

**RESPEITANDO BIOGRAFIAS ATÉ O FIM: UMA CONCEPÇÃO DE
PERSONALIDADE MAIS ADEQUADA AO CUIDADO CENTRADO NA
PESSOA DE INDIVÍDUOS COM TRANSTORNOS GRAVES DA
CONSCIÊNCIA**

**RESPECTING BIOGRAPHIES ALL THE WAY DOWN: A CONCEPTION
OF PERSONHOOD BEST SUITABLE FOR A PERSON-CENTERED
HEALTHCARE OF INDIVIDUALS WITH SEVERE DISORDERS OF
CONSCIOUSNESS**

BIANCA ANDRADE¹
(UNISINOS, Brasil)

MARCO ANTONIO AZEVEDO²
(UNISINOS, Brasil)

RESUMO

A abordagem conhecida como Saúde Centrada na Pessoa (SCP) tem seu foco nos indivíduos tomados como pessoas e não apenas como pacientes. Contudo, em filosofia, segundo as abordagens tradicionais, nem todos os seres humanos são (estritamente) “pessoas”. Ora, se para a SCP, importa tomar a todos os pacientes como pessoas, é preciso repensar as definições e conceitos propostos pelas mais diferentes abordagens ontológicas sobre a personalidade. Afinal, não são apenas os indivíduos com um *self* maduro e racional que demandam cuidados em saúde. Para a SCP, recém-nascidos, bebês, crianças, deficientes mentais e idosos com demência, e mesmo as pessoas portadoras de transtornos graves de consciência (TGC), também são pessoas com direitos a cuidados de saúde. Portanto, levando a SCP a sério, parece necessário que o conceito de pessoa seja estendido para incluir indivíduos com níveis de consciência insipientes ou imaturos, bem como aqueles com deficiências mentais graves ou permanentes. Neste artigo, discutiremos criticamente alguns conceitos filosóficos influentes sobre o que entendemos ou devemos entender por “pessoa”, buscando uma abordagem mais ampla e inclusiva. Propomos uma abordagem ontológica segundo a qual pessoas são compreendidas como seres dotados de uma biografia socialmente reconhecida, o que implica reconhecer esses indivíduos como portadores não apenas de necessidades em saúde, mas de interesses e demandas legítimas. Tais interesses e demandas, além das necessidades em bem-estar, não são expressos diretamente por elas devido, dadas suas deficiências graves, como ocorre com os indivíduos com TGC. Disso resulta que, no âmbito de uma SCP, para os pacientes que padecem de TGC, não é apenas o cuidado que importa, mas também o respeito. Os cuidadores, portanto, devem não apenas cuidar, movidos por simpatia ou compaixão, do bem-estar desses indivíduos, mas também devem se preocupar em respeitar seus interesses e direitos, interpretando-os de forma empática, à luz de sua história pessoal ou *biográfica*. Nossa conclusão é que, para ser coerente, a SCP deve considerar pessoas com TGC como pessoas, e que nosso conceito revisado de personalidade se adapta perfeitamente a essa exigência.

Palavras-Chave: Saúde Centrada na Pessoa; Personalidade; Teorias da Consciência; Respeito; Teoria Biográfica da Personalidade.

ABSTRACT

Person-Centered Healthcare (PCH) is interested in persons, but for many philosophers (at least in traditional accounts) not all human beings should be considered (strictly) “persons.” Nevertheless, if PCH is interested in persons, and if persons are truly all that matters, then we need to rethink about these traditional accounts on the ontology of *personhood*. After all, in PCH, it is not solely individuals with mature rational selves that demand healthcare needs. Newborns, toddlers, children, the mentally handicapped, and the elderly with chronic or progressive conscious disorders, as well as people endowed with severe disorders of consciousness (SDC), are certainly also persons with rights to healthcare. So, in taking PCH seriously, it seems necessary that the concept of the person be extended in order to include those individuals with insipient or immature levels of consciousness as well as those who are severely and permanently mentally handicapped. After all, it seems plainly acceptable that in clinical practice those individuals also need appropriate care and should be cared for and respected in the same way we care and respect all non-mentally disabled individuals. In this chapter, we will depart from some well-known philosophical concepts of what it means to be a person and try to offer a broader and more inclusive meaning. In our ontology, persons are human beings with a socially recognized biography, which implies recognizing those individuals as bearers of not only necessities, but interests and claims. Sometimes, those interests and claims, besides necessities and wellbeing, are not expressed by them due to severe disabilities, as is the case of individuals with SDC. With a PCH approach in patients that suffer from SDC, it is not only care that matters, but also respect. Caregivers therefore should not only sympathetically care for the wellbeing of these people but also be concerned with respecting their interests and claims by interpreting them empathetically, in the light of their biographical story. Our conclusion is that, in order to be coherent, PCH must consider individuals with severe disorders of consciousness as persons, and we think that our revised concept of personhood fits with this requirement.

Keywords: Person-Centered Healthcare; Personhood; Theories of Consciousness; Respect; The Biographical Approach of Personhood.

Introdução: A emergência da Saúde Centrada na Pessoa

Nos últimos anos tem havido um ressurgimento do interesse em tópicos de filosofia da medicina para além das questões clássicas de bioética. Ao largo disso, novas abordagens sobre o cuidado em saúde emergiram, especialmente as abordagens que dão prioridade aos interesses, preferências e valores da pessoa humana. O *Cuidado à Saúde Centrado na Pessoa*, ou simplesmente a *Saúde Centrada na Pessoa* (em inglês “Person-Centered Healthcare”, ou PCH) é uma visão multidisciplinar que aborda os desafios que os profissionais e os sistemas de saúde enfrentam atualmente dada a despersonalização do atendimento clínico, especialmente diante da atual, e crescente, epidemia de doenças crônicas. A Saúde Centrada na Pessoa (SCP) busca recapacitar os serviços de saúde e defende uma abordagem mais ampla sobre os efeitos do adoecimento na vida das pessoas.

Muitos defensores da SCP dizem que a abordagem representa “uma nova maneira de ‘pensar e fazer’ na prática clínica”, a qual procura dar uma resposta ao fracasso dos modelos tradicionais em “cuidar dos pacientes como indivíduos, ou seja, como pessoas” (MILES &

ASBRIDGE, 2014). Miles e Mezzich, por sua vez, veem a SCP como uma estrutura humanista de cuidado, na qual a ciência é aplicada de uma maneira que respeita “o paciente como uma pessoa inteira” (MILES & MEZZICH, 2011). Suas queixas se dirigem aos modelos que enfatizam o uso de conhecimentos científicos em saúde, como a medicina baseada em evidências, sem, porém, considerar que o uso de toda habilidade científica deve ter como alvo capacitar os indivíduos a estarem no comando de suas próprias vidas (Miles, 2009). Um dos problemas da medicina moderna parece ser, então, justamente este: ao buscar ajudar aqueles que ativamente procuram por atenção médica, a medicina acaba por reduzi-los à condição de entes “passivos”, em outras palavras, a meros “pacientes” e não “pessoas”.

A abordagem é promissora e vem sendo saudada nos meios profissionais e acadêmicos. Mas o que seus defensores entendem por “pessoa”, afinal? Loughlin é um dos que defendem que uma contribuição valiosa da filosofia para o entendimento desse novo modelo consiste em procurar esclarecer o significado de “pessoa” no âmbito dessa nova abordagem. O objetivo distingue-se do de produzir diretrizes e consensos sobre o que se entende por pessoa (tal como é possível e desejável alcançar no âmbito de questões técnicas, como é o caso da elaboração de diretrizes para boas práticas clínicas). Filosoficamente o que importa, diz ele, é refletir sobre o que os profissionais de fato pretendem e o que deveriam pretender dizer com seu discurso de que “pessoas” devem estar no centro dos cuidados de saúde (LOUGHLIN, 2014, p.17).

Não obstante isso, a ênfase no cuidado a pessoas é, por vezes, também expressa em modelos cujo foco é dito como centrado “no paciente”. Entwistle e Watt, por exemplo, sustentam que a “centralização na pessoa” é quase sinônimo de outras qualificações como “centrada no paciente”, “centrada no cliente”, “centrada na família” e “centrada no relacionamento”, pois todas essas expressões são empregadas em abordagens cujo foco é deslocar a medicina e os cuidados de saúde de uma prática “demasiado centrada na doença” ou apenas “centrada no sistema de saúde”, para uma prática que amplie a experiência dos pacientes com seu próprio cuidado. Essa preocupação geral é certamente ética. O princípio de que os pacientes devem ser “tratados como pessoas” (ENTWISTLE & WATT, 2013) tem como objetivo enfatizar que todo cuidado à saúde deve ser respeitoso e responsivo às preferências, necessidades e valores dos indivíduos (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001).

O que os filósofos, afinal, entendem por “pessoa”?

Mas a exigência ética de tratar os pacientes “como pessoas” levanta questões ontológicas complexas: afinal, o que são pessoas? Se não pudermos dar uma explicação clara e

filosoficamente defensável da natureza da personalidade, então não teremos como explicar o que deve ser entendido por “pessoa” no âmbito dessa nova abordagem.

Os filósofos têm buscado estabelecer um conceito de pessoa há séculos. Embora não haja consenso sobre o assunto, algumas visões predominam. Um problema, porém, é que não há convergência entre as definições e concepções filosóficas e o que os profissionais de saúde tomam clinicamente por pessoa.

Vejamos algumas posições representativas no debate filosófico:

[Person] is a forensic term, appropriating actions and their merit; and so belongs only to intelligent agents, capable of a law, and happiness, and misery. This personality extends itself beyond the present existence to what is past, only by consciousness—whereby it becomes concerned and accountable (LOCKE, *Essay*, Book II, §26).

What is most important in the survival of a person are a number of psychological relations. Most of these relations hold, over time, to varying degrees. So the identity of a person over time is only in its logic all-or-nothing; in its nature, it is a matter of degree (PARFIT, 1971).

Each human being traces a unique autobiographical route through the world, and the combination of genetic endowment, variable responsiveness to individual experience, and memory gives each human being a personality (...). Our consciousness of our past itself typically incorporates an awareness of our family and social group, and of the form of life that contributes to the generation of our social identity and plays a crucial role in our conception of ourselves (HACKER, 2007).

Temos aqui três filósofos diferentes, e de épocas diferentes, com posições à primeira vista semelhantes sobre o assunto. John Locke é o defensor de uma das abordagens mais persuasivas sobre o que entendemos por pessoa até hoje; Derek Parfit é um dos filósofos mais influentes da atualidade que trataram desse assunto, sendo que suas teses partiram criticamente da própria visão de Locke; e Peter Hacker, por sua vez, é um defensor de uma nova abordagem perspicaz e crítica sobre o tópico, influenciada principalmente por suas leituras de Wittgenstein (um crítico, como se deveria esperar, das concepções dos filósofos modernos). Todos eles, entretanto, enfatizam a importância da autoconsciência (ou das “autonarrativas” – contudo, em que medida essa ênfase na autonarrativa se afasta da ênfase na autoconsciência trata-se de uma questão a ser avaliada). Para um entendimento preliminar do problema que nos interessa avaliar aqui, o que salta aos olhos é a importância que todos destacam à afirmação de que a personalidade de cada um depende fundamentalmente de uma cadeia de experiências, retratadas na memória de cada um, sobre o que se *é* (isto é, sobre sua continuidade ao longo do tempo). Assumindo que nossa identidade pessoal deve se estender para além de nossa existência atual até algum ponto original do passado, Locke, por exemplo, concluiu que a consciência presente

deve ser capaz de recuperar uma única cadeia de memórias, sendo isso basicamente o que constitui a *personificação*. O problema é que muitas vezes as coisas não acontecem desse modo nas vidas dos indivíduos que são o foco dos cuidados em saúde: isto é, nós mesmos. Afinal, nós não apenas perdemos lembranças; às vezes, nossa cadeia inteira é quebrada ou dissolvida (como acontece quando nos tornamos idosos ou doentes portadores de alguma forma de demência). Além disso, em nossa infância, não temos domínio consciente de qualquer cadeia de estados mentais passados, e, quando adultos, já não conseguimos mais nos lembrar de como vivemos experiencialmente esses momentos precoces de nossas vidas.

As visões de Parfit e Hacker parecem mais realistas quanto a esse problema. Parfit salienta que nossas relações “psicológicas” se apresentam sob vários graus em nossa vida, e Hacker marca o caráter social das autoconcepções de quem somos. As visões de Parfit e Hacker são bons exemplos de como o tema chega até nós e como ele se tornou mais complexo após Locke. Investigar a fundo as abordagens desses filósofos é um objetivo que ultrapassa os objetivos deste artigo. Por ora, basta-nos destacar que, apesar dessas visões contemporâneas representarem um progresso em nossa busca por uma concepção mais ampla e adequada, o problema da caracterização de o que entendemos por pessoas, especialmente no âmbito da defesa de uma SCP, permanece insolúvel e em aberto. Afinal, se a autoconsciência for considerada necessária para qualquer consideração do que queremos dizer com “personalidade”, e se as pessoas devem ser nossa principal preocupação na SCP, a conclusão é de que um grande número de pacientes deveria ser excluído do centro do cuidado. Seguindo os conceitos sugeridos por Locke, ou mesmo os conceitos sugeridos por Parfit ou Hacker, crianças somente estariam no centro do cuidado dado seu potencial futuro de se tornarem “pessoas”; mas e se um destino infeliz lhes retirar essa potencialidade de modo irreversível? E como fica o caso dos deficientes mentais? E quanto aos indivíduos com demência? E o que dizer dos pacientes portadores de transtornos ainda mais severos de consciência, como é o caso dos que sobrevivem em estado vegetativo persistente? E quanto aos que apresentam quadros curiosos, como a *visão cega (blindsight)*?³ Seriam esses indivíduos “pessoas”? Estariam elas em que posição na geografia do cuidado?

No entanto, se a SCP está interessada em pessoas, e se as pessoas são realmente tudo o que importa, então precisamos repensar as abordagens tradicionais em ontologia da pessoalidade. Afinal, na SCP, não são apenas os indivíduos portadoras de um *self* racional maduro que demandam cuidados dos profissionais de saúde. Recém-nascidos, bebês, crianças, deficientes mentais e idosos com transtornos crônicos ou progressivos da vida consciente, bem como pessoas dotadas de TGC, são certamente pessoas com direito à saúde. Assim, ao levarmos

a SCP a sério, parece necessário que o conceito de pessoa seja estendido a fim de incluir aqueles indivíduos com níveis de consciência imaturos ou incipientes, bem como aqueles que são severa e permanentemente incapacitados mentalmente. É plenamente aceitável que, na prática clínica, esses indivíduos também necessitem de atenção apropriada, e que estejam, portanto, igualmente no “centro do cuidado”; há, com efeito, um ponto óbvio na ênfase de que eles também devem ser cuidados e respeitados da mesma forma que são ou devem ser cuidados e respeitados todos os demais indivíduos, com ou sem transtornos e deficiências mentais.

Pacientes e pessoas

Se assumirmos a visão de que a autoconsciência é necessária para ser uma “pessoa”, devemos, como consequência, aceitar que muitos dos indivíduos que são cuidados pelos profissionais de saúde não são pessoas. Seriam eles apenas “seres humanos”? Ora, é certo que são “pacientes” humanos, já que, para que alguém seja objeto de atenção médica, não é necessário que seja um ser autoconsciente. Uma definição de dicionário de “paciente” é justamente a de “um indivíduo que aguarda ou está sob cuidados médicos e tratamento” (MERRIAM-WEBSTER, 2018). Pacientes são aqueles indivíduos objetos de algum cuidado em saúde. Em medicina veterinária, os animais não-humanos sujeitos a cuidados em saúde são também pacientes, mas não há demandas (generalizadas, ao menos) em favor de que sejam considerados como “pessoas”. A palavra “paciente”, como sabemos, vem do latim *patientem*, que significa “suportar, suportar, suportar, tolerar, permitir”. Acredita-se que o uso da palavra para fazer referência a indivíduos sob cuidados médicos venha de meados do século XIV (MERRIAM-WEBSTER, 2018). Como alguém pode ser objeto de cuidados de saúde sem ser necessariamente uma pessoa, segue-se que tomar todo paciente como uma pessoa não é uma consequência necessária do ato de cuidar da saúde. A diferença pode parecer sutil, mas tomar um indivíduo como paciente envolve uma atitude diferente da atitude de tomar esse mesmo indivíduo como uma pessoa. As duas atitudes não são, entretanto, opostas ou contraditórias. Pacientes são indivíduos com necessidades de cuidado; pessoas podem ser ocasionalmente pacientes, mas, como veremos adiante, cuidar de alguém como pessoa implica mais do que apenas importar-se em proteger a saúde desse indivíduo.

Agora, se todos os indivíduos com cuidados em saúde são, por definição, *pacientes*, por que seria preciso enfatizar que as pessoas é que devem estar no centro do cuidado? Por que não defender apenas um cuidado em saúde centrado no *paciente* (SCPt)? Vejamos, com efeito,

algumas diferenças entre uma abordagem conceitual da saúde centrada na pessoa e uma abordagem conceitual centrada puramente no *paciente*.

Considere o recente julgamento da Suprema Corte Britânica, de 2015 (*Montgomery versus Lanarkshire Health Board*). No Reino Unido, a posição de longa data sobre quais informações deveriam ser divulgadas pelos profissionais de saúde a seus pacientes quando da obtenção de um ato de consentimento era que isso deveria ser determinado com base no que uma comunidade de experts concordaria em revelar em tais circunstâncias. A fundamentação é de que o juízo sobre qual informação é relevante para obter consentimento do paciente é algo da competência do expert; a informação clínica era vista como mero conhecimento técnico fundamental para um juízo médico. Dado isso, apenas um especialista poderia decidir quais informações são relevantes para obter consentimento, até mesmo porque há informações que poderiam gerar dano ao paciente. Segundo essa visão, pacientes são leigos, isto é, indivíduos sem o conhecimento e habilidade profissionais necessárias para compreender sua condição clínica com precisão.⁴ Ainda segundo essa mesma visão, pacientes são indivíduos afetados em sua autoridade para tomar decisões, já que a doença poderia distorcer sua capacidade de julgar de forma sensata. Seguindo esse raciocínio, as decisões devem sempre ser tomadas por *experts* na condição de clínicos, cuja autoridade para decidir é transferida pelo paciente. Essa transferência é feita, e voluntariamente, a princípio, em favor dos melhores interesses daquele que se encontra na condição passiva (FREIDSON, 1980). Como disse o juiz McNair em *Bolam versus o Comitê Gestor do Hospital Friern*, “o teste para negligência não é o teste do homem no ônibus Clapham, porque ele não tem essa habilidade especial” (1957). A visão é de que é um privilégio dos médicos decidir qual é a melhor opção terapêutica para cada caso, e o teste para saber se o médico age com prudência não pode ser o que uma pessoa comum e razoável pensaria sobre o caso, mas o que um especialista faria. Chamemos isso de a visão tradicional.

Note-se, porém, que aquilo que a visão tradicional sustenta não é que os pacientes não possuem direitos sobre seus médicos; ela os vê, sim, como indivíduos com direitos sobre os profissionais de saúde. Afinal, mesmo na visão tradicional, pacientes têm o direito de consentir, e de modo informado. O consentimento é um ato por meio do qual se dá a outrem autorização (ou licença) para fazer algo que de outra forma não se estaria autorizado. Portanto, está sob o poder do paciente dar ou não a essa outra pessoa (o médico, por exemplo) a autorização em questão. No caso da medicina, o direito ao consentimento implica que os pacientes têm o poder legal e moral de alterar as posições legais e morais prévias dos médicos. Em outras palavras, antes de obter consentimento, nenhum médico está autorizado a efetuar qualquer procedimento mesmo sob a convicção de que ele certamente beneficiará o doente. Agir clinicamente é um

privilégio necessariamente concedido. Porém, seguindo a visão tradicional, a autorização dada pelos pacientes a seus médicos é também uma licença para que estes procedam de um modo que não cabe àqueles julgar. O juízo clínico é visto como um privilégio profissional. Nessa interpretação, o direito que os pacientes têm é simplesmente o direito de recusar o que seus médicos julgam e prescrevem; é um direito a dizer “não”. Trata-se igualmente de um privilégio, mas de um privilégio que é consequência do direito a não ser forçado a receber um tratamento que não seja aceito (mas por razões que não estão sob escrutínio dos *experts*), uma especificação de um direito geral a não ser forçado a fazer o que não se deseja (uma especificação do direito geral à liberdade). Fundamentos para essa visão podem ser encontrados na defesa de John Stuart Mill do que foi chamado por Joel Feinberg como “o princípio do dano” (MILL, 2003; FEINBERG, 1986).

O julgamento Montgomery mudou a lógica das decisões sobre o consentimento informado no Reino Unido. Os juízes unanimemente optaram em favor da conclusão de que a informação a ser divulgada ao paciente deve corresponder àquilo que “uma pessoa razoável na posição do paciente atribuir importância” para uma tomada de decisão e de que “o médico é ou deveria estar razoavelmente ciente de que o paciente em particular atribui valor a isso” (DUNN et al., 2018). Essa declaração implica uma abordagem sobre o consentimento informado diferente da visão tradicional. A visão é de que os médicos têm um dever mais amplo de avaliar as informações clínicas disponíveis, em termos do que poderia ser considerado por uma pessoa na posição do paciente como relevante para *sua* decisão pessoal de escolher dentre opções alternativas ou mesmo para aprovar ou não a opção recomendada por seu médico. Como as decisões dos pacientes podem ser tomadas por motivos não técnicos, os médicos precisam se colocar no lugar dos pacientes para entender suas crenças sobre as circunstâncias e as opções em questão. Dunn et al. argumentam que o julgamento Montgomery é um marco em direção a uma “abordagem centrada no paciente” sobre o consentimento na prática médica. Nossa opinião é de que, partindo da distinção proposta entre uma abordagem centrada no paciente e uma abordagem centrada na pessoa, o que o julgamento Montgomery defende é que a relação médico-paciente mudou, admitindo-se agora que os pacientes exigem um papel mais ativo no processo de tomada de decisão. Ao avaliar opções, os médicos devem levar em consideração as crenças, os valores e até mesmo os preconceitos de seus pacientes, tentando descobrir o que eles julgam razoavelmente ser do interesse de seus pacientes ou aquilo possa afetar suas decisões no processo de consentimento. Os médicos, portanto, devem ver seus pacientes não apenas como pacientes, isto é, como indivíduos passivos sob seus cuidados, mas como agentes, cujas crenças, valores e compromissos devem ser compreendidos, respeitados e considerados

no raciocínio clínico (WALACH & LOUGHLIN, 2018). Isto não é novo; na verdade, é algo que já vem sendo levado a sério por décadas, na Grã-Bretanha e em todo o mundo (embora seja questionável até que ponto o Brasil estaria bem inserido neste debate).

Dado isso, o que acima foi caracterizado simplesmente como SCPT não implica (conceitualmente,) que todo indivíduo com necessidades de saúde deva participar *ativamente* nas decisões médicas. Seguindo a visão tradicional, as próprias percepções do paciente sobre o que constitui suas necessidades devem ser vistas como informações subjetivas adicionais que os médicos e médicas devem (propedeuticamente) levar em conta em suas avaliações (no processo conhecido como “anamnese”). O consentimento (ou o “assentimento” – usando aqui um outro termo, a fim de traçarmos uma distinção conceitual) pode ser visto como implicando apenas o direito de não ser forçado a receber um tratamento ou procedimento (subjetivamente) indesejado. Ora, essa forma de respeito aos pacientes só os considera parcialmente como *agentes* (pessoas), pois a condição de “paciente” nessa visão tradicional é vista como elemento “exterior” ao juízo clínico e ao processo de tomada de decisão. Ocorre que para SCP, a pessoa não é um elemento exterior; ela está no centro da atividade, devendo, por essa mesma razão, tomar parte no processo de tomada de decisão.

Ao dizer isso, não se argumenta que o direito ao assentimento não seja um direito legítimo e importante; de forma alguma. O direito ao assentimento no atendimento clínico é, naturalmente, parte essencial daquilo que constitui o respeito às pessoas. Tanto o direito ao assentimento quanto o direito mais amplo ao *consentimento* são direitos em sentido pleno. Para entender isso, vamos ver o que entendemos por *direito* em um sentido mais estrito.

Pessoas como indivíduos portadores de direitos

Um direito de exigir (*claim-right*), ou direito como exigência (ou entendido como uma exigência) é uma demanda ou reivindicação legal ou moralmente justificada (FEINBERG, 1966; 1970).⁵ Reivindicações não são meros pedidos. Reivindicações são demandas ou exigências, ou seja, expressões da vontade de alguém dirigidas a outra pessoa e que comunicam o conteúdo de uma obrigação correlata. Direitos desse tipo são transmitidos por atos imperativos de fala, feitos pessoalmente, ou por meio de um representante. Direitos de exigir expressam que alguém (o reclamante) está em uma posição justificada (moralmente) ou legítima (legal) para reivindicar ou exigir algo de outra pessoa. As reivindicações justificadas dirigidas a pessoas específicas representam o que é chamado pelos juristas anglo-saxônicos de direitos *in personam*; se feitas contra uma classe indefinida de pessoas são chamadas de direito

in rem (seguindo a abordagem de Wesley Newcomb Hohfeld). Os direitos *in rem* (“*multital rights*”, na linguagem de Hohfeld) são demandados “contra o mundo em geral”; direitos *in personam* são reivindicações “contra certas pessoas” (HOHFELD, 1919, p. 24). Um direito contratual é *in personam* porque pode ser executado apenas contra as partes especificadas pelo contrato. Um direito de propriedade é *multital*, diz Hohfeld, porque é direcionado a qualquer pessoa em geral. Ele é *multital* também porque inclui não apenas o direito que o portador tem contra, por exemplo, a intrusão de outras pessoas em sua propriedade, mas também o poder de as autorizar a entrar ou usar seu terreno (sob condições especificadas pelo proprietário). Os direitos dos pacientes são, com efeito, direitos nesse segundo sentido. Judith Thomson chama esses direitos de *cluster rights* (THOMSON, 1990), ou *direitos aglomerados*.

Uma consequência dessa visão sobre a semântica dos direitos é que direitos de exigir (*claim-rights*) estão sempre correlacionados a algum dever (FEINBERG, 1966). Desse modo, toda exigência (*claim*), tal como sugere Thomson (1990), têm dois “chapéus”: de um lado, temos o detentor do direito (*right-holder*) e, de outro, o portador do dever (*duty-bearer*). Stephen Darwall, de um modo semelhante, chama a esses deveres correlatos de “bipolares” (DARWALL, 2012; BARBOSA, 2018). Eles são bipolares porque sempre apontam para algum indivíduo como alguém a quem se deve algo (uma ação ou a obtenção de um estado de coisas) a outrem. Eles se diferenciam dos deveres impessoais, que não se dirigem a ninguém em especial (como seria o caso da obrigação moral de caridade ou de beneficência, por exemplo). Os direitos de exigir, portanto, não requerem dos agentes morais ação impessoais ou neutras; eles são, como enfatiza Darwall, injunções ou requisitos dirigidos a agentes especificados (DARWALL, 2006). Uma ação requerida (ou “obrigatória”) é dita como neutra em relação ao agente se for indiferente ao beneficiário que qualquer outra pessoa a realize. Diz-se que a beneficência, por exemplo, é neutra em relação ao agente nesse sentido, pois é indiferente qual pessoa realmente faz a boa ação para o indivíduo beneficiado. Direitos de exigir não são assim, pois os deveres são direcionados a indivíduos específicos. Com o cumprimento da ação ou a obtenção do estado de coisas, quem se desonera da obrigação é sempre um agente individual especificado.⁶

Seguindo essa semântica, fica claro que podemos designar direitos diferentes sob o mesmo nome geral. O uso da linguagem pode disfarçar diferenças essenciais. Este é o caso do “consentimento”. Um direito ao consentimento pode ser visto como um mero direito de assentimento a uma prescrição (mesmo que precedida por informação apropriada). Mas o direito ao consentimento também pode ser visto como a exigência legal e moral de participar ativamente do processo decisório. Assim, o respeito às pessoas nas práticas em saúde pode ser

visto de maneiras diferentes, dependendo do significado da exigência ou reivindicação em questão.

Está claro agora por que respeitar um direito ao mero assentimento não é o que é exigido pelo princípio de colocar as pessoas no centro dos cuidados de saúde. Em uma abordagem baseada na SCP, inclui-se o reconhecimento da exigência das pessoas (pacientes) de *participarem ativamente* das decisões, a fim de que suas próprias preferências sejam consideradas nos processos de tomada de decisão sobre procedimentos e tratamentos apropriados. Talvez o que se exige é que as decisões médicas sejam tomadas por um processo cooperativo entre dois agentes: o paciente e o cuidador. Se levarmos isso a sério, uma conclusão é que nas práticas em saúde as pessoas podem exigir (como seu direito) que sejam consideradas não apenas como pacientes, mas também como agentes, mesmo considerando todas as restrições e limitações bem conhecidas (talvez essa solicitação não possa ser considerada ou exigida integral ou extensamente em todas as circunstâncias e domínios, como, por exemplo, em emergências) (veja WALACH & LOUGHLIN, 2018).

Agora, este é o problema com o qual pretendemos lidar aqui. Se a SCP corretamente requer um processo cooperativo entre o clínico e os pacientes, como isso seria possível com pacientes cujo *self* não é maduro (recém-nascidos, bebês e crianças), ou com pacientes em coma, ou pacientes com distúrbios graves da consciência, particularmente se os considerarmos não apenas como “pacientes”, mas como agentes completos, isto é, pessoas? Afinal, indivíduos adultos ou amadurecidos são apenas uma parte (na verdade, uma pequena parte) de todo o universo de pacientes. Ao colocar as pessoas no centro do cuidado, certamente não queremos dizer que apenas pessoas maduras e racionais devem ser cuidadas e respeitadas como pessoas; e nós também não estamos defendendo diferentes posturas para cuidar de diferentes tipos de pessoas – faria sentido proporcionar um cuidado que é apropriado para aqueles indivíduos que agem como pessoas autônomas (isto é, para aquelas pessoas dotadas de egos autônomos racionais), e um cuidado diferente (em prioridade, em qualidade, em preocupação) para as pessoas que ainda imaturas, ainda não racionais? E como ficam os deficientes mentais? Compare o cuidado em saúde empregado em medicina e o cuidado em saúde empregado na medicina veterinária. Pode ser questionável para uns, mas ordinariamente não tomamos essas duas práticas de cuidado como implicando as mesmas obrigações. Por exemplo, não faz qualquer sentido pensar nos animais (não-humanos) como portadores de alguma reivindicação ou exigência de participação nas decisões sobre seu cuidado veterinário. Ocorre que com muitos humanos algo parecido acontece. O que queremos dizer quando dizemos que crianças e deficientes mentais, ou pessoas dementes, também são merecedoras de respeito? Não

deveríamos assumir com elas alguma modalidade de ação paternalista moral forte? Então, se não estamos simplesmente usando o termo “pessoa” para distinguir um tipo particular de indivíduo dentre aqueles indivíduos que ordinariamente chamamos de pessoas, nem se usamos o termo como sinônimo de “paciente” (ou como um substantivo que simplesmente marca a condição de alguém suscetível a cuidados em saúde), o que precisamos é de uma abordagem conceitual para a *pessoalidade* que possa ser empregada com qualquer tipo de paciente humano que necessite de cuidados.

Definindo “pessoa”: por que precisamos de um significado mais amplo e inclusivo?

Os lógicos geralmente apresentam definições (*definiendum*) como conjunções de cláusulas necessárias e suficientes (*definiens*). Embora pareça que com isso ganhamos em precisão, uma consequência de seguir essa receita rígida sem muito escrutínio consiste em limitar-se a um jogo de linguagem de “tudo ou nada”. Definições objetivam clareza; no entanto, às vezes a realidade foge da clareza. Alguns conceitos parecem ter limites imprecisos, vagos. Este parece ser o caso com o conceito de pessoa. “Pessoa” é um desses conceitos tomados como exemplo de uma noção vaga (WILLIAMSON, 1996, p. 54). No entanto, se “pessoa” é conceitualmente vago em algum sentido, seu significado precisa ser ao menos suficientemente informativo sobre a realidade que se pretende com ele delimitar.

Seriam os conceitos filosóficos mais conhecidos de pessoa empiricamente adequados? Será que eles capturam o que costumamos identificar como pessoas em nossa vida comum? Capturariam eles o que entendemos por “pessoa” no contexto especial das práticas em saúde? Como ponto de partida, vamos considerar a visão de Kant (pois não há dúvidas sobre a influência da filosofia de Kant na ética geral, na bioética e na ética médica mesmo nos dias de hoje):

Uma pessoa é um sujeito cujas ações podem ser imputadas a ele. A personalidade moral [*moralische Persönlichkeit*] é, portanto, nada mais do que a liberdade de um ser racional sob leis morais (enquanto a personalidade psicológica é meramente a capacidade de ser consciente da identidade de alguém em diferentes condições de sua existência). A partir disso, segue-se que uma pessoa não está sujeita a outras leis além daquelas que ele dá a si mesmo (sozinho ou pelo menos junto com outros) (KANT, 1991, p. 50–§223).

Chamemos à concepção acima de “A visão literal de Kant sobre o que são pessoas”, ou abreviadamente de VLK (*Visão Literal de Kant*).⁷ Se tomarmos a VLK como uma definição do que significa ser uma pessoa, então alguém não poderia ser uma pessoa se for incapaz de agir

intencionalmente (de forma consciente e guiada por leis morais). Tais indivíduos não teriam “personalidade moral”. Para Kant, a personalidade moral implica uma personalidade psicológica muito peculiar. É que a imputabilidade que se segue do conceito de personalidade moral requer que se tenha consciência de sua identidade psicológica ao longo do tempo. Esta parece ser uma condição necessária; portanto, se alguém deixar permanentemente de ser consciente de sua própria identidade, ele cessa também de ser uma pessoa. É claro que a personalidade moral, diz Kant, é a “liberdade de um ser racional sob leis morais”; e essa é, segundo Kant, uma qualidade "transcendental", não um atributo empírico, tal como é a "personalidade psicológica", isto é, a capacidade que Locke atribuía à personalidade, a de ser consciente de sua identidade na extensão temporal de sua própria existência. Mas refletindo sobre essas duas visões, o que temos é que pessoas são indivíduos dotados de personalidade psicológica (uma condição necessária), racionalmente capazes de dar leis a si mesmos (uma condição “transcendental” suficiente) e cujas ações podem lhes ser, com efeito, imputadas. Ou seja, pessoas são indivíduos dotados dessa qualidade transcendental postulada por Kant e que também exibem empiricamente a capacidade psicológica lockeana de reconhecerem (conscientemente) que são uma única e mesma entidade racional ao longo do tempo. Eles são, usando uma expressão adotada por Sellars, indivíduos autoconscientes que podem jogar o jogo de fornecer e seguir razões (SELLARS, 1997). Se alguém tornar-se incapaz de jogar esse jogo maduro, ou se for simplesmente incapaz de fazê-lo, a consequência é que ele ou ela não é uma pessoa. No jargão kantiano, eles são apenas “coisas” (*res corporalis*).

Parece claro que essa interpretação literal da visão kantiana sobre o que significa ser uma pessoa não está nem perto do que identificamos como “pessoas” nos contextos ordinários das práticas em saúde. Na área da saúde, até mesmo indivíduos humanos que não exibem plenamente habilidades racionais (bebês e crianças, por exemplo) também são considerados pessoas; e certamente não são “coisas”. O mesmo se aplica aos indivíduos que perderam suas capacidades racionais. Parece, portanto, que uma cláusula suficiente para ser uma “pessoa” no domínio das práticas em saúde é ser um indivíduo da espécie humana que pode ser beneficiado pela medicina e pelos demais cuidados em saúde, e que ser capaz de jogar o jogo de dar e receber razões não é sequer uma cláusula necessária. Nesse sentido, ser um paciente humano é condição suficiente para ser uma pessoa na área da saúde, e esses pacientes podem, às vezes, ser indivíduos que não possuem essas habilidades racionais que lhes permitem raciocinar e se comportar como seres autônomos.

Então, é preciso deixar de lado a VLK, ao menos por enquanto, já que é um fato que todo ser humano que pode ser objeto de cuidados (um paciente) é, *de re*, uma pessoa. Talvez

até seres humanos ainda não nascidos sejam pessoas nesse sentido, pois é discutível que a Medicina Fetal, por exemplo, vise não apenas ao bem-estar das mulheres grávidas; ela deve também visar ao bem-estar do feto. Deveríamos dizer nesse caso que até mesmo fetos humanos são pessoas, já que eles também podem ser beneficiados pela assistência médica? E quanto aos embriões humanos? Até onde devemos seguir nessa regressão embriológica?

Mas o que realmente conta como pessoa? Alguns podem achar muito estranho considerar um bebê anencefálico uma pessoa, mas mesmo bebês natimortos podem ser reconhecidos por seus pais como sendo dotados de alguma “personalidade”, o que parece evidenciado pelo costume de lhes dar nomes (e registrá-los) após o parto. O fato de um bebê ser natimorto, ou nascer vivo e morrer imediatamente devido a um defeito cerebral grave, como a anencefalia, não parece ser motivo para os pais não lhes darem um nome, se assim o desejarem. Então, parece que não apenas a capacidade real de raciocinar, mas até mesmo a potencialidade para desenvolvê-la não são condições necessárias para reconhecer alguém como pessoa, ainda mais se considerarmos o sentido “forense” aludido por Locke na epígrafe acima.

Assumamos que os limites da personificação sejam difusos e vagos (talvez *de re*, e não apenas *de dicto*). Nesse caso, é possível que, embora não possamos estabelecer precisamente quando um feto se torna uma pessoa, e também quando pessoas deixam de existir, é incontestável que todos os indivíduos humanos cuidados em práticas de saúde não são apenas pacientes, mas são também pessoas em algum sentido relevante. Parece, então, que mesmo que alguns seres humanos doentes careçam de alguns atributos esperados para o *pleno* exercício ou desenvolvimento da pessoalidade, isso não é impeditivo para que os reconheçamos como pessoas.

Pessoas como substâncias primárias

Retomemos agora a VLK, pois certamente ela tem alguns aspectos essenciais para a nossa visão comum do que significa ser uma pessoa na área da saúde. Não pode ser sem razão que a opinião de Kant seja tão empregada e mencionada quando o tema da pessoalidade está em jogo. Uma das razões plausíveis pelas quais a visão kantiana da pessoalidade é tão atraente é que ela coloca a autonomia no centro de nossa ideia de pessoa. Valorizar a autonomia em nossas interações sociais, assim como a valorização da autonomia pessoal nos cuidados de saúde, deve ter alguma conexão semântica não incidental com o ideal de respeito aos pacientes. Quando os cuidadores respeitam integralmente seus pacientes, eles estão, ao que parece, não apenas exibindo sua preocupação impessoal para com eles, pois eles os estão reconhecendo como

indivíduos com necessidades particulares de saúde e respondendo a elas. Eles as estão tratando como pessoas portadoras de necessidades individuais (DALL'AGNOL, 2016, p. 77).⁸

O problema é que essa imagem dos seres humanos como criaturas autocomandadas, por mais atraente que pareça aos membros de nossas sociedades liberais, tal como observa Marina Oshana, ao captar um ideal de liberdade pessoal e de autodefinição que tanto valorizamos, acaba reservando o termo “agente autônomo” para entidades que têm pouca semelhança com os seres humanos reais, isto é, com os processos reais de criação de um *eu* humano (OSHANA, 2005). Essa visão é especialmente problemática na saúde, já que, como pacientes são pessoas, ela não captura o senso de pessoalidade exigido por uma abordagem centrada na pessoa, já que a maioria dos pacientes reais não são pessoas kantianas (alguns “ainda”, outros “não mais”, mas outros “nunca”). Então, se não quisermos abandonar a SCP, é preciso pôr em dúvida a aplicabilidade prática da VLK.

Teorias como a de Kant, todavia, influenciaram vários filósofos contemporâneos. Felizmente, os estudos em metafísica sobre o tema se desenvolveram consideravelmente após a era moderna. Considere-se, assim, uma abordagem contemporânea influente, a de Sir Peter Strawson. De acordo com Strawson, se pensarmos que o mundo contém coisas particulares, certamente admitimos que dentre elas há pessoas (STRAWSON, 1959). Afinal, ordinariamente identificamos pessoas do mesmo modo como identificamos outros objetos e coisas individuais. Em sua crítica à conhecida visão dualista de Descartes e Locke, Strawson defende que o conceito de uma pessoa é “logicamente anterior ao de uma consciência individual”, e, por isso, não deve ser analisado como equivalente a um corpo animado ou uma alma incorporada (p.103). O conceito de consciência individual é, segundo Strawson, uma existência secundária que pressupõe a existência primária de pessoas. Pessoas, além disso, não são entidades transcendentais; são entidades empíricas substancialmente primárias em relação a quaisquer outras qualidades (ou substâncias secundárias) que possamos predicar a elas (e que podem ou não expressar proposições verdadeiras sobre as mesmas).

De um modo geral, sobre esse tema, a posição de Strawson é bastante semelhante à de filósofos como Aristóteles e Thomas Reid, para os quais pessoas são substâncias primárias individuais que ocupam um lugar no mundo que observamos.⁹ Embora haja críticas relevantes à teoria de Strawson, sua visão tem sido bastante influente. Bernard Williams discutiu e criticou alguns aspectos da posição de Strawson, mas no geral ambos concordam em dar prioridade ontológica à pessoa sobre suas qualidades mentais (Williams, 1973). Paul Ricouer é outro dos que reconhecem a influência de Strawson, dizendo que “a pessoa é, para começar, uma das coisas que distinguimos por meio da identificação da referência” (1992, p. 27). Nesse ato de

identificação da referência, somos capazes de classificar objetos de diferentes tipos ou classes. Pessoas são um tipo de indivíduo. Contra Descartes, Strawson afirma que alguém não é capaz de se identificar como um indivíduo de algum tipo sem ser capaz de discernir se outros indivíduos são ou não do mesmo tipo (STRAWSON, 1959, p. 104). Mas quais predicados esses indivíduos que identificamos como pessoas compartilham? Strawson sugere duas classes gerais: predicados atribuindo características corpóreas (predicados-M, sendo o “M” de “corpos materiais”) e predicados atribuindo todas as demais qualidades que aplicamos apenas a pessoas (os predicados-P), especialmente estados de consciência. Assim, uma pessoa é, na opinião de Strawson, “o conceito de um tipo de entidade tal que ambos os predicados atribuindo estados de consciência e predicados atribuindo características corpóreas, uma situação física, etc. são igualmente aplicáveis a uma entidade individual desse tipo” (STRAWSON, 1959, p. 104). Essa visão é bastante simples e persuasiva. No entanto, ela é também simplista demais para atacar o problema com o qual estamos lidando. Afinal, que tipo de predicados-P as pessoas compartilham? Bernard Williams procurou caracterizá-los, interpretando Strawson, como os predicados que “sequer sonhamos em aplicar a coisas materiais”. Estados de consciência certamente estão nesse escopo. Contudo, há vários estados de consciência que predicamos não de coisas materiais, mas de seres que não identificamos como pessoas (como insetos, por exemplo) – ou alguém duvida que insetos também enxergam e ouvem? E há estados vitais que predicamos de seres vivos com sistemas nervosos muito diferentes do nosso, como os celenterados, por exemplo, mas que não são predicados físicos em sentido próprio (celenterados talvez não sintam dor, mas ao que parece eles reagem também a estímulos sensoriais, e não apenas a estímulos físicos em sua superfície, como parece ser o caso dos seres unicelulares). Ora, assim como há vários estados de consciência que compartilhamos com animais que normalmente não classificamos como pessoas, na área da saúde lidamos com indivíduos que classificamos como pessoas, mas que não compartilham conosco (seres autoconscientes) alguns dos estados de consciência valorizados por Strawson. Parece, assim, óbvio que o tipo de entidade que Strawson tem em mente quando se refere a pessoas é o mesmo tipo de ser que Kant e outros filósofos têm em mente em suas teorias – seres humanos maduros dotados de capacidades racionais de se considerar como um *ego* responsável (um indivíduo portador de deveres autorreconhecidos). No entanto, em sua crítica à visão dualista, Strawson afirma que a palavra “eu” não pode se referir a qualquer “sujeito puro” de experiências (tal como observou Hume), mas contra o ceticismo humeano ele conclui que não pode ser verdade que o “eu” não se refira de forma alguma, já que se refere *de fato*; como, diz Strawson, “eu sou uma pessoa dentre outras”. Mas quais outras? Ora, aquelas a quem aplicamos os predicados-P com sucesso,

incluindo a nós mesmos. Mas quais predicados seriam esses? A resposta de Strawson é algo evasiva. “Predicados-P”, diz ele, são “naturalmente muito diversos” e “incluem coisas como ‘está sorrindo’, ‘está dando uma caminhada’, assim como coisas como ‘está com dor’, ‘está pensando sobre algo’, ‘acredita em Deus’, e assim por diante” (STRAWSON, p. 104). Parece sensato. Mas, em vista do tema que estamos tratando, por que não acrescentar estados como “está doente”, “está em coma”, ou “está seriamente afetado cognitivamente”? Ou estados como “nasceu e recebeu um nome”, “foi alimentado por alguém” ou “está chorando”? Os predicados-P parecem incluir o que poderíamos chamar especificamente de predicados psicológicos, mas incluem também outros predicados: culturais, sociais e afins. Por outro lado, eles deveriam excluir predicados que aplicamos a seres dotados de vida animal, mas incapazes de uma vida como a nossa. “Estar doente”, por exemplo, pode ser um predicado-P, mas pode ser um predicado empregado a um animal e mesmo a plantas. Quais seriam os predicados que seriam empregados apenas e tão somente aos seres que identificamos ordinariamente como pessoas?

Uma alternativa promissora: a natureza social da personalidade

Vejamos uma alternativa plausível. A abordagem de Strawson é um bom ponto de partida, mas ela deve ser refinada. Precisamos de uma visão que se adapte à nossa experiência ordinária (de senso comum) sobre o fenômeno da personalidade nos assuntos humanos, especialmente na atenção à saúde, vista do ponto de vista da SCP. Pessoas não são corpos animados nem almas corporificadas; mas são indivíduos com uma história “humana”, com seus sucessos e acidentes.

Tom Kitwood (1997), em sua abordagem sobre a ontologia da demência, reclama da visão filosófica tradicional que enfatiza a racionalidade e a autonomia individual como atributos essenciais da personalidade. Sua principal queixa é que a personalidade deve ser conceituada de forma mais ampla, e que as relações interpessoais e a solidariedade devem ser incluídas como constituintes do que entendemos por pessoa. Essa visão é compartilhada por muitos outros estudiosos. Marina Oshana, por exemplo, afirma que a visão tradicional da personalidade é uma “imagem que ignora a natureza social das pessoas e descarta a importância das relações interpessoais” (2005, p. 196). Ela menciona a visão de Joel Feinberg (1986, p. 34) em defesa de uma visão diferente. Essa omissão da natureza social da personalidade é saliente no caso de pessoas com transtornos severos de consciência. Isto é um pouco curioso, já que as pessoas com transtornos demenciais são casos típicos em que nossos laços sociais são vitalmente manifestos. Como Juliette Brown observa, a demência “nos lembra da importância vital do parentesco” (2017, p. 1007). “Talvez”, diz Brown, “os egos adaptativos e experienciais descritos por

Kitwood possam se unir nas mentes dos outros e gerar uma nova identidade. Em todas as formas de demência”, diz ela, “o ego adaptável e socialmente construído diminui com a doença; um segundo ego experiencial torna-se proeminente”.

Existe, de fato, uma característica peculiar na natureza social da personalidade humana que é claramente manifestada em pessoas com demência. Indivíduos que identificamos como pessoas (os indivíduos que identificamos com os predicados-P) podem ser seres racionais, mas eles também são, como diz MacIntyre, animais socialmente dependentes (MACINTYRE, 1999). Vivemos uns com os outros por necessidade natural, mas nosso modo de viver socialmente é peculiarmente diferente do resto do reino animal (HACKER, 2007, p. 310). A hipótese que defendemos é que há aspectos fundamentais que fazem das sociedades humanas construções únicas e separadas de qualquer outra forma de comunalidade do reino animal. Daí a hipótese de que, ser uma pessoa, é ser um indivíduo dotado de uma história (e, ao menos em parte, uma “estória”) biográfica.

A singularidade das formas societárias de viver a vida¹⁰

Alguns naturalistas defendem que a “socialidade” não é um traço distintamente humano. Animais não humanos também seriam “sociais” em algum sentido. Mas as pessoas, no entanto, não são meros “animais sociais” neste sentido “biológico”, porque as relações interpessoais são substancialmente diferentes das ligações mútuas que observamos no reino animal.

Primatologistas, não obstante, mostraram semelhanças notáveis entre o comportamento social humano e o comportamento coletivo de algumas espécies de macacos e símios. Frans de Waal e Sarah Brosnan mostraram que os macacos-prego exibem outros comportamentos que parecem depender de um senso de justiça. Em um experimento, esses macacos voluntariamente compartilharam porções de comida melhor – pedaços de maçã – com um parceiro em uma célula separada, a quem os cientistas apenas alimentavam com pepinos (de WAAL, 1997, p. 147–50). Em outro experimento famoso, um macaco-prego reagiu com raiva diante de um tratamento desigual (ele recebia pepino enquanto o outro macaco recebia uvas) (Brosnan & De Waal, 2003). Economistas rotularam essa reação inesperada de “aversão à desigualdade”. Nesses experimentos, os macacos se comportavam como se fossem movidos por uma sensação de injustiça e eram capazes de se comportar de uma maneira que poderia facilmente ser chamada de uma demanda por tratamento igual. Então, por que ainda achamos que somos tão separados deles? Mas, de fato, há algo que nos diferencia dos outros mamíferos – nosso comportamento social distinto depende da possibilidade de que haja indivíduos capazes de

assumir responsabilidade por seu próprio comportamento e também de assumir a responsabilidade de cuidar de outros. Essa forma especial de responsabilidade é qualitativamente diferente de qualquer coisa que podemos observar no reino animal, pois depende de uma forma de vida socialmente orientada, ou, como afirma David Hume, de virtudes artificiais, especialmente a justiça.

Alguns sociólogos enfatizam a diferença entre duas formas distintas de vida social: comunidades e sociedades. Em 1887, o sociólogo Ferdinand Tönnies sugeriu a dicotomia *Gemeinschaft-Gesellschaft*, uma distinção entre as organizações sociais de pequena escala, de parentesco e de vizinhança e as sociedades de mercado competitivas de larga escala. Tönnies não deixou de considerar os seres humanos como uma espécie animal. Seu problema, com efeito, também era sobre o que nos diferencia dos demais animais. Nas comunidades, defende Tönnies, os laços sociais refletem uma “vida orgânica real”, a despeito do fato de que nas sociedades as relações entre os indivíduos refletem uma “construção puramente mecânica” que só “existe nas mentes” dos indivíduos (TÖNNIES, 2001, p. 17). Tönnies afirma que os animais (isto é, os animais sociais não humanos) podem (por necessidade de sua natureza) viver em comunidades (embora não comunidades “racionais” como as humanas). “Comunidade em geral”, diz Tönnies, “existe entre todos os seres orgânicos”, mas “racional...[somente] entre os seres humanos” (2001, p. 38). Assim, a diferença mais saliente entre a vida social humana e de outros animais é que são apenas seres humanos que vivem em sociedades.

Mas como os animais também se envolvem em lutas políticas, coalizões e relações de poder dentro de seus grupos, colônias ou comunidades, a conclusão é que o que marca o comportamento moral humano dos animais é o fato onipresente de que o comportamento social humano é normativamente apoiado por normas positivas, isto é, normas legais e quase-legais (como as promessas). Isso explica por que normas quase-legais como as promessas são a instituição preferida estudada por quase todos os genealogistas da moralidade (Nietzsche, por exemplo).

Promessas seriam exemplos de novidades evolutivas que emergiram apenas na medida em que os indivíduos passaram a dominar um sistema de símbolos mais complexos, a linguagem humana. Vários pensadores enfatizam a importância da linguagem na separação da espécie humana do reino natural. E a linguagem era (e é) certamente instrumentalmente importante para o desenvolvimento de nosso senso distinto de justiça. A comunicação fez com que algumas virtudes e vícios naturais pudessem ser “artificialmente” reforçados, por exemplo, como no caso da gratidão e da ingratidão. Hume disse que a ingratidão é o pior dos vícios, mas talvez isso seja apenas uma parte da história. De fato, se alguém simplesmente faz um favor a

você, o benfeitor pode ser visto como merecedor de um bom retorno, por reciprocidade. Isso é primitivo; os animais também esperam essa reciprocidade, mesmo sem lidarem com a convenção das promessas. Então, o que torna a convenção da promessa especial é o fato de que as promessas criam (artificialmente, diria Hume) direitos. Portanto, se você prometeu fazer alguma coisa para o benefício de outra pessoa, a consequência é que essa outra pessoa agora detém um direito a esse benefício; então, se antes de receber um favor você promete pagar por esse benefício, seu benfeitor tomará isso como um direito, o que acaba por fortalecer as razões que ele tem para demandar o pagamento. Promessas são dispositivos instrumentais por meio dos quais uma nova forma de reciprocidade positiva se desenvolveu. Através dessa instituição, as interações entre os seres humanos evoluíram para formas mais complexas de normatividade; de animais capazes de seguir comandos simples e diretos, os seres humanos evoluíram para uma nova forma de reciprocidade caracterizada pelo surgimento de deveres positivos correlacionados a direitos. As pessoas (com sua forma de vida social), nessa hipótese genealógica, surgiram como entes dentro desses agrupamentos humanos como consequência cultural dessa nova forma de ambiente normativo.

Claro, essa nova criação nunca teria se desenvolvido se os seres humanos não fossem dotados de certas capacidades cerebrais complexas (o “cérebro infectado” de Dennett):

Mas há uma espécie, o *Homo sapiens*, que transformou a transmissão cultural em sua informação de ponta, gerando grandes famílias ramificadas de famílias de famílias de entidades culturais e transformando seus membros pelo hábito transmitido culturalmente de instalar vigorosamente o máximo de cultura possível nos jovens, assim que eles puderem absorvê-lo. Essa inovação na transmissão horizontal é tão revolucionária que os primatas que são seus anfitriões merecem um novo nome. Poderíamos chamá-los de euprimatas – ou superprimatas – se quiséssemos um termo técnico. Ou poderíamos usar o vernáculo e chamá-los de *pessoas*. Uma pessoa é um homínido com um cérebro infectado, hospedeiro de milhões de simbioses culturais, e os principais facilitadores desses sistemas são os simbioses conhecidos como linguagens (DENNETT, 2003, p.173)

Porém, essas capacidades cognitivas complexas, que nos permitiram o emprego do que Wittgenstein chamou de “jogos de linguagem” (incluindo os atos linguísticos que provavelmente estão na origem das normas positivas, como ato de fazer promessas) não pode ser uma mera consequência do surgimento da linguagem na cultura. Essa invenção cultural precisou evoluir dadas certas capacidades neurológicas apropriadas, incluindo a capacidade que Uta e Christopher Frith (2003) chamam de “mentalização”, e que outros chamam de “teoria da mente” (ToM) ou “leitura mental”, isto é, a capacidade mental de atribuir e explicar o comportamento dos outros por referência a suas crenças, desejos, pensamentos e sentimentos,

tomando-os como capazes de portar estados mentais diferentes dos nossos (GALLAGHER & FRITH, 2003). É plausível que os seres humanos, já dotados de capacidades linguísticas e da capacidade de mentalizar, tenham conseguido desenvolver um modo maduro de assumir uma perspectiva empática dos outros. Stephen Darwall chama isso de ponto de vista de segunda pessoa (2006); contratos, direitos e deveres e representações substitutivas dependem da possibilidade da existência desses indivíduos capazes de assumir plenamente atitudes de segunda pessoa.

No entanto, isso não deveria nos levar a concluir que apenas esses indivíduos mentalmente maduros são pessoas, dado que somente eles podem exibir essas habilidades cognitivas inteligentes e empáticas. Pode ser verdade que a humanidade nunca teria desenvolvido sua forma atual de viver socialmente, a menos que alguns de seus membros tivessem desenvolvido esse tipo distinto de capacidade cognitiva. Essa nova forma de vida social depende, portanto, do comportamento interativo desses seres imaginativos e empáticos capazes de se colocar no lugar do outro. Apesar disso, todos os seres que vivem uns com os outros em sociedades são considerados mutuamente como pessoas, e não apenas aquelas que carregam o fardo do cuidado e da responsabilidade pelos demais. Uma “pessoa” é, portanto, o nome desse tipo peculiar de ser social, cuja vida exhibe diferentes padrões de dependência mútua durante sua existência, com base nos quais os laços de solidariedade e responsabilidade mútuas são imitados, em favor dos mais vulneráveis ou dos pior situados; pedidos e reivindicações são, portanto, feitas por estes em seus períodos ou momentos de vulnerabilidade e dependência de outros, racionalmente autônomos e independentes. É no curso de uma vida inteira que a pessoa *sobrevive*, algo que começa com seu nascimento (e talvez até mesmo antes, ainda em gestação dentro do corpo de uma mulher) e se desenvolve partindo de etapas de maior dependência, passando por uma vida inteira sujeita a infortúnios e doenças, a perdas de capacidades e laços com outros, temporárias ou permanentes, passando pela maturidade e culminando com a velhice e a morte, dando a cada indivíduo uma biografia pessoal única.

Histórias zoográficas e biográficas de seres humanos

O que precisamos, então, é de uma abordagem por meio da qual possamos compreender a pessoalidade como um fenômeno socialmente inserido. Vimos que Strawson descreve as pessoas como indivíduos que identificamos primitivamente, atribuindo-lhes dois tipos diferentes de predicados: predicados-M (que os descrevem como entidades materiais) e predicados-P (aqueles em que apenas esse tipo de entidade, ou seja, pessoas, participam). No

entanto, algumas insuficiências nessa visão puderam ser detectadas. Uma delas é que o escopo dos predicados-P parece ser vago e incapaz de incluir todos os indivíduos que reconhecemos como pessoas (não parece incluir recém-nascidos, bebês, deficientes mentais e pessoas com TGC, já que eles não têm os estados de consciência mencionados por Strawson, ou os têm, mas em formas diferentes ou imaturas) (DEGRAZIA, 2005, p. 5). Além disso, alguns predicados que não são predicados-M parecem incluir seres que não identificamos como pessoas. É também bastante trivial que pessoas sejam entidades que exibem predicados-P. Vejamos uma visão alternativa.

Segundo Giorgio Agamben (1998), os gregos tinham dois termos semanticamente e morfologicamente distintos para expressar o que entendemos por “vida”: *zoe*, expressando o simples fato de viver em comum com todos os seres vivos (humanos, animais e até mesmo deuses), e *bios*, referenciando os modos humanos particulares, mas diferentes, de viver. Agamben começa seu livro com essa observação sobre os gregos a fim de apresentar sua abordagem do que ele chama, seguindo Foucault, um “modelo biopolítico de poder”. O que importa aqui é essa distinção entre duas histórias diferentes que podem ser contadas sobre um ser humano individual – chamemo-las de histórias zoéticas (ou zoográficas) e histórias biográficas. Essa distinção parece estar presente num exemplo mencionado por Agamben, o famoso caso de Karen Ann Quinlan:

Entramos no quarto do hospital onde está o corpo de Karen Quinlan ou da pessoa supercomatosa, ou onde o neomorto espera que seus órgãos sejam transplantados. Aqui, a vida biológica – que as máquinas estão mantendo funcional pela respiração artificial, bombeando sangue para as artérias e regulando a temperatura do sangue – foi totalmente separada da forma de vida que tinha o nome “Karen Quinlan”: aqui a vida se torna (ou pelo menos parece se tornar) pura *zoe*. (...) O corpo de Karen Quinlan é (...) apenas anatomia em movimento, um conjunto de funções cujo propósito não é mais a vida de um organismo. Sua vida é mantida apenas por meio de tecnologia de suporte à vida e em virtude de uma decisão legal. Não é mais a vida, mas sim a morte em movimento. E, no entanto, uma vez que a vida e a morte são meros conceitos biopolíticos, (...) o corpo de Karen Quinlan – que oscila entre a vida e a morte de acordo com o progresso da medicina e as mudanças nas decisões legais – é um ser legal tanto quanto um ser biológico. Uma lei que busca decidir sobre a vida é incorporada em uma vida que coincide com a morte (AGAMBEN, 1998, p. 186).

Para nós que testemunhamos como profissionais da saúde casos como os de Karen Quinlan de perto, há algo de chama a atenção nessa descrição de Agamben. Pois a dificuldade enfrentada pelos pais em decidir sobre manter sua filha ligada ou não ao ventilador mecânico não se origina de qualquer entendimento acerca de sua condição puramente zoética. É que o drama para os pais de Karen era justamente de que não era possível nem sensato para eles

separar a vida “nua” da jovem, tal como essa vida poderia ser descrita biológica ou fisiopatologicamente por seus médicos (uma vida puramente zoética), da vida biográfica de sua filha. Ao decidirem suspender o ventilador que se achava ligado ao corpo da filha, os pais não estavam pensando em aspectos de seu bem-estar puramente “animal”. E o que a história de Karen nos mostra é que seus pais lutaram para não reduzir sua vida a uma mera vida nua. É verdade que as decisões tomadas pelos pais durante os anos em que Karen viveu em Estado Vegetativo Persistente (um nome que descreve sua condição zoeticamente) poderiam até mesmo ser consideradas por muitos como contraditórias ou confusas; afinal, eles aprovaram retirá-la do ventilador, mas não aprovaram deixá-la morrer sem comida e água (apesar de isso ter sido recomendado pelo pároco que os aconselhava), o que acabou mantendo Karen viva numa condição precária por quase dez anos. Teria estado Karen viva (e sido tratada) durante todo esse tempo apenas de uma maneira puramente zoética? É discutível para alguns que Karen tenha prosseguido viva durante todo esse tempo, e não apenas seu corpo. Muitos filósofos consideram que Karen morreria desde que passou a viver em estado vegetativo persistente (Peter Singer como é sabido defendeu que Karen já não estava mais viva enquanto seu corpo era mantido vivo naquele estado). Contudo, essa longa parte de sua vida em estado vegetativo continuou ainda assim sendo contada. Sua história de vida acamada em estado vegetativo passou a compor, aliás, a parte mais notória de sua biografia (tanto que estamos contando e recontando essa parte de sua história há décadas nos círculos bioéticos). E essa parte de sua história, ao que parece, existiu mesmo que Karen não tivesse tido (talvez, felizmente) a oportunidade de experienciá-la, dada sua condição de ausência de consciência (ou pelo menos certamente de autoconsciência). Talvez o erro de cuidar dela por tanto tempo naquela condição infeliz foi justamente o erro de impor-lhe uma condição de vida puramente zoética, já que ela não poderia mais experimentar conscientemente nenhuma forma saudável de viver sua própria vida. Dada sua condição, ela já não poderia mais ser a dona de sua própria biografia.

Essa descrição bipartida da vida de uma pessoa humana ajuda-nos a compreender por que pessoas não podem ter sua existência (e sua própria identidade) descrita apenas de um modo zoético. Strawson, como vimos acima, afirmou que pessoas são individuadas por meio de dois tipos diferentes de predicados: predicados-M e predicados-P. Aqui, porém, temos dois outros tipos distintos de predicados por meio dos quais podemos identificar uma pessoa singular: predicados-Z e predicados-B. Os primeiros são predicados por meio dos quais um indivíduo singular pode ser descrito como portador uma vida biológica (fisiológica ou fisiopatológica) – uma vida que é característica desse tipo de ser vivo como espécime de alguma espécie animal, e que pode ser descrita por quaisquer das ciências que descrevem a fisiologia, bem como as

patologias típicas que ocorrem em indivíduos dessa espécie natural. Os segundos são, de fato, mais substanciais, pois são os predicados por meio dos quais contamos a história de vida (subjéctiva e intersubjéctiva) de um indivíduo com quem convivemos ou podemos conviver.

Ao contar nossa própria história de vida, reivindicamos uma biografia individual e distinta. Combinando essa biografia particular (de indivíduos identificados essencialmente por predicados-B) com as descrições específicas relevantes de nós mesmos como indivíduos dotados de qualidades biológicas (por predicados-Z, que podem ser “objetivamente” aplicados a nós), alcançamos o que poderia ser chamado de uma “descrição completa de nós mesmos”. Peter Hacker sugere algo semelhante ao longo destas linhas:

Cada ser humano traça uma rota autobiográfica única através do mundo, e a combinação de dotação genética, responsividade variável à experiência individual e memória confere a cada ser humano uma personalidade – com uma combinação única de traços de caráter, tendências comportamentais, consciência de um único passado (pertencente tanto à vida interior como à exterior) e de projetos para o futuro (HACKER, 2007, p. 311).

No entanto, nossa “rota autobiográfica única” não é, de fato, apenas “autobiográfica”, pois não pode haver nenhuma rota biográfica de nós mesmos que possamos nos dar “autonomamente”. Nossa personalidade é realmente biográfica, mas qualquer autobiografia que possamos construir sobre nós mesmos é apenas uma parte desse todo. Apesar disso, vários pensadores afirmam, com razão, que apenas pessoas podem levantar questões sobre quem são. No entanto, como diz DeGrazia, apesar de “apenas uma pessoa levantar a questão de caracterização em relação a si mesma, sua história interior pode incluir episódios que ocorreram ou ocorrerão em momentos em que o protagonista não é uma pessoa”. Eu nasci em tal e qual hospital” e pedidos como “Se eu perder permanentemente a capacidade de lembrar minha história de vida, não me mantenha em suporte vital” são típicos de seres que se consideram *pessoas*. DeGrazia conclui que, “não importa que alguém não se lembre de ter nascido e possa ter dificuldade em antecipar um estado de demência grave”, mas que ele possa saber ou pensar sobre isso “com base no testemunho dos outros, bem como no conhecimento médico de que alguém nasce, mas pode um dia tornar-se demente” (2005, p. 83).

Portanto, mesmo nossas autobiografias não são puramente feitas por nós mesmos. Isso é assim, já que não criamos autonomamente as regras que estabelecem os caminhos por meio dos quais nossas próprias histórias são feitas, e não podemos pavimentar todas as formas em que realmente vivemos em nossa vida (GADAMER, 1977). Como diz Feinberg, nós vivemos

nossas vidas sob práticas, definidas por convenções bem compreendidas, estabelecidas muito antes de nascermos (FEINBERG, 1986).

Notas

¹ Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Filosofia na Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), São Leopoldo, R. S., Brasil. E-mail: biancaandrade@msn.com

² Professor de Filosofia na Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), São Leopoldo, R. S., Brasil. E-mail: mazevedotalk@gmail.com

³ Indivíduos portadores dessa condição rara, embora sejam incapazes de percepção visual consciente (parcial ou globalmente) devido a lesões em seu córtex visual primário, apresentam, todavia, reações comportamentais a estímulos visuais. Tais indivíduos desviam-se, por exemplo, de objetos dispostos em seu campo visual, em que pese não consigam enxergá-los.

⁴ *Dicto simpliciter*, essa suposição é evidentemente questionável. Afinal, pacientes podem ser pessoas cultas ou mesmo profissionais da própria área da saúde. A visão de que pacientes são leigos redundaria na visão de que se trata de indivíduos sem autoridade legítima para decidir sobre matéria profissional. Contudo, e se o paciente for um médico? A visão redundaria, afinal, na concepção de que a posição do médico, na condição de enfermo, é também de um paciente, não porque se trate de um leigo, mas porque se encontra numa condição passiva.

⁵ Marco Azevedo tratou da semântica dos direitos em vários artigos. Um deles é *Rights as entitlements and rights as claims* (AZEVEDO, 2010). Outro que vale destacar é o artigo *A linguagem dos direitos*, uma conferência ministrada na IV Conferência Estadual dos Direitos Humanos, que ocorreu nos dias 12 e 13 de setembro de 2009, no Auditório Dante Barone da Assembleia Legislativa do Estado do Rio Grande do Sul. O texto original apresentado na Conferência foi publicado nos anais da Comissão de Direitos Humanos da AL/RS, o Relatório Azul (2011, p. 22-43).

⁶ Em obrigações correlatas a direitos (bipolares, como diz Darwall), quem se desonra do dever é sempre um indivíduo especificado, mesmo quando o dever é cumprido acidentalmente por outra pessoa. Exemplo: se, por acaso, um livro devido à biblioteca for devolvido por um amigo, o cumprimento do dever é atribuído ao devedor, e não ao amigo, que apenas agiu com gentileza prestando-lhe um favor. Ao amigo não se diz que cumpriu o dever de devolver o livro (ele não tinha esse dever). Obrigações impessoais dirigem-se, por sua vez, a um coletivo indeterminado de pessoas. Se uma pessoa necessita de ajuda, e meu amigo decide ajudá-la depois de mim, sua ação desonra a todos e não apenas a mim ou a ele. Observe-se aqui que a noção de *respeito* se vincula a ações devidas *diretamente* por destinatários especificados. Respeitamos alguém ao cumprirmos nossas obrigações bipolares. Não é por dever de respeito que ajudamos alguém em caso de necessidade, mas por benevolência ou caridade. Não é à toa que Kant, que incluiu o respeito no centro de sua teoria moral, guardou um lugar especial à gratidão em sua tábua de deveres (KANT, 1991). Podemos por dever de caridade ajudar a um animal, mas pessoas, se ajudadas por caridade, tornam-se detentoras do dever de gratidão (mesmo que essa gratidão seja cumprida por outrem – tal como fazemos quando agradecemos àqueles que prestaram, por exemplo, ajuda a nossos filhos) (SMIT & TIMMONS, 2011). É um traço peculiar da condição de ser uma pessoa, nessa visão que aqui associamos a Kant, que sejam portadores de direitos e deveres e não meras beneficiárias das obrigações impessoais alheias.

⁷ Faremos isso com o propósito explícito de deixar em aberta a possibilidade de alguma interpretação diferente, caridosamente mais ampla, da visão de Kant sobre o assunto.

⁸ Concordamos plenamente com Darlei Dall'Agnol quando ele diz que, tradicionalmente, na história da medicina e da saúde, “cuidar era o propósito da medicina e o respeito pela vontade do paciente estava quase ausente; a modernidade inverteu isso: o respeito pela autonomia do paciente passou a ser, no mínimo, tão igual quanto – se não mais importante – do que cuidar”. Indiscutivelmente, a filosofia de Kant contribuiu grandemente para essa mudança histórica. Agora, diz Dall'Agnol, “o que precisamos então é reconciliar o cuidado e o respeito em uma única moralidade, comum e compartilhável, baseada em um cuidado respeitoso” (2016, p. 77). O cuidado respeitoso na Bioética Clínica, como sustenta Dall'Agnol, é aquele que leva os pacientes como pessoas a sério e os coloca no centro da medicina e das demais práticas em saúde.

⁹ Strawson, de fato, não menciona Reid em nenhum momento em *Individuals*. Strawson indica que, em seu trabalho, seguiu uma metodologia kantiana. Sobre o “eu penso” de Kant, ele comenta que sua função, como o próprio Kant defendera, é puramente formal. O “eu” do “eu penso” não se refere ao “sujeito puro”, nem poderia referir-se. Assim, nem o “eu” do “eu penso”, nem o sujeito puro, coincidem com a pessoa que referimos ao empregarmos o pronome pessoal “eu” em nossas interações linguísticas ordinárias (STRAWSON, 1990, p. 103).

¹⁰ Boa parte dessa seção foi desenvolvida a partir do capítulo de livro escrito por Marco Antonio Azevedo intitulado *Why animals do not develop the artificial virtue of justice*, publicado no volume *Naturalism: Contemporary Perspectives*, organizado por Clademir Araldi, Juliano do Carmo e Flávia Chagas, da coleção *Dissertatio Filosofia* (ver: AZEVEDO, 2013).

Referências

- AGAMBEN, Giorgio. *Homo Sacer: Sovereign Power and Bare Life*. Stanford, CA: Stanford University Press, 1998.
- AZEVEDO, Marco Antonio. Why animals do not develop the artificial virtue of justice. In Araldi, C.L; Carmo, J.S & Chagas, F.C (eds.), *Naturalism, contemporary perspectives*. Pelotas, Brazil: NEPFIL online, 2013.
- BARBOSA, Evandro. Obrigações bipolares e o ponto de vista da segunda pessoa: Uma análise a partir de Stephen Darwall. Apresentação de trabalho no XVIII Encontro da Associação Nacional de Pós-Graduação em Filosofia. ANPOF, 2018.
- BOLAM v Friern Hospital Management Committee (1957). At <https://swarb.co.uk/bolam-v-friern-hospital-management-committee-qbd-1957/>. [Accessed 02 Dec 2018]
- BROSNAN, Sarah F. & De WAAL, Frans B. M. Monkeys reject unequal pay. *Nature*, v. 425, n. 6955, p. 297-299, set. 2003. <https://doi.org/10.1038/nature01963>
- BROWN, Juliette. Self and identity over time: dementia. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, v. 23, n. 5, p. 1006–1012, 2017.
- DALL'AGNOL, Darlei. *Care and Respect in Bioethics*. Newcastle upon Tyne, UK: Cambridge Scholars Publishing, 2016.
- DARWALL, Stephen. *The Second-Person Standpoint: Morality, Respect, and Accountability*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 2006.
- DARWALL, Stephen. Bipolar obligations. In Shaffer-Landau (ed.), *Oxford Studies in Metaethics*, Volume 7. Oxford, UK: Oxford University Press, 2012.
- DENNETT, Daniel C. *Freedom Evolves*. Harmondsworth, England: Penguin, 2003.
- DeGRAZIA, David. *Human Identity and Bioethics*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2005.
- De WAAL, Frans. *Good Natured: The Origins of Right and Wrong in Humans and Other Animals*. London & New York: Harvard University Press, 1997.
- DUNN, Michael; FULFORD, K. W. M., HERRING, Jonathan & HANDA, Ashok. Between the Reasonable and the Particular: Deflating Autonomy in the Legal Regulation of Informed Consent to Medical Treatment. *Health Care Analysis*. 2018. <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10728-018-0358-x>. First online 30 June 2018.

ENTWISTLE, Vikki A. & WATT, Ian S. A capabilities approach to person-centered care: response to open peer commentaries on treating patients as persons. *The American Journal of Bioethics*, v. 13, n.8, p. 29–39. 2013.

FEINBERG, Joel. *Harm to self: the moral limits of the criminal law*, Volume 3. New York and Oxford: Oxford University Press, 1986.

FEINBERG, Joel. Duties, rights, and claims. *American Philosophical Quarterly*, v. 3, n. 2, p.137–144, Apr. 1966.

FRITH, Christopher & FRITH, Uta. Development and neurophysiology of mentalizing. *Philosophical Transactions of the Royal Society* 358, p. 459–473. 2003.

GADAMER, Hans-Georg. Theory, technology, praxis: the task of the science of man. *Social Research*, v. 44, n. 3, p. 529–561. 1977.

GALLAGHER, Helen L. & FRITH, Christopher D. Functional imaging of theory of mind. *Trends in Cognitive Science*, v. 7, n. 2, p.77–83. 2003.

HACKER, Peter M. S. *Human Nature: the Categorical Framework*. Hoboken, NJ: Blackwell Publishing, 2007.

HOHFELD, Wesley Newcomb. Fundamental legal conceptions as applied in judicial reasoning. *The Yale Law Journal*, v. 23, n. 16. 1913.

HOHFELD, Wesley Newcomb. *Fundamental Legal Conceptions as Applied in Judicial Reasoning*. New Haven: Yale University Press, 1919.

INSTITUTE OF MEDICINE. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, DC: National Academy Press, 2001.

KANT, Immanuel. *The Metaphysics of Morals [1797]*. Introduction, translation, and notes by Mary Gregor. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1991.

KITWOOD, Tom M. *Dementia Reconsidered: the Person Comes First*. Buckingham: Open University Press, 1997.

LOUGHLIN, Michael. What person-centered medicine is and isn't? Temptations for the 'soul' of PCM. *European Journal for Person Centered Healthcare*, v. 2, n. 1, p.16–21. 2012.

MacINTYRE, Alasdair. *Dependent rational animals: why human beings need the virtues*. The Paul Carus Lectures 20. Chicago and La Salle, Illinois: Open Court, 1999.

MILES, Andrew & ASBRIDGE, Jonathan E. Clarifying the concepts, epistemology and lexicon of person-centeredness. *European Journal for Person Centered Healthcare*, v. 2, n.1, p. 1–15. 2014.

MILES, Andrew & MEZZICH, J. E. The care of the patient and the soul of the clinic: person-centered medicine as an emergent model of modern medical practice. *International Journal of Person Centered Medicine*, v. 1, p. 207–222. 2011.

MILL, John Stuart. *Utilitarianism and On Liberty*. Including Mill's "Essay on Bentham" and selections from the writings on Jeremy Bentham and John Austin. Warnock, Mary (Ed). Hoboken, NJ: Blackwell Publishing, 2003.

PARFIT, Derek. On "The importance of self-identity". *The Journal of Philosophy*, v. 68, n. 20, Sixty-Eighth Annual Meeting of the American Philosophical Association Eastern Division. p. 683–690. 1971.

RICOEUR, Paul. *Oneself as Another*. Chicago, London: University of Chicago Press, 1992.

SELLARS, Wilfrid. *Empiricism and the Philosophy of Mind* [1956]. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1997.

SMIT, Houston & TIMMONS, Mark. The Moral Significance of Gratitude in Kant's Ethics. *The Southern Journal of Philosophy*, v. 49, n.4, p. 295-320. 2011.

STRAWSON, Peter F. *Individuals: An Essay in Descriptive Metaphysics*. London, New York: Routledge, 1959.

THOMSON, Judith Jarvis. *The Realm of Rights*. Oxford, UK: Oxford University Press, 1990.

TÖNNIES, Ferdinand. *Community and Civil Society*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2001.

WILLIAMSON, Timothy. *Vagueness*. London, New York: Routledge, 1994.

Received/Recebido: 22/03/2020
Approved/Aprovado: 16/05/2020