

O BEM ESPIRITUAL DO PACIENTE E O GRUPO DE ESTUDOS EM BIOÉTICA: EDUCANDO PARA A TOLERÂNCIA RELIGIOSA

*THE PATIENT'S SPIRITUAL GOOD AND THE BIOETHICS STUDIES GROUP:
EDUCATING FOR RELIGIOUS TOLERANCE*

Daiane Martins Rocha Esis Steines¹

Resumo

Considerando o contexto de sociedades pluralistas e seculares, educar estudantes, profissionais da saúde e mesmo os familiares e demais cuidadores para o respeito às crenças dos pacientes é parte fundamental da concepção de bem-estar em um sentido holístico, que envolve o bem espiritual do paciente. Nas discussões contemporâneas acerca do bem-estar, alguns autores, como Darwall e Railton, têm dado uma ênfase maior no caráter objetivo e racional do bem. Por outro lado, apresenta-se o modelo de beneficência baseada na confiança, defendido por Pellegrino e Thomasma. Para eles, o bem do paciente só pode ser realizado quando são considerados quatro componentes desse bem, sendo o bem espiritual o primeiro e mais importante deles, seguidos do bem conforme compreendido pelo paciente, o bem do paciente enquanto pessoa humana (autonomia) e o bem biomédico.

Palavras-chave: Cuidado racional; Beneficência baseada na confiança; Tolerância religiosa; Bem espiritual.

Abstract

Considering the context of pluralistic and secular societies, the education of students, health care professionals and even parents and other care givers to respect the patient's beliefs is a fundamental part of a holistic conception of welfare, which involves the patient's spiritual good. In contemporary discussions about welfare, some authors as Darwall and Railton have given great emphasis to the objective and rational character of good. On the other hand, Pellegrino and Thomasma present the beneficence-in-the-trust model. For them, the patient's good only can be accomplished if the four components of this good are considered, being the spiritual good the first and most important of the four, followed by the good as understood by the patient, the patient's good as a human person (autonomy) and the biomedical good.

Keywords: Rational care; Beneficence-in-trust; Religious tolerance; Spiritual good.

¹ Professora do Centro Universitário de Brusque, UNIFEBE, Brusque, SC.

INTRODUÇÃO

O que a tolerância demanda de mim é que respeite o diferente, seus sonhos, suas ideias, suas opiniões, seus gostos, que não negue só porque é diferente. O que a tolerância legítima termina por me ensinar é que, na sua experiência, aprendo com o diferente. É neste sentido que a tolerância é virtude a ser criada e cultivada por nós enquanto a intolerância é distorção viciosa (FREIRE, 2014, p. 26-27).

Considerando o contexto de sociedades pluralistas² e seculares, educar estudantes, profissionais da saúde e mesmo os familiares e demais cuidadores para o respeito às crenças dos pacientes é parte fundamental da concepção de bem-estar em um sentido holístico, que envolve o bem espiritual do paciente. Nas discussões contemporâneas acerca do bem-estar, alguns autores, como Darwall e Railton, tem dado uma ênfase maior ao caráter objetivo e racional do bem. Stephen Darwall considera que o cuidado racional, que nos leva a promover o bem de um paciente, é o que se deve fazer para outra pessoa na medida em que se importa com ela, isto é, o bem de uma pessoa é o que a beneficia, e não necessariamente o que ela deseja. Peter Railton, do mesmo modo, defende um interesse objetivado, que consistiria na concepção de bem que qualquer pessoa teria para si mesma caso tivesse em posse de todas as informações relevantes acerca de seu bem-estar. Por outro lado, há de se considerar o modelo de beneficência baseada na confiança, defendido por Pellegrino & Thomasma, para o qual o bem do paciente só pode ser realizado quando são considerados os principais componentes desse bem, que seriam: o bem no sentido espiritual, o bem conforme compreendido pelo paciente, o bem do paciente enquanto pessoa humana e o bem biomédico. Essas serão as abordagens a serem analisadas no presente artigo.

O bem espiritual do paciente é um tema interdisciplinar, que envolve não apenas os conceitos filosóficos de bem, bem-estar e cuidado, como também envolve as práticas cotidianas e modos de agir de diferentes profissões e segmentos da sociedade em relação a problemática da intolerância religiosa, tendo em vistas a relevância desse tema, e que, como ressaltado por Paulo Freire, em *Pedagogia da Tolerância*, “ninguém é verdadeiramente tolerante se se admite o direito de dizer do outro ou da outra: ‘o máximo que posso fazer é tolerá-lo, é aguentá-lo’”(p.26). Nossa educação deve ir muito além disso, e nossas escolas e universidades devem contribuir para uma percepção e, sobretudo, uma vivência genuína do que seja a tolerância religiosa.

O grupo de pesquisas em bioética (GEB) da UNIOESTE, foi um projeto de extensão que implantado durante o ano de 2015 para investigar o bem do paciente de diferentes perspectivas, a fim de esclarecer os conceitos envolvidos, e, principalmente, ampliar nossas possibilidades e, a partir de uma posição de tolerância e compreensão do outro, fornecer um cuidado em um sentido mais abrangente e que respeite a pessoa cuidada, sem cairmos num mero autonomismo ou num paternalismo, mas buscando ter em vistas os diversos elementos que podem compor esse bem e qual hierarquia pode haver entre eles.

Através desse projeto, buscou-se, entre outras coisas, educar para a tolerância religiosa e para uma percepção mais holística do que seja o bem de uma pessoa, o que pode e deve refletir nas práticas

²Salientando que esse pluralismo é um pluralismo cultural e não moral, visto que não nos comprometemos com um relativismo moral, nem nós, nem nenhum dos autores citados nesse artigo.

dos profissionais envolvidos, tanto na área da saúde quanto os estudantes de Filosofia, futuros professores, que devem compartilhar essas reflexões com seus estudantes no ensino médio e superior, e alguns, inclusive, já lecionando e buscando incluir seus alunos nessas discussões.³

DARWALL E O CUIDADO RACIONAL

Em seu livro *Welfare and Rational Care* (2004), Stephen Darwall investiga a possibilidade de definirmos o cuidado e o bem-estar de alguém em termos racionais e não subjetivos, argumentando que o que a pessoa deseja ou prefere nem sempre representa o seu bem-estar.

Esse livro diz respeito ao que, de diversas maneiras, chamamos de o bem, interesse, felicidade ou bem-estar de uma pessoa: o bem de uma pessoa no sentido do que a beneficia. Isso difere, devo argumentar, do que uma pessoa valoriza, prefere ou tem interesse, mesmo racionalmente. É verdade, é claro, que ajudar alguém a realizar os seus valores é quase sempre uma parte significativa da realização de seu bem-estar. Ainda assim, o bem de uma pessoa é uma coisa diferente do que ela sustenta sinceramente ou racionalmente a partir de seu próprio ponto de vista (DARWALL, 2002, p. 1, *tradução nossa*).

O bem do paciente é investigado por Darwall a partir da concepção do que seja o cuidado, isto é, o que significa “cuidar de alguém”. Além disso, ele trabalha com a definição de “cuidado racional”. Para refletirmos, ainda que brevemente sobre o que é o cuidado racional e o bem-estar de acordo com essa concepção, precisamos responder a algumas questões, por exemplo: o que é cuidar de alguém? É desejar o bem da pessoa por ela mesma? É promover o seu bem-estar? É promover os interesses da pessoa cuidada?

Darwall defende que o bem da pessoa não é necessariamente o que ela deseja. Por exemplo, uma pessoa muito altruísta não se importa consigo mesma por conta de seus valores, o que a faz negar coisas que seriam para o seu bem-estar, pois ela coloca o bem-estar de outros como mais importante, e outras vidas como sendo mais valiosas que a sua própria, de modo que suas vontades e desejos podem ser contra o bem-estar próprio. Outro exemplo de situação na qual não poderíamos considerar o bem-estar como o que uma pessoa deseja seria no caso de uma pessoa com depressão ou baixa autoestima, situação em que a pessoa pode até perceber que uma ação seria boa para ela, como sair para jantar com os amigos, mas por isso mesmo a não faz, porque não se considera valiosa ou digna de ser agradada ou de desfrutar de tais momentos com seus amigos (DARWALL, 2002, p. 3).

Para mostrar ainda melhor como o bem-estar de alguém é algo racional e que pode ser independente dos desejos de uma pessoa, Darwall apresenta ainda a diferença entre empatia e simpatia:

³ Esse artigo é fruto de discussões do Grupo de Estudos em Bioética, um projeto de extensão e pesquisa que foi desenvolvido na UNIOESTE, campus Toledo (PR), no ano de 2015, apoiado pelo Grupo de Pesquisa em Ética e Filosofia Política dessa mesma instituição, que contou com a participação de médicos, enfermeiros e psicólogos, professores de Filosofia, estudantes de Serviço Social e de Filosofia, e aberto a toda a comunidade externa, contando ainda com a participação de estudantes e professores de outras instituições de ensino de Toledo, Cascavel e região.

Empatia é o imaginário ocupando o ponto de vista do outro, vendo e sentindo coisas como nós imaginamos que ele as veja e sinta. Por outro lado, *simpatia* por alguém, é quando é sentido, não pelo ponto de vista dele, mas a partir da perspectiva de alguém (qualquer um) que se importa com ele (DARWALL, 2002, p. 3, *grifo nosso, tradução nossa*).

A distinção entre simpatia e empatia é importante, porque nos mostra que ao nos colocarmos no lugar do outro (empatia), podemos concordar com decisões que não seriam condizentes com a definição de cuidado apresentada por Darwall, por serem contra o seu próprio bem. Se tomarmos como exemplo um paciente depressivo (ou alguém muito altruísta), através da empatia vamos entender seus motivos para não valorizar sua própria vida, e podemos concordar com a recusa de um tratamento, ou com um procedimento de eutanásia ou suicídio assistido.

Porém, conforme salientado, o cuidado envolve trabalhar no que é bom para a pessoa, o que a beneficia efetivamente, e não necessariamente nas preferências dela. Quando nós nos importamos com uma pessoa, nós desejamos o bem dela, o que para Darwall parece ser algo distinto dos valores, interesses e desejos da pessoa em questão. A simpatia nos ajuda a entender esse cuidado, pois se temos simpatia por alguém, vamos sentir, não pelo ponto de vista dela, mas como uma perspectiva de alguém que se importa com ela. Então, no caso das pessoas que não vem a suas vidas como valiosas por conta de alguma doença, e desejam um procedimento como eutanásia ou a recusa de um tratamento por motivos pessoais, sob a perspectiva do cuidado, conforme apresentada por Darwall, devemos adotar a posição de simpatia e não a de empatia. Isso consistiria em verdadeiramente fazer o bem dela, enquanto alguém que se importa com ela, e não necessariamente o que ela está pedindo. Portanto, Darwall defende que, enquanto na empatia por alguém com depressão podemos imaginar quão sem valor ela se sente, na simpatia a pessoa e seu bem-estar parecem importantes, e não sem valor.

O bem ou bem-estar de alguém é aquilo que é racional (que faz sentido, é merecido ou justificado) de ser desejado para ela na medida em que alguém se importa com essa pessoa. Essa é uma teoria do bem-estar a partir do cuidado racional (DARWALL, 2002, p. 9, *tradução nossa*).

Se nos importamos com uma pessoa, nossas ações e desejos devem ser guiados pelo bem da pessoa. O bem-estar é normativo para o cuidado.

RAILTON E O INTERESSE SUBJETIVO OBJETIVADO

Meus interesses subjetivos refletem frequentemente a ignorância, a confusão ou a falta de consideração, como o atesta uma visão retrospectiva. O fato de que eu sou de tal modo agora constituído que eu desejo alguma coisa a qual eu gostaria de jamais haver buscado tivesse eu tido um melhor conhecimento disso, não me parece recomendá-la como parte do meu bem. Para remediar este defeito, pensemos como se segue na noção de um *interesse subjetivo objetivado* (RAILTON, 2013, p. 117).

Assim como para Darwall os interesses e preferências subjetivos não costumam ser um bom parâmetro para definir o bem-estar de alguém, para Railton o bem de uma pessoa também não é algo

meramente baseado em preferências, mas seria aquilo que ela racionalmente escolheria se tivesse plena noção de todos os elementos envolvidos. Haveria, portanto, um bem da pessoa, no sentido mais racional e objetivo, que seria de seu interesse: o interesse objetivado.

Uma ilustração dessa perspectiva do interesse objetivado é o exemplo de um viajante chamado Lonnie, utilizado por Peter Railton em seu artigo “Realismo Moral”, que começa a sentir tonturas e a passar mal e não sabe o porquê disso, então toma um copo de leite e começa a se sentir melhor. Porém, ele percebe que, após alguns minutos, toda a sensação de tontura e fraqueza recomeça, o que mais tarde será percebido como desidratação e que ele deveria beber era água, suco natural etc. que o hidratariam mais rapidamente, e não leite. A partir desse exemplo, Railton procura sustentar que nossos interesses subjetivos são apenas parte do que irá compor uma noção não-moral de bem, e introduz a noção de **interesse subjetivo objetivado**. Essa noção faz-se necessária, pois nossos desejos nem sempre refletem o que seja o nosso bem.

Um “Lonnie *plus*”⁴, ou seja, um Lonnie plenamente consciente de suas necessidades físicas, teria o interesse objetivado, ou seja, ele perceberia que sua sensação de mal estar era possivelmente devido à desidratação e procuraria beber água, suco, chá, enfim, algum líquido que satisfizesse sua sede e que ao mesmo tempo suprisse as necessidades de seu corpo. Railton resume esse interesse subjetivo objetivado na forma “X é um bem não moral para A se e somente se X satisfaria um interesse objetivo de A” (RAILTON, 2002, p. 12, *tradução nossa*). Desse modo, parece plausível defender que o bem não moral de alguém seja algo que a pessoa desejaria para si mesma, caso soubesse o que está fazendo.

Ao mesmo tempo, de acordo com a defesa de Railton, seria razoável sustentar que os nossos valores são constituídos, ao menos em parte, por nossas experiências, como o caso de Lonnie. Tais experiências podem nos mostrar os elementos que compõem o nosso bem no sentido não-moral, mas que entram como parte do processo de formação do interesse objetivado. Desse modo, o **interesse objetivado** seria aquilo que é considerado como bom para qualquer pessoa, ou seja, ainda que parta de interesses subjetivos, através da experiência e uso da razão, pode-se identificar certos procedimentos como sendo bons ou não, não apenas para o agente enquanto indivíduo, mas para as pessoas de um modo geral.

Nesse contexto, podemos dizer que o “bem-estar do paciente” é um desses casos de interesse objetivado referido por Railton. Esse bem-estar é algo que está para além das preferências pessoais do paciente, pois essas nem sempre refletem com verdade o que seria o seu bem, como no exemplo de Lonnie, que pensava que beber leite o faria se sentir melhor.

PELLEGRINO & THOMASMA E A BENEFICÊNCIA BASEADA NA CONFIANÇA

A contribuição de Pellegrino e Thomasma no âmbito da bioética em sociedades pluralistas e seculares se dá, sobretudo, não por criar uma teoria racional do cuidado ou uma teoria objetiva do bem, mas em elencar elementos importantes de serem considerados quanto ao bem do paciente. E por colocar como base da relação entre profissional da saúde e paciente a confiança, que é um elemento-chave no modelo de beneficência baseada na confiança apresentado pelos dois autores.

⁴ Plus’ no inglês significa ‘mais’, referindo-se a uma pessoa que tivesse uma percepção a mais do que seja o seu próprio bem.

Por beneficência baseada na confiança queremos dizer que médicos e pacientes mantêm “em confiança” (do latim *fiducia*) o objetivo de agir nos melhores interesses um do outro na relação (PELLEGRINO & THOMASMA, 1988, p. 54, *tradução nossa*).

Tendo por base essa confiança, são elencados quatro elementos, dispostos de forma hierárquica, aqui apresentados em ordem decrescente (sendo o primeiro o mais importante dos elementos do bem do paciente), elementos esses que nos ajudam a perceber o quão complexo é esse conceito de bem e suas nuances.

1. **O bem último** ou final, o *telos* da vida humana **como é percebido pelo paciente**, sua visão a respeito do significado e destino da existência humana, [...] “a preocupação última”, aquela na qual nos voltamos para buscar por uma justificação final de nossos atos se todas as razões secundárias ou intermediárias falham.
2. **O bem do paciente enquanto uma pessoa humana**, o bem que é baseado na sua capacidade enquanto ser humano de raciocinar, e, portanto, de escolher e expressar tais escolhas através da fala a outros seres humanos que também podem raciocinar e falar [...].
3. **Os melhores interesses do paciente, ou seja, a percepção subjetiva do paciente** da qualidade de vida que a intervenção pode produzir, e se ele considera ou não isso consistente com seus planos de vida, metas e objetivos [...].
4. **O bem clínico, biomédico e médico** – o bem que deve ser alcançado por intervenções médicas em um estado de uma doença particular (PELLEGRINO & THOMASMA, 1988, *grifo nosso, tradução nossa*, p. 81).

Quando analisamos essas quatro nuances do bem do paciente, percebemos que o bem de uma pessoa não é uma concepção tão objetiva e racional como pretendem defender Darwall e Railton. Ainda que na área da ética tenhamos sempre buscado compreender os elementos mais elementares e que possam identificar as concepções humanas de bem, independente de cultura, religião etc., é fato que essas variantes podem e devem ser respeitadas, pois fazem parte da composição do bem do paciente, ainda que seja no sentido de *respeitar* a pessoa, e não no sentido de *cuidado* apresentado por Darwall.

Pellegrino & Thomsma mostram que (1) e (3) dizem respeito ao paciente, enquanto que o (2) faz referência à própria natureza humana, por sermos seres dotados da capacidade de tomar decisões e, por fim, o (4) que se refere ao conhecimento técnico do médico, sendo, portanto, elementos distintos, e que nem sempre coincidem, mas que devem ser dialogados entre profissionais de saúde, paciente e familiares a fim de que essa relação de confiança proposta se estabeleça efetivamente.⁵

Em “*Decisions at the End of Life*”, publicado em 2000, Pellegrino retoma essa hierarquia dos elementos, examinando cada item e sua importância na composição desse bem, e salientando que o bem espiritual, que por ser o sentido último que a pessoa dá para a sua existência, é o mais alto bem do paciente:

O mais alto bem é o **bem espiritual**, aquele que deriva do fato de que os humanos são criados e designados por um Deus pessoal para uma vida além deste mundo e união com

⁵ Conforme analisado no capítulo II, de *Cuidados Paliativos e Bem-estar no Fim da Vida: Entre a autonomia e a beneficência* (2014).

Ele (...). Isto não é definido pelo paciente ou pelo médico. Este é o nível completamente negado ou ignorado na bioética secular, apesar do fato de que todos os pacientes, médicos, ou procuradores terão compromisso com alguma forma de fé, ou mesmo de rejeição de alguma fé (PELLEGRINO, 2000, p. 95, *grifo nosso, tradução nossa*).

Pellegrino exemplifica a questão do bem espiritual com a tradição cristã, por ser essa que predomina no ocidente, sobretudo no contexto norte-americano em que o seu modelo de beneficência baseado na confiança foi pensado, mas poderíamos pensar em qualquer outra crença, talvez de uma tribo indígena distante, na qual, em hipótese alguma o bem médico se sobreporia às mais fortes convicções religiosas daquele povo acerca de suas relações com a vida e a morte e o sentido atribuído a essas. Contudo, essa problemática surge por conta de que nossas sociedades apresentam muitas culturas entrelaçadas, de modo que, se um indígena for atendido no SUS, provavelmente será atendido de acordo com o bem conforme entendido por nossa cultura não-indígena, e aí está o cerne da questão.

Sempre que for possível, as crenças e valores de um paciente devem ser levados em conta, pois são parte integrante de seu bem, e atribuem sentido à sua vida. Quando as crenças e a concepção de bem enquanto pessoa ou o bem médico não forem compatíveis, deve haver um diálogo aberto entre as partes, e se o médico ou cuidador não concordar com a decisão do paciente, talvez ele ou ela devesse passar esse caso a outra pessoa que compartilhasse daquela crença ou que não violasse sua própria integridade fazendo algum procedimento ou deixando de fazer para respeitar as crenças de um paciente. Portanto, a base da relação entre o cuidador e a pessoa cuidada mais apropriada para que ambas as partes sejam respeitadas deve ser a confiança, conforme defendido no modelo apresentado por Pellegrino & Thomasma.

EDUCAR OS CUIDADORES PARA O RESPEITO À DIMENSÃO ESPIRITUAL DO BEM DO PACIENTE: O EXEMPLO DA RECUSA DE TRANSFUSÃO SANGUÍNEA

O exemplo clássico utilizado em bioética para discutir a recusa de tratamento é o dos pacientes Testemunhas de Jeová. Esse é um caso onde percebemos o quão forte é o elemento espiritual para o bem do paciente, visto que, mesmo em casos de risco de vida, os adeptos dessa crença não aceitam transfusão sanguínea, por considerarem um pecado que os custaria a vida eterna. No site oficial dos Testemunhas de Jeová⁶ encontramos esclarecimentos acerca de suas crenças:

Tanto o Velho como o Novo Testamento claramente nos ordenam a nos abster de sangue. (Gênesis 9:4; Levítico 17:10; Deuteronômio 12:23; Atos 15:28, 29) Além disso, para Deus, o sangue representa a vida. (Levítico 17:14) Então, nós evitamos tomar sangue por qualquer via não só em obediência a Deus, mas também por respeito a ele como Doador da vida.

De acordo com essa interpretação, a Bíblia proíbe aos crentes de tomarem sangue por qualquer via. Assim, não se deveria aceitar sangue total ou seus componentes primários, quer como alimento, quer numa transfusão.

⁶ Disponível em: <<https://goo.gl/CzqKUM>>. Acesso em 18/05/2015.

Em seu site oficial, eles explicam que, se acordo com Gênesis 9:4, embora tivesse permitido que Noé e sua família passassem a se alimentar de carne animal após o Dilúvio, Deus os proibiu de comer o sangue. Ele disse a Noé: “Somente a carne com a sua alma - seu sangue- não deveis comer.” Desde então, isso se aplicaria a todos os humanos, porque todos são descendentes de Noé.

Acrescentam ainda que em Levítico 17:14. “Não deveis comer o sangue de qualquer tipo de carne, porque a alma de todo tipo de carne é seu sangue. Quem o comer será decepado da vida.” Segundo os Testemunhas de Jeová, para Deus, a alma, ou vida, está no sangue e pertence a Ele. Embora essa lei tenha sido dada apenas à nação de Israel, ela mostraria a importância que Deus dava a não comer sangue. Ainda em Atos 15:20, Deus deu aos cristãos a mesma proibição que deu a Noé. “Abstenham-se do sangue”. A História mostra que os primeiros cristãos não consumiam sangue, nem mesmo para fins medicinais.

Além de apresentarem no site os motivos de saúde e do risco de contaminação por conta de sangue infectado, eles salientam que o ponto principal não é esse, mas fazer a vontade do Deus a quem servem.

Há bons motivos médicos para evitarmos transfusões de sangue. No entanto, **o mais importante é que Deus nos manda nos abster do sangue** porque ele representa a vida, que é algo sagrado para Deus (*grifo nosso*).

Dada a profunda crença desse grupo nas escrituras, e a crença de que o comer a carne com seu sangue e fazer uma transfusão sanguínea são procedimentos análogos, esse é claramente o seu mais alto bem, seu bem no sentido espiritual: o que dá sentido às suas existências e à esperada pós-vida prometida àqueles que, entre outras coisas, são fiéis aos princípios apresentados por Deus.

Nesse caso, se nos colocamos no lugar de um paciente desses, através da *empatia*, vamos concordar com ele, pois se eu perder essa vida por não receber uma transfusão sanguínea, o que me importa tendo em vistas que, recebendo a transfusão eu posso até sobreviver a essa vida, mas corro o risco de perder a vida eterna? Mas como fomos alertados por Darwall na primeira parte desse artigo, a empatia não é o “nosso melhor escudeiro”, pois ela nos prega peças. Então, se seguimos o raciocínio dele e temos *simpatia* pelo paciente, poderemos concluir que o que o beneficia é a transfusão, que o bem dele, racionalmente falando, seria aceitar esse tratamento. É o que Railton chamaria de “Lonnie Plus”, já que na perspectiva defendida por esse autor, um paciente com plena percepção de seu bem veria que a transfusão contribui para o seu bem-estar e deve ser feita. Contudo, poderíamos também pensar que essa percepção objetiva e racional do bem do paciente incluiria o seu bem espiritual, de modo que a negação da transfusão deveria ser aceita.

Pela perspectiva que vimos de Pellegrino & Thomasma, o bem último do paciente, aquilo que dá sentido ao seu viver, seja uma crença religiosa ou mesmo a total ausência dela, é algo que constitui aquela pessoa, sua integridade moral, e que não deve ser violado, pois é a parte mais primordial de seu bem. Desse modo, ainda que o bem espiritual e os interesses do paciente devam ser considerados, o bem enquanto pessoa humana e o bem biomédico também são componentes dessa relação entre cuidador (que pode ser um profissional da saúde, um familiar, amigo, colega) e a pessoa cuidada, mas fazer ou não a transfusão não pode ser a decisão do cuidador ou só do paciente ou de seu responsável

(a não ser em caso de paciente incapazes). Precisamente, esses elementos todos surgem no modelo da beneficência baseada na confiança para mostrar que o bem de uma pessoa envolve muito mais do que o mero realizar as suas vontades, ou a vontade de um médico, ou o que seria indicado, do ponto de vista científico. Não há fórmulas prontas, nem um veredicto de que o respeito à autonomia ou à uma concepção objetiva do cuidado ao promover o que beneficia a pessoa sejam a garantia de que o bem dela está sendo assegurado.

A melhor base, até então, parece ser ter consciência de todos esses elementos e de que a confiança do paciente em seu cuidador dependerá do comprometimento que esse tem em buscar levar todos esses elementos em conta. Portanto, em meio a essa relação de confiança, o bem espiritual nunca deve ser algo ridicularizado pelo cuidador, seja ele médico, enfermeiro, familiar, etc., pois é um elemento tão importante quanto os outros, ou ainda, como defendido por Pellegrino & Thomasma, mais importante do que os outros, pois diz respeito ao sentido que aquele indivíduo atribui à sua existência, e deve ser analisado.

Precisamos ter uma percepção profunda de que a natureza dos seres humanos e sua existência é tanto como criaturas materiais quanto espirituais. Cada um traz consigo alguma crença acerca do sentido de sua existência. Por isso é preciso calcular os benefícios mas também os danos que um tratamento pode causar a um paciente.

Assim, percebemos que o *respeito* à crença da pessoa é amparada pelos componentes do bem do paciente apresentados por Pellegrino & Thomasma, e desejável em sociedades pluralistas e seculares, ainda que permaneçamos com a dúvida acerca do que fazer quando esse bem espiritual se choca com o bem da pessoa ou o bem médico. Então, talvez devêssemos dar ainda mais uma chance às teorias de Darwall acerca do bem como fruto do cuidado racional ou de e Railton, de uma percepção ampla e objetivada do que seja o nosso bem. Porém a perspectiva apresentada por Darwall parece demasiadamente paternalista, e o “interesse objetivado de um Lonnie Plus”, de Railton, excessivamente utópico. Não somos um “Lonnie Plus”. Somos pessoas com crenças, sonhos e seres autônomos, que podem e devem ser respeitados em uma relação de cuidado, que ainda que possa, em muitos casos, ser caracterizada como aponta Darwall, em geral, há mais elementos a serem considerados do que “o que a beneficia”, num sentido supostamente racional.

Retomando a concepção defendida por Darwall de que “O bem de uma pessoa é o que a beneficia” (DARWALL, 2002, p. 1), podemos concluir que o que a beneficia pode ser não receber uma transfusão sanguínea, pode ser não fazer uma amputação de um membro, não tomar um sedativo, enfim, o bem de uma pessoa é bem mais complexo do que descrito por Darwall, como pudemos perceber através da breve apresentação do modelo de beneficência baseada na confiança, de Pellegrino & Thomasma.

Educar os cuidadores nesse contexto, é fazê-los perceber todas essas nuances do bem do paciente, para que não pensem que é só o bem médico, ou só o bem conforme percebido pela pessoa, mas toda uma gama de elementos, e entre um dos mais importantes, o bem espiritual.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ainda que tenhamos apresentado brevemente as teses de Darwall e Railton acerca do que é o bem de uma pessoa, e tenhamos colocado como oposição a defesa de Pellegrino & Thomasma, não

acreditamos que essa seja uma questão de contraposição, mas de complementariedade. Pois ainda que defendamos os quatro elementos do bem do paciente, conforme elencados em *For the Patient's Good*⁷, tendo como elemento mais importante o bem espiritual do paciente, precisamos atentar para o fato de que o bem médico (que está na quarta posição no modelo apresentado por Pellegrino e Thomasma), representa, de certa forma, o que Darwall e Railton procuram defender como sendo esse bem que beneficia a pessoa cuidada, ou bem num sentido objetivo. Portanto, percebemos que todas essas nuances precisam ser consideradas, e ainda que uma ou outra se sobressaia em determinadas situações, é preciso estabelecer uma relação de confiança entre cuidadores e pessoas cuidadas, garantindo, na medida do possível, que os desejos do paciente e suas crenças sejam respeitados, desde que não seja uma afronta direta ao bem dele ou dela enquanto pessoa humana ou contra o que a medicina teria como obrigação de fornecer como tratamento para restaurar sua saúde, como no caso de pacientes depressivos ou altruístas ao extremo. Mas no caso apresentado como exemplo, de pacientes Testemunhas de Jeová negarem transfusão, em geral, pode e deve ser aceito, buscando tratamentos alternativos e mantendo um diálogo aberto com o paciente acerca dos riscos assumidos. Quando se tratar de crianças muito pequenas ou pessoas que tenham sua autonomia limitada por algum motivo, então essa recusa de tratamento deve ser analisada, pois pode refletir a crença dos pais, que não necessariamente é ou será sustentada pela criança.

Essa é uma discussão ainda em andamento. Os frutos dela devem ser colhidos por todos os profissionais da saúde, estudantes, professores e todos nós que em algum momento da vida seremos, de um modo ou de outro, cuidadores e/ou “cuidados”. O importante, nesse momento, é ressaltar que o interesse de tantos autores nesse tema é algo que já mostra nossa simpatia pelo outro, nossa vontade de entendê-lo, de cuidar verdadeiramente, e de promover o bem-estar das pessoas de modo mais holístico e completo possível, o que certamente envolve o bem-estar espiritual. Educar professores, estudantes, profissionais da saúde e sociedade em geral para estarem atentos a essas nuances do respeito à crença religiosa é um dever de todos nós, pois essas pesquisas não são meras teorias analisadas, mas reflexões que devem refletir em nossas práticas cotidianas de uma tolerância genuína, que envolve respeito.

REFERÊNCIAS

BÍBLIA SAGRADA. Versão Almeida Corrigida e Revisada. Disponível em: <<https://www.bibliaonline.com.br>>. Acesso em: 18 nov. 2016.

DARWALL, Stephen. **Welfare and Rational Care**. New Jersey: Princeton University Press, 2002.

ENGELHARDT, H. Tristram. **The Foundations of Bioethics**. 2. ed. New York: Oxford University Press, 1996.

⁷ *For the Patient's Good*, ou *Para o Bem do Paciente* é uma obra publicada em 1988, e que foi, pela primeira vez, traduzida para a língua portuguesa, como parte das atividades previstas de pós-doutoramento vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Filosofia da UNIOESTE durante o ano de 2015, e que em breve deverá ser publicada.

ENGELHARDT, H. Tristram. **Fundamentos da Bioética**. Tradução de José A. Ceschin. São Paulo: Loyola, 1998.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da tolerância**. 3. ed. Organização, apresentação e notas de Ana Maria Araújo Freire. São Paulo: Editora Paz e Terra, 2014.

PELLEGRINO, Edmund D. & THOMASMA, David C. **For the Patient's Good: The Restoration of Beneficence in Health Care**. Nova York: Oxford University Press, 1988.

PELLEGRINO, Edmund D. **Decisions at the End of Life: the use and abuse of the concept of futility**, 2000. Disponível em: <<https://goo.gl/OyCa2T>>. Acesso em: 15 dez. 2016.

RAILTON, Peter. **Moral Realism**. In: STRATTON-LAKE, Philip (ed). **Ethical Intuitionism: Reevaluations**. Oxford: Clarendon Press, 2002.

RAILTON, Peter. **Realismo moral**. In: DARWALL, Stephen; GIBBARD, Allan; RAILTON, Peter (Orgs.). **Metaética: algumas tendências**. Tradução de Janyne Sattler. Florianópolis: UFSC, 2013.

ROCHA, Daiane Martins. **Cuidados Paliativos e bem-estar no Fim da Vida: Entre Autonomia e a Beneficência**. Curitiba: Editora Prismas, 2014.

