

Virtudes no cuidado sanitário: contribuições de Pellegrino e Thomasma

Luiz Filipe Lago de Carvalho¹, Gabriele Cornelli¹

1. Universidade de Brasília, Brasília/DF, Brasil.

Resumo

Este artigo apresenta uma análise da proposta de Pellegrino e Thomasma de utilização das virtudes como referencial bioético, especialmente na bioética clínica. Os autores sugerem que uma visão puramente baseada em princípios ou deveres é insuficiente, principalmente no cuidado sanitário. O bom profissional de saúde é detentor de determinadas virtudes que o empoderam e o impelem a seguir princípios éticos e ser uma pessoa melhor, o que, invariavelmente, o ajuda a alcançar os bens da medicina. Assim, uma abordagem que considere a convergência entre virtudes e princípios afasta uma visão instrumentalizada da medicina e altera a ênfase da análise ética para o profissional e como seu caráter e suas condutas contribuem para os interesses do paciente, sejam aqueles determinados pela medicina ou por suas aspirações pessoais e valores internos.

Palavras-chave: Bioética. Atenção à Saúde. Virtudes.

Resumen

Virtudes en el cuidado sanitario: aportes de Pellegrino y Thomasma

Este artículo presenta un análisis de la propuesta de Pellegrino y Thomasma de utilizar las virtudes como referencia bioética, especialmente en la bioética clínica. Los autores sugieren que una visión puramente basada en principios o deberes es insuficiente, especialmente en el cuidado sanitario. El buen profesional de la salud posee ciertas virtudes que lo empoderan y lo impulsan a seguir principios éticos y a ser una persona mejor, lo que, invariablemente, lo ayuda a alcanzar los bienes de la medicina. Así, un enfoque que considere la convergencia entre virtudes y principios impide una visión instrumentalizada de la medicina y cambia el énfasis del análisis ético hacia el profesional y a cómo su carácter y sus conductas contribuyen a los intereses del paciente, ya sean estos determinados por la medicina o por sus aspiraciones personales y valores internos.

Palabras clave: Bioética. Atención a la salud. Virtudes.

Abstract

Virtues in healthcare: contributions from Pellegrino and Thomasma

This article presents an analysis of Pellegrino and Thomasma's proposal to use virtues as a bioethical framework, especially in clinical bioethics. The authors suggest that a view purely based on principles or duties is insufficient, especially in healthcare. Good health professionals have certain virtues that empower and impel them to follow ethical principles and be better people, which invariably helps them achieve the goals of medicine. Thus, an approach that considers the convergence between virtues and principles moves away from an instrumentalized view of medicine and changes the emphasis from ethical analysis to the professional and how their character and conduct contribute to the interests of the patient, whether determined by medicine or by their personal aspirations and inner values.

Keywords: Bioethics. Delivery of health care. Virtues.

Declararam não haver conflito de interesse.

O que se entende hoje por bioética como disciplina teve início nos anos 1970, com a publicação *Bioethics: bridge to the future*¹, de Van Rensselaer Potter. A proposta original de Potter apresentava uma nova forma de preocupação com a vida humana e com o meio ambiente, na qual ética, valores e a ciência da vida se integravam. Sua bioética não era restrita a questões biomédicas, mas ampla, abrangendo outras áreas da vida, como os impactos do desenvolvimento tecnológico e a biodiversidade.

No entanto, com a publicação do *Relatório Belmont*² e, especialmente, dos *Princípios da Ética Biomédica*³ (1979), a bioética passou a assumir abordagem focada na ética e nas práticas médicas e se expandiu pelos países do chamado Norte Global, colonizadores e considerados desenvolvidos. Apesar de ser muito criticada nos países do Sul Global, a abordagem baseada em princípios conhecida como bioética principialista é, ainda, bastante utilizada, especialmente em contextos clínicos e de cuidados em saúde.

No mesmo período de surgimento da bioética (anos 1970), eclodiram muitas novas ideias sobre virtudes e tentativas de reviver uma visão aretaica como contraposição aos modelos dominantes desde a modernidade – consequencialismo e deontologia. No decorrer das décadas seguintes, diversos filósofos e eticistas contribuiriam significativamente para a construção de uma ética cujo foco seria o agente, seu caráter e suas motivações, e que posicionasse o dever e os resultados em patamar secundário.

Consequentemente, muitos profissionais de outras áreas vieram a demonstrar interesse crescente na aplicação, a seus respectivos campos, de abordagens com base nas virtudes. No âmbito da ética médica, o médico Edmund Pellegrino e o filósofo David Thomasma publicaram, conjunta e separadamente, obras de grande importância para o estudo dos fenômenos sociais, culturais e morais que influenciam a prática da medicina. *Base filosófica da prática médica*⁴, *Pelo bem do paciente*⁵, *Virtudes na prática médica*⁶ e *Virtudes cristãs na prática médica*⁷ são parte de um projeto contínuo de desenvolvimento de uma filosofia moral coerente aplicável à medicina.

A discussão proposta por Pellegrino e Thomasma, em que pese ser passível de críticas mais atuais, revela inquietação em relação à visão predeterminada da medicina e da subárea

conhecida como bioética clínica, que revolve os anos 1990 – início do reviver do conceito original de bioética. A utilização das virtudes como referencial teórico bioético demonstra uma preocupação que transcende as percepções clássicas da relação médico-paciente e da instrumentalização da medicina em contraposição a uma atuação pautada em valores amorais e distantes do indivíduo, sua personalidade e seus anseios.

Alternativa das virtudes

Pellegrino e Thomasma⁶ entendem que, por mais que existam diversas teorias de virtude, as posteriores a Aristóteles nada ou muito pouco contribuíram à teoria como um todo. Nesse sentido, muitos filósofos contemporâneos realizaram um resgate das virtudes antigas para elaborar o que chamam atualmente de ética de virtudes. Os autores já haviam notado que Aristóteles frequentemente se utilizava da medicina como modelo ou exemplo para explicar seu método e suas éticas. Isso, segundo eles, sugere relação importante entre a saúde e as virtudes que seus profissionais devem possuir⁴.

Alasdair MacIntyre⁸ propôs que as virtudes devem ser entendidas como disposições ou qualidades adquiridas, distintas pelas seguintes características: 1) são necessárias para que os humanos possam obter os bens internos à prática comum; 2) sustentam identidades comuns ou comunidades por meio das quais os indivíduos podem buscar o bem para suas vidas inteiras; e 3) sustentam as tradições que provêm práticas e vidas individuais do contexto histórico necessário.

Hursthouse^{9,10} trouxe a ideia de um indivíduo virtuoso hipotético, cujas condutas seriam o molde para os demais. Anscombe¹¹ e Foot^{12,13} assumiram uma visão funcionalista ao rejeitarem um critério de regra moral mais forte e identificarem virtudes com base no que é propício à capacidade individual e da sociedade para reconhecer o bem. Swanton¹⁴, por sua vez, complementou com uma visão pluralista das virtudes, segundo a qual o objetivo da virtude e a correspondência da conduta a esse objetivo são o que define a virtude em si. Slote¹⁵⁻¹⁷, mais recentemente, desenvolveu uma espécie de ética de cuidado, que resguarda maior importância às boas motivações do indivíduo real em agir.

De todo modo, é possível perceber que as muitas éticas de virtudes fornecem um aparato teórico consubstanciado em propor uma alternativa aos modelos éticos dominantes – deontologia e consequencialismo –, resguardando foco ao agente e seu caráter, ao priorizar qualidades ou excelências em detrimento do dever ou de resultados. Suas prescrições não têm, e nem tencionam ter, o peso ordenativo que pretendem suas concorrentes, mas fornecem uma ampliação dos fatores determinantes da retidão de uma ação, abarcando elementos indissociáveis da vida humana e que são deixados em segundo plano pelas demais.

Nesse sentido, um critério de correção de ação, especialmente no cuidado sanitário, também não pode ser garantido simplesmente por uma abordagem puramente principiológica, orientada pelo dever ou baseada em resultados. Mesmo os mais moralmente elevados princípios não são capazes de afastar um caráter ou motivações ruins nem de resguardar o paciente contra um profissional orgulhoso, ganancioso ou simplesmente despreocupado com seu bem-estar. Ademais, parece aceitável a visão de que é melhor que nossos cuidadores sejam mais dedicados a algum ideal de bem coletivo do que a motivações individualistas – isto é, que suas inclinações profissionais sejam mais fortemente embasadas em suas qualidades de caráter e motivações do que no desejo por fama, dinheiro ou prosperidade⁶.

Correlação entre virtudes e princípios

Longe de defender cegamente a infalibilidade de um sistema ético baseado unicamente nas virtudes, é certo que, assim como os demais modelos éticos e morais, este tem também suas limitações. Talvez a mais relevante seja a problemática da grande variedade de definições sobre virtudes e as diferentes características ou qualidades de caráter que são consideradas virtudes em diferentes sistemas filosóficos.

Não é difícil imaginar, portanto, que superar essa problemática significa conciliar visões que, originalmente, seriam opostas. MacIntyre já adjetivou tal tarefa como *incomensurável* e *intransigível*⁸, pois, em uma sociedade plural, há grande variedade de bens morais, que são valorizados a depender da comunidade e observação.

Entretanto, mesmo nas eventuais concordâncias sobre a definição de certos bens, é possível observar certa lógica na ética de virtudes. A conduta moralmente aceita é performada pelo indivíduo virtuoso. Logo, o indivíduo virtuoso é aquele que performa condutas moralmente boas. Essa lógica cíclica é plenamente aceitável quando a noção ou a definição de determinado bem é comum, aceita pela maioria.

Em uma área prática, como a bioética, é premente encontrar o ponto de interseção que acaba com essa circularidade entre virtudes e indivíduo virtuoso. Essa conexão, que aparenta ter sido esquecida com o passar do tempo, se encontra no hábito e na escolha, isto é, na busca do indivíduo pelas virtudes, tanto em sua vida privada quanto profissional⁶.

Por outro lado, quando nos deparamos com uma dissonância entre valores ou entre o que é considerado bom e o que não é, se faz necessária uma justificação mais aprofundada da qualidade de caráter ou conduta que deve ser almejada de modo a configurar uma virtude. Nesse sentido, a resposta que parece ser tomada pela maior parte das filosofias é utilizar-se de princípios como balizadores da ética.

De modo geral, princípio é uma afirmação sobre uma verdade moral, fundamental e universal, que também é expressa em um guia de ação. Dessa forma, princípio deriva da consideração de uma ação moral, de seus aspectos mais fundamentais. Um princípio não é moralmente meritório porque é respeitado pela pessoa virtuosa. Na verdade, respeitamos a pessoa virtuosa porque sabemos que ela é alguém em quem podemos confiar e que vai praticar a virtude em questão com uma diligência que busca a perfeição⁶.

A lógica aqui é que princípios funcionam como guias gerais ou até mesmo universais para uma conduta. Eles podem derivar de postulados fundamentais ou instituições que foram aceitas pela maioria ou até mesmo possuir o caráter *prima facie* de verdades morais, significando que devem ser respeitados por si mesmos – a não ser que haja uma razão muito convincente para o contrário⁶.

Assim como os princípios de determinada área de atuação ou estudo devem guiar as qualidades de caráter que serão consideradas virtudes, as virtudes devem nortear os princípios que serão válidos ou úteis para fundamentar determinada

atuação profissional ou mesmo para sopesar um conflito entre princípios numa situação prática.

De todo modo, a ideia aqui defendida é que as virtudes e os princípios devem atuar em conjunto, pois aquelas são excelências de caráter, que permitem ao agente a melhor interpretação do que fazer e de como atuar para alcançar os fins específicos aos quais se submeteu. Isso se coaduna com a ideia anterior, principalmente ao se transportar a discussão para o cuidado sanitário.

Contudo, não pode ser desconsiderado o fato que, principalmente a partir do início do século XXI, e especialmente em nações do Sul Global, vem havendo forte retaliação contra o que ficou conhecido como principialismo na bioética. Os quatro princípios propostos por Beauchamp e Childress³ – autonomia, justiça, beneficência e não maleficência – foram e ainda são alvos de diversas críticas: à natureza de serem muito abstratos, à excessiva matematização de seu uso em julgamentos morais e até a sua dissociação das particularidades concretas humanas da escolha moral.

Há, ainda, a acusação corriqueira de que esses princípios seriam demasiado dominados por uma psicologia moral branca, masculina, heteronormativa, de nações do Norte Global – leia-se Estados Unidos e Europa Ocidental. Isso não quer dizer necessariamente que esses princípios são inúteis ou devam ser completamente desconsiderados, mas que se devem buscar ferramentas que melhor avaliem atos morais com base nos valores das comunidades nas quais determinados agentes morais estão inseridos.

Assim, uma alternativa ao sistema baseado em princípios pode beber da fonte da ética de virtudes, no sentido de posicionar maior ênfase nas pessoas, nos agentes e nas circunstâncias, a despeito das consequências ou da formalidade das regras. O desafio aqui é não deixar que essas alternativas recaiam em subjetivismo ou emotivismo exacerbado.

Virtudes no cuidado sanitário

Em um período mais contemporâneo, Beauchamp e Childress³ conectaram virtude, regra e princípio por meio da motivação. Ser virtuoso não significa apenas estar disposto a trazer coisas boas, mas também desejar o que é bom. Entretanto, eles não explicam de forma concreta

o que seria bom. Não obstante, os autores propõem que todo princípio é correspondente a uma virtude. O princípio do respeito pela autonomia transforma-se na virtude do respeito. A não maleficência seria a virtude da não malevolência. A beneficência, benevolência. E a justiça permanece justiça. Contudo, Pellegrino e Thomasma⁶ notam que essa correspondência consiste simplesmente em converter os guias de ação em estados subjetivos e renomeá-los, sem estabelecer uma diferença essencial entre eles. Inclusive, Beauchamp e Childress³ admitem que três das quatro virtudes cardinais – prudência, coragem e temperança – não se encaixam em seu modelo bioético.

Para Pellegrino e Thomasma⁶, o bom profissional, de qualquer área, é aquele que atinge os objetivos da profissão com a maior qualidade possível. No cuidado sanitário, essa avaliação envolve, ainda, um componente moral, vez que as condutas do profissional de saúde devem estar de acordo com os interesses do paciente, sejam aqueles que a medicina determina, sejam seus valores internos e aspirações. Para obter esses fins, são necessárias certas qualidades de caráter, virtudes que o profissional de saúde deve possuir e desenvolver ao longo da prática. Neste artigo, foram destacadas sete das virtudes propostas pelos autores, quais sejam: fidelidade à confiança, compaixão, prudência, justiça, fortaleza, temperança e integridade.

Fidelidade à confiança

A confiança se faz extremamente presente em um estado de vulnerabilidade e dependência da boa vontade das motivações do outro, especialmente na doença, quando estamos necessitados de ajuda, cura e justiça. Para Baier¹⁸, seria o apoio em outrem, em sua competência e disposição para cuidar em vez de ferir. Trata-se de uma virtude de grande importância ao âmbito clínico, pois a própria existência da bioética evidencia que essa confiança no âmbito do cuidado sanitário falhou. Precisamos de bioeticistas para estudar relações sociais e profissionais, estabelecer e reforçar limites, aprimorar práticas e criticar hábitos que não mais condizem com o esperado. Isso implica que, no mínimo, as relações de confiança entre pacientes e profissionais de saúde são em geral estremecidas. Há, portanto, uma relação de hipossuficiência *versus* hipersuficiência, atrelada a uma situação específica.

A fidelidade à confiança é, pois, uma virtude daquele em quem se confia – no âmbito do cuidado sanitário, o profissional de saúde⁶. Como virtude, ela altera o foco da análise moral para o agente, o responsável por merecer, conquistar a confiança de seus pacientes, por meio da formação de seu caráter e profissionalização, bem como de atitudes fiéis. É ela que permite o exercício da latitude discricionária para que se tenham melhores chances de alcançar os bens da medicina, resguardando o devido respeito ao paciente no que tange à obtenção de informações adequadas sobre sua situação de saúde e às possibilidades de tratamento. Se bem ajustada, a fidelidade à confiança é capaz de afastar, ou ao menos diminuir, a necessidade de alternativas deontológicas na relação paciente-profissional de saúde, como contratos, intermediários e *ombudsman*⁶.

Compaixão

No âmbito do cuidado sanitário, compaixão é a qualidade de caráter que monta o aspecto cognitivo da cura para que se encaixe na perspectiva única de cada paciente. Tem relação com compreensão, pois exige de seu possuidor a disposição para enxergar, sentir e experienciar as tribulações da moléstia que acomete o paciente. Pellegrino e Thomasma⁶ definem que a compaixão como virtude médica possui um componente intelectual – a disposição habitual de acessar e compreender a singularidade dos dilemas de como a doença se manifesta em determinado paciente – e um componente moral – pois, sem o compartilhamento dos aspectos particulares do paciente, o profissional pode violar seus valores e sentir-se desencorajado em relação ao paciente ou sua doença.

Nesse sentido, a compaixão consiste em auxiliar o paciente a sopesar sua compreensão do que é bom e a compreensão da medicina. Isso requer certo nível de discernimento sobre quais são, de fato, os valores e dilemas do paciente. Ademais, a compaixão não deve ser confundida com outros sentimentos falsamente correlacionados, como misericórdia, simpatia, empatia e pena, já que a cada um desses sentimentos falta um ou mais elementos específicos da compaixão, como a experimentação e aproximação com a dor do paciente¹⁹ e o compartilhamento de respostas emocionais ao sofrimento²⁰. Fundamentalmente, a compaixão se mostra muito parecida com a amizade, com os

extras da competência e do conhecimento técnico-científico que o profissional de saúde possui, ao contrário do amigo pessoal⁶.

Prudência

A prudência possui uma longa história de grande importância entre os estudiosos das virtudes, a ponto de ser comumente considerada como a virtude mestra^{6,7}, a conexão entre a vida moral e a intelectual. Diz respeito à capacidade de discernir os meios mais apropriados para atingir determinados bens em circunstâncias específicas. A prudência configura as outras virtudes, visto que elas são disposições que devem ser justificadas em atos concretos – que serão guiados por boas escolhas morais. Ela é a cola que unifica a competência técnica e o julgamento moral, bem como é a ferramenta-chave para contrabalançar os meios disponíveis, as possibilidades terapêuticas e os eventuais resultados efetivos da atuação do profissional de saúde – elementos esses que nunca serão os mesmos para pacientes distintos⁶.

Assim, a prudência assume um papel essencial, não apenas para a vida, mas também para o cuidado sanitário. É a virtude que permite decidir quais outras virtudes serão importantes para a prática profissional. É a virtude que guia e molda as demais. Para o caso prático, é a virtude indispensável. Ser um profissional virtuoso é, essencialmente, ser prudente. O profissional prudente é o mais apto a alcançar as demais virtudes e, conseqüentemente, os fins da medicina.

Justiça

Em sua concepção mais fundamental, justiça significa garantir a cada um o que lhe é devido. No papel de virtude, Pellegrino e Thomasma⁶ entendem que a justiça deve ser baseada no amor pelo próximo; portanto, os autores se abstêm de escolher uma visão específica de justiça – comutativa, distributiva, redistributiva, geral ou modular. Todas são aplicáveis a diferentes situações e/ou em diferentes estágios de um mesmo caso em saúde. O cuidado sanitário é uma forma de se comprometer com o bem de outros, o que requer a justiça como obrigação moral, em uma noção também de cunho coletivo, posto que demanda preocupação especial por aqueles em dor, pelos pobres, oprimidos e desviantes.

Assim, a justiça não diz respeito apenas à distribuição de bens ou ao respeito a contratos, mas envolve uma forma compreensiva de enxergar e tratar os outros²¹, especialmente os vulneráveis. Pellegrino e Thomasma⁶ resguardaram papel essencial à justiça como princípio bioético, como forma de resolução de conflitos entre princípios. Por definição, ser justo é promover o bem, não causar o mal e respeitar a autonomia do paciente. Contudo, em uma realidade de saúde pública na qual predomina a escassez de recursos, a justiça como virtude – não apenas como princípio –, mediada pela prudência, se mostra essencial para dirimir problemas práticos, como no caso em que o excesso de autonomia ou de beneficência a um paciente implique na deficiência a outro⁶.

Fortaleza

A fortaleza representa a coragem moral, a imposição de um sacrifício em prol do bem maior; é a escolha pelo bem agir, a despeito de todas as possíveis consequências indesejáveis, e a sabedoria para não retroceder cedo demais nem insistir ao ponto do absurdo⁶. É, como a prudência e a justiça, uma virtude necessária para a aquisição das demais. No cuidado sanitário, é a tenacidade que permite ao profissional de saúde utilizar o poder que lhe é conferido para ajudar os pacientes da forma apropriada, mesmo agindo contra um sistema preestabelecido que impõe, sobretudo, redução de custos, dificuldades de acesso a tratamentos mais caros e escolha dos melhores pacientes⁶. Em suma, fortaleza é a virtude médica que inspira confiança nos profissionais de saúde para resistir tentações de diminuir o bem do paciente, seja pelos próprios medos, seja por pressões sociais e burocráticas, e para utilizar as próprias capacidades e treinamento de forma eficiente para atingir um bem social.

Temperança

Temperança é a virtude que controla os apetites, que representa a vitória sobre o desejo egoísta e as tentações⁶. No cuidado sanitário, o profissional de saúde detém conhecimento especializado que importa ao paciente, o que lhe resguarda grande autoridade e poder e, assim, pode fazê-lo recair em paternalismo. Ele age com temperança quando se utiliza desse conhecimento para o bem

do paciente acima de qualquer outro interesse individual ou institucional, como ao recusar o uso indevido de tecnologia médica em situações de não comprovação de benefícios ou ao evitar o uso excessivo de intervenções não necessárias. É uma virtude que requer – talvez mais do que qualquer outra – uma consciência excelente do profissional de saúde sobre as condições, valores e aspirações dos pacientes; uma relação mais íntima, chamada por Pellegrino e Thomasma⁶ de parcimônia terapêutica.

Integridade

A integridade define a natureza do indivíduo que agrega todas as demais virtudes. Caracterizar alguém como íntegro é atestar a previsibilidade de que suas reações serão adequadas a situações específicas e que seus julgamentos englobarão os elementos mais importantes para o ato decisório, como princípios, virtudes, preceitos e afins⁶. Em situação de doença, é o profissional de saúde que interpreta as circunstâncias e decide como agir com base nos princípios éticos e bioéticos e na relação destes com os valores e aspirações do paciente. O profissional deve ser íntegro tanto nas escolhas que toma quanto na forma como apresenta os fatos ao paciente, assim como no respeito que manifesta a este⁶. Quando em conflito com questões institucionais ou sociais, a integridade do profissional de saúde vai motivá-lo a manter-se fiel aos compromissos e aos próprios valores, mesmo ante dificuldades e tentações em abandoná-los²². Por outro lado, pode ser exigida pelo próprio paciente ou sua família a realização de tratamentos não convencionais, que tenham o potencial de prejudicar esse ou outros pacientes ou que violem a integridade moral do profissional de saúde²³. Nesses casos, o profissional íntegro deve ser capaz de se opor e de propor alternativas viáveis. Trata-se, portanto, de virtude que beneficia primariamente o possuidor, que vai resguardar o bom desenvolvimento profissional e de caráter para, então, agir em prol do outro.

Críticas à visão de Pellegrino e Thomasma

Há, no entanto, uma série de críticas à abordagem de virtudes à prática médica. Veatch²⁴, após a

primeira publicação de Pellegrino e Thomasma⁴, apresentou objeções segundo as quais há grande quantidade de virtudes propostas e analisadas no decorrer da história, o que implica que elas são vinculadas a cada cultura, fazendo com que uma teoria de virtudes não possa se sustentar sozinha em uma sociedade moderna, pluralística e secular. Ademais, a medicina contemporânea seria uma medicina de estranhos²⁴, que requereria, assim, maior preocupação com a conduta correta – a qual não poderia ser garantida por nenhum modelo ético ou moral, especialmente em situações de urgência e emergência no cuidado sanitário.

Pellegrino e Thomasma⁶ respondem a essas objeções argumentando que, similarmente ao que ocorre com as virtudes, os princípios são interpretados conforme as culturas, assim como a maior parte do senso moral das pessoas. Assim, a proposta dos autores prescreve a interpretação conjunta de virtudes e princípios bioéticos, que funcionariam como elementos de complementaridade, de modo a nortear uns aos outros. Ademais, as leis ou regras internas das instituições não garantem que o mal será evitado e o bem alcançado, porém é preferível que tenhamos profissionais que possuam qualidades de caráter que os impulsionem a fazer o bem, em vez de preocuparem-se primeiramente com os interesses próprios⁶.

Mais recentemente, Oakley²⁵ argumentou que a perspectiva de Pellegrino e Thomasma não funciona como abordagem autônoma de ética de virtudes à prática médica, mas apenas como suplementação de visões deontológicas e consequencialistas da bioética. Obviamente, a visão dos autores se encontra defasada em relação ao atual cenário, passadas duas décadas de sua principal publicação. Contudo, parece correto afirmar que a proposta serve minimamente de substrato para fundamentar um modelo de abordagem de virtudes à bioética mais contemporâneo.

Considerações finais

Neste artigo, foi realizada uma sucinta exposição dos motivos pelos quais virtudes podem e devem ser utilizadas como referencial teórico e prático para a prática da medicina e do cuidado sanitário como um todo, bem como foram apresentadas as principais virtudes do profissional de saúde propostas por Pellegrino e Thomasma. Fidelidade à confiança, compaixão, prudência, justiça, fortaleza, temperança e integridade, todas, são excelências de caráter que muito contribuem para o desenvolvimento do profissional de saúde e para a obtenção dos fins da medicina.

Quando envolvido na prática do cuidado sanitário, o profissional voluntariamente assume obrigações específicas e se compromete com os fins da medicina. De modo similar, está comprometido aos princípios que devem nortear suas ações a fim de obter os fins necessários. As virtudes, por sua vez, empoderam o agente a praticar as escolhas morais de forma que, na maioria dos casos, orientam aos fins adequados da medicina. Isso indica que princípios e virtudes, trabalhando em conjunto, permitem que o agente atue tanto como fim quanto como meio, por meio da razão adequada para agir.

É de se notar, contudo, que, assim como os princípios bioéticos não mais se limitam aos propostos pelo *Relatório Belmont* e por Beauchamp e Childress, as virtudes aplicáveis à bioética, seja ela geral ou clínica, também não são restritas às destacadas por Pellegrino e Thomasma. Bioética, ética de virtudes e cuidado sanitário muito evoluíram nas duas últimas décadas, o que implica que novas perspectivas e novos princípios e virtudes podem, ainda, muito contribuir para o aprimoramento do conhecimento teórico e prático do cuidado sanitário.

Em obediência ao art. 3º da Portaria nº 206/2018 da CAPES, solicito a inclusão das seguintes expressões: O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

Referências

1. Potter VR. Bioethics: bridge to the future. Hoboken: Prentice-Hall; 1971.

2. U.S. Department of Health and Human Services. Belmont Report: ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research [Internet]. Washington DC: HHS; 1979 [acesso 7 jan 2025]. Disponível: <https://tinyurl.com/h63neyvj>
3. Beauchamp T, Childress J. Principles of biomedical ethics. 5ª ed. Oxford: Oxford University Press; 2002.
4. Pellegrino ED, Thomasma DC. A philosophical basis of medical practice: toward a philosophy and ethic of the healing professions. Oxford: Oxford University Press; 1981.
5. Pellegrino ED, Thomasma DC. For the patient's good: the restoration of beneficence in health care. Oxford: Oxford University Press; 1988.
6. Pellegrino ED, Thomasma DC. The virtues in medical practice. Oxford: Oxford University Press; 1993.
7. Pellegrino ED, Thomasma DC. The Christian virtues in medical practice. Washington: Georgetown University Press; 1996.
8. MacIntyre A. After virtue: a study in moral theory. 3ª ed. Notre Dame: University of Notre Dame Press; 2007. p. 181-5.
9. Hursthouse R. On virtue ethics. 2ª ed. Oxford: Oxford University Press; 1999.
10. Hursthouse R. Normative virtue ethics. In: Shafer-Landau R, editor. Ethical Theory: an anthology. London: Wiley-Blackwell; 2013. p. 645-652.
11. Anscombe GEM. Modern moral philosophy. In: Wallace G, Walker ADM, editors. The definition of morality. New York: Routledge; 2020. p. 211-34.
12. Foot P. Natural goodness. Oxford: Clarendon; 2001.
13. Foot P. Virtues and vices: and other essays in moral philosophy. Oxford: Oxford University Press; 2002.
14. Swanton C. Virtue ethics: A pluralistic view. Oxford: Clarendon; 2003.
15. Slote M. Morals from motives. Oxford: Oxford University Press; 2003.
16. Slote M. Virtue ethics. In: LaFollette H, Persson I, editors. The blackwell guide to ethical theory. 2ª ed. Hoboken: John Wiley & Sons; 2013. p. 394-411.
17. Slote M. Agent-based virtue ethics. In: Slote M. Philosophical essays east and west. Palgrave studies in comparative east-west philosophy. New York: Palgrave Macmillan; 2023. p. 83-95.
18. Baier A. Trust and antitrust. Ethics [Internet]. 1986 [acesso 9 maio 2024];96(2):231-260. DOI: 10.1086/292745
19. Smajdor A, Stöckl A, Salter C. The limits of empathy: problems in medical education and practice. J Med Ethics [Internet]. 2011 [acesso 11 maio 2024];37(6):380-3. DOI: 10.1136/jme.2010.039628
20. Neumann M, Scheffer C, Tauschel D, Lutz G, Wirtz M, Edelhäuser F. Physician empathy: definition, outcome-relevance and its measurement in patient care and medical education. GMS Z Med Ausbildung [Internet]. 2012 [acesso 15 maio 2024];29(1):1-21. DOI: 10.3205/zma000781
21. LeBar M. The virtue of justice revisited. In: van Hooft S, Athanassoulis N, Kawall J, Oakley J, van Zyl L (editores). The handbook of virtue ethics. Stocksfield: Acumen Publishing; 2014. p. 265-75.
22. Cox D, la Caze M, Levine M. Integrity. In: Van Hooft S, Athanassoulis N, Kawall J, Oakley J, van Zyl L, editors. The handbook of virtue ethics. Stocksfield: Acumen Publishing; 2014. p. 200-9.
23. Giubilini A. The paradox of conscientious objection and the anemic concept of 'conscience': downplaying the role of moral integrity in health care. Kennedy Inst Ethics J [Internet]. 2014 [acesso 20 maio 2024];24(2):159-85. DOI: 10.1353/ken.2014.0011
24. Veatch RM. Against virtue: a deontological critique of virtue theory in medical ethics. In: Shelp EE, editor. Virtue and medicine: Explorations in the character of medicine. Princeton: Springer; 1985. p. 329-45.
25. Oakley J. A virtue ethics perspective on bioethics. Bioethics Update [Internet]. 2015 [acesso 23 maio 2024];1(1):41-53. DOI: 10.1016/j.bioet.2015.10.002

Luiz Filipe Lago de Carvalho – Doutor – luizcarvalho93@hotmail.com

 0009-0001-5796-6987

Gabriele Cornelli – Doutor – gabriele.cornelli@gmail.com

 0000-0002-5588-7898

Correspondência

Luiz Filipe Lago de Carvalho – Asa Sul Superquadra Sul 413, Bloco M, Entrada D, apto. 107, Asa Sul CEP 70296-130. Brasília/DF, Brasil.

Participação dos autores

Luiz Filipe Lago de Carvalho foi responsável pela pesquisa e elaboração do texto. Gabriele Cornelli foi responsável pela orientação.

Recebido: 6.6.2024

Revisado: 7.1.2025

Aprovado: 13.1.2025