obrigado a deixar seu país de nacionalidade por causa de violação grave e generalizada de direitos humanos que o force a buscar abrigo em outro país” e estende esses direitos a “cônjuge, aos ascendentes e descendentes, assim como aos demais membros do grupo familiar que do refugiado dependem economicamente, desse que se encontrem em território nacional” (Sprandel & Milesi, 2003: 126).

Essa mesma Lei criou o Comitê Nacional para os Refugiados – CONARE, órgão de deliberação coletiva<sup>83</sup> com sede em Brasília, que tem por finalidade, em primeira instância,

analisar o pedido sobre o reconhecimento da condição de refugiado; decidir a cessação ‘ex officio’ ou, mediante requerimento das autoridades competentes, da condição de refugiado; determinar a perda da condição de refugiado; orientar e coordenar as ações necessárias à eficácia da proteção, assistência, integração local e apoio jurídico aos refugiados, com a participação dos Ministérios e instituições que compõem o CONARE e aprovar instruções normativas que possibilitem a execução da Lei nº 9.747/97. (Sprandel & Milesi, 2003: 127)

A Constituição Federal de 1988 é considerada um marco avançado, em relação às questões do refúgio no Brasil, pois adotou, como um dos princípios, a cidadania e a dignidade da pessoa humana, quando determina: “[...] os brasileiros e os estrangeiros residentes no

---

82 De acordo com essa cláusula o país só reconhecia como refugiadas pessoas que reunissem os requisitos próprios para se configurar em condição de refugiado somente em consequência de “acontecimentos ocorridos antes de 1º de janeiro de 1951 na Europa (Sprandel & Milesi, 2003: 118).

83 CONARE é composto pelo Ministério da Justiça (presidente), Ministério das Relações Exteriores, (vice presidente), Ministério do Trabalho e do Emprego, Ministério da Saúde, Ministério da Educação e do Desporto, Departamento da Política Federal e uma entidade que preste assistência e proteção à refugiados no país. (Sprandel & Milesi, 2003:127).

Brasil terão tratamento igualitário, e lhes serão assegurados todos os direitos que a própria Constituição proclama” (Constituição Federal, 1988), e avançou um pouco mais com a Lei de 1997, que implementa o Estatuto dos Refugiados e cria o CONARE. A partir de então, o País passou a conceder documentos de trabalho e implantou políticas públicas que visam à integração dos refugiados. (Tannuri, 2010).

Lafer (1988), ao analisar o que diz Hannah Arendt sobre sua própria condição de vida como refugiada, comenta que “o conceito de refugiado como elemento de uma nova consciência, . . . que os Estados liberais e as instituições internacionais eram incapazes de ajudar e proteger efetivamente todos os refugiados produzidos naquele período histórico.” O autor acrescenta que se dava, a esse sujeito reconhecido como refugiado, um *status* de “refugio da terra” ou de “indesejável”; a perda da proteção do Estado gera um sentido equivalente a ser expulso da humanidade. (Lafer, 1988:147).

Em outras palavras, o refugiado, diferente do migrante voluntário, não planeja sua partida e também não planeja a transição entre o país de origem e o país de acolhida e, em consequência de não ter realizado essas etapas do processo de refúgio, também não se projetou nesse novo lugar de forma que pudesse antecipar possíveis situações de dificuldade a serem enfrentadas, segundo Borges (2013:s.p.), isso “implica em um impacto sobre a saúde mental dos refugiados!”.

O Estado de Mato Grosso do Sul tem se constituído como destino para refugiados, embora seja um estado geograficamente próximo a duas fronteiras, Paraguai e Bolívia, fato que favorece a que os refugiados que adentram essas fronteiras façam do estado apenas um ponto de passagem, visto que Mato Grosso do Sul tem a economia voltada para o agronegócio, não possui grandes indústrias e, por essa razão, oferece poucas oportunidades de trabalho. Em decorrência desse fato, as pessoas na condição de refúgio ou refugiadas seguem em busca dos grandes centros nos quais consigam outras oportunidades de trabalho, embora, ainda assim, permaneçam no estado, os refugiados que possuem relações pessoais e de amizade que os ajudam a se adaptar e sobreviver.

Um fator que pode contribuir para que o refugiado possua barreiras na hora de conseguir um emprego é a questão da língua; dessa forma, afim de diminuir essa barreira na vida dos refugiados, já existem movimentações voltadas para melhoriasem relação a esse aspecto. Segundo a Secretaria de Estado de Direitos Humanos, Assistência Social (2017):

Ainda na tentativa de minimizar o sofrimento dessas pessoas longe de sua terra natal, a Sedhast em parceria com a Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS), disponibiliza o curso de língua portuguesa para estrangeiros, por meio do Núcleo de Ensino e Pesquisa em Português para Estrangeiros (NEPPE/UEMS), coordenado pelo professor doutor João Fábio Sanches, do curso de Letras da UEMS. O objetivo é ajudar os estrangeiros que necessitem aprender a língua portuguesa para melhor se inserirem na sociedade e no mercado de trabalho.

Dessa forma, o estado de Mato Grosso do Sul busca maneiras de melhorar as condições de vida dos refugiados. Porém, as pessoas na condição de refúgio e refugiados passam pelo estado e vão em direção, por exemplo, a São Paulo, Rio de Janeiro e Brasília, em busca de oportunidades de trabalho.

Mato Grosso do Sul, via Secretaria Estadual de Assistência Social e Direitos Humanos (SEDHAST), por meio de sua Superintendência de Assistência Social e Direitos Humanos, após processo de mobilização junto a parlamentares, sociedade civil e universidades, criou o Comitê Estadual para Refugiados, Migrantes e Apátridas no Estado de Mato Grosso do Sul (CERMA-MS), oficializado no dia 13 de setembro de 2016, no Diário Oficial do Estado de Mato Grosso do Sul, com a publicação do Decreto nº 14.558. O objetivo foi criar uma sistemática de acolhimento a essas pessoas que chegam ao estado em busca de refúgio.

Essa mobilidade, no âmbito estadual, ocorre, principalmente, pelas fronteiras do Brasil com o Paraguai (Pero Juan Caballero-Ponta Porã) e Bolívia (Puerto Quijarro-Corumbá), como afirma em entrevista ao Dourados News o pesquisador César Augusto da Silva: “Isso acontece por conta da fronteira ‘seca’ e eles normalmente entram pelas cidades de

Corumbá e Ponta”. (SILVA, 2018). A maioria dos refugiados que chegam ao estado são de países africanos, países que estejam passando por conflitos armados como Iraque e Síria e, mais recentemente, os Venezuelanos, devido à crise econômica e política pela qual vêm passando os países do Mercosul.

Outro potencial destino para pessoas na condição de refúgio e refugiadas, ainda dentro do Centro-Oeste, é Brasília, conforme mencionado por Silva (2018: s.p.):

O Centro Oeste está em uma região intermediária atrás da região sudeste e da região sul em pessoas estrangeiras que potencialmente podem ser refugiados, pois nessa região temos o grande ponto de concentração que é Brasília, onde ficam os poderes da República e o órgão brasileiro que decide quem é refugiado ou não do ponto de vista jurídico e administrativo. Lá também existe uma ONG (Organização Não Governamental) e o IMDH (Instituto de Migrações de Direitos Humanos) que auxilia a ONU no Brasil a receber, identificar os refugiados e assim muitos deles migram para Brasília que é ponto em que podem obter esse auxílio. Em todo o Centro-Oeste, Mato Grosso do Sul ainda é uma região de passagem, mas está diminuindo esse papel.

De acordo com Abreu (2018), em matéria publicada no Jornal Correio do Estado, o estado de Mato Grosso do Sul, foi um dos estados designados pelo Governo Federal para receber os venezuelanos, devendo, desse modo, preparar-se para a chegada e acolhimento dessas pessoas que estão vindo de Roraima.

Ressalta-se a presença e funcionamento, no estado de Mato Grosso do Sul, do CERMA - MS, um Comitê Estadual para Refugiados, Migrantes e Apátridas no MS cujo objetivo é discutir, orientar, tratar as questões e ações em defesa dos refugiados no estado, apontando seus direitos e deveres aos servidores, como também inseri-los nas políticas públicas que lhes viabilizarão os direitos econômicos, culturais, educação, sociais e da saúde.

Vale ressaltar que todo o processo para criação desse Comitê em Mato Grosso do Sul baseou-se em experiências já acontecidas no Brasil, haja vista ser o sexto a ser criado. Foi preciso começar do “nada”, conforme depoimento em uma das entrevistas para este estudo, realizada por uma<sup>84</sup> das autoras:

eu fiz um trabalho mais ou menos de formiguinha né, que foi, sair de casa em casa, sabendo qual que era a necessidade, como tava a situação, visualizando a situação e... e aí, o que acontece? A demanda ... não tinha colchão, dormindo no chão, entendeu? Tinha casa que tava igual um cortiço, tinha um sofá e uma cama e tinha quase 10 na casa, sabe. (Damasco)

Essa afirmação, além de sugerir que o país não esteja preparado para receber essa demanda de refugiados que emergiu nessa última década, revela que foi preciso a mobilização individual e coletiva de atores envolvidos nesse processo de acolhimento, no que tange ao acesso à saúde; as dificuldades são enfrentadas também pelas refugiadas gestantes, cujo direito básico de realização do pré-natal é questionado, conforme se pode observar nesta fala da mesma entrevistada:

... igual a questão da saúde, da gestante, era só na emergência que a gestante poderia ir, ela não conseguia ser atendida pra fazer o pré natal. Então, aí nos começamos a ir junto com a gestante no posto de saúde explicava pra enfermeira: não, ela tem direito, o pré natal, eu passei a andar com a constituição embaixo do braço né, qualquer coisa né, olha o artigo quinto da constituição rrsrr

---

84 Pesquisa em andamento junto ao Programa de Doutorado da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB) pela Doutoranda e Orientadora do PIBIC da mesma instituição, sendo que os dados foram coletados entre novembro de 2017 e início de 2018. Atualmente, a pesquisa encontra-se em fase de escrita da tese para qualificação.

ela tem direito, então, assim, era uma coisa que acontecia.  
(Damasco).

Segundo Fernandes (2018), do Portal do Governo de Mato Grosso do Sul, o CERMA - MS é um comitê que busca atender e receber os refugiados de diferentes partes do mundo que venham para o estado de Mato Grosso do Sul, e que, na maioria das vezes, encontram-se em estado de completa vulnerabilidade.

Vale ressaltar, também, que além dessas questões mencionadas, esse comitê busca acompanhar e encaminhar os refugiados, ajudando-os no que for possível, melhorando a qualidade do acolhimento dessas pessoas, proporcionando-lhes qualidade de vida.

O que se observa, entretanto, é que as políticas públicas de saúde no Brasil e no estado ainda se mostram despreparadas para receber essa demanda de refugiados. Muitos deles reclamam da falta de acesso à saúde, das discriminações, do desrespeito, da deficiência de informações e despreparo dos profissionais que os atendem, evidenciando, dessa forma, o descumprimento das disposições legais contidas no art. 196 da Constituição da República Federativa do Brasil.

É preciso que se considere os direitos das pessoas em condição de refúgio e refugiados, no que diz respeito ao acesso à saúde, tendo em vista ser dever do Estado atender todos igualmente, independentemente de suas origens, o que demanda que se melhorem não apenas as políticas públicas de saúde, como também a sua gestão e a capacitação dos profissionais, buscando novas estratégias que atendam às necessidades dos refugiados, cumprindo com princípios estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde como a equidade, universalidade e integralidade.

## Considerações Finais

A pesquisa foi realizada no ciclo dos anos de 2017-2018, com vistas a atender exigências do Programa de Iniciação Científica Universidade Católica Dom Bosco – UCDB, com o objetivo investigar como ocorre o acesso à política pública de saúde pelas pessoas em condição de refúgio e refugiados no Brasil, considerando-se de suma importância a garantia dos direitos universais a todos os indivíduos, sem exceção de raça, cor, língua, sexo e opinião.

Verificou-se, com base nos resultados e discussões, que, apesar das formas disponíveis de acolhimento e saúde, ainda há muito que se avançar em relação aos aspectos de acolhimento e atendimento de saúde, no sentido de os tornar adequados para as pessoas refugiadas, visando a que tenham melhores condições de vida e saúde.

Com este estudo, levantaram-se elementos que impulsionem ações de melhoria do acesso à saúde, de pessoas refugiadas no Brasil, em relação aos aspectos de acolhimento, atendimento e encaminhamento na rede de saúde pública, mais especificamente no SUS.

## Referências

Abreu, L. *Governo de MS se prepara para receber venezuelanos que chegaram a Roraima*. Recuperado de <https://www.correiadoestado.com.br/cidades/governo-se-prepara-para-receber-venezuelanos-que-chegaram-a-roraima/321534/>

*Agência da Onu para refugiados-ACNUR*. Dados sobre refúgio no Brasil. Recuperado de <http://www.acnur.org/portugues/dados-sobre-refugio/dados-sobre-refugio-no-brasil/>

*Agência da Onu para refugiados-ACNUR-Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados*. Recuperado de <https://nacoesunidas.org/agencia/acnur/>. Acesso em 10 de agosto de 2017.

*Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados*. ACNUR. Convenção da organização de Unidade Africana, de 10 de setembro de 1969. Recuperado de <http://www.acnur.org/13/portugues/recursos/documentos>

*Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados*. ACNUR. Declaração de Cartágena, de 22 de novembro de 1984. Recuperado de <<http://www.acnur.org/13/portugues/recursos/documentos>>

*Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados*. ACNUR. (2018). Coletânea de Instrumentos de Proteção Nacional e Internacional de Refugiados e Apátridas. Recuperado de <<http://www.acnur.org/13/portugues/recursos/documentos>>

Borges, L. M. (2013). “Migração involuntária como fator de risco à saúde mental”. *Rev. Inter. Mob. Hum.* Brasília. Ano XXI nº 40. P. 151-162. Jan/junh.

Borges, L. M. *Os refugiados que chegam ao Brasil estão em situação de abandono*. Recuperado de <<https://clinicasdotestemunhosc.weebly.com/boletim-20.html>>.

Borges, L. M., Jibrin, M. & Barros, A. F. O. (2015). Recuperado de: <http://revistas.unisinos.br/index.php/contextosclinicos/article/viewFile/ctc.2015.82.07/49>.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 13.445, de 24 de maio de 2017. Institui a Lei de Migração. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 25 maio 2017a. Não paginado. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2017/lei/L13445.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13445.htm)>. Acesso em: 9 dez. 2017.

*Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Recuperado de [http://planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)

Dantas, Joana. (2017). “Política de acolhimento do Brasil é referência internacional. Brasília”. Recuperado de <https://mte.jusbrasil.com.br/noticias/471222388/politica-de-acolhimento-do-brasil-e-referencia-internacional>. Acesso em 22 de julho de 2018.

Delfim, R. B. *Nova Lei de Migração é aprovada pelo Senado e segue para sanção presidencial*. Recuperado de <<https://www.brasildefato.com.br/2017/04/19/nova-lei-de-migracao-e-aprovada-pelo-senado-e-segue-para-sancao-presidencial/>>.

Fernandes, K. *Em MS, comitê que já atende refugiados desde 2016, agora abre diálogo com governo federal sobre venezuelanos*. Recuperado de <<http://www.ms.gov.br/em-ms-comite-que-ja-atende-refugiados-desde-2016-agora-abre-dialogo-com-governo-federal-sobre-venezuelanos/>>.

Fonseca, J. J. S. *Metodologia da pesquisa científica*. Recuperado de <[http://leg.ufpi.br/subsiteFiles/lapnex/arquivos/files/Apostila\\_-\\_METODOLOGIA\\_DA\\_PESQUISA%281%29.pdf](http://leg.ufpi.br/subsiteFiles/lapnex/arquivos/files/Apostila_-_METODOLOGIA_DA_PESQUISA%281%29.pdf)>.

G1. (2016) *MS cria comitê de orientação e ações de defesa a refugiados e migrantes*. Mato Grosso do Sul. Recuperado de <<http://g1.globo.com/mato-grosso-do-sul/noticia/2016/09/ms-cria-comite-de-orientacao-e-acoes-de-defesa-refugiados-e-migrantes.html>>.

Lafer, C. (1988). *A Reconstrução dos Direitos Humanos – um diálogo como pensamento de Hannah Arendt*. São Paulo: Companhia das Letras.

*Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990*: dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Recuperado de <[http://www.cofen.gov.br/lei-8080-lei-orgnica-da-saude\\_4163.html](http://www.cofen.gov.br/lei-8080-lei-orgnica-da-saude_4163.html)>.

*Lei nº 9.474, de 22 de julho de 1997*. Define mecanismos para a implementação do Estatuto dos Refugiados de 1951, e determina outras providências. Brasília.

Milesi, R. & Carlet, F. (2015). *Refugiados e Políticas Públicas: pela solidariedade, contra a exploração*.

Minayo, M. C. S. (2012). *Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade*. Rio de Janeiro. Vol. 17. p. 9. Recuperado de <<file:///C:/Users/User/Downloads/Anlisequalitativa.pdf>>.

Jubilut, L. L. (2007). *O Direito Internacional dos Refugiados e sua Aplicação no Ordenamento Jurídico Brasileiro*. São Paulo: Método.

Lima, João Brígido Bezerra...[et al.]. (2017). Refúgio no Brasil: caracterização dos perfis sociodemográficos dos refugiados (1999-2014). – Brasília : Ipea, 2017. Recuperado de [http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/170829\\_Refugio\\_no\\_Brasil.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/170829_Refugio_no_Brasil.pdf).

Sprandel, Má. A. & Milesi, R. (2003). O Acolhimento a Refugiados no Brasil: Histórico, Dados e Reflexões. In R. Milesi Rosita (org.). *Refugiados: realidades e perspectivas*. Brasília: CSEM/IMDH: Edições Loyola.

Secretaria de Estado de Direitos Humanos, Assistência Social. *Governo de MS institui comitê estadual para refugiados, migrantes e apátridas*. Recuperado de <http://www.sedhast.ms.gov.br/governo-de-ms-institui-comite-estadual-para-refugiados-migrantes-e-apatridas/>. .

Silva, C. A. “MS tem sido mais atrativo para refugiados”, diz pesquisador. Recuperado de <http://www.douradosnews.com.br/noticias/ms-tem-deixado-de-ser-um-local-de-passage-dos-refugiados-e-tem-sido-m/775163/>>. Acesso em: 28 de maio de 2018.

Tannuri, Maria Regina Petrus. (2010). *Refugiados congolese no Rio de Janeiro e Dinâmicas de “integração local”: das ações institucionais e políticas públicas aos recursos relacionais das redes sociais*. Rio de Janeiro. Recuperado de <http://objdig.ufrj.br/42/teses/758240.pdf>.

Villarreal, Maria. (2017). “Impacto da nova Lei de Migração é tema de debate no Rio de Janeiro”. Recuperado de <http://migramundo.com/impacto-da-nova-lei-de-migracao-e-tema-de-debate-no-rio-de-janeiro/>. Acesso em 21 de julho de 2017.





## Modos de ser jovem: reflexões sobre psicologia, ética e saúde

**Bruna Soares Bruno**

Universidade Católica Dom Bosco  
Graduação em Psicologia  
Campo Grande, Brasil

brunasoares\_bruno@hotmail.com

**Anita Guazzelli Bernardes**

Universidade Católica Dom Bosco  
Programa de Pós-graduação em Psicologia  
Grupo de Pesquisa Modelos Históricos-epistemológicos e  
Produção de Saúde  
Campo Grande, Brasil

anitabernardes1909@gmail.com

---

URL : <https://www.unilim.fr/trahs/1245>

DOI : 10.25965/trahs.1245

Licence : CC BY-NC-ND 4.0 International

---

O texto tem como objetivo refletir sobre a relação entre Psicologia e Ética a partir de práticas psicológicas voltadas para jovens em conflito com a lei. O conceito de ética que será operacionalizado apoia-se nas discussões foucaultianas. As discussões são orientadas a partir da problematização do que a Psicologia tem produzido na vida da população jovem que cumpre medida socioeducativa em meio aberto e de que modo algumas práticas e dispositivos da Psicologia recaem sobre a vida desses jovens, produzindo modalidades de subjetivação e práticas de liberdade e resistência. Para isso, tomaremos a ferramenta do Plano Individual de Atendimento (PIA) e o dispositivo Projeto de Vida, utilizado por psicólogos e mencionados em documentos oficiais como o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE). Observa-se que a aproximação da Psicologia com a juventude em conflito com a lei tem contribuído com a produção de práticas disciplinares e de assujeitamento como forma de tratamento e cura, que se apoiam no desvio e delinquência como doenças. Essa problematização nos indica que o exercício ético, no que diz respeito a juventude, se encontra justamente em negociar com práticas disciplinares e coercitivas e isso inclui negociar com certas práticas em psicologia.

Palavras-chave: ética, jovens em conflito com a lei, psicologia, saúde

Le texte présenté ci-dessous tend à réfléchir sur la relation entre la psychologie et l'éthique à partir de quelques pratiques psychologiques qui visent les jeunes en conflit avec la loi. Le concept d'éthique qui sera étudié est soutenu par des discussions foucauldienne. Celles-ci sont analysées à partir d'une problématique reposant sur ce que la psychologie a produit dans la vie de jeunes soumis à des mesures socio-éducatives en milieu ouvert et de l'observation de la façon dont certaines pratiques et dispositifs de la psychologie affectent la vie de ces jeunes, en produisant des modalités de subjectivité et des pratiques de liberté et de résistance. Pour cela, nous partirons du *Plano Individual de Atendimento* (PIA) - Plan Individuel de Soins et du dispositif *Projeto de Vida* - Projet de Vie, utilisés par les psychologues mentionnés dans les documents officiels tels que le *Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo* (SINASE) - Système National des Services Socio-éducatifs. On observe que l'approche des jeunes en conflit avec la loi par la psychologie a contribué à la production de pratiques disciplinares et à l'assujettissement comme forme de traitement et de guérison - la déviance et la délinquance étant considérées comme des maladies. Ce questionnement nous induit à penser que l'exercice éthique, en ce qui concerne les jeunes,

consiste précisément à rompre avec les pratiques disciplinaires et coercitives, autrement dit rompre avec certaines pratiques en psychologie.

Mots-clés : éthique, jeunes en conflit avec la loi, psychologie, santé

El texto tiene como objetivo reflexionar sobre la relación entre Psicología y Ética a partir de prácticas psicológicas dirigidas a jóvenes en conflicto con la ley. El concepto de ética del que nos valdremos se apoya en las discusiones foucaultianas. Éstas se orientan a partir de la problematización de lo que la psicología ha producido en la vida de la población joven que cumple una medida socioeducativa en medio abierto y de qué modo algunas prácticas y dispositivos de la psicología recaen sobre la vida de esos jóvenes, produciendo modalidades de subjetivación y prácticas de libertad y resistencia. Para ello, tomaremos la herramienta del Plan Individual de Atendimiento (PIA) y el dispositivo Proyecto de Vida, utilizado por psicólogos mencionados en documentos oficiales como el Sistema Nacional de Atendimiento Socioeducativos (SINASE). Se observa que la aproximación de la psicología con la juventud en conflicto con la ley ha contribuido con la producción de prácticas disciplinarias y de sujeción como forma de tratamiento y cura, que se apoyan en el desvío y la delincuencia como enfermedades. Esta problematización nos indica que el ejercicio ético, en lo que se refiere a la juventud, se encuentra justamente en el romper con prácticas disciplinarias y coercitivas y esto incluye romper con ciertas prácticas en psicología.

Palabras clave: ética, jóvenes en conflicto con la ley, psicología, salud

The text aims to reflect on the relationship between Psychology and Ethics from psychological practices aimed at young people in conflict with the law. The concept of ethics that will be operationalized is based on Foucauldian discussions. The discussions are oriented from the problematization of what psychology has produced in the life of the young population that fulfills socio-educational measure in an open environment and in what way some practices and devices of psychology fall on the life of these young people, producing modes of subjectivation and practices of freedom and resistance. For this, we will take the tool of the Individual Plan of Attendance (IPA) and the device Project of Life, used by psychologists mentioned in official documents such as the National System of Socio-Educational Assistance (ESANIS) It is observed that the approximation of psychology with youth in conflict with the law has contributed to the production of disciplinary practices and subjection as a form of treatment and cure, which support each other on deviation and delinquency as diseases. This problematization indicates to us that the ethical exercise, concerning youth, is precisely to break with disciplinary and coercive practices and this includes breaking with certain practices in psychology.

Keywords: ethics, young people in conflict with the law, psychology, health

## Introdução

Este texto tem como objetivo refletir sobre a relação entre Psicologia e Ética a partir de práticas psicológicas voltadas para jovens em conflito com a lei. Colocar em análise certas articulações das práticas psicológicas por meio da ética significa voltar-se para as formas como a Psicologia, apoiada em uma perspectiva de saúde como ausência de doença, nesse caso de psicopatologia, entra na esteira de um conjunto de discursos que objetivam a juventude, sobretudo, aquela localizada em regiões de marginalização, como perigosa. Isso apresenta implicações ético-políticas para a disciplina, na medida em que se aproxima da saúde por meio do desvio, da delinquência, do risco, do perigo, não para transformar essas modalidades de produção de vida e de sujeitos, mas para acentuá-las.

As ações e estratégias à metodologia de pesquisa desta proposta se fundamentam a partir do método genealogia, entendido como produção de conhecimento que não tem como intuito encontrar causas e origens, mas entende que as relações de poder são inerentes na análise dos processos de subjetivação e objetivação. A perspectiva genealógica analisa os discursos, saberes e práticas a partir da relação com as condições que possibilitaram sua emergência, instituindo-os em um campo de relações (Foucault, 1998).

É importante situar que o conceito de ética que será operacionalizado neste texto apoia-se nas discussões foucaultianas. Portanto, trata-se de considerar a relação do sujeito com a verdade<sup>85</sup> a partir de práticas de liberdade, de regras facultativas, que permitem certas formas de constituição de si que insistem e resistem a modalidades de assujeitamento e aprisionamento da vida. Entendemos que a verdade emerge em meio as relações de saber-poder e dentre seus efeitos produz modos de governo da vida (Foucault, 2003).

Guareschi, Lara, Azambuja, e Gonzales sobre os modos de assujeitamento escrevem que:

. . . a ideia de que se o conhecimento, através do dispositivo científico, produz verdades sobre os sujeitos, produz, portanto, modos de assujeitamento, ou seja, estabelece um determinado ser-sujeito-assujeitado nas verdades que o constituem e naquelas que sobre ele são formuladas. Nesse sentido, a pesquisa deve colocar o conhecimento e os saberes produzidos em questionamento, para compreender como tomamos algo como verdade e como essa verdade produz os modos de ser sujeito. (2011: 199)

A liberdade é condição para as relações de poder e para o exercício da ética. Ser livre não faz referência a sentimento ou estado do sujeito, mas a uma questão política como o próprio Foucault menciona que a:

. . . liberdade é, portanto, em si mesmo política. Além disso, ela também tem um modelo político, uma vez que ser livre significa não ser escravo de si mesmo nem dos seus apetites, o que implica estabelecer consigo mesmo uma certa relação de domínio, de controle, chamada de *arché* – poder, comando. (Foucault, 2014b: 264)

A discussão é feita em razão de que há certas práticas da Psicologia em relação à categoria da juventude, especialmente a que se encontra em conflito com a lei, em que podemos visibilizar, a produção de discursos normalizadores e punitivos com relação a essa população<sup>86</sup>.

---

85“ A verdade é, portanto, produzida por indivíduos livres, que organizam certo consenso e que se encontram inseridos em uma rede específica de práticas de poder e de instituições que as impõem e legitimam. Se a produção de verdade refere-se ao saber que os indivíduos utilizam para compreender a si mesmos, cada verdade sustenta, ao mesmo tempo, um ideal para cada grupo, cultura e sociedade” (Nardi& Silva, 2011).

86 Foucault (2008) entende que a população emerge como foco biopolítico, ou seja, como foco de estratégias de poder voltadas à vida, e, portanto, enquanto ‘espécie humana’ que possui processos

Essa produção de discursos normalizadores e punitivos pôde ser acompanhada durante realização da pesquisa intitulada: “Medidas de internação em comunidades terapêuticas: Ações terapêuticas ou de segurança?”. Em que se observou que os atendimentos direcionados aos jovens, especialmente os atendimentos psicológicos, partiam da análise da história de vida do indivíduo e, conseqüentemente, atribuía-se o conflito com a lei a um comportamento desviante e/ou um componente de caráter delinquente, de modo que as questões e os problemas sociais envolvidos nessas condições eram ignorados. Temos então, a captura desses jovens pelos demais serviços e atendimentos da rede a partir dessas práticas que controlam e punem essas vidas.

Para produzir descontinuidades na lógica de naturalizações e contenções, e construir um saber receptível às diferenças, Dimenstein (2013) menciona que se faz imprescindível haver interrupções com os discursos legitimados pela clínica dos limites, da natureza e das tendências. Dar espaço para produção de conhecimento heterogêneo e transdisciplinar, portanto, espaço para práticas interrogadas pela ética questionarem os sentidos atribuídos à família, infância, saúde, doença, loucura, produzindo reflexões críticas sobre a prática da Psicologia e sua inserção em diferentes contextos.

Assim, o objetivo não é questionar teorias específicas, mas, sim, problematizar o que a Psicologia tem produzido na vida da população jovem que cumpre medida socioeducativa em meio aberto, e de que modo algumas práticas e dispositivos da Psicologia recaem sobre a vida desses jovens produzindo modalidades de subjetivação e práticas de liberdade e resistência. A noção de subjetivação é compreendida como processo. Trata-se de relações de força consigo, ou seja, se constitui em ações sobre ações, no sentido de dobrar-se sobre si mesmo e inventar outros e novos modos de existência (Foucault, 2014c).

Isso porque entendemos que o saber psicológico operacionalizado a partir de algumas perspectivas - que tendem naturalizar e universalizar fenômenos psicológicos, e minimizam a dimensão dos fenômenos sociais - produzem por meios de dispositivos (como anamnese, pareceres, projetos de vida e entrevistas) regras de conduta e comportamento padrão que de certo modo, engendrarão elementos da ordem do verdadeiro com os quais os jovens irão se relacionar, produzindo efeitos nas práticas de cuidado de si.

Para isso, tomaremos a ferramenta do Plano Individual de Atendimento (PIA) e o dispositivo Projeto de Vida, utilizado por psicólogos mencionados em documentos oficiais como Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE) justificados sob a égide de ofertar a esse jovem possibilidade de reconstrução de seu projeto de vida que fora interrompido pelo conflito com a lei (Brasil, Secretaria Especial dos Direitos Humanos, & Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, 2006).

A ferramenta Projeto de Vida se encontra dentro da elaboração e acompanhamento do Plano Individual de Atendimento (PIA), que consiste em documento elaborado pelos profissionais junto com o jovem. De acordo com orientações do Sinase, o PIA produz um diagnóstico, espécie de levantamento de vários campos da vida do jovem, denominado diagnóstico polidimensional. São realizadas intervenções junto ao jovem e suas famílias nas mais variadas áreas como: jurídica (verificação da situação processual), saúde (física e mental), psicológica – afetivo-sexual (observadas dificuldades, necessidades, potencialidades, avanços e retrocessos), social (verificação das relações sociais, familiares e comunitárias, necessidades, avanços e retrocessos) e pedagógica (escolarização, profissionalização, oficinas, autocuidado e interesses) (Brasil et al., 2006).

O Sinase estabelece ainda que, além do diagnóstico de diversos campos da vida do jovem, seja realizada, também, a elaboração de um projeto de vida, o qual deverá constar metas e planos a serem alcançados pelo jovem durante o cumprimento da medida, bem como

---

próprios (taxa de natalidade, mortalidade, fecundidade, contaminação de doenças, entre outras) que serão alvos das tecnologias de segurança e diferentes modos de governar.

reconstrução de um projeto de vida do jovem que teve seu desenvolvimento atravessado pelo conflito com a lei (Brasil et al., 2006).

Trazemos as ferramentas do PIA e elaboração do projeto de vida, justamente para pensar como práticas que são tomadas pela psicologia recaem sobre a vida desses jovens de modo a tentar produzir modalidades de subjetividade, portanto, incidências sobre os modos como os sujeitos se pensam e como se conduzem. E também pensar os efeitos disso numa perspectiva ética, de como os jovens em conflito com a lei que cumprem medida em meio aberto se relacionam com os regimes de verdade que envolvem essas práticas da psicologia que equalizam saúde como adequação à norma. Existem possibilidade de práticas de liberdade?

## Projetos de vida do jovem sem futuro<sup>87</sup>

Elaborar ou propor a realização de um projeto de vida a um jovem em conflito com a lei implica questionar e fazê-lo repensar uma série de questões em sua vida, como o uso de substâncias psicoativas, o próprio conflito com a lei, relações com familiares, questões de autocuidado e saúde e comportamento sexual. Ou seja, esses enunciados nos fazem questionar se não se está apresentando uma série de procedimentos e regras da ordem do verdadeiro (regimes de verdade) que os jovens em conflito com a lei devem se submeter e se 'dobrar/assujeitar' para então serem tomados como sujeitos 'socioeducados' e, portanto, passíveis de reinserção social.

No campo da proteção à juventude, especificamente aquela em conflito com a lei, é o psicólogo que articula as ferramentas para descobrir a história do sujeito e fazer inferências sobre sua existência, que além das questões psicológicas, produz verdades sobre a trajetória dos jovens. Utiliza-se o termo descobrir em razão de que as estratégias utilizadas para ter acesso a essa história de vida do jovem, anteriormente ao ato infracional, operam uma prática de investigação em busca de uma causa, se não secreta, velada que deve ser desvendada para a compreensão da infração. A Psicologia é entendida como saber que acessa os segredos da mente, da interioridade, da personalidade e da índole do indivíduo (Hadler, 2017; Reis, Guareschi, & Carvalho, 2014).

É comum nos depararmos com documentos, portarias e guias técnicos referentes a infância e juventude, em que consta certa aproximação dessas categorias (infância e juventude) a saberes que sustentam dicotomias entre normal e patológico; família estruturada e família desestruturada; individual e social. A psicologia também contribui com a produção de elementos, discursos e práticas que serão articulados e tomados como verdade no que diz respeito a categoria da juventude (Cruz, Hillesheim, & Guareschi, 2005). Para isso, será discutido adiante como a psicologia enquanto saber se aproxima das Ciências Naturais e como isso promove condições de possibilidade para dar conta da categoria juventude em conflito com a lei.

O PIA e o projeto de vida estabelecem uma série de procedimentos pelos quais o jovem é submetido, cujo efeito recai sobre as modalidades de práticas de cuidado e conhecimento de si, visto que dentre os objetivos para utilização dessas ferramentas, encontra-se a necessidade de fazer com que o jovem identifique e tenha conhecimento de suas potencialidades e limitações no que diz respeito a competências pessoais, relacionais e produtivas e seja levado a desenvolvê-las por meio de estabelecimento de metas e planos, que serão periodicamente acompanhados pelo PIA (Brasil et al., 2006).

---

87 Entendemos a expressão jovem sem futuro como aqueles jovens pobres que cometeram ato infracional e são tomados pelos saberes psi como exclusivamente responsáveis por trilhar o caminho da delinquência e do crime. Atribuindo como causa da questão social, características individuais do jovem, como personalidade, tendência desafiadora-opositora e uma série de discursos produzidos por esses saberes que individualizam o social e dessocializam o sujeito. Esses saberes psi engendram regimes de verdade que tem as propostas do PIA e do projeto de vida como estratégias de assujeitamento e disciplinarização desses sujeitos.

O PIA e o projeto de vida direcionam suas ações no sentido que o jovem precisa alcançar um modo de existência que é distinto do qual se encontra. Trata-se de uma existência que é tomada como mais 'evoluída' e 'desenvolvida' e então, o jovem é submetido a uma série de procedimentos e regras para que alcance evolução e crescimento pessoal e social, ou seja, se constitua em uma subjetividade esperada a partir de jogos de verdade legitimados em meio a práticas de controle e dominação.

O conjunto de regras e procedimentos que tomam como a existência do jovem deveria se apresentar nos remete a um tom de prescrição, mas ao mesmo tempo um tom coercitivo, visto que por estar dentro do cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto, faz com que, necessariamente, o sujeito precisa se submeter à elaboração do PIA e projeto de vida junto com o profissional da instituição. De modo que a partir das recomendações do Sinase todos os jovens que passarem por processo socioeducativo passarão pela experiência de elaboração do seu PIA e do seu projeto de vida.

O PIA e elaboração do projeto de vida se constituem como ferramentas de fazer o jovem pensar sobre si, refletir sobre seu modo de existência, a partir de práticas prescritivas e coercitivas, pois, essas práticas não se dão por meio das possibilidades de relações que o jovem vai estabelecer com um conjunto de regras e procedimentos, no sentido de ser livre para se relacionar com essas regras. Acontece que o jovem tem data e horário previamente estabelecidos para, necessariamente, pensar sobre uma lista de itens que dizem respeito à sua vida, conforme aponta o SINASE, são questões de auto-estima, autoconhecimento, relações de gênero, cidadania, relacionamentos sociais, trabalho, desenvolvimento de habilidades sociais e diversos outros aspectos dos modos de viver do jovem (Brasil et al., 2006).

O sujeito precisará pensar também sobre a infração da lei, uso de substâncias 'ilícitas', suas habilidades, potencialidades, interesses e limitações. Além de estabelecer metas e planos para o futuro. Portanto, procedimentos por meio dos quais se devem dobrar, fazer um movimento de inflexão para alcançar outro modo de existência. Trata-se de procedimento de reflexão e conhecimento de si, extremamente estruturado e delimitado, a contar da obrigatoriedade a submeter-se, bem como à lista de questionamentos que o jovem precisa responder e refletir sobre a sua própria existência.

Deparamo-nos com um movimento de fazer com que esse jovem se dobre a um conjunto de regras de conduta e moralidade, cujo efeito desejado seria a produção de um sujeito 'adequado' para reinserção social, e, portanto, sujeitosocioeducado. Diferente dos jovens que se encontram em medidas de internação, aos jovens em meio aberto lhes são ofertadas algumas 'possibilidades/chances' de percorrer outros caminhos, que não só os da exclusão e institucionalização. Contudo, desde que os mesmos se mantenham em uma relação de assujeitamento.

Parece-nos que ao jovem que cumpre medida em meio aberto é lhe responsabilizado a escolha de trilhar o caminho da reinserção social ou da reincidência. De novo aqui o movimento de individualização do social e dessocialização do sujeito. Na medida em que facilmente é atribuído a características individuais do jovem, as causas e motivos da não adesão às propostas do PIA e projeto de vida (Nardi & Silva, 2011).

Aqueles jovens que promoverem descontinuidade com o assujeitamento, negociar com os jogos de verdade e chegar à invenção de outros modos de subjetividade que não o do sujeito socioeducado, a esses sujeitos lhes será disponível uma gama de saberes, especialmente, a Psicologia para inferir verdades sobre sua conduta, bem como criar condições de possibilidade para aproximar categorias como 'juventude pobre' às noções de delinquência e periculosidade. De modo que quando ouvimos os termos jovem delinquente, menor perigoso nos parecem dois termos ligados pela ordem do natural e inviável possibilidade de se pensar sobre ambos separadamente.

## Psicologia, verdade e subjetividade delinquente

A partir do século XIX, a psicologia se aproximou das ciências da natureza, e passou a se preocupar em colocar o homem a ser analisado a partir das leis naturais. Emerge uma lógica fundada na determinação de relações quantitativas, leis elaboradas tendo como base funções matemáticas, criação de hipóteses explicativas e verificação experimental, ou seja, tentativa da psicologia em aplicar uma metodologia que os estudiosos acreditam ter origem no desenvolvimento das ciências da natureza. Esse saber passa a ser apoiado nos seguintes (postulados): “a verdade do homem está exaurida em seu ser natural e que o caminho de todo conhecimento científico deve passar pela determinação de relações quantitativas, pela construção de hipóteses e pela verificação experimental” (Foucault, 2014a: 133).

Segundo Foucault (2014a) a psicologia tenta se afastar da objetividade naturalista, em meio à necessidade da criação de outros princípios e projeto. Contudo, a desvinculação dessa lógica não se mostrou tão simples, pois a influência da mesma perpetuou-se, contribuindo para as psicologias descritivas e de análise da conduta. A relação com campos da prática cotidiana como a doença mental, fracasso escolar, adaptação ao trabalho acentua a aproximação com as ciências naturais, positiva e objetiva. Foucault ressalta que a “psicologia, em contrapartida, nasce nesse ponto no qual a prática do homem encontra sua própria contradição” (2014<sup>a</sup>:134). Por exemplo, a psicologia do desenvolvimento se origina a partir da análise sobre as rupturas do desenvolvimento do homem, a psicologia da adaptação a partir da avaliação de fatores da inadaptabilidade. A psicologia, nessa lógica, configura-se a partir da avaliação do que é patológico, anormal e desadaptado.

Pode-se notar, ainda no presente, o tensionamento dessa lógica nas práticas da Psicologia, por exemplo, quando o psicólogo no contexto da rede de proteção aos jovens, produz laudos e avaliações que individualizam e naturalizam problemas sociais a partir de discursos que atribuem às causas da patologia ou inadequação, somente vinculadas a questões individuais e naturais, atrelando tais desvios a características de personalidade, agressividade, impulsividade, indisciplina, entre outras. Ou seja, os aspectos de violação de direitos e contexto social de vulnerabilidade na qual os jovens em conflito com a lei vivem ficam subordinadas ao âmbito individual, não se constituindo como problemas a serem considerados nas inferências psicológicas pautadas pela ideia de ordem e normalidade.

O destaque dessas características psicológicas de naturalização e individualização das questões sociais nos discursos da psicologia permite a categorização e esquadramento dessa população, visto que a psicologia possibilita a criação de ‘perfis’, os tipos mais agressivos, os mais indisciplinados, os mais impulsivos, aqueles que obedecem às regras, aqueles que são desafiadores, que apresentam desvio de condutas.

Hadler (2017) analisa os artigos publicados Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada, ABP, desde a origem da revista até a década de 1990, utilizando os elementos psicologia, criminalidade, segurança e juventude. Trata-se de um estudo sobre como as práticas constituem o jovem como sujeito do crime. Como resultado da pesquisa, verificou-se que vários artigos publicados nesse recorte temporal, apresentavam que as condutas do sujeito dito criminoso estavam ligadas com o seu passado, com suas experiências infantis.

Foucault fala sobre a noção de sentido e o “surgimento das significações na conduta humana que se fez a partir da análise histórica” (2014b: 140). Tem-se então, alguns modelos como desdobramentos dessa lógica naturalista e que irão influenciar os modelos psicológicos (ou da psicologia) a partir da apreensão de questões do passado e do futuro: para a psicologia só é possível compreender o ‘conteúdo atual’ por meio da história de vida, de fatos anteriores, então assim o futuro eventual é possível de avaliação e planejamento. Nesse sentido, o psicólogo se direciona a examinar a história dos sujeitos, analisar os conteúdos e dar significações do passado às condutas atuais.

Hadler (2017) comenta sobre a busca de uma teoria da delinquência, essa noção emerge como uma condição de agravo do estado de abandono. O contexto da produção científica nesse momento (décadas de 1950 a 1980) é influenciado pela lógica higienista. Tem-se então, inferências sobre criminalidade e pobreza. Em seguida, a Psicologia tem como demanda para tratamento eficaz, a regeneração do ‘menor’. Questão que aproxima a prática psi do caráter punitivo. As avaliações nesse período voltam-se a descobrir as origens do ato de delinquir. Saberes são recrutados para o estudo da ‘tipologia delinquente’ (história pregressa, condições de vida, costumes, ausências). Os discursos vão sendo desenvolvidos até alcançarem a seguinte lógica: infância abandonada somada a pobreza é igual a menor delinquente (Hadler, 2017, p. 40).

A autora pontua que as publicações de artigos a partir da década de 1960 passaram por uma transição, o discurso da criminalidade é transferido aos jovens infratores. A delinquência passa a ser relacionada diretamente à juventude e as suas características são entendidas, então, como naturais (próprias da natureza do homem). A delinquência é associada à família desestruturada, falta de limites e regras educacionais. Estabelece-se a relação entre herança familiar, determinismo psíquico e patologização do ambiente social. Chega-se a uma subjetividade delinquente, o jovem é então representante da delinquência. Todas essas produções demonstram/contam a experiência do ato de delinquir, o qual tem o saber psicológico como narrador (Hadler, 2017).

Para controlar e administrar a categoria menor delinquente surgem dispositivos (legislações, penalidades, instâncias jurídicas, exames, avaliações), a psicologia contribui para conhecer o sujeito e desvendar a história do delinquente. Desse modo, desenvolvem-se duas metodologias, uma fundada em estudos qualitativos, espécie de averiguação psicopatológica, onde as relações, vínculos e falhas na história dos indivíduos são objetos de análise. A outra metodologia faz referência a teorias geneticistas, procura do gene do crime, biótipos, características do comportamento e do corpo (Hadler, 2017).

A partir dessas metodologias foram desenvolvidos instrumentos para avaliar e comparar indivíduos com características delinquentes e não delinquentes, utilizando dados estatísticos e biográficos. Um dos instrumentos, o Inventário de Personalidade de Jesness (avaliar características dominantes da personalidade) ainda permanece na lista de testes permitidos pelo Conselho Federal de Psicologia, muito usado com jovens em conflito com a lei.

Após a produção de um elemento como a delinquência e de instrumentos para identificá-la surge a necessidade de prevenir e controlar este fenômeno. O esquadramento da história dos jovens ditos delinquentes, com intuito de mapear comportamentos desviantes, vínculos disfuncionais, condições de pobreza (Hadler, 2017: 43). A psicologia, assim, constitui-se como um saber que produz e opera com instrumentos que investigam a história de vida dos indivíduos, ou seja, dispositivos que produzem verdade sobre a juventude, cujo efeito será a constituição de formas de governo dessa população. Foucault (2011) afirma que um regime de verdade é um conjunto de procedimentos que implicam a manifestação da verdade pelo sujeito, bem como a produção de verdade por um determinado saber, neste caso, a psicologia. Vale ressaltar que governo é compreendido como a produção de estratégias de condução da conduta dos homens (Foucault, 2008).

A presença de categorias psicológicas que envolvem o jovem em conflito com a lei tem como efeito a produção de formas de governo, isto é, incidem no modo como são tratados esses sujeitos no sentido de como são administrados, quais estratégias são desenvolvidas para serem operacionalizadas em relação a eles. Hadler (2017) comenta sobre a emergência do estudo de caso, dispositivo da psicologia que contribuiu para o esquadramento da vida dos sujeitos. Como “método individualizante na comprovação da delinquência, se com os testes tem-se a possibilidade de utilizar coletivos para a averiguação da delinquência, o estudo de caso essencializa aquilo que se torna importante olhar na história individual” (Hadler, 2017: 43).

O estudo de caso assim como outras ferramentas da psicologia (avaliações, teste, anamnese, laudos, projetos de vida) produz verdades sobre a vida do sujeito em conflito



com a lei. Os discursos são pautados/ atravessados pelo diagnóstico da patologia e/ou pelo caráter de delinquente. E a partir desse diagnóstico os jovens irão circular entre os serviços da rede. O psicólogo responde ao juiz por meio de laudo sobre existência ou não da periculosidade do indivíduo. Descreve no PIA o comportamento do jovem na unidade de internação, se está sendo disciplinado ou não, esboça inferências sobre a agressividade e impulsividade, relata dependência química ou transtorno de conduta. A partir disso, então, dá-se continuidade a trajetória do jovem na rede de proteção, ele primeiramente entra na rede pelo ato infracional, ou seja, o diagnóstico de delinquência já é sentenciado e posteriormente recebe/ é submetido a inferências psicológicas que confirmam seu caráter, índole, tendência delinquente ou colam à sua existência uma patologia. É possível visibilizar como a inserção e direcionamento do jovem depois da captura pelo ato infracional são organizados e colocados em ação.

Além disso, há que se apontar que a entrada da psicologia no âmbito da assistência ao jovem em conflito com a lei se faz pela justificativa da saúde: tanto os problemas de conduta, quanto as formas de disciplinar essa conduta, tornam-se possíveis em razão da necessidade de terapêuticas que tratem ou curem os comportamentos desviantes. Desse modo, é importante ter claro que é sob a égide de uma adaptação da saúde aos procedimentos de condução de conduta que a psicologia encontra seu apoio e justificativa.

A saúde opera, assim, no âmbito da cura de desvios, perigos, ameaças, não em relação ao que uma sociedade produziria como modo de vulnerabilização de vidas, mas como um problema do indivíduo que não se adapta a uma determinada regra social. Desse modo, Scisleski apresenta o seguinte questionamento: Será que as práticas das instâncias de saúde, ao invés de possibilitar ou de ofertar algum conforto ou acolhimento a esses jovens, não está justamente reafirmando uma exclusão?” (2010: 79).

A saúde, como racionalidade de uma ausência de doenças, compõe um conjunto de prescrições, de normas de conduta que objetivam a juventude, sobretudo pobre, como delinquente e perigosa. Isso apoia todo o conjunto de tecnologias disciplinares de readequação de condutas a partir de estratégias de controle e regulação disciplinares. Portanto, investir em projetos de vida e futuro torna-se uma forma de “cura” da delinquência, que focaliza a conduta individual como problemática a ser tratada. O desvio da norma, assim, é tomado como doença e não como forma de interrogação da própria norma. Trata-se de um modo de estabilização do desvio no âmbito da doença de um indivíduo.

A delinquência é efeito das relações saber-poder. Aqueles sujeitos que não podem ser recuperados, que não se dobraram à disciplina, ao treinamento, à normalização, terão outros caminhos dispendidos, compondo o espaço da delinquência. É desse modo que os sujeitos delinquentes se relacionarão com o restante da sociedade.

Para fazer menção a emergência da delinquência, enquanto certa categoria da sociedade, Foucault (1999) explica que a prisão não fracassa, pelo contrário assume o papel que lhe cabe diante da sociedade disciplinar, ou seja, a produção de uma população delinquente que ocupará lugar importante na gestão dos ilegalismos sociais, de modo que a classe burguesa faça cisões entre a sociedade e os delinquentes, “separando uns dos outros e encarregando os primeiros da aceitação de moral rigorosa, bem como, criando um corpo policial que terá a sua existência justificada pela existência dos segundos e legitimada pela aceitação do povo do perigo que corre” (Alvarenga Filho, 2015: 164).

Diante disso, os jovens vão estabelecer relações com as racionalidades visibilizadas pelas ferramentas PIA e projeto de vida que não serão apenas de obediência, mas da ordem da experiência ética, ou seja, uma forma de relação de si consigo e com as práticas que incidem sobre suas vidas. Segundo Nardi e Silva (2011) é a partir da reflexão ética que o sujeito consegue negociar com os jogos de verdade. É importante considerar que assim como se produzem formas de assujeitamento, há também modos de negociação com esses assujeitamentos, que interrogam as próprias práticas de coerção e condução das condutas, interrogam as próprias normas.

## Da indisciplina a práticas de liberdade: modos de ser jovem

Essas considerações sobre as práticas psicológicas na relação com o jovem em conflito com a lei nos leva a um movimento de reflexão ética sobre esse jovem e a negociação com os regimes de verdade que lhe foram apresentados quando a própria juventude nos interroga com uma pontuação à Psicologia do sistema socioeducativo: “não se preocupa comigo, não tenho mais jeito tia”<sup>88</sup>, bem como, quando são encontradas elevadas taxas de reincidência entre os jovens que cumprem medida socioeducativa ou quando esse jovem diz que se envolveu no crime para ajudar em casa, ‘fazer os corre’ e trazer dinheiro (Scisleski, 2010; Sinase, 2006).

Foucault (2014c) afirma que o problema das relações entre o sujeito e os jogos da verdade, inicialmente trabalhado por ele, a partir da análise das práticas coercitivas e formas de jogos científicos, se desloca para a relação entre subjetividade e verdade a partir da ética. Depois dos cursos no Collège de France emergiu a noção de práticas de si, havendo então, um deslocamento em termos de análise, entre jogos de verdade e práticas coercitivas para jogos de verdade e construção do sujeito, o que significa que entra em análise o exercício de si sobre si mesmo, os movimentos e relações do sujeito consigo mesmo e com o outro no que se refere ao modo como o sujeito se conduz na relação com os jogos de verdade.

Entendemos que os jovens não são capturados apenas por relações de dominação, nas quais as relações de poder se apresentam fixas e imóveis. Esses sujeitos se encontram em meio a relações de poder reversíveis e móveis, havendo possibilidade do exercício de práticas de liberdade e, portanto, negociação com os jogos de verdade, de modo a promover descontinuidade com o movimento homogeneizador da produção de subjetividades. Mas apontar isso implica considerar que a liberdade é condição ontológica para ética, ou seja, é preciso uma condição de liberdade para a negociação, contestação com a norma que se produz pelos jogos de verdade. Aqui a saúde deixa de ser uma racionalidade que apoia um conjunto de prescrições de conduta de forma coercitiva para se tornar na aproximação com a liberdade, um modo de interrogação da norma. Trata-se de fazer a saúde gaguejar em relação à doença e se produzir a partir de práticas de liberdade.

Foucault (2014c: 261) menciona que o “problema ético que é o da prática da liberdade”, faz questionar: “como se pode praticar a liberdade”? nós questionamos: como pode o jovem que cumpre medida socioeducativa praticar a liberdade diante de um emaranhado de dispositivos de controle de conduta, cujos efeitos se dão por meio de estados de dominação, assujeitamento e controle?

A partir desse questionamento daremos sequência as discussões tendo como norteadores os princípios e fundamentos que o sistema socioeducativo se baseia para organizar o trabalho com essa população, assim como os efeitos que a Psicologia tem produzido na vida dos jovens, a partir da forma que se justapõe em meio aos serviços socioeducativos.

Diante das diretrizes pedagógicas que orientam o atendimento socioeducativo, em meio as disposições comuns a todos os tipos de medidas, é dispensada à equipe técnica a tarefa de fazer com que a família do jovem identifique e potencialize suas competências para ingressar no mundo do trabalho, além de desenvolver habilidades básicas para auto sustentação (Brasil et al., 2006).

Esse tipo de orientação/princípio norteador estabelecido pelo SINASE nos remete a algumas reflexões como o fato de estar evidente a necessidade do jovem e de sua família em se dobrar e começar a se regular a partir de um conjunto de regras que objetiva como resultado, uma família que tenha fonte de renda a partir de emprego formal e que então, consiga se auto gerir e auto sustentar de modo independente, equilibrado e adequado,

---

<sup>88</sup> Um jovem que se encontra em situação de rua responde a psicóloga (Scisleski, dos Reis, Hadler, Weigert, & Guareschi, 2012).

havendo portanto, um modo de existência que todos os membros da família devam seguir. O modo de viver do sujeito que trabalha, que é digno e cidadão de bem.

Outra inquietação produzida por esse princípio refere-se ao fato de se apresentar a proposta de emprego formal a indivíduos que em sua maioria, habitam comunidades em que o tráfico de drogas paga valores superiores a oferta de um emprego formal, especialmente, para aquele sujeito que tem baixo nível de escolarização e capacitação diante do mercado de trabalho formal.

Nossa intenção é produzir alertas e reflexões sobre essas práticas, e que possam entrar em análise outras problemáticas que envolvem a vida dos jovens, como a violação de seus direitos fundamentais, anterior ao conflito com a lei. Interrogando assim, como é que se propõe auto-gestão e auto sustentabilidade dessas famílias por meio de emprego formal a indivíduos que muitas vezes lhes foi privado o direito de frequentar a escola, dirá oportunidades de capacitação ou desenvolvimento de habilidades para profissionalização.

Vale ressaltar ainda, dois princípios que compõem as diretrizes pedagógicas do SINASE, são eles: ofertar atendimento às famílias dos adolescentes por meio de metodologias que assegurem a qualificação e fortalecimento das relações afetivas, das condições de sobrevivência e acesso às políticas públicas. E promover discussões sobre gravidez, aborto, nascimento de filhos, responsabilidade de cuidado com irmãos e filhos, vida sexual, namoro, casamento e separação, responsabilidade paterna e materna, abandono, violência física e psicológica.

Temos então, pelos menos três níveis de regulação da vida dos jovens: o modo como irão se conduzir na família, entre pares e na comunidade. Esses dois princípios dizem respeito a um modo muito íntimo, muito privado, do sujeito de se conduzir e auto governar. Refere-se a como o jovem vai se conduzir dentro de casa, nas relações familiares e também fora de casa, nas relações fora do âmbito da casa, da família, no que diz respeito às relações entre pares, com amigos e parceiros. E também prescrições de onde devem circular na comunidade, os lugares que devem frequentar e buscar auxílio. Desse modo, formas de relação do sujeito consigo e com os outros.

Por isso quando o sujeito não usa o preservativo, por exemplo, nos coloca diante de uma reflexão ética que o jovem faz sobre si, exercendo a liberdade de escolher usar ou não o preservativo enquanto se relaciona com o outro, está escolhendo se relacionar sexualmente sem usar o preservativo. Quando o jovem escolhe abusar das substâncias ilícitas, está de alguma maneira, exercendo a liberdade de escolher como governar seu modo de existência, diante dos inúmeros dispositivos de dominação e assujeitamento em que se encontram expostos.

Outro aspecto que nos chama a atenção faz menção a obtenção da disciplina como ferramenta para realização da ação socioeducativa. O documento que estabelece o SINASE destaca que “a disciplina deve ser considerada como instrumento norteador do sucesso pedagógico, tornando o ambiente socioeducativo um polo irradiador de cultura e conhecimento e não ser vista apenas como um instrumento de manutenção da ordem institucional” (Brasil et al., 2006: 48). Diante dessa assertiva, entendemos que o sistema socioeducativo irá se desdobrar em um dispositivo produtor de subjetividades que tem a disciplina como principal ferramenta para subjetivar os indivíduos, cujos efeitos dessas práticas dizem respeito a assujeitar corpos e vidas a um conjunto de regras e códigos tomados como verdadeiros.

Ressaltamos que a prática da liberdade discutida aqui, não se equivale a viver uma vida sem regras, mas ter a possibilidade de o sujeito escolher sob quais códigos irá conduzir sua própria conduta. Quando o jovem reincide e quando de alguma outra maneira não se assujeita à disciplinarização e a dominação presentes no processo socioeducativo, além de nos sinalizar uma reflexão ética, de não abrir mão de si mesmo e lutar, adotando uma postura de afirmação de si. Coloca em evidência, a violência que se faz presente nos modos de governar a vida desses jovens.

Partilhando do pensamento foucaultiano, “o conceito de ética está intimamente ligado à constituição de um sujeito capaz de apropriar-se dos destinos de sua vida”. Nardi e Silva (2011: 144) apresentam ainda que a reflexão ética faz menção a relação do sujeito com a verdade, podendo ser elaborada com base no seguinte questionamento: “como se pode praticar a liberdade?” Compreendendo que os sujeitos podem ser muito mais livres do que imaginam (Foucault, 2014a: 261).

Nardi e Silva (2011) mencionam que a psicologia tem contribuído para formas de controle e homogeneização dos modos de existência, especialmente, a partir da constituição da psicologia moderna, quando se evidencia a ideia de interioridade essencialista do indivíduo, ou seja, o processo de modelagem do sujeito, se produz do interior em direção a normalização e adaptação; não mais um modelo que se constitui pelo exterior.

De acordo com Nardi e Silva (2011), a psicologia moderna se apresenta como:

. . . campo de saber especializado que opera pelo duplo mecanismo de dessocialização do indivíduo e individualização do social, faz do sujeito o lugar privilegiado da crise. Assim, reforça a ideia segundo a qual só resta ao indivíduo adaptar-se às novas exigências produzidas pelas constantes transformações das regras impostas pela dinâmica do capitalismo (Nardi & Silva, 2011: 150).

Segundo Nardi e Silva (2011), as práticas e saberes psicológicos na contemporaneidade, produzem jogos de individualização, dessocializando o indivíduo do campo social. Além de tomar o cuidado de si como dispositivo estritamente essencial para processos de normalização, adaptação e assujeitamento, marcando os modos de governar vidas na sociedade contemporânea.

Scisleski et al. (2012) mencionam que os saberes psicológicos produzem sobre os jovens em situação de vulnerabilidade social, descrições que definem essa categoria como imediatista, impulsiva, sem projeto futuro e desafiadora-opositora, produzindo, a condição juventude como inconsequente e agressiva. Outros discursos a respeito de características como descontrole, fraqueza frente ao abuso de ‘drogas’ estão presentes nas produções da psicologia. Ou seja, todos esses elementos compõem o fenômeno do descontrole e da desobediência, logo a disciplina e a contenção são tomadas como ferramentas indispensáveis para dar conta desses excessos.

O sistema socioeducativo está organizado para capturar a vida dos jovens em conflito com a lei por meio de práticas coercitivas e de assujeitamento, de modo que nos parece que é possível compreender a existência de reflexão ética, exercício de pensar sobre si e algum tipo de escolha, somente com aqueles jovens que não se assujeitam, que desobedecem, que produzem fugas, rebeliões, evasões, reincidências. Questionamo-nos então, que o exercício ético no que diz respeito ao jovem que cumpre medida socioeducativa, se encontra justamente em negociar com as práticas disciplinares e coercitivas, e isso inclui romper com a Psicologia.

Do modo como o sistema socioeducativo está organizado para capturar a vida dos jovens em conflito com a lei nos parece que é possível compreender que existe reflexão ética, exercício de pensar sobre si e bancar algum tipo de escolha, somente com aqueles jovens que não se assujeitam, que desobedecem, que produzem fugas, rebeliões, evasões, reincidências. Questionamo-nos então, que o exercício ético no que diz respeito ao jovem que cumpre medida socioeducativa se encontra justamente em romper com as práticas disciplinares e coercitivas, e isso inclui romper com a psicologia.

Desse modo, outra questão nos atravessa: de que modo a psicologia pode se aproximar de uma reflexão ética junto aos jovens e se afastar da atualização de práticas de dominação? Vicentin, Gramkow e Cruz (2015: 164) comentam sobre a importância de se produzir no campo das políticas públicas de saúde aos jovens, ferramentas teórico-conceituais que dialoguem com a noção de saúde a partir da perspectiva do “desejo, da intensidade e da produção da vida dos sujeitos em seu contexto”, distanciando das perspectivas que

estabilizem saúde como condição de adequação, equilíbrio, cuidado dos excessos e prevenção de riscos.

Nardi e Silva (2011) afirmam que para que as práticas psicológicas ocupem outras posições nos jogos de poder e verdade, que não os lugares próximos à disciplinarização e práticas de assujeitamento, é necessário que se busque os elementos articulados e tomados como verdadeiros, ou seja, evidenciar as condições de possibilidade dos jogos de verdade e as relações de poder aos quais a psicologia se engendra e produz modos de dominação e assujeitamento. De modo que as práticas psicológicas junto aos jovens ocupem lugar de produção e invenção de novos modos de existência a partir de práticas de liberdade dos sujeitos.

## Considerações Finais

A aproximação da Psicologia com a juventude em conflito com a lei tem contribuído com a produção de práticas disciplinares e de assujeitamento. O modo como a Psicologia se aproxima das Ciências Naturais e passa a se constituir enquanto saber expert da interioridade do sujeito promove condições de possibilidade para emergência de discursos que articulados a um conjunto de elementos produzem regimes de verdade sobre a vida dos jovens.

De modo que àqueles jovens que não se rendem, que não se assujeitam, que desobedecem em detrimento de não abrir mão de suas práticas como efeito de uma reflexão ética são mais uma vez capturados pelo saber psi, operando sob a lógica de individualização do social e dessocialização do indivíduo. Criam-se, assim, cenas nos picadeiros da saúde, em que é a juventude a grande protagonista da reflexão ética, no sentido de negociar com as práticas disciplinares e coercitivas, produzindo outros modos de existência, que não o modo de vida assujeitado. Desse modo, a reflexão ética, como prática de liberdade permite à saúde, interrogar-se sobre outros modos de produção de saúde, que sejam direcionados à produção de vida e não assujeitamento da vida.

## Referências

- Alvarenga Filho, J. R. (2015). "Prisão, delinquência e subjetividade". *Estudos Contemporâneos da Subjetividade [Campos dos Goytacazes]*, 5(2), 161–170.
- Brasil, Secretaria Especial dos Direitos Humanos, & Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. (2006). *Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE)* (1º ed). Brasília, DF: CONANDA.
- Cruz, L., Hillesheim, B., & Guareschi, N. M. de F. (2005). "Infância e políticas públicas: um olhar sobre as práticas psi". *Psicologia & Sociedade*, 17(3), 42–49.  
<https://doi.org/10.1590/S0102-71822005000300006>
- Dimenstein, M. (2013). "Práticas psicológicas e políticas públicas: a vida que emerge na diversidade". In L. Rodrigues, N. Guareschi, & L. Cruz (Orgs.), *Interlocuções entre a Psicologia e a política nacional de Assistência Social* (p. 7–11). Santa Cruz do Sul, RS: Edunisc.
- Foucault, M. (1998). "Genealogia e poder". In *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro, RJ: Graal.
- Foucault, M. (1999). *Vigiar e punir: o nascimento da prisão*. Petrópolis, RJ: Editora Vozes.
- Foucault, M. (2003). "Poderes e estratégias (entrevista com J. Raciére)". In *Psicologia, psiquiatria e psicanálise* (Vol. 4, p. 241–252). São Paulo, SP: Forense Universitária.
- Foucault, M. (2008). *Segurança, Território, População. Curso ministrado no Collège de France (1977-1978)*. São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Foucault, M. (2011). *Do governo dos vivos. Curso ministrado no Collège de France (1979-1980)*. São Paulo, SP: Achiamé.

- Foucault, M. (2014a). *Ética, Sexualidade, Política* (Vol. 5). Sao Paulo, SP: Forense Universitária.
- Foucault, M. (2014b). *Genealogia da Ética, Subjetividade e Sexualidade* (Vol. 9). Sao Paulo, SP: Forense Universitária.
- Foucault, M. (2014c). “Problematização do sujeito”. In *Psicologia, psiquiatria e psicanálise* (Vol. 1, p. 133–151). Sao Paulo, SP: Forense Universitária.
- Guareschi, N. M. F., Lara, L., Azambuja, M. A., & Gonzales, Z. K. (2011). “Por uma Lógica do Desassujeitamento: O Pensamento de Michel Foucault na Pesquisa em Ciências Humanas”. *Pesquisas e Práticas Psicossociais [São João del-Rei]*, 6(2), 196–202.
- Hadler, O. H. (2017). *Biografias malditas: experiências entre Psicologia e Segurança* (Tese Doutoral). Programa de pós-graduação em Psicologia Social e Institucional do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. Recuperado de <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/166253>
- Nardi, H., & Silva, R. (2011). “Ética e subjetivação: as técnicas de si e os jogos de verdade contemporâneos”. In N. M. de F. Guareschi & S. Huning (Orgs.), *Foucault e a Psicologia* (1º ed, p. 143–158). Porto Alegre, RS: Edipurcrs.
- Reis, C. dos, Guareschi, N. M. de F., & Carvalho, S. de. (2014).” Sobre jovens drogaditos: as histórias de ninguém”. *Psicologia & Sociedade*, 26(spe), 68–78. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822014000500008>
- Scisleski, A. C. C. (2010). *Governando vidas matáveis: as relações entre a saúde e a justiça dirigidas a jovens em conflito com a lei* (Tese Doutoral). Programa e Pós-graduação em Psicologia. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS. Recuperado de <http://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/716>
- Scisleski, A. C. C., dos Reis, C., Hadler, O., Weigert, M. de A. B., & Guareschi, N. M. de F. (2012). “Juventude e pobreza: a construção de sujeitos potencialmente perigosos”. *Arquivos Brasileiros de Psicologia [Rio de Janeiro]*, 64(3), 19–34.
- Vicentin, M. C. G., Gramkow, G., & Cruz, M. A. S. (2015). “Adolescentes e jovens em meio às lógicas sanitário-penais: notas para uma ação ético-política”. In A. C. C. Scisleski & N. M. de F. Guareschi (Orgs.), *Juventude, Marginalidade social e direitos humanos* (1º ed, p. 176–195). Porto Alegre, RS: Edipurcrs.