Ética das virtudes: em busca da excelência

Virtue ethics: in pursuit of excellence

Jorge Silva Cruz

Cruz JS. Ética das virtudes: em busca da excelência / *Virtue ethics: in pursuit of excellence*. Rev Med (São Paulo). 2020 nov.-dez.;99(6):591-600.

RESUMO: A teoria ética das virtudes é o modelo mais antigo de filosofia moral, mas a partir do Renascimento foi relegada para segundo plano com o surgimento da ética kantiana do dever e do consequencialismo de Bentham e Mill. No âmbito da saúde, as teorias éticas centradas na virtude e no caráter continuaram a ser preponderantes até aos anos 70 do século passado, quando surgiu a bioética como uma nova área do saber, que procura refletir sobre as implicações éticas resultantes dos progressos científicos e tecnológicos na vida humana e animal, e no ambiente. Assistiu-se a uma mudança de paradigma na ética dos cuidados de saúde, de um modelo baseado na virtude e na inviolabilidade da vida humana, expresso no Juramento de Hipócrates, para um modelo cimentado na autonomia e qualidade de vida do paciente, para o que contribuiu a proposta da metodologia principialista de Beauchamp e Childress e da crescente influência do utilitarismo nas comissões de ética. Nos últimos anos, tem havido um interesse renovado pelas teorias éticas da virtude devido ao contributo de pensadores como Elizabeth Anscombe, Alasdair MacIntyre e Edmund D. Pellegrino. Foi realizada uma revisão sobre a teoria ética das virtudes a partir das obras de Edmund D. Pellegrino e David C. Thomasma, pioneiros da bioética e dos principais promotores da ética das virtudes na prática clínica, bem como após pesquisa do tema nas bases de dados NCBI/PubMed (National Center for Biotechnology Information) e SciELO (Scientific Electronic Library Online). Após uma apresentação da história do conceito filosófico de virtude e dos aspetos mais representativos da teoria ética das virtudes, são destacadas oito virtudes particularmente relevantes para a atividade clínica: a fidelidade à promessa, a compaixão, a prudência, a justiça, a coragem, a moderação, a integridade e o altruísmo. Estas e outras virtudes são, em nossa opinião, essenciais para uma prática médica mais humanizada que tenha em conta o bem do paciente, e contribuirão também para contrabalançar a hegemonia do principialismo e de teorias éticas que desvalorizem o papel central do agente no debate bioético atual.

Palavras-chave: Virtudes; Ética médica; Teoria ética.; Bioética.

ABSTRACT: Virtue ethics is the oldest model of moral philosophy, but since the Renaissance it has been relegated to second place with the emergence of the Kantian duty-based ethics and the consequentialism of Bentham and Mill. In the context of healthcare, ethical theories centered on virtue and character continued to be prevalent until the 1970s, when bioethics emerged as a new area of knowledge that seeks to reflect on the ethical implications resulting from scientific and technological advances on human and animal life, and on the environment. There was a paradigm shift in healthcare ethics, from a model based on virtue and on the inviolability of human life, expressed in the Hippocratic Oath, to a model based on the autonomy and quality of life of the patient, to which contributed the principlism of Beauchamp and Childress and the growing influence of utilitarianism in the ethics committees. In recent years, there has been a renewed interest on virtue-based ethics due to the contribution of thinkers such as Elizabeth Anscombe, Alasdair MacIntyre, and Edmund D. Pellegrino. A review on virtue ethics was carried out from the works of Edmund D. Pellegrino and David C. Thomasma, pioneers of bioethics and the main promoters of virtue ethics in clinical practice, as well as after research on the subject in the NCBI/PubMed (National Center for Biotechnology Information) and SciELO (Scientific Electronic Library Online) databases. After a presentation of the history of the philosophical concept of virtue and the most representative aspects of virtue ethics, eight virtues particularly relevant to clinical practice are emphasized: fidelity to promise, compassion, prudence, justice, courage, moderation, integrity, and altruism. These and other virtues are, in our opinion, essential for a more humane healthcare that considers the patient's good and will contribute to counterbalance the hegemony of principlism and ethical theories that devalue the central role of the agent in the current bioethical debate.

Keywords: Virtues; Medical ethics; Ethical theory; Bioethics.

Hospital da Luz Arrábida, Porto, Portugal. <https://orcid.org/0000-0001-8395-1095>. E-mail: jorge.silva.cruz@hospitaldaluz.pt.

Endereço para correspondência: Prof. Dr. Jorge Silva Cruz. Hospital da Luz Arrábida. Praceta Henrique Moreira, 150. 4400-346 - Vila Nova de Gaia, Portugal.

INTRODUÇÃO

A teoria ética das virtudes é o modelo mais antigo de filosofia moral¹. No período áureo da antiguidade grega, os diálogos de Platão e as obras de Aristóteles introduziram e desenvolveram o conceito de virtude como excelência do caráter de uma pessoa, o que teve uma enorme influência no pensamento ocidental até aos nossos dias.

As teorias éticas do dever e o utilitarismo, mais divulgadas e influentes na filosofia moral contemporânea e na bioética, centram a reflexão na ação em si – *o que devo fazer?* A primeira procurando estabelecer normas, regras e princípios universais que regulem as ações, e a segunda analisando as consequências previsíveis das ações, de modo a obter-se o máximo benefício para o maior número de pessoas. A teoria ética das virtudes, por seu lado, realça o papel do agente nas decisões éticas – *como devo viver?* ou *que tipo de pessoa devo ser?* Na verdade, o modo como cada pessoa interpreta e aplica um determinado princípio ou norma, ou avalia a utilidade de determinado curso de ação dependem sempre, em última análise, do seu caráter e motivações².

As teorias clássicas da virtude defendem que as pessoas virtuosas estão melhor preparadas para tomarem as decisões corretas, de acordo com as circunstâncias, não carecendo de um código moral que lhes diga que não devem mentir ou prejudicar outros. Como assinalam Crisp e Slote³, enquanto que para um seguidor de Kant o motivo segundo o qual não se deve mentir é porque a mentira contraria a lei moral, e para um utilitarista por não ocasionar o maior benefício, para um defensor de uma ética das virtudes é, simplesmente, porque se trata de um comportamento desonesto.

A virtude como excelência

A palavra grega para designar virtude, *areté*, refere-se a qualidades não necessariamente morais, devendo ser traduzida mais corretamente por excelência. O conceito de *areté* não estava associado apenas à ação humana. Era também um atributo de animais, vegetais ou objetos. A *areté* de uma rosa era a sua beleza e aroma agradável, a *areté* de uma faca seria tanto maior quanto melhor ela cumprisse a sua função de cortar. Este sentido mais antigo do termo *areté* encontra-se nos poemas épicos de Homero e Hesíodo, e era utilizado pelos sofistas. As virtudes heroicas de Aquiles, Ulisses e outros personagens dos textos homéricos eram exclusivamente masculinas e incluíam a bravura, a destreza, o patriotismo e a honra^{4,5}. A utilização do termo *areté* como excelência de caráter ou excelência moral foi introduzida na reflexão filosófica por Sócrates, Platão e Aristóteles. Este sentido ético-moral do conceito de virtude sobrepôs-se ao original e está na base da teoria ética

das virtudes. As quatro virtudes cardeais da antiguidade – sabedoria prática, temperança, coragem e justiça – descritas por Platão em *A República*, são virtudes de caráter, relativas à conduta do Homem. Segundo este filósofo, estas quatro virtudes devem ser encaradas como uma entidade única para se viver em harmonia e são fundamentais para o bem-estar e progresso da pessoa e da sociedade⁶.

Aristóteles distingue entre virtudes intelectuais ou dianoéticas, como a sabedoria (*sophia*), a ciência (*episteme*) e a prudência (*phronesis*), que estão relacionadas com o conhecimento e a contemplação, e virtudes morais ou de caráter, como a moderação ou a coragem. Define virtude como um traço de caráter de uma pessoa manifestado no agir habitual, que a leva a desempenhar bem (i.e. com excelência) a sua função. A virtude não é apenas um sentimento acerca do que é bom ou uma mera capacidade para se fazer uma escolha correta. É, acima de tudo, uma disposição ativa, voluntária e persistente para se praticar o bem em todas as circunstâncias e não de modo ocasional, podendo ser cultivada pelo ensino e pela prática. Não é um simples reflexo condicionado, mas uma disposição interior ou hábito (*éthos*) dirigido pela razão, regulado pela sabedoria prática ou prudência (*phronesis*) e aperfeiçoado pela experiência. Este hábito tem uma qualidade teleológica, ou seja, tem em vista um determinado fim ou propósito (*telos*), que consiste em cumprir da melhor forma determinada tarefa. Podemos assim dizer que a teoria ética das virtudes é teleológica, pois é desenvolvida em função dos fins específicos de determinada atividade, não no sentido consequencialista da utilidade².

O Estagirita considera que as virtudes morais devem procurar o meio-termo ou ponto de equilíbrio entre um defeito e um excesso, que seria de evitar. Este meio-termo ou justo-meio é universal, mas depende das características individuais e também das circunstâncias, sendo determinado racionalmente pela sabedoria prática². A virtude da coragem, para este filósofo, seria o justo-meio entre a cobardia e a temeridade, sendo esta última a confiança excessiva ou desadequada à realidade; a moderação seria o meio-termo entre a insensibilidade e o desregramento; a generosidade, o justo-meio entre a avareza e a prodigalidade. Alguns autores consideram ser este o ponto mais fraco e discutível do pensamento do filósofo grego^{7,8}. Um dos argumentos que desarma a definição aristotélica da virtude como o meio-termo entre os excessos dos extremos é a impossibilidade de alguém ser excessivamente justo ou honesto ou íntegro.

O declínio da ética das virtudes no Renascimento e Modernidade

No âmbito da filosofia moral, o conceito de virtude é considerado um traço de caráter de uma pessoa que a leva

a agir corretamente de forma habitual². Este entendimento das virtudes como uma qualidade moral positiva e apreciada manteve-se durante os períodos clássico e medieval, com base no pensamento de Aristóteles e de Tomás de Aquino. A partir do Renascimento, o modelo ético da virtude começou a ser desvalorizado com o aparecimento de outras teorias de filosofia moral, com destaque para a ética kantiana do dever e o consequencialismo de Jeremy Bentham e John Stuart Mill. Como resultado da influência do racionalismo e do pensamento de Maquiavel, Thomas Hobbes e Friedrich Nietzsche, assistiu-se a um declínio progressivo da ética centrada nas virtudes, embora nas últimas décadas se tenha assistido a uma recuperação deste modelo na filosofia moral e na bioética.

O político italiano do Renascimento Nicolau Maquiavel no seu livro *O Príncipe*, publicado em 1513 e considerado um dos mais célebres tratados de política, recomenda o que um governante deve fazer para se manter no exercício do poder. Utiliza o termo *virtude* no sentido de força de vontade, astúcia, violência e domínio, político e militar, totalmente distinto do significado habitual de raízes aristotélico-tomistas. Encontramos um exemplo do realce dado à astúcia no seguinte excerto da principal obra de Maquiavel⁹: *nunca faltaram a um príncipe pretextos legítimos para justificar a sua falta de palavra, e seriam infinitos os exemplos, do tempo presente, demonstrativos de quantas pazes, quantas promessas foram feitas em vão e reduzidas a nada pela infidelidade dos príncipes, e demonstrativos também de que as coisas correram melhor aos que melhor souberam representar o papel de raposa (...). Os homens são tão simples e tão obedientes às necessidades do momento, que quem engana encontra sempre quem se deixe enganar*. Para este autor, procurarmos viver de forma virtuosa num mundo onde muitos não o fazem põe em causa a própria sobrevivência. Na esteira de Maquiavel, como observam Pellegrino e Thomasma⁷, *os médicos e advogados são cada vez mais da opinião de que a virtude e a ética são ideais utópicos, impossíveis de seguir na nossa sociedade de mercado, competitiva e burocrática*. Este espírito maquiavélico, no sentido de se considerarem as virtudes um obstáculo ao sucesso e prosperidade, encontra-se presente numa concepção puramente comercial dos cuidados de saúde.

O pensador inglês Thomas Hobbes, no século XVII, desenvolveu uma filosofia moral baseada numa visão pessimista da natureza humana, distinta da perspectiva clássico-medieval, claramente otimista. Segundo este autor, as pessoas são motivadas por interesses egoístas, que se manifestam pelo desejo de preservarem a sua vida e desfrutarem do prazer, evitando a dor e a agressão de terceiros. Considera que é o interesse individual que determina o que é bom ou mau, sendo as virtudes e os vícios uma questão de preferência pessoal. Para o autor do *Leviatã*, a força e a fraude eram virtudes, e a glória e o lucro deveriam ser as principais motivações humanas⁷.

Outros autores, na linha de Hobbes, tentaram definir o conceito de virtude a partir da psicologia, da genética ou da cultura, como por exemplo a filósofa e escritora Ayn Rand¹⁰ na obra *The Virtue of Selfishness*, na qual defende o direito do ser humano se beneficiar dos seus atos morais e condena a perspectiva tradicional acerca das virtudes por considerá-la contrária ao sucesso profissional e à prosperidade económica.

No final do século XIX, o filósofo alemão Friedrich Nietzsche rejeita a moral tradicional, de marcada influência judaico-cristã, e considera que as virtudes se destinavam a simples mortais com uma moralidade de escravo e não ao ser humano novo e superior (*Übermensch*) que idealizou. Este deveria alcançar a “virtude” desprovida de todo o elemento moral, utilizando o significado clássico, não moral, do termo². Segundo a historiadora norte-americana Gertrude Himmelfarb¹¹, foi apenas no século XX que se assistiu a uma relativização acentuada dos fundamentos da moralidade, de tal forma que as virtudes tradicionais foram substituídas pelos valores. Na sua opinião, esta foi a maior revolução filosófica da modernidade, sendo Nietzsche, principalmente na sua obra *A Genealogia da Moral*, o principal protagonista desta mudança de paradigma.

No início do século XX Max Weber, um dos fundadores da sociologia moderna, foi quem utilizou mais amplamente o termo *valor* embora, ao contrário de Nietzsche, sem desígnios niilistas. No seu livro sobre a *Sociologia da Religião*, de 1920, Weber utiliza a palavra *virtude* apenas quando alude às virtudes religiosas, e esta conotação redutora e por vezes pejorativa do termo prevaleceu até aos nossos dias. Na sociedade atual, a ideia que muitas pessoas têm de virtude está relacionada com a moral sexual, sendo entendida como castidade ou fidelidade conjugal¹¹. Todavia, enquanto que as virtudes são geralmente consideradas hábitos ou comportamentos sadios e meritórios que transcendem a pessoa, os valores nem sempre comportam o mesmo significado. Aliás, podem nem sequer ser virtudes, mas apenas sentimentos, opiniões, crenças, preferências ou convenções sociais. Trata-se daquilo que uma pessoa ou uma comunidade valorizam, tendo assim um caráter subjetivo e circunstancial. Conforme salienta Himmelfarb¹¹, *não se pode dizer acerca das virtudes, como se diz acerca dos valores, que a virtude de alguém é tão boa como a de outra pessoa, ou que todo o mundo tem direito às suas próprias virtudes*. Deste modo, para sermos fiéis ao conceito clássico de *virtude*, não poderemos substituí-lo pelo de *valor*, que apesar de mais divulgado na linguagem cotidiana não acarreta o mesmo significado. Todas as virtudes são valores, mas nem todos os valores podem ser considerados virtudes¹². Por este motivo, o eminente médico e bioeticista português Daniel Serrão¹³ defende que *é preciso propor virtudes, quanto possível incarnadas e não os valores abstratos, laboriosamente criados por gerações de filósofos*.

O ressurgimento da ética das virtudes na atualidade

Um dos fatores que contribuiu para um interesse renovado pelas teorias éticas da virtude foi a publicação, em 1958, do artigo “*Modern Moral Philosophy*” da filósofa britânica Elizabeth Anscombe. Neste ensaio, Anscombe¹⁴ critica a supremacia das teorias deontológica e utilitarista, que procuram estabelecer princípios morais universais que devem ser seguidos por dever ou obrigação, como se a ação humana estivesse sujeita a um legislador divino universal em quem os proponentes destas teorias não acreditam. Defende assim o retorno a uma ética baseada na virtude, de raízes aristotélicas, mais adequada à heterogeneidade moral e secularização das sociedades modernas. Como resultado deste texto luminoso de Anscombe, outros filósofos procuraram colmatar algumas lacunas identificadas por esta autora nas teorias kantiana e consequencialista, desenvolvendo teorias éticas da virtude a partir desses modelos influentes de filosofia moral.

A obra *After Virtue* do filósofo escocês Alasdair MacIntyre¹⁵, foi talvez o contributo mais notável e significativo para uma aceitação mais alargada da ética das virtudes na filosofia moral contemporânea e na reflexão bioética. Após uma crítica bem fundamentada da hegemonia das teorias éticas baseadas em direitos, deveres e consequências na sociedade atual, defende a importância de um regresso à tradição aristotélico-tomista. MacIntyre argumenta que as virtudes estão alicerçadas em práticas ou atividades profissionais humanas, sendo responsabilidade dos executores dessas práticas desenvolverem padrões de excelência (a que chamou *bens internos*) adequados a essa atividade. As virtudes, para este autor¹⁵, são as qualidades que permitem alcançar os bens internos ou intrínsecos a determinada prática. A procura desses bens permitirá o estabelecimento de comunidades morais que reconhecem a unidade narrativa dos seres humanos e valorizam o seu legado histórico, sociológico e cultural.

No contexto dos cuidados de saúde, as teorias éticas centradas na virtude e no caráter prevaleceram durante mais tempo do que na sociedade em geral, em que, como vimos, se assistiu a um declínio deste modelo a partir do Renascimento. O Juramento Hipocrático do século V a. C., o mais antigo código de ética profissional, assentava claramente num modelo de virtude e beneficência, e o mesmo se observa em todos os tratados de ética médica da antiguidade, como o chinês ou o indiano, bem como nos códigos deontológicos de Thomas Percival, James Gregory e John Gregory, que exerceram medicina no Reino Unido no século XVIII⁷. Hipócrates exortava o médico a desempenhar a sua profissão com pureza e honestidade. A Declaração de Genebra da Associação Médica Mundial, promulgada em 1948 na sequência dos Julgamentos de Nuremberga, declara: *exercerei a minha arte com consciência e dignidade e mantereí a honra e as nobres tradições da profissão médica*. A maioria

destes documentos reconhecem que o cuidado da pessoa doente não pode ser ministrado exclusivamente através do cumprimento de normas deontológicas, sendo o dever e a virtude duas faces da mesma moeda.

A partir dos anos 70 do século passado, que corresponde ao período em que surgiu a bioética como uma nova área do saber, assistiu-se a uma mudança de paradigma na ética dos cuidados de saúde, de um modelo baseado na virtude e na inviolabilidade da vida humana, expresso no Juramento de Hipócrates, para um modelo cimentado na autonomia e qualidade de vida do paciente, para o que contribuiu a proposta da metodologia principialista de Beauchamp e Childress e da crescente influência do utilitarismo nas comissões de ética.

Num artigo seminal intitulado “*The Metamorphosis of Medical Ethics*”, publicado em 1993, Edmund Pellegrino¹ salienta que a ética médica mudara mais nas últimas décadas do que ao longo dos cerca de 2500 anos da sua História. Esta *metamorfose* da ética médica, mais evidente e de maiores proporções nos EUA, mas em rápida difusão nos outros países, alterou profundamente a relação clínica, surgindo novos modelos de relação médico-paciente, como o comercial e o contratual, em grande medida como reação ao paternalismo da tradição hipocrática. Pellegrino¹⁶ identifica algumas das causas que contribuíram para esta mudança, nem todas negativas. Incluem profundas transformações de natureza política, social, económica e cultural, entre as quais a democracia participativa ser considerada o sistema político de eleição, o crescente pluralismo moral e heterogeneidade das sociedades modernas, a influência da mídia, a desvalorização do papel da religião como fonte de moralidade, a desconfiança generalizada para com todas as manifestações de autoridade e o poder cada vez maior proporcionado aos médicos pelos avanços científicos e tecnológicos.

Pellegrino e Thomasma¹⁷, os principais representantes da ética das virtudes no contexto dos cuidados de saúde, acreditam que é possível chegar-se a um consenso acerca do bem e das virtudes no contexto da ética profissional, a partir da natureza e propósito da medicina, baseada na fenomenologia do encontro clínico, ao contrário do que se verifica na sociedade em geral, pluralista e secular, onde somos estranhos morais. A ênfase destes autores no caráter e virtude do profissional de saúde baseia-se numa filosofia da medicina e no princípio da beneficência em confiança ou beneficência fiduciária na relação médico-paciente.

A ética das virtudes e a humanização dos cuidados de saúde

Os principais apologistas das teorias éticas da virtude na área da bioética e ética médica desenvolveram o seu pensamento a partir da relação médico-paciente. James Drane¹⁸ propõe como virtudes fundamentais do médico a

benevolência, o respeito, a compaixão, a amabilidade e a justiça. Beauchamp e Childress¹⁹ destacam quatro virtudes na atividade dos profissionais de saúde: a compaixão, o discernimento, a probidade e a integridade. Pellegrino e Thomasma⁷, na sua obra *The Virtues in Medical Practice*, identificam oito virtudes fundamentais a partir de uma reflexão fenomenológica realizada no âmbito da filosofia da medicina: a fidelidade à promessa, a compaixão, a prudência, a justiça, a coragem, a moderação, a integridade e o altruísmo. Todas estas virtudes estão relacionadas com os propósitos da medicina e podem ser identificadas no encontro clínico. Pellegrino²⁰ salienta que *estes traços de caráter são incluídos não por serem excelentes, pois eles são excelentes porque são essenciais para se cumprirem os objetivos e propósitos da medicina. Esses propósitos decorrem da realidade do encontro clínico e não de convenções sociais, consensos ou acordos*. Noutras publicações, Pellegrino²¹ menciona ainda a benevolência, o cuidado, a honestidade intelectual, a humildade e a veracidade, e salienta que outras virtudes poderiam também ser acrescentadas.

Segundo Pellegrino e Thomasma⁷, uma ética das virtudes tem por objetivo a procura da excelência, em que se pretende “acertar no alvo”, ou seja, cumprir o propósito de realizar da melhor maneira determinada ação. Esse propósito é muito mais exigente do que o cumprimento de normas deontológicas ou obrigações legais, colocando o alvo num patamar mais elevado do que a simples observância da letra da lei. Segundo estes autores, a maior diferença entre esta teoria ética e as teorias deontológica e consequencialista manifesta-se na abordagem dos problemas éticos mais ambíguos e controversos. Os profissionais de saúde que regem os seus atos segundo uma perspectiva ética das virtudes, não irão participar em certas atividades acerca das quais a lei é omissa ou condescendente. Por outro lado, o profissional que rege a sua conduta segundo o modelo da virtude não toma as suas decisões para ser apreciado ou reconhecido pelos seus pares ou pela sociedade, nem considera o benefício próprio a principal motivação dos seus atos. Procura agir retamente em todas as situações, tanto em público como em privado⁷.

Iremos em seguida apresentar sucintamente as oito virtudes que Pellegrino e Thomasma consideram indispensáveis para o exercício da profissão médica. A observância destas e outras virtudes contribuirá significativamente para minorar a reconhecida falta de humanização dos serviços de saúde, que constitui o problema ético mais premente do exercício da medicina.

Fidelidade à promessa

Podemos definir esta virtude como sendo o compromisso ou fidelidade à promessa que o médico jurou solenemente cumprir, de colocar os seus conhecimentos e competências ao serviço do bem do paciente, com base num

relacionamento de confiança entre ambos. Para Pellegrino e Thomasma⁷, confiarmos em alguém implica tornarmos-nos vulneráveis e dependentes das boas intenções da pessoa em quem depositamos confiança. Tal facto é ainda mais notório e de consequências mais profundas, quando nos encontramos em estados ou fases da vida de maior dependência e debilidade, como acontece na doença, na infância ou na velhice. Se procuramos ajuda em caso de doença, que poderá envolver ansiedade, dor ou sofrimento, somos *obrigados* a confiar que os profissionais a quem recorreremos terão assumido o compromisso solene de cuidar de nós e que irão proteger a nossa vulnerabilidade⁷. Na prática clínica esta relação de confiança tem um valor terapêutico intrínseco, e inclui também o cumprimento cabal de algumas promessas mais triviais (p. ex. volto mais tarde para falar consigo) que, se forem feitas, deverão ser cumpridas.

Uma das consequências da diminuição da confiança nos médicos nas últimas décadas, é a determinação, por parte de um número crescente de pacientes, em fazerem a sua própria pesquisa acerca dos sintomas que apresentam, realizando exames ou mesmo experimentando determinados tratamentos por sua própria iniciativa, ou ainda recorrendo a terapias alternativas, a maior parte delas sem credibilidade científica. Trata-se de um modelo, a nosso ver insatisfatório, em que o médico desempenha o papel de um mero técnico ou prestador de serviços, sendo um simples recurso entre muitos outros. Da parte do médico, este clima de desconfiança e hostilidade latente promove uma atitude defensiva para evitar o risco de processos judiciais, que no contexto norte-americano são muitas vezes iniciados com intuítos comerciais, tendo em mira uma avultada indemnização, e não por um sentimento real de se ter sido vítima de um ato de negligência ou má prática clínica. Contudo, como aponta Bernard Lown²², os estudos realizados têm demonstrado sistematicamente que os pacientes são mais propensos a desencadear um processo judicial contra os profissionais de saúde, não tanto por motivo de erro médico, mas por estarem insatisfeitos com a comunicação e falta de empatia na relação assistencial.

Compreende-se que a confiança que os pacientes colocam no médico não surge automaticamente pelo facto de este ser especialista ou competente numa determinada área científica. Desenvolve-se através do diálogo durante o encontro clínico, desde o primeiro momento, e vai-se construindo ao longo do tempo. Não confere privilégios ao profissional, mas acarreta responsabilidades e valoriza o respeito pela autonomia do paciente⁷. No entanto, a confiança é frágil, podendo ser facilmente quebrada por algumas falhas por parte do médico, como por exemplo, não esclarecer dúvidas ou questões colocadas pelo paciente acerca do problema clínico que o preocupa ou não facultar os resultados de uma análise ou exame já efetuados. No contexto clínico, poderá levar à ocultação pelo paciente de alguns detalhes da história da doença atual que poderiam

ser determinantes para se chegar ao diagnóstico correto e instituição do tratamento adequado.

Uma ética baseada na confiança é claramente uma ética das virtudes, pois não depende apenas do cumprimento legalista de princípios ou deveres deontológicos, mas também do caráter do profissional. A alternativa ao compromisso solene de promover o bem do paciente (fidelidade à promessa) é reduzir o ato médico a um mero contrato comercial, considerando os cuidados de saúde como um bem de consumo e recorrendo ao serviço de gestores para monitorizar e supervisionar a atividade dos profissionais de saúde.

Compaixão

A palavra compaixão é formada a partir dos vocábulos gregos *com* (junto, com) e *pathos* (sentir, sofrer). Para Pellegrino²³, *denota alguma compreensão do que significa para a outra pessoa estar doente, bem como prontidão em ajudar e procurar ver a situação na perspectiva do paciente*. Há muitos estudos que realçam a importância da compaixão ou empatia no contexto dos cuidados de saúde, nomeadamente em termos de maior adesão à terapêutica, maior satisfação global do paciente e do médico, menor risco de *burnout* médico e diminuição do número de processos judiciais por má prática clínica¹². Se a compaixão não estiver presente no ato médico há o risco de se tratar o paciente de forma fria e distante, como um objeto de curiosidade clínica.

A compaixão integra uma dimensão ética, que tem a ver com o compromisso assumido pelo médico de usar as suas competências profissionais para promover o restabelecimento integral da saúde do paciente. Inclui também uma dimensão intelectual, que consiste numa avaliação objetiva e racional do problema do paciente, tendo em vista a sua resolução, temperada pelo reconhecimento e respeito pela sua história de vida, linguagem, sentimentos e valores⁷. Porém, uma identificação excessiva do clínico com o sofrimento de determinado paciente pode ser contraproducente, na medida em que pode limitá-lo na sua responsabilidade profissional para com esse paciente, ao dificultar o discernimento necessário para um diagnóstico correto e a escolha da terapêutica mais adequada⁷. É por esse motivo que muitos códigos de deontologia e ética médica recomendam que, em geral, os médicos não deverão tratar os seus próprios familiares.

Pellegrino e Thomasma⁷ sublinham que deve haver um equilíbrio entre a virtude da compaixão e a competência técnica e científica, sendo a virtude da prudência, que seguidamente abordaremos, o fiel da balança nesta relação. Aliás, importa referir que estes autores valorizam de tal modo a competência na prática clínica que a consideram um imperativo moral e estão cientes de que há ocasiões em que a competência deve predominar, por exemplo numa delicada intervenção cirúrgica, como é o caso de uma

cirurgia de revascularização coronária ou de correção de um aneurisma da aorta.

Prudência

Esta virtude moral e intelectual, denominada *phronesis* por Aristóteles, representa a sabedoria prática, ou seja, a capacidade de discernir qual o melhor caminho a seguir, após ponderação das circunstâncias envolvidas num determinado momento. No contexto da medicina, é a virtude da prudência ou sensatez que possibilita o juízo clínico que conduz ao diagnóstico correto e à instituição da melhor terapêutica de pessoas concretas, debilitadas pela doença, levando em consideração a sua história pessoal e sistema de valores, bem como a incerteza inerente a qualquer ato médico⁷.

É uma virtude indispensável para o exercício da medicina, pois todo o ato médico envolve uma dimensão intelectual e uma dimensão ética, sendo a prudência que permite a integração da competência técnica e científica com a hierarquia de valores. Uma decisão poderá ser medicamente correta do ponto de vista científico, mas só será uma decisão eticamente aceitável se tiver em consideração o sistema de valores do paciente individual. Nesse sentido, a prudência é uma das virtudes mais importantes e está presente em todas as decisões que se tomam na prática médica.

No passado e até à década de setenta do século XX, a pessoa doente aceitava habitualmente de uma forma passiva a decisão dos clínicos, o que tem sido denominado de paternalismo médico. Atualmente, a valorização da autonomia do paciente requer a obtenção de um consentimento informado, livre e esclarecido, antes de qualquer ato médico, bem como a aceitação da vontade expressa livremente pelo paciente de não se submeter a determinado tratamento médico ou cirúrgico, mesmo que essa decisão lhe possa reduzir a esperança de vida⁷. É certo que, ocasionalmente, quando o profissional antecipa que veicular uma informação completa da condição clínica do paciente possa levá-lo ao desespero e a cometer algum ato insensato, poderá ser legítimo recorrer-se ao denominado *privilegio terapêutico*, devendo ser adiada para uma altura mais propícia⁷. Esta atitude é distinta da chamada *mentira piedosa*, que durante muitos anos foi prática corrente para com pacientes portadores de patologias graves e de prognóstico sombrio. Dava-se mais importância ao princípio hipocrático da confidencialidade do que à virtude da veracidade, pois pensava-se que a revelação da verdade seria prejudicial ao paciente. A partir dos anos setenta, com o reconhecimento da autonomia do paciente e a obrigação legal de se obter um consentimento informado, esta postura de ocultação da verdade felizmente tem vindo a ser abandonada. No processo de aquisição do consentimento a virtude da prudência deve estar presente, de modo a que o médico transmita ao paciente uma informação equilibrada

(nem insuficiente nem excessiva) e no momento oportuno (nem demasiado cedo nem tarde demais), no respeito para com a sua autonomia e vulnerabilidade.

Justiça

A justiça é um dos quatro princípios *prima facie* propostos por Beauchamp e Childress, sendo o único que é simultaneamente uma virtude. A justiça como virtude é um traço de caráter, podendo ser definida como o hábito de dispensar ou retribuir ao(s) outro(s) o que lhe(s) é devido. Pellegrino e Thomasma⁷ consideram a justiça como uma das virtudes mais complexas uma vez que todos os relacionamentos humanos, pela sua própria natureza, são sempre imperfeitos e limitados, mesmo nas circunstâncias ideais, não sendo possível alguém ser demasiado justo. Estes autores⁷, na esteira de Aristóteles, distinguem entre a justiça distributiva, relacionada com o bem comum, que tem a ver com a distribuição equitativa de recursos segundo o princípio da igualdade entre os cidadãos, e a justiça comutativa, que se relaciona com o bem individual e requer que o médico tenha em conta as necessidades específicas do paciente. Salientam, porém, que a essência da virtude da justiça reside sempre no bem para a pessoa concreta, individual, mesmo quando se debatem questões de saúde pública ou comunitária⁷.

A virtude da justiça poderá envolver o estabelecimento de prioridades nos cuidados de saúde prestados aos pacientes. Tendo em conta que os recursos disponíveis serão sempre insuficientes, para uma população ou país, as decisões deverão basear-se em critérios essencialmente clínicos, suportados por evidências científicas credíveis e atualizadas, nomeadamente na prescrição de medicamentos e na proposta de cirurgias e outros atos médicos. Deverá, no entanto, dar-se preferência às opções de mais baixo custo, o que se torna ainda mais necessário em situações de crise económica, desde que essa decisão seja adequada à situação clínica dos pacientes e não ponha em risco a sua vida. Tal como sublinham Pellegrino e Thomasma¹⁷, o médico deve procurar a *elegância no diagnóstico*, que consiste em recorrer ao número mínimo necessário de exames complementares, bem como a *parcimônia terapêutica*, que se traduz na proposta de tratamentos que sejam comprovadamente benéficos e eficazes. Estes autores²⁴ apresentam algumas medidas de contenção nas despesas com a saúde que poderiam ser implementadas, em vez da falta de participação estatal de tratamentos considerados indispensáveis, sobretudo para os cidadãos com escassos recursos económicos. Incluem o recurso a exames complementares menos dispendiosos, desde que permitam efetuar o diagnóstico, a eliminação de exames e intervenções desnecessários, como os realizados no contexto de uma medicina de natureza defensiva, o recurso às modalidades terapêuticas menos dispendiosas, mas de eficácia comprovada, ou a não participação de tratamentos de natureza estética.

Coragem

Pellegrino e Thomasma⁷ explicam que, ao incluírem a coragem na lista das virtudes médicas, se estão a referir à coragem moral, ainda que por vezes seja necessário que o médico apresente também coragem física, principalmente em cenários de guerra ou catástrofes naturais, bem como no exercício da profissão em países onde existem doenças endémicas potencialmente graves. Os autores reconhecem que esta virtude é uma das mais negligenciadas e difíceis de pôr em prática na sociedade contemporânea, na sequência das enormes transformações ocorridas nos últimos anos na prestação dos cuidados de saúde, em que se tem assistido a uma diminuição da influência dos médicos face aos agentes políticos e económicos. Consiste em defender aquilo que se pensa ser correto e verdadeiro e resistir àquilo que se sabe ser errado, muitas vezes contra a indiferença, o silêncio e a resignação.

Alguns comportamentos que Pellegrino e Thomasma⁷ consideram inaceitáveis, por violarem o compromisso primordial do médico para com o paciente, são a sua participação em atos de tortura de prisioneiros ou o internamento compulsivo, em unidades psiquiátricas, de dissidentes políticos ou de cidadãos hostis a determinado regime político. A oposição dos médicos a estas práticas ou a sua recusa em obedecer às ordens de governos totalitários exigirá uma elevada dose de coragem moral e poderá envolver risco de vida. Trata-se, contudo, de situações pouco comuns nas sociedades democráticas, pelo que a virtude da coragem se manifesta mais frequentemente na defesa dos mais vulneráveis e desfavorecidos, na denúncia de fraude ou incompetência, na chamada de atenção para deficiências dos serviços de saúde e na contribuição dos profissionais para o debate público sobre a alocação de recursos para a saúde, tendo em conta as necessidades dos mais carenciados⁷.

Uma característica das virtudes em geral, e de modo ainda mais notório na da coragem moral, já relatada por Aristóteles, é que se trata de uma escolha voluntária, refletida, individual e não coerciva, apesar de poder haver oposição e correndo-se o risco de eventuais retaliações. O receio de ser alvo de um processo judicial poderá levar o clínico a praticar uma medicina defensiva, solicitando exames desnecessários, prescrevendo tratamentos dispensáveis ou evitando intervir em casos complexos ou de mau prognóstico. Pode ser requerida coragem para se resistir ao medo da litigância, particularmente feroz na sociedade norte-americana, ou não permitindo a interferência de fatores externos, políticos ou económicos, na relação de confiança que deve existir entre o médico e o paciente⁷.

Moderação

No contexto da medicina, esta virtude poderá

ser definida como a disposição do clínico em utilizar criteriosamente os meios disponibilizados pela tecnologia moderna, evitando o seu uso excessivo ou desproporcionado, o que alguns designam de obstinação terapêutica, ou pelo contrário, a subutilização de recursos potencialmente benéficos para o paciente⁷.

Devido à tendência atual, nos países desenvolvidos, para se utilizar todo o arsenal terapêutico e tecnologia de ponta disponíveis em pacientes cujo benefício da utilização destes meios será questionável ou marginal, Pellegrino e Thomasma⁷ argumentam ser necessário exercer a virtude da moderação para a contrariar, não só tendo em conta o interesse do paciente individual como também pela obrigação social de um uso judicioso de recursos limitados. Todavia, defendem ser igualmente intolerável o abandono dos pacientes, não tratando patologias reversíveis por condicionalismos económicos ou situações complexas pelo risco de se poder ser alvo de processos disciplinares ou judiciais⁷. Na opinião destes autores²⁴, é mais fácil para o profissional de saúde recorrer à tecnologia na tentativa de resolução de um problema clínico do que interagir com o paciente, escutando os seus anseios e respondendo às suas perguntas, como aliás deveria acontecer perante a obrigação legal de se obter um consentimento informado, esclarecido e livre de coação antes de qualquer tipo de intervenção. O uso indiscriminado de técnicas disponíveis poderá contribuir para um maior sofrimento do paciente e seus familiares, adiando uma morte inevitável à custa de redução da qualidade de vida e ser também um desperdício de recursos que poderiam beneficiar portadores de doenças crónicas ou de melhor prognóstico. Trata-se de uma forma de abuso de poder, sobrepondo o paternalismo médico ao respeito para com a autonomia e a vulnerabilidade do paciente, que o exercício da virtude da moderação ajudará a dirimir.

Integridade

A palavra integridade deriva do vocábulo latino *integritate*, que significa o estado ou qualidade de íntegro, isto é, de um todo que tem todas as suas partes, a que nada falta. Inclui as noções de inteireza, plenitude, carácter do que se não pode ou deve quebrar ou modificar. Como virtude, abrange os conceitos de inteireza moral, honestidade, retidão, probidade e imparcialidade. Diz-se que uma pessoa é íntegra quando atua de acordo com um determinado conjunto de valores e princípios morais, nos quais acredita, e apresenta um comportamento honesto, imparcial, reto, incorruptível, justo e verdadeiro. No exercício da profissão, deverão evitar-se situações que comprometam a integridade moral do médico ou do paciente, respeitando o sistema de valores de cada um⁷.

A decisão clínica deverá ser consistente, rigorosa e racional, tendo por base a anamnese, exame físico e eventuais exames complementares, pelo que o médico

íntegro não deverá ser um simples técnico ou burocrata. Tomará decisões de acordo com o seu saber e a sua consciência, não cedendo a pressões nem a qualquer tipo de suborno. Será inaceitável que o clínico aceite qualquer pagamento, seja em bens ou em dinheiro, para facilitar a marcação de uma consulta, exame ou cirurgia. Do mesmo modo, não deverá prescrever medicação supérflua, requisitar exames complementares de diagnóstico desnecessários, nem propor procedimentos clínicos ou cirurgias dispensáveis. Num sistema de saúde privado, ou quando a remuneração está dependente da produtividade, poderá existir por vezes a tentação de se efetuarem exames complementares, intervenções cirúrgicas ou tratamentos supérfluos, tendo em vista as compensações financeiras. Contudo, não se deverá cair no erro oposto de se deixar de fazer o que deve ser feito, em benefício do paciente, o que poderá configurar negligência médica. Segundo Pellegrino e Thomasma⁷, os médicos são processados por fazerem demasiado ou muito pouco.

O médico íntegro evitará situações em que possam surgir conflitos de interesse, nomeadamente com a indústria farmacêutica, e jamais aceitará a intromissão dessas empresas na sua atividade clínica. Do mesmo modo, evitará relações promíscuas ou pouco transparentes com a indústria na realização de ensaios clínicos ou na publicação dos resultados desses estudos em revistas científicas²⁵.

Altruísmo

O altruísmo ou abnegação, ou seja, colocar o bem do paciente acima do interesse pessoal e sem esperar contrapartidas é, segundo Pellegrino e Thomasma⁷, uma das virtudes mais difíceis e menos populares na prática da medicina na sociedade contemporânea. No contexto atual de economia de mercado, com a progressiva empresarialização dos cuidados de saúde, mesmo nas instituições públicas, o altruísmo e a beneficência são desvalorizados, enquanto se assiste a uma legitimação do interesse pessoal e da prosperidade financeira. Os autores reconhecem que a sociedade continua a reprovar e penalizar certos atos reconhecidamente imorais no desempenho profissional, como a incompetência, a fraude, o engano, a utilização ilícita de fundos, a quebra da confidencialidade ou o abuso sexual. Todavia, o que mais os preocupa são certas práticas que se situam na *margem da moralidade*, muitas delas legais, aceitas e toleradas pela sociedade moderna, como por exemplo, restrições no acesso aos serviços de saúde por parte dos cidadãos mais pobres, sem seguros de saúde ou outras formas de medicina convencionada, ou o abandono de casos mais complexos ou de pior prognóstico nos serviços de urgência, para se evitarem os riscos de eventual acusação de erro médico. Tais práticas e atitudes situam-se numa zona cinzenta em que as fronteiras entre o certo e o errado estão esbatidas, mas não deixam de ser eticamente questionáveis⁷.

O altruísmo não é um valor absoluto, mas quando presente no decurso da atividade profissional, confere maior autenticidade à relação assistencial e maior independência face aos constrangimentos económicos. Isto porque, há no encontro clínico potenciais conflitos de interesse, entre o interesse individual do médico e a sua responsabilidade para com o paciente. Tais conflitos não são apenas financeiros, mas também familiares, profissionais, académicos, político-partidários ou sindicais, que podem prejudicar o compromisso primordial do médico na sua dedicação ao paciente individual. Como recordam Pellegrino e Thomasma²⁴, *ao longo dos séculos os bons médicos trataram pacientes que não podiam pagar, expuseram-se ao contágio ou dano físico para responderem à chamada do paciente, sacrificaram o seu lazer e tempo em família, por vezes demasiado generosamente, de modo a serem fiéis ao compromisso de serviço para com os pacientes. Na verdade, é esta supressão do interesse pessoal que distingue uma verdadeira profissão de um mero negócio ou ocupação.*

As decisões éticas baseadas nas virtudes são exemplo de atos supererogatórios, ou seja, que estão para além do que é requerido pelo dever⁷. Nenhum profissional de saúde será elogiado pelo cumprimento das normas e deveres que integram o Código Deontológico da Associação dos Médicos ou dos Enfermeiros, mas sim por procurar a excelência ética e moral na sua conduta.

No entanto, não são apenas os profissionais de saúde que devem manifestar virtudes na relação clínica. Há virtudes que os pacientes devem apresentar, para o cumprimento cabal dos propósitos da medicina, como por exemplo, a honestidade na partilha da história clínica, sem omissão ou distorção de factos, ou a moderação no que respeita a hábitos alimentares, consumo de álcool, evicção do tabaco e sedentarismo. Segundo Lázaro e Gracia²⁶, a concepção tradicional de um *bom paciente* é de alguém dócil, submisso, respeitador, obediente às indicações do médico e não fazendo demasiadas perguntas. É semelhante às expectativas que muitos pais idealizam em relação aos seus filhos. Para Pellegrino e Thomasma⁷, este modelo paternalista da relação clínica não é legítimo nem nunca foi, e defendem que os pacientes têm deveres e responsabilidades no seu encontro com profissionais de saúde, devendo manifestar virtudes como a probidade, a justiça, a tolerância, a confiança, a benevolência, a humildade e a coragem, para além da honestidade e moderação já mencionadas.

Exercer medicina com competência, temperada pelas virtudes que descrevemos, é mais difícil e exigente,

mas é o caminho mais certo para a satisfação profissional no desempenho de um dos mais nobres ofícios da humanidade.

CONCLUSÃO

O Dr. House, personagem da popular série televisiva, retrata uma certa forma de exercer medicina no tempo em que vivemos. Famoso pela sua irreverência, assertividade e brilhantismo no modo como soluciona os problemas médicos mais raros e complexos, revela uma profunda falta de carácter no seu relacionamento com colegas, com outros profissionais e com os próprios pacientes²⁷.

É claro que todos os pacientes desejam ser tratados pelos melhores profissionais, competentes na especialidade que abraçaram, exímios executores das tecnologias mais modernas e sofisticadas, reconhecidos pelos seus pares devido aos êxitos académicos e profissionais. No entanto, desejam também ser atendidos por médicos que lhes inspirem confiança, que saibam ouvir com atenção e empatia, que respondam às suas dúvidas e inquietações de forma satisfatória. Em suma, que os tratem com a dignidade e respeito que merecem e não como objeto de curiosidade clínica ou fonte de rendimentos.

Que médicos queremos? Por que tipo de profissionais gostaríamos de ser recebidos e tratados quando precisamos de recorrer aos serviços de saúde? Certamente que a descrição de Pellegrino²⁸ vai ao encontro do desejo da maior parte das pessoas. Se pudermos escolher, gostaríamos certamente de ser atendidos por *um médico virtuoso, um “bom médico”, aquele que faz bem o seu trabalho, que compreende o estado de vulnerabilidade do paciente, se compromete em ajudá-lo e é fiel a essa promessa. O que ninguém quer é um médico comerciante, ou o simples executor de uma técnica, ou o burocrata, ou o mercenário, ou o que acha que sabe tudo, ou o que vê o paciente como objeto de exploração.*

A existência de códigos deontológicos ou de ética profissional não asseguram que a atuação dos clínicos seja sempre bem-intencionada e exemplar, pois o elemento basilar do exercício da profissão é, como sempre foi, o carácter do profissional de saúde, sendo as virtudes o fundamento ético e moral da sua atividade. Desta forma, o exercício da medicina e dos cuidados de saúde assente num modelo ético das virtudes, é fundamental para uma prática médica mais humanizada e que tenha em conta o bem do paciente, e contribuirá também para contrabalançar a hegemonia do principalismo e de teorias éticas que desvalorizam o papel central do agente na filosofia moral e na bioética contemporâneas.

REFERÊNCIAS

1. Pellegrino ED. The metamorphosis of medical ethics. JAMA. 1993;269(9):1158-62. <https://doi.org/10.1001/jama.1993.03500090094039>.

2. Van Hooft S. Understanding virtue ethics. Chesham: Acumen; 2006.

3. Crisp R, Slote M. Virtue ethics. New York: Oxford University Press; 1997.

4. Ferngren GB, Amundsen DW. Virtue and health/medicine in pre-Christian antiquity. In: Shelp E, editor. *Virtue and medicine: explanations in the character of medicine*. Philosophy and Medicine, 17. Dordrecht: Reidel Publishing; 1985. https://doi.org/10.1007/978-94-009-5229-4_1.
5. Hauerwas SM. Virtue and character. In: Post SG, editor. *Encyclopedia of bioethics*. 3rd ed. New York: Thomson Gale; 2004.
6. Marcum JA. The virtuous physician: the role of virtue in medicine. *Philosophy and Medicine*, 114. Dordrecht: Springer; 2012. <https://doi.org/10.1007/978-94-007-2706-9>.
7. Pellegrino ED, Thomasma DC. *The virtues in medical practice*. New York: Oxford University Press; 1993.
8. Williams B. *Ethics and the limits of philosophy*. London: Routledge; 2006.
9. Maquiavel. *O Príncipe*. Mem Martins: Publicações Europa-América; 1994. p.110.
10. Rand A. *The virtue of selfishness: a new concept of egoism*. New York: Signet; 1964.
11. Himmelfarb G. *The de-moralization of society: from Victorian virtues to modern values*. New York: Vintage; 1996.
12. Cruz J. *Que médicos queremos? Uma abordagem a partir de Edmund D. Pellegrino*. Coimbra: Almedina; 2012.
13. Serrão D. A transformação dos valores na sociedade de comunicação. *Rev Port Filos*. 2006;62(1):215-23. <https://doi.org/10.17990/rpf/1945>.
14. Anscombe GEM. *Modern moral philosophy*. *Philosophy*. 1958;33(124):1-19. <https://doi.org/10.1017/s0031819100037943>.
15. MacIntyre A. *After virtue: a study in moral theory*. 3rd ed. Notre Dame, IN: University of Notre Dame Press; 2007.
16. Pellegrino ED. The four principles and the doctor-patient relationship: the need for a better linkage. In: Gillon R, editor. *Principles of health care ethics*. New York: John Willey; 1994.
17. Pellegrino ED, Thomasma DC. *A philosophical basis of medical practice: toward a philosophy and ethic of the healing professions*. Oxford: Oxford University Press; 1981.
18. Drane JF. *Becoming a good doctor: the place of virtue and character in medical ethics*. Kansas City: Shed & Ward; 1988.
19. Beauchamp TL, Childress JF. *Virtues and ideals in professional life*. In: *Principles of biomedical ethics*. 4th ed. New York: Oxford University Press; 1994.
20. Pellegrino ED. From medical ethics to a moral philosophy of the professions. In: Walter JK, Klein EP, editors. *The story of bioethics: from seminal works to contemporary explorations*. Washington, DC: Georgetown University Press; 2003. p.7.
21. Pellegrino ED. Professionalism, profession and the virtues of the good physician. *Mt Sinai J Med*. 2002;69(6):378-84. [https://doi.org/10.1002/\(issn\)1931-7581](https://doi.org/10.1002/(issn)1931-7581).
22. Lown B. *The lost art of healing: practicing compassion in medicine*. New York: Ballantine Books; 1999.
23. Pellegrino ED. *Humanism and the physician*. Knoxville: University of Tennessee Press; 1979. p.158.
24. Pellegrino ED, Thomasma DC. *For the patient's good: toward the restoration of beneficence in health care*. New York: Oxford University Press; 1988.
25. Komesaroff PF, Kerridge IA. Ethical issues concerning the relationships between medical practitioners and the pharmaceutical industry. *Med J Aust*. 2002;176(3):118-21. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2002.tb04318.x>.
26. Lázaro J, Gracia D. *Presentación: la nueva relación clínica*. In: Entralgo PL. *El médico y el enfermo*. 2a ed. Madrid: Triacastela; 2003.
27. Jacoby H, editor. *House and philosophy: everybody lies*. New Jersey: John Wiley & Sons; 2009.
28. Pellegrino ED. Character formation and the making of good physicians. In: Nuala PK, Shelton W, editors. *Lost virtue: professional character development in medical education*. Amsterdam: Elsevier; 2006. p.4-5.

Recebido: 31.07.2020

Aceito: 11.12.2020