DA DEONTOLOGIA SUSTENTADA POR ÉTICA DAS VIRTUDES: A PRÁTICA MÉDICA GUIADA PELA COMPAIXÃO

DEONTOLOGY SUSTAINED BY VIRTUE ETHICS: MEDICAL PRACTICE LED BY COMPASSION

Teri Roberto Guerios[1]

RESUMO: A Ética Médica (ou Bioética Médica, ou Ética Biomédica) passou, ao longo da história, por várias abordagens diferentes que buscaram conduzi-la. Atualmente, parece haver uma compreensão indiscutível de que a ética normativa ajustada aos requisitos da sociedade atual é a deontológica. Porém, essa normatização ética, por ser não consequencialista, baseia-se não no indivíduo que age, mas no puro cumprimento de regras. Apresentamos a seguir que, mesmo sendo a ética deontológica o guia mais aceito e utilizado na ética médica/biomédica, uma ética das virtudes, nos moldes aristotélicos, é fundamental para que o cumprimento das regras não se dê por uma simples obrigação. Uma Ética Médica deontologicamente construída, porém, virtuosamente exercida, cumpre seu papel ético fundamental, que culminará na busca pelo bem. Para defender nossa hipótese, revisaremos filósofos e bioeticistas ligados às escolas de Ética Deontológica e Ética das Virtudes. Ao final, concluiremos que não só sustentamos com sucesso nossa hipótese de que a Bioética Médica Deontológica deve ser sempre apoiada por uma Bioética Médica das Virtudes, como também constatamos que do perfeito entendimento de ambas as normatizações emerge uma sólida e verdadeira Bioética Médica da Compaixão. Embora essa Bioética da Compaixão não consiga sustentar propriamente um entendimento normativo da ética, ela consegue conduzir o profissional no entendimento e na aplicação tanto dos Deveres quanto das Virtudes.

Palavras-chave: saúde; deontológica; virtudes; compaixão.

ABSTRACT: *Medical Ethics (also known as Medical Bioethics or Biomedical Ethics) has, throughout history, undergone various approaches seeking to guide its principles and practice. In contemporary times, there seems to be an undeniable predominance of the view that the form of Normative Ethics best suited to the requirements of modern society is Deontological Ethics. However, this ethical framework, being non-consequentialist, is based not on the individual who acts but rather on the mere fulfillment of rules. We aim to demonstrate that, although Deontological Ethics is the most widely accepted and applied guide in Medical/Biomedical Ethics, a Virtue Ethics, in the Aristotelian sense, is essential to ensure that the act of following rules does not occur merely out of obligation. A Medical Ethics that is deontologically structured but virtuously practiced fulfills its fundamental ethical purpose, which culminates in the pursuit of doing good. To support our hypothesis, we will review philosophers and bioethicists associated with both Deontological and Virtue-based approaches to Ethics and Bioethics. In conclusion, we will not only confirm our hypothesis that a Virtue-based Medical Bioethics must always support Deontological Medical Bioethics,*

[1] Médico formado pela Universidade Federal do Paraná -1989

Ortopedista Pós-Graduado na Universidade Federal do Rio Grande Do Sul - 1992

Filósofo formado pela Universidade Federal de Santa Catarina - 2013

Mestre em Bioética pela Pontifícia Universidade Católica Do Paraná - 2021

Doutorando em Filosofia pela Pontifícia Universidade Católica Do Paraná

but also demonstrate that, from a full understanding of both frameworks, a solid and genuine Medical Bioethics of Compassion emerges. Although this Medical Bioethics of Compassion cannot by itself sustain a fully Normative understanding of Ethics, it effectively guides professionals in comprehending and applying both Duties and Virtues.

Keywords: *health; deontological; virtues; compassion.*

1 INTRODUÇÃO

Ainda hoje, a formação do profissional em saúde tem priorizado a capacitação e a formação relacionadas aos aspectos técnicos e científicos e com essa postura, privilegia-se muito mais a doença do que a pessoa doente, a cura do que o cuidado.

A falta de uma formação acadêmica integral que dê ênfase às questões éticas e bioéticas relacionadas à sua prática em saúde faz com que o conhecimento do médico em relação a essa área seja restringido a uma disciplina muitas vezes ministrada nas fases iniciais do curso de graduação, quando o estudante de medicina ainda tem pouco conhecimento e vivência da sua profissão. Quando já formados, por sua vez, o contato da maioria desses profissionais com as questões éticas e bioéticas relacionadas à saúde limita-se às diretrizes do Código de Ética Profissional, principalmente quando algum profissional se envolve com algumas das questões dessa natureza. Eventualmente, também em congressos médicos de diversas áreas e especialidades, acontecem rodas de conversa, nas quais o Código de Ética Médica ou algum ponto do Código Penal é evocado (dando ao médico a impressão de que há apenas aspectos deontológicos quando se pensa em Ética Médica), e sempre de forma secundária.

Nesse ambiente de pouquíssima formação e orientação, não incomumente se constrói a ideia de que é preciso estar atento apenas às sanções e penalidades previstas no código profissional. Ou seja, um temor advindo de uma provável coerção adstrita à deontologia existente nesses códigos gera nos profissionais da saúde, principalmente nos médicos(as), a ideia de que há apenas uma única abordagem ética a ser conhecida e "temida": a deontologia definida pelo Código de Ética Médica (CEM).

O médico(a), em geral, apenas se interessa em familiarizar-se com o CEM quando se encontra diante de situações conflituosas. Assim se constrói, até mesmo de maneira não intencionalmente desenvolvida pelo profissional, a ideia equivocada de que o médico(a), para agir de forma ética, fá-lo-á de forma heterônoma, conduzido pelas normas dos códigos, sempre atento às sanções e às penalidades previstas no código profissional. Afirmam Neves Jr., Araújo e Rego (2016, p. 99) que não basta a deontologia para a formação ética do profissional de medicina. Por outro lado, o conhecimento que têm os profissionais da saúde sobre bioética ainda é insuficiente (Neves Jr.; Araújo; Rego, 2016).

A deontologia não só determina a prática médica, mas também, de certo modo, pode-se dizer que a condução ética do indivíduo ocidental se faz, quase inexoravelmente, pela via deontológica. Desde criança, o indivíduo atrela o seu agir ao dever ou não dever dado pelas regras da palavra de seus pais ou tutores. Quando se analisa a condução moral não apenas do indivíduo, mas também da sociedade, a média das pessoas atrela o que pode e o que não pode às normativas advindas das leis do Estado e seus códigos jurídicos, ou aos códigos, como o de trânsito, às leis religiosas, a exemplo dos 10 mandamentos, entre outros. Desse modo, em geral, as pessoas veem o agir ético como alguma coisa conduzida exclusivamente por uma lei ou por uma força heterônoma, externa a si mesmas.

Portanto, a ética deontológica conduzida é aquela que segue uma norma na qual o agir de maneira correta está vinculado à contemplação de regras e leis definidas previamente e externamente ao indivíduo, que norteiam o que deve ser feito (Kant, 2001). A prática médica não está fora desse contexto; seu agir ético está atrelado à ética deontológica. Nesse caso, a consequência de agir corretamente (ou seja, de acordo com o código e a lei) não depende de valores ou escolhas individuais. Ela se dá por uma normatização ética que está acima da opinião individual.

Este artigo aponta que não bastam apenas as leis e as regras, não basta somente uma deontologia para guiar as condutas morais na prática dos profissionais médicos e das diversas áreas da saúde. Para evitar a prática da pura legalidade, muitas vezes desumanizada, é necessário que o profissional da saúde receba, mesmo minimamente, conhecimentos do mundo da ética e da bioética para sua formação, o que Aristóteles ao tratar da ética classificou como ética das virtudes (EV) (Aristóteles, 1991). Assim sendo, buscar-se-á demonstrar que, tendo a Medicina (e todas as profissões atreladas à assistência à saúde) como *τέλος* (*télos* ou fim último) a procura de se fazer o bem (sempre enfatizado no próprio juramento de Hipócrates e que todo indivíduo faz ao término de sua graduação médica), o alcançar desse bem, apesar de estar estritamente atrelado a seguir as regras impostas, far-se-á por meio do acréscimo das virtudes ao agir bioético. As virtudes, e não o receio de uma coerção (punição), inclinariam o profissional a seguir as normas da deontologia médica. De onde se extrai que um exercício moral deontológico, caso se sustente por um robusto arcabouço de virtudes, será cumprido plenamente?

Acredita-se e lança-se como hipótese que dessa espontânea confluência entre a deontologia conduzida de modo virtuoso, abrem-se portas para que um outro motor moral, a compaixão, possa apoiar a ética biomédica. Entende-se que a deontologia seguida e respeitada pela virtude, e não pelo medo de coerção, possa fazer emergir uma verdadeira compaixão para com o outro ser humano na prática médica. Ao tratar do tema da confluência entre deontologia e virtudes, Gracia cita: "amizade e confiança estão no mesmo âmbito. Benevolência, beneficência, amizade traduzem-se em compaixão. Na compaixão convergem a *philia* e a ágape, sendo, por isso, a relação humana mais excelsa (2007, p. 787-788)".

Aqui *philia* é entendida como em Aristóteles e, desde o Novo Testamento, como o amor entre aqueles que buscam o bem (Dall'Agnol, 2014, p. 196). Já *ágape*, da mesma forma, é originário dos gregos, porém ligeiramente diverso de como é entendido por estes, devido à influência do cristianismo. Compreende um amor filial, entre pai e filha (Dall'Agnol, 2014, p. 197), e que pode existir entre Deus e a humanidade:

> No Novo Testamento o substantivo ágape adquire um significado novo e passa a designar amor incondicional, amor universal. Ágape existe não porque o objeto amado possui tais e tais características, mas simplesmente porque a pessoa é o que é, ou seja, alguém digno de amor. É nesse sentido que "Deus é Amor": ele nos ama gratuita e incondicionalmente (Dall'agnol, 2014, p. 197).

Para alcançar o objetivo deste artigo, analisar como a ética das virtudes pode contribuir para que o agir médico, mesmo sendo baseado em uma ética deontológica, possa ser o mais virtuoso possível, essa reflexão será de caráter teórico-conceitual por meio de uma revisão da literatura narrativa e crítica apoiada na literatura ético-filosófica e da ética médica. Busca-se também uma análise histórica da ética médica deontológica e sua presença como guia ético exclusivo na condução do Código de Ética Médica (CEM) em sua edição mais recente (Brasil, 2018).

2 ÉTICA DEONTOLÓGICA (ED)

O conhecimento acumulado na história está expresso sob a forma de leis e normas a serem aprendidas, entendidas e seguidas para a vida em sociedade. Os indivíduos são conduzidos, induzidos, treinados e direcionados a acreditar nas normas. A isso denominamos deontologia.

Até o século XVI, apesar de existirem códigos jurídicos e religiosos de viés totalmente deontológico, a ética, quando de seu estudo filosófico, sustentava-se majoritariamente na chama da Ética das Virtudes, uma construção grega, que veio a nós, desde Sócrates, Platão e Aristóteles. O primeiro filósofo a sustentar que a ética se apoiaria não apenas em virtudes, mas também na razão e nas regras dessa razão foi Immanuel Kant, no século XVIII.

O conhecimento, para Kant (2001), transmitido por empiria, deve ser e é interpretado pela racionalidade inata no gênero *Homo sapiens*, pela razão. Diferentemente dos gregos, Kant parte da busca de algum conceito que seja comum a todos os indivíduos e o define como a razão (2001). Essa razão, presente em nós, permite aceitar que todos têm a possibilidade de ter um arcabouço ético comum, pois, como define Kant (2001), apenas inferindo algo e pensado com a razão, o indivíduo concluirá que deve seguir o que é certo, e ter vontade de seguir o que a razão aponta como o certo a ser seguido, os homens sempre têm vontade de seguir esse certo.

A especulação filosófica de Kant (2001) sobre a razão; conclui que essa razão motiva o indivíduo a mudar a abordagem mundana da vontade, deixando de encará-la como puramente sinônimo de liberdade, deslocando o entendimento desta para que a vontade passe a ser entendida como fruto de uma reflexão advinda da razão: liberdade é sinônimo de poder fazer tudo o que é racionalmente permitido e, assim, a razão é entendida como sinônimo de liberdade. A vontade passaria a ser uma vontade boa, na qual a simples vontade passa a ser norteadora das ações por meio do dever.

Nesse escopo, a liberdade plena se alcança, para Kant, “agindo-se no cumprimento do que deve ser feito, e este cumprimento se dá através da vontade boa” (Dall’Agnol, 2014, p. 75). Em Kant, liberdade é agir por puro respeito ao dever moral como fundamento, em que cumprir deveres motivados pela vontade boa é agir virtuosamente e, como tal, ser digno de felicidade. A razão motiva a entender essa vontade, deixando de encará-la como puramente advinda do desejo atávico e deslocando o entendimento dessa vontade para que seja entendida como sinônimo de liberdade. E, assim, a vontade passa a ser norteadora das ações por meio do dever (Kant, 2007). Uma, por ele chamada, vontade boa.

Quando Kant (2001) propõe uma “metafísica dos costumes”, sugere haver conceitos morais *a priori,* universais e que embasam a ética, permitindo aos indivíduos definir como mal ou ruim algo que, mesmo sem uma experiência prévia, se percebe pela primeira vez. Por exemplo, não existe necessidade de que se tenha a experiência de morte para inferir que é algo indesejável. Assim, Kant, acreditando que os conceitos morais fazem parte da racionalidade de todos, estabelece que o agir moral está baseado apenas na razão (Dall’Agnol, 2014, p. 74). A razão do indivíduo é o motor de sua autonomia, e essa autonomia, quando movimentada pela razão, levará o indivíduo às escolhas mais acertadas moralmente para si e para a coletividade onde vive. A razão humana, assim, conduzirá, de modo autônomo, o agir dos homens sob a égide de máximas do dever (Kant, 2007). Kant (2007) somente consideraria alguma lei ou norma moral como máxima se puder ser testada (e ser exitosa) diante das regras gerais da moral, definidas por ele como Imperativo Categórico, um mandamento da razão: “age apenas segundo uma máxima tal que possamos, ao mesmo tempo, querer que ela se torne lei universal” (Kant, 2007, p. 59). Decorre que por se atrelar ao cumprimento de leis e normas que, testadas e aprovadas

pelo Imperativo Categórico, passariam a ser respeitadas racional e espontaneamente por todos os homens, indistintamente, sua ética kantiana se classifica como ética deontológica. A deontologia parte da ideia de que a lei ou a norma determina o bem ou o mal, o certo ou o errado. Ou seja, o bem e o mal não são prévios à lei moral, mas são nesta definidos. Somente a lei moral torna algo digno de se classificar como bem ou mal (Kant *apud* Gracia, 2007, p. 541).

No Ocidente, onde desde a tenra idade, entendemos que o certo é o estabelecido por alguma lei ou regra, não surpreende que um guia bioético médico sustentado por norteadores advindos de princípios seja capaz de conduzir o comportamento moral de tal ordem que, desde o seu lançamento até a atualidade, é tido como o mais influente livro sobre ética biomédica. Muitos o consideram como a primeira grande publicação literária no campo da Bioética. O livro *Princípios de ética biomédica*, de Tom L. Beauchamp e James F. Childress, de 1979.

Em sendo os autores defensores das escolas éticas deontológica e utilitarista, sua obra se apoia em uma norma bioética sustentada deontologicamente por princípios. Inspirados no "Relatório de Belmont" (1978), Beauchamp e Childress (1979) afirmam que os princípios que devem dirigir a Bioética são autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça. Entre esses princípios, acrescentam os autores, não há nenhum caráter hierárquico.

Porém, e apesar de não aceitar supremacia hierárquica de nenhum tipo entre os princípios, os autores colocam como fundamental, embora não apresentem argumentos justificando tal escolha, a autonomia, que por eles é entendida como "a capacidade do indivíduo e das suas instituições de deliberar, escolher livremente e agir" (Beauchamp; Childress, 2002, p. 138-139). Dessa definição, apreende-se um predomínio de interpretação individualista advinda do Utilitarismo de John Stuart Mill, onde os autores esclarecem que "o respeito à autonomia é a maneira de tratar as pessoas de modo a que elas ajam autonomamente" (Beauchamp; Childress, 2002, p. 139). Talvez, desse ponto se origine o aparente protagonismo da autonomia nos países de cultura anglo-saxônica utilitarista da qual são oriundos os autores, e onde a autonomia tem, historicamente, um lugar de destaque na cultura dos indivíduos. Apesar da forte influência utilitarista oriunda de Stuart Mill, Beauchamp e Childress evocam Kant: "violar a autonomia de uma pessoa é tratá-la meramente como um meio, de acordo com os objetivos de outros, sem levar em conta os objetivos da própria pessoa" (2002, p. 143).

A não maleficência elencada por Beauchamp e Childress (2002) aproxima-se muito do conceito de Hipócrates *primum non nocere,* do qual se apreende não causar dano acima de tudo. É importante apontar que, hipoteticamente, se o desrespeito à não maleficência for menos importante que a beneficência causada por um ato quando esse ato deve ser realizado na busca de se atingir o máximo bem, os pesos em cada situação devem ser ponderados. Portanto, não deve haver uma regra *a priori* que determine que evitar danos é melhor do que gerar benefícios. Por exemplo, um médico, diante de um paciente com uma emergência, como uma grave lesão vascular e nervosa secundária a uma extensa fratura exposta da tíbia, deve, em algumas situações, optar pela amputação da perna lesada, na busca de salvar o paciente de uma hemorragia grave e fatal. Os autores entendem por beneficência "[...] uma ação realizada em benefício do outro [...] o princípio da beneficência se refere à obrigação moral de agir em benefício dos outros" (Beauchamp; Childress, 2002, p. 282). Seguindo este princípio, o da beneficência, podem ser evidenciadas várias regras de conduta a serem aplicadas aos indivíduos da ação bioética conforme Beauchamp e Childress (2002): proteger e defender os direitos dos outros, prevenir dano, remover as condições que causarão dano, ajudar pessoas deficientes, salvar pessoas em perigo.

A justiça é um dos quatro princípios que norteiam a Bioética, chamada de Principialista, e Beauchamp e Childress assim a definem: "temos uma situação de Justiça sempre que caibam às pessoas benefícios ou encargos em razão de suas propriedades ou circunstâncias particulares, como o fato de serem produtivas ou haverem sido prejudicadas pelos atos de outra pessoa (2002, p. 352)".

Afastando-se tanto da Deontologia de Kant quanto do Utilitarismo de Stuart Mill, Beauchamp e Childress (2002) aproximam mais o seu conceito de justiça do conceito aristotélico, em que os iguais devem ser tratados igualmente e desiguais diferentemente, o chamado Princípio da Equidade (Aristóteles, 1980, p. 194).

O Principialismo de Beauchamp e Childress é utilizado largamente como fonte para fundamentar a ética médica na condução das relações morais entre profissionais da saúde e pacientes e na apreciação de eventuais conflitos morais que possam vir a emergir dessa relação. Sustenta ainda a elaboração de muitos, senão a grande maioria, dos códigos de ética das profissões da área da saúde. Porém, uma só moralidade não dá conta dos conflitos éticos vividos pela sociedade contemporânea, tão diversos são os desacordos como são diversas as moralidades que convivem sem fronteiras. Ou seja, o Principialismo não se aplica plenamente a todas as situações. E, diante dessa constatação, Engelhardt Jr. afirma que "as pessoas são moralmente autônomas, pois têm caráter autolegislador" (*apud* Gracia, 2007, p. 446-447).

Corroborando a afirmação de Engelhardt Jr., Fargot-Largeault (2013, p. 223) afirma que fundar uma ética universal, ou seja, aplicável à coletividade e seguida por todos, parece impossível: "O encontro entre o médico e o paciente se dá entre estranhos no primeiro contato, que podem ou não ser estranhos morais" (Engelhardt JR., 1988, p. 105-106). Um agente é o prestador do serviço e possuidor do conhecimento; já o outro demanda a prestação de serviço, havendo entre eles uma relação em que, de um lado, o médico usa o conhecimento e o aplica (a técnica, *τέλνη*, *techné*), e de outro, o paciente, que recebe as ações geradas pelo conhecimento.

Não há garantias de resultado por antecipação. Ainda mais se, sendo estranhos morais, qual seria a garantia de que ambos nessa relação agiriam de maneira benéfica em busca da melhor solução do problema? Como já apontado anteriormente, aquela imagem paternalista de um médico visto quase como um ser divino e perfeito, incapaz de deslizes morais, já não existe no imaginário da população. Parece óbvio que, num mundo onde as relações sociais são tão numerosas e complexas, um encontro normatizado por regras, leis ou, assim dizer, por uma deontologia seja eficiente e se mostre como uma garantia de um resultado moral ótimo. Na relação médico-paciente contemporânea estão envolvidos um indivíduo que necessita de um serviço e um prestador de serviço. Essa relação se entende como algo similar a uma relação comercial, a qual é apoiada nos direitos do consumidor e nas garantias aí amparadas. Ao mesmo tempo, os Códigos de Ética Profissional ou mesmo os Códigos Jurídicos lhes servem de garantia. Partindo-se da premissa de que leis devem ser seguidas por todos, parece óbvia uma assertiva de que um sistema legalista seria suficiente. Ainda mais quando se pensa na miríade de indivíduos com moralidades diversas convivendo na mesma sociedade. Se houvesse uma regra ou uma lei que contemplasse a todos, ela deveria ser seguida, independentemente da aceitação daqueles que têm o dever de cumpri-la.

Diferentemente de "se sentir obrigado", quando Kant (2001) propôs seu sistema deontológico como normativa da ética, ele considerou que o verdadeiro motor moral não era o agir por obrigação a uma lei, pois se assim fosse, esse agir não seria moralmente válido. Dever-se-ia agir por vontade própria, o que Kant chamou de agir por vontade boa. Acreditava ele que, sendo esse o motor moral deontológico, a lei nada mais seria que a forma escrita da apreciação da razão sobre o fato, da qual emergiria autonomamente uma regra norteadora da conduta

(2001) e aprovada e entendida por todos os indivíduos racionais. E essa regra autonomamente definida se encontraria permeada do desejo de agir correto, da vontade boa de fazer o que deve ser feito porque se deve fazer o certo (Kant, 2001).

Por outro lado, não é este enfoque filosófico do agir pelo dever que motiva a ideia de uma Ética Jurídica (EJ), pois, para o jurista, o dever não cumprido não implica uma sanção moral filosófica, mas uma coerção penal. Essa diferença é marcante, pois o senso comum enxerga e baseia toda a ação moral como atrelada ao binômio direito/dever, basicamente se apoiando no sistema mais popularmente conhecido de condutor moral, que é o legalista. Parece possível observar que esse sistema cobra apenas que a pessoa aja conforme a lei, sem se importar ou valorizar se esse agir se dê apoiado no agir por vontade boa ou apenas sob imposição da lei, mesmo que esse agir se dê, inclusive, contra a vontade ou desejo do indivíduo; agir-se-á coercitivamente sobre os que não cumprem os ditames da lei. A consequência do ato, qual seja, o agir corretamente (no caso, conforme a lei), não depende de nenhum valor individual ou escolha do indivíduo. Dar-se-á a ação, então, por uma normatização ética que está acima da opinião individual. Não uma ação autônoma, mas uma ação heterônoma (decidida por outrem).

É fundamental ressaltar que a penalidade imposta pela lei não impede o indivíduo de a descumprir quando assim o desejar. A decisão de seguir ou não seguir a conduta dada pelas regras jurídicas é feita exclusivamente pelo indivíduo e, na maioria das vezes em que decide não as seguir, está-se contando com a não fiscalização, consequentemente, a não detecção desta não observância da lei, o que é seguido de impunidade legal. Obviamente, não existe possibilidade de fiscalizar-se, de modo excelente, a ação de cada indivíduo ou de um grupo em particular (os profissionais de saúde e os pacientes). Mesmo que alguns indivíduos ajam, sob sua ótica pessoal, dentro de ditames da ética jurídica e seguindo todas as normas, outros, que os observam ou são padecentes de seus atos, podem não interpretar assim. Inclusive, naquilo que um suposto indivíduo enxergou e agiu no mais rigoroso ditame legal, o padecente dessa ação enxergou um ato completamente ilegal. Isso pode ensejar um sem número de desacordos e desavenças na relação médico-paciente.

Atualmente, no Brasil, o número de ações judiciais por imbróglio entre médicos e pacientes só faz aumentar (EBC, 2019). Isto é um sinal claro de que, apesar de haver uma normatização ético-deontológica estabelecida, faz-se necessário pensar sobre a possibilidade de obter um reforço no viés filosófico e bioético para aprimorar o agir médico.

3 ÉTICA DAS VIRTUDES (EV)

Pretende-se demonstrar, nesta seção, como a Ética das Virtudes (EV) pode guiar a conduta deontológica dos profissionais de saúde, tanto em sua formação quanto em sua prática, de modo a que as decisões, embora ainda sejam tomadas a partir da deontologia das leis, sejam as mais virtuosas possíveis. Assim sendo, busca-se mostrar que uma ética médica deontologicamente sustentada e virtuosamente guiada desembocará em um agir ético espontâneo e, não por medo de coerção, conduzindo a uma inescapável atitude classificada como compaixão.

Trata-se, aqui, de sustentar que um agir na perspectiva bioética pode ser fundado numa EV e, para tanto, apresenta-se a EV como uma opção factível para que haja aplicação de uma ética deontológica com base nos códigos de classe e/ou nos códigos jurídicos. É razoável almejar que o sistema de regras dos códigos seja mais do que deontológico e coercitivo, servindo apenas como um instrumento legal que dificulta a missão de bem cuidar das pessoas.

Os gregos, em especial Aristóteles, com a defesa da EV sustentaram suas afirmações no conceito de que o ser humano é educável e, portanto, modificável eticamente. Tal modificação no ser humano não se limitaria apenas à educação formal ou escolar, mas também à educação em seu sentido amplo, ou seja, tanto em relação ao corpo e aos seus atributos físicos quanto em sua natureza moral (Aristóteles, 1991).

A convicção de que o ser humano pode aprender a ser virtuoso por meio da prática e da repetição de hábitos virtuosos opõe-se ao modelo vigente na sociedade contemporânea aristotélica, cuja desigualdade entre os indivíduos era defendida pelo *ethos* grego, marcado pelo determinismo social e pelas diferenças entre os indivíduos.

A EV proposta naquela sociedade defendia que a virtuosidade pode ser aprendida pelas pessoas, mesmo que de modo diferente, e ainda que nem todos atinjam igual grau de virtuosidade. A diferenciação entre as pessoas, justificada por diferentes contextos, não impediria que a virtuosidade moral fosse ensinada pelo hábito e para todos (Sócrates, 1987; Durant, 1996; Dall'Agnol, 2014).

Na obra "Ética a Nicômaco", escrita por Aristóteles, no século IV a.C., está exposto o arcabouço ético defendido pelos gregos. Antes de Aristóteles, a EV foi defendida por Sócrates e Platão, mas coube a Aristóteles sistematizar essa defesa. Naquele contexto grego, entendia-se que o conceito de igualdade entre os indivíduos não existia; apenas os indivíduos adultos, do sexo masculino, gregos e livres poderiam aprender a virtude.

Não se aventava igualdade mesmo entre os próprios homens gregos. As virtudes, que para os gregos embasavam tanto a capacidade de agir moral quanto qualquer outro dos inúmeros pontos da vida humana (agir intelectual, p. ex.), estavam presentes em graus variáveis nos indivíduos (Durant, 1996; Dall'Agnol, 2014). Obviamente, isso não se entende na atualidade. Mas o conceito da EV é absolutamente aplicável à nossa contemporaneidade.

Aristóteles inicia a "Ética a Nicômaco" definindo que o bem é o fim de todas as coisas e que as ações tendem sempre à busca do bem: "felicidade é o *bem supremo*, para onde todas as virtudes convergem" (Aristóteles, 1991, p. 20). Acrescenta o filósofo que uma vida virtuosa é que fará verdadeiramente feliz o indivíduo, sendo ele capaz de internalizar as virtudes, de modo a se tornar o mais perfeito possível com o hábito dessas virtudes (Aristóteles, 1991, p. 5). As virtudes intelectuais são ensinadas, enquanto as virtudes morais são adquiridas pelo hábito, afirma Aristóteles; e desse modo, é somente com a prática de atos de justiça que se geram indivíduos justos (Aristóteles, 1991, p. 29). Importante destacar que, para Aristóteles, ser virtuoso é um ato volitivo (da vontade) (1991, p. 45).

Ao contrário de seus antecessores, Sócrates e Platão, que proclamavam a virtude como uma essência independente do bem gerado, para Aristóteles, as virtudes eram entendidas como diversas. Para Aristóteles, a virtude é a predisposição para o bem. Ser justo é ter a virtude da justiça, ser bom é ter a virtude da bondade, ser generoso é ter a virtude da magnanimidade, e assim por diante (Dall'Agnol, 2014, p. 113). Cada bem é direcionado por uma virtude e depende do aprimoramento moral individual, estando relacionado à prática. Portanto, a felicidade, por meio de práticas prazerosas, só é atingida quando se consegue a excelência moral (na busca pelo aprimoramento dessa moral).

As virtudes ocuparam Aristóteles, em que não apenas uma, mas várias definições de *ἀρετή* (virtude) são detalhadas. Para isto ele desenvolve a estratégia da identificação do *genus et differentia* desta *ἀρετή* (Dall'Agnol, 2014, p. 113). Por *genus* entender-se-ia uma ou a espécie/tipo da coisa para a qual se deva agir de modo virtuoso (qualquer coisa, mas pertencendo ao mesmo gênero), e *differentia* é o atributo que se usa para classificar uma ou a coisa como algo que satisfaça a condição de virtude (*ἀρετή*). Assim, o "ser ou ente" virtude seria o *genus* e a *differentia* seria, por exemplo, a justiça, a coragem etc., em que ambos são

virtudes ou atitudes boas, *ἀρετή*, mas com resultados um pouco diversos (Dall'Agnol, 2014, p. 113-114). Então, justiça ou coragem são os tipos ou a *differentia* de uma virtude, ou da essência da virtude, que é o "ser ou ente", o *genus*.

Tomás de Aquino, monge dominicano italiano, teólogo e, principalmente, filósofo cristão do século XIII, foi o maior representante da corrente filosófica cristã conhecida como Escolástica e promotor da obra de Aristóteles.

Aquino adaptou a teoria do filósofo ao mundo cristão e, assim, as leis divinas que já eram o norte do pensamento moral ocidental da época, somadas à virtude e racionalidade gregas aristotélicas, são harmonizadas (Dall'Agnol, 2014, p. 203-205). A fusão do pensamento judaico-cristão e as ideias filosóficas de Aristóteles começaram a emergir e ser ensinadas em inúmeros mosteiros da Europa medieval (Dall'Agnol, 2014, p. 203-205). O ponto central da filosofia moral tomista seria a lei natural a qual ele proclama: faça-se o bem e evite-se o mal. Sob essa máxima, o indivíduo, raciocinando e captando a lei natural, aprende diretamente a lei divina. Para Tomás de Aquino, tanto as leis naturais quanto as morais podem ser igualmente apreendidas pela razão, e as virtudes são meios para que se obedeça às leis naturais, salientando que o bem da alma é viver segundo a razão e que as virtudes a ela atreladas (Dall'Agnol, 2014, p. 212).

Define, o escolástico, as virtudes em três tipos: intelectuais, morais e teologais. As virtudes intelectuais são relativas à racionalidade da alma, tanto em Aquino quanto em Aristóteles, e incluem a sabedoria, a ciência e o entendimento (Dall'Agnol, 2014, p. 214). Já as virtudes morais são hábitos operativos ou meios em busca de um fim. E as virtudes morais nunca visariam o mal, pois essas são hábitos operativos cujo fim é inexoravelmente o bem (Dall'Agnol, 2014, p. 213-214). Assim, as virtudes morais podem existir sem ciência e sabedoria (as virtudes intelectuais citadas), mas não sem entendimento e prudência (Dall'Agnol, 2014, p. 215). Assim como Aristóteles, Tomás de Aquino postula as virtudes morais cardeais: Prudência (para Aristóteles, Sabedoria), Justiça, Coragem e Temperança. Ambos as consideram essenciais na formação do caráter moral e reforçam a ideia de que, antes de serem inatas, as virtudes morais surgem em nós por hábito (Dall'Agnol, 2014, p. 215). Além de em comum defenderem uma ética teleológica, cujo fim, o bem, será atingido pela virtude, um traço comum a Tomás de Aquino e a Aristóteles seria a constante ênfase de que se pode treinar adequadamente um indivíduo a ser mais virtuoso ou aprimorar suas virtudes.

Portanto, a EV pode ser aprendida, treinada e refinada. Isto é demasiado importante quando se aventa a possibilidade de que ensinar a agir bioeticamente possa vir a fazer parte do treinamento do futuro profissional da saúde.

Edmund Pellegrino, médico, e David C. Thomasma, teólogo e filósofo, como contraponto ao modelo kantiano e deontológico, que dominava a ética médica estadunidense do final do século XX (o chamado Principialismo), propuseram em "*For the patient's good*" um outro modelo, no qual a base da bioética médica, antes de seguir princípios, normatizar-se-ia pelo modelo das virtudes. De acordo com os autores, as virtudes são mais adequadas aos fins da medicina do que uma ética deontológica; isto é, uma ética baseada exclusivamente na visão normativa deontológica do CEM ou jurídica. Sobre a medicina, escrevem:

> É em si mesma um exercício de sabedoria prática – um modo correto de agir, em circunstâncias difíceis e incertas, na busca de um fim específico, isto é, o bem de uma pessoa particular que está doente. É quando a escolha de uma ação boa e correta se torna difícil, quando as tentações do auto-interesse são mais fortes, quando nuances inesperadas do bem e do mal surgem, e quando ninguém está olhando que as diferenças entre uma ética baseada na virtude e uma ética baseada na lei e/ou no dever podem ser claramente distinguidas (Pellegrino; Thormasma, 1988, p. 122 apud Dall'Agnol, 2014, p. 622).

Após analisarem e problematizarem a hierarquia dos princípios propostos por Beauchamp e Childress, elegem o princípio da beneficência como o modelo a seguir nas decisões médicas. Sustentam que, apenas seguindo a beneficência, atingir-se-á o fim maior da profissão médica, ou seja, fazer o bem. Asseveram que há níveis de beneficência e entendem-na como muito mais que uma simples não maleficência, um dos princípios adstritos ao Principialismo de Beauchamp e Childress. Afirmam que "a Beneficência é o princípio ético que encoraja o médico a mencionar seus comprometimentos morais e apoio pessoal aos pacientes, ao invés de apenas respeitar somente seus direitos" (Pellegrino; Thomasma, 2018, p. 43).

Citam esses autores que, apesar de as virtudes não terem valor por si mesmas, elas têm valor instrumental, pois os médicos mais virtuosos seguirão melhor as regras. Reforçando essa ideia, Franciele Bete Petry afirma que:

> Entretanto, pode-se argumentar que as virtudes, no principialismo, não somente reforçam a prática a partir dos princípios, mas, muitas vezes, constituem-se na condição para a aplicação correta deles, dada a variedade de circunstâncias que podem ocorrer e porque os princípios não são capazes de fornecer uma diretriz clara a ser seguida, cabendo ao agente julgar o que deve ser feito. Nesse caso, por exemplo, seria necessária a virtude do discernimento (2005, p. 63).

No capítulo intitulado Porque o Bem em vez dos Direitos, notadamente colocando-se contrários ao kantismo deontológico dos principialistas, Pellegrino e Thomasma (2018), oferecem o que chamam de uma solução melhor ao debate entre kantismo e o utilitarismo. Afirmam que o valor primordial em medicina é o bem do paciente e isso não é totalmente representado nem pela tradição deontológica nem pela tradição utilitarista (Pellegrino; Thomasma, 2018, p. 47). Contrapondo a tradição kantiana do Principialismo e sua eleição da supremacia da autonomia, os autores destacam que, apesar de concordarem que a liberdade é importante para uma sociedade pluralista, esta não pode ser vista como condição maior da moralidade (Pellegrino; Thomasma, 2018). Citando um enfoque aristotélico atrelado à autonomia, afirmam:

> [...] a ética é uma ramificação da política, e a autonomia é um presente dado de um ao outro em prol de um bem comum. Assim, a autonomia nos impõe pelo menos duas obrigações: nos obrigar a usar nossa liberdade ao determinar o que devemos fazer e obrigar a usar nossa liberdade para a promoção do bem social e a maximização do bem de seus pares (Pellegrino, Thomasma, 2018, p. 55).

Esse enfoque dado à autonomia é bastante diferente daquele, quase hedonista, presente nos conceitos do Principialismo de Beauchamp e Childress.

No capítulo de título "Beneficência Baseada na Confiança", os autores lembram que há um contrato fiduciário nas relações médico-paciente, apoiado exclusivamente na confiança, e lembram que "uma ética das regras não fornece garantias de que suas regras serão cumpridas" (Pellegrino; Thomasma, 2018, p. 63-64). A confiança deve emergir da beneficência. Só numa relação assim apoiada, na beneficência, tanto o médico quanto o paciente mantêm a confiança entre si na busca dos melhores interesses advindos desse relacionamento (Pellegrino; Thomasma, 2018).

No capítulo sobre "O Bem do Paciente", os autores lembram que agir pelo bem do paciente é o motor primordial e mais antigo acostado à Medicina. (Pellegrino; Thomasma, 2018, p. 87). Ao definir o que possa ser o bem do paciente, recorrem à tradição aristotélica

novamente e afirmam que o bem é intrínseco às coisas boas, as quais devem ser fomentadas ao engrandecimento do ser humano (Pellegrino; Thomasma, 2018, p. 89, 90). O bem, no entanto, pode possuir diferentes sentidos: por parte do paciente pode-se considerar o bem que o paciente tem ou busca possuir, e da parte do médico(a), o bem último, o qual o médico(a) considera o mais importante e está sempre no fim das suas decisões clínicas, em busca do bem maior.

Assim sendo, o bem gerador da benevolência é fundamentalmente diferente da benevolência paternalista atrelada a Hipócrates. Aqui, em Pellegrino e Thomasma, o profissional da medicina deve buscar, além do bem médico ou bem clínico, também o bem pretendido pelo paciente. Desse modo, fica evidente que o bem da benevolência contemporânea considera que o bem aferido à atitude do médico em atuar tecnicamente na busca da cura deve ser complementado pelo entendimento de que o paciente é um ser humano digno e racional, assim como o médico. Ser benevolente como Pellegrino e Thomasma o consideram é contemplar a faceta do ser humano, considerando-o sujeito ativo e capaz de decidir, conjuntamente com o médico, por seu destino. O paciente é tão virtuoso e capaz quanto o médico.

Para Pellegrino e Thomasma (2018), a menos que o paciente seja incapaz, o médico deve obrigatoriamente atuar dentro dos bens concedidos pelo paciente e apoiar seus objetivos. Para os autores, esses bens são: o bem último, ou o que tem maior significado ao paciente; o bem do paciente como pessoa humana com capacidade própria de raciocinar; a percepção do paciente de seu próprio bem; o bem médico, clínico, somente o que advenha de intervenções médicas, expresso nas escolhas dadas pelo médico (Pellegrino; Thomasma, 2018, p. 96, 97).

Assim sendo, a ideia de bem do paciente deve servir de referência para todas as decisões, inclusive as clínicas, ainda que se apoie em um padrão (seja ele deontológico, religioso etc.), ao qual se atrelará algum conceito de bem.

Entretanto, a escolha do paciente, quando este é capaz, só a ele pertence, e é ele quem pode pesar se a vida que lhe restará condiz com seu sistema de crenças ou serve a algum plano futuro, o que faz com que “o bem supremo seja o ponto de partida do raciocínio moral de uma pessoa” (Pellegrino; Thomasma, 2018, p. 103).

Desse modo, pode-se estabelecer quatro componentes do bem do paciente em ordem decrescente: [1] o bem último, o *télos* (objetivo, sentido ou fim último) da vida como concebida pelo paciente; [2] o bem que se baseia na capacidade do paciente de raciocinar, escolher; [3] os melhores interesses do paciente; [4] o bem biomédico ou clínico (Pellegrino; Thomasma, 2018, p. 107).

Pellegrino e Thomasma, ao tratar do bom profissional da medicina, explicitam que a benevolência consiste em desejar o bem do paciente e que a beneficência é que consiste em fazer o bem. Se essa pessoa habitualmente deseja e faz o que é certo e bom, diferentemente do que pregam os juristas e as práticas deontológicas, ela vai atrelar a prática do bem ao respeito pelos direitos inerentes a outro ser humano e ao reconhecimento de seus deveres e obrigações. Reforçam, assim, os autores que apenas a virtude do médico seria uma garantia definitiva de que o bem do paciente será respeitado e desejado (Pellegrino; Thomasma, 2018, p. 131-132).

Pellegrino e Thomasma (2018), ao citar a pessoa virtuosa, afirmam que a virtude implica um traço de caráter, uma disposição interna que habitualmente busca a perfeição moral de viver a vida de acordo com a lei moral e na busca de se atingir o equilíbrio entre uma intenção nobre e um mero agir. Destacam que “esta pessoa agirá bem mesmo que não tenha ninguém para aplaudir, simplesmente porque agir de outra maneira é uma violação do que é ser um bom ser humano” (Pellegrino; Thomasma, 2018, p. 137).

Desse modo, do médico(a) virtuoso(a) se espera, confiantemente, que professe o correto e o bem intrínseco à sua prática, pois a virtude está vinculada à disposição de fazer o bem, "fim último da medicina" (Pellegrino; Thomasma, 2018, p. 138). Em contraponto àqueles que argumentam que o verdadeiro bem ao paciente está limitado à correta aplicação do conhecimento médico, os autores lembram:

> o fim imediato da medicina não é simplesmente o desempenho técnico proficiente, mas o uso deste desempenho para alcançar um bom fim, o bem do paciente – o bem médico ou biomédico, na medida do possível, é claro, mas também o bem como percebido pelo paciente, o bem enquanto pessoa humana que pode fazer um plano de vida, e o bem enquanto pessoa com um destino espiritual, se esta é sua crença. É o equilíbrio sensível desses tipos de bem do paciente que o médico virtuoso busca até a perfeição (Pellegrino; Thomasma, 2018, p. 139).

Assim sendo, a EV vai além de meros deveres e, por isso, pode-se dizer que sua prática é mais difícil, se comparada às éticas deontológicas e jurídicas, pois se exige mais do que o seguimento de uma normatização.

A necessidade da EV é reconhecida mesmo por Beauchamp e Childress (2002) quando esses defendem as bases do seu famoso Principialismo. Para esses autores, sem uma EV a normatizar as profissões biomédicas, talvez uma simples ética deontológica, como a atrelada ao Principialismo, seja incapaz de se tornar um caminho eficiente a se atingir o *télos* próprio das atividades biomédicas, qual seja, fazer o bem. Reconhecem que só atuando na busca do bem, o sujeito agirá conforme as normativas dadas por alguma deontologia (Beauchamp; Childress, 2002).

Os mesmos autores, Beauchamp e Childress, alertam que, para que o médico tenha uma vida e atitudes classificáveis como morais e que faça opção por uma adesão a princípios e regras, isso pode valer como um caráter confiável, bom senso moral e sensibilidade emocional. Isso porque a "moralidade, sem traços de caráter, reações emocionais e ideais maiores que os princípios e regras, seria fria e sem entusiasmo" (Beauchamp; Childress, 2002, p. 495). Em relação à confiança, Beauchamp e Childress afirmam que é a convicção que se tem de que a outra pessoa agirá com os motivos certos e dentro das regras morais. Recordam que Aristóteles apontou esse conceito, a confiabilidade, ao falar que, em sendo voluntário o relacionamento entre pessoas que constroem uma intimidade, as ações judiciais deveriam ser desencorajadas: "o que mantém a união dos homens não são os compromissos de justiça, mas sim os compromissos como pessoas boas e confiáveis" (*Aristóteles apud Beauchamp; Childress*, 2002, p. 504).

As virtudes morais são coisas diferentes e mais preponderantes que habilidades técnicas. Nesse sentido, Bosk, que é citado por Beauchamp e Childress (2002, p. 497), afirmou que erros técnicos e erros de julgamento (erros de boa-fé) são menos importantes que erros morais (ou defeitos de caráter moral).

Ao analisar as virtudes de Aristóteles, os autores apontam a possibilidade de uma avaliação moral menos técnica (deontológica) e destacam que o próprio filósofo grego afirmava que a ação correta advinda da virtude moral requer sabedoria prática (*phronesis*). Aristóteles considerava a *phronesis* uma virtude intelectual que unifica o julgamento e a disposição moral (Beauchamp; Childress, 2002, p. 499).

Aqui, reforça-se ainda mais a ideia de que o agir bioético pode ser ensinado e treinado na formação médica.

Os médicos se perguntam se podem confiar em muitos de seus pacientes, principalmente se ocorre algum dano, e o litígio aparece como uma possibilidade. Devido a isso, adotam-se documentos assinados das decisões mútuas, e muitos médicos praticam uma medicina defensiva. Referindo-se a essas possibilidades, Beauchamp e Childress (2002, p. 508) levantam o conceito de integridade moral que, em sentido geral, significa firmeza, confiabilidade, inteireza, integração de caráter moral. De modo que, citam, que integridade moral: "é um traço de caráter de uma integração coerente de valores morais justificáveis e fidelidade a esses valores quando dos julgamentos e ações. Um aspecto vital dela é a fidelidade às normas básicas de obrigação" (Beauchamp; Childress, 2002, p. 508).

Ao tratarem da consciência, Beauchamp e Childress (2002) afirmam que ela é um verdadeiro e confiável guia para a conduta correta e para as pretensões adequadas, sendo, assim, um motor que nos motiva a fazer o certo pelo certo. A consciência não é uma faculdade moral ou psíquica especial, mas uma reflexão e um julgamento dos próprios atos. Na consciência, o indivíduo avalia e classifica os próprios atos, distinguindo o que é obrigatório ou proibido, certo ou errado, bom ou mau. Portanto, a consciência é pessoal. Os autores lembram Thomas Hobbes e, ao mesmo tempo, contrapondo-se a ele, mencionam sua afirmação, da qual discordam frontalmente: "opiniões advindas da consciência podem ser erradas e não devem ser aceitas, à primeira vista, como conhecimento e verdades" (Hobbes *apud* Beauchamp; Childress, 2002, p. 513). Apontam que uma pessoa não pode agir contra sua própria consciência e achar que está certa. Consultar a consciência é uma etapa de um exame das convicções morais, mas não é o suficiente para justificá-las; mesmo assim, são muito importantes na construção do juízo moral e podem ser valoradas quando necessário (Beauchamp; Childress, 2002, p. 513).

Ponderam Beauchamp e Childress que as virtudes estabelecem expectativas a qualquer relacionamento humano digno. Porém, a excelência moral, na contemporaneidade, não é mais que um *hobby* ou outro projeto concernente ao próprio agente: "perdeu-se a meta aristotélica de uma vida admirável de realização moral" (2002, p. 529). E esse descrédito contemporâneo em altos ideais da vida moral, segundo os autores, se baseia no fato de:

> [...] haver uma competição destes com outros objetivos e responsabilidades da vida, o que, ao exigir demais das pessoas, as leva a negligenciar outros assuntos que merecem atenção, como projetos pessoais, relacionamentos familiares, amizades e experiências que ampliem a perspectiva pessoal (Beauchamp; Childress, 2002, p. 528).

Desse modo, depreende-se que, assim como Aristóteles defendia que as virtudes podem e devem ser adquiridas e treinadas na busca pela excelência moral, é pertinente partilhar dessa mesma concepção quando aplicada aos médicos em formação. Ou seja, abre-se aqui uma porta pela qual se argumenta que uma verdadeira Ética das Virtudes cabe ser ensinada e debatida nas escolas médicas.

4 ÉTICA DA COMPAIXÃO (EC)

Explicar a compaixão não é uma tarefa fácil. Muitos pensadores já tentaram defini-la, a exemplo de Schopenhauer. Para ele, a compaixão representa um motor moral. Esse filósofo, partindo do pressuposto de que a natureza humana é essencialmente egoísta, busca na compaixão um condutor para o universo da ética, para superar esse egoísmo. Embora possa parecer muito estranho associar Schopenhauer à ética médica, já que sua obra filosófica tem um forte caráter pessimista, justifica-se sua escolha nesta pesquisa, pois, segundo o filósofo,

apesar de o egoísmo conduzir as ações humanas, é possível superá-lo em vista do bem do outro. Para tanto, ele recorre à compaixão como a verdadeira base da moralidade. Não obstante os conceitos de egoísmo e compaixão parecerem antagônicos, o respeito, a cordialidade e o reconhecimento pelo outro representam uma forma de negar e superar o egoísmo.

Ao se lembrar da justiça grega como uma virtude cardinal, Schopenhauer considera o egoísmo em oposição à justiça. E sobre o egoísmo, afirma que:

> [...] é extremamente difícil motivar o homem a agir de modo diverso do qual é tendenciado a fazê-lo. Tão difícil que se faz necessário se valer da maquinaria do outro mundo. Não deuses, como seria suficiente para as maiorias, mas buscar uma luz filosófica sobre o problema (2001, p. 127)

Nessa análise filosófica dos critérios das ações dotadas de valor moral, Schopenhauer afirma que, ao se tentar definir um indivíduo moral, devemos nos ater ao fato de que, certamente, existe um grupo de pessoas verdadeiramente honestas, e as ações perpetradas por elas são as únicas com real valor moral. O autor afirma que esses indivíduos morais se pautam por agir de forma total e espontaneamente desinteressada, e neles a compaixão representa o único sustentáculo genuíno da moralidade. A argumentação racional apoiada nessas afirmações culmina na demonstração de que a compaixão seria o sentimento verdadeiramente mais importante motivador da moral (Schopenhauer, 2001).

Prossegue Schopenhauer, alegando que a compaixão se apresenta de imediato, quando diante do sofrimento do outro, e não considera errado colocar-se no lugar do sofredor, "na verdade, tendo compaixão, sofremos com ele, portanto nele; sentimos a dor dele como sua mesma, e [porém] não temos a imaginação de que seja nossa [dor]" (Schopenhauer, 2001, p. 140, destaque nosso). Sugere o autor que "A explicação a isto provavelmente não se dará por uma via psicológica, mas sim metafísica. [...] Tanto a justiça como a caridade se enraízam na compaixão (Schopenhauer, 2001, p. 140)".

Conclui Schopenhauer (2001, p. 135-136) que a compaixão, por se fazer imediata pelo sofrimento do outro, é o principal motor moral.

Já ao tratar da compaixão, a médica psiquiatra e filósofa francesa, Fargot-Largeault (2013), dedica-se a refletir sobre as ferramentas que movimentam a ética no espírito humano, principalmente esse movimento ético quando atrelado à atividade interativa do profissional da medicina. A autora reconhece que, apesar de a compaixão não ser moralmente exigível, a ausência dessa dimensão na relação entre o profissional e o paciente tende a induzir no paciente ou em seus familiares, com mais força até mesmo do que a própria doença, o que ela classifica como horror (Fargot-Largeault, 2013, p. 303).

Contrapondo-se à pretensão schopenhaueriana de apoiar toda a motivação ética como fruto exclusivo da compaixão, Fargot-Largeault (2013) aponta que a compaixão estimula uma falta de rigor nas decisões e nas reações delas advindas, pois é um sentimento traiçoeiro. Sustenta que a compaixão é um sentimento tão traiçoeiro que, [portanto], não pode fundar uma moral (Fargot-Largeault, 2013, p. 303). Mas, apesar dessa constatação, a compaixão, acredita Fargot-Largeault (2013), pode conduzir um agir ético dentro de outras normativas morais, como a deontológica e/ou a das virtudes.

Nesse ponto, Fargot-Largeault questiona fortemente um ensinamento bastante repetido aos graduandos em medicina e pergunta: "É necessário imunizar-se contra a Compaixão?" (Fargot-Largeault, 2013, p. 303). Dando sustentação ao seu repúdio à errônea afirmação de que a compaixão pode obnubilar a capacidade racional profissional, Fargot-Largeault recorre a Aristóteles e sua definição de piedade como "uma tristeza que nos causa

[ao presenciar] uma desgraça da qual somos testemunhas" (Fargot-Largeault, 2013, p. 304). A autora também se lembra de Baruch Spinoza, que considera que a piedade, quando advinda de um "contágio", é por ele denominada de "consideração":

> Se um objeto nos inspira consideração, esforçamo-nos o tanto quanto possível para livrá-lo de sua desgraça. Essa vontade ou essa fome de fazer o bem que nasce da nossa comiseração em relação à coisa a qual queremos fazer o bem se chama benevolência, e assim benevolência não é outra coisa senão um desejo nascido da comiseração (Spinoza apud Fargot-Largeault, 2013, p. 303).

A filósofa e médica ainda afirma que se dirigir e ajudar a quem precisa é a motivação do profissional de saúde, em que este sente o apelo ao sofrimento e à injustiça contra o que deve lutar. Lembra que, não raramente, os jovens estudantes de medicina, após alguns anos, tornam-se médicos indiferentes. E isso se deve ao fato de que, durante a sua formação, são orientados a colocarem os afetos em segundo plano (Fargot-Largeault, 2013). Os ensinamentos, apoiados em racionalizações positivistas, e excluindo ao máximo uma variável metafísica/psicológica (como a compaixão), fazem crer que os profissionais de saúde precisam se blindar contra os horrores que enfrentarão no dia a dia, tornando-se insensíveis para não sucumbir moralmente (Fargot-Largeault, 2013). Assim sendo, esses profissionais são orientados a pensar que a emoção falseia o julgamento. Sobre isso, a autora menciona que "atualmente temos uma medicina científica, tecnológica. Não há tempo para apelações psicológicas. Nós delimitamos o mal e o combatemos com gestos bem circunscritos" (Fargot-Largeault, 2013, p. 305). No entanto, não está provado que profissionais emocionalmente blindados, como normalmente é propalado nos centros de ensino médico, sejam melhores clínicos que os que permanecem sensíveis. Dessa forma, a autora pergunta: "O que provoca medo em uma moral da compaixão?" (Fargot-Largeault, 2013, p. 307).

Ao abordar a "Ambiguidade de uma Moral da Compaixão", Fargot-Largeault cita que, em "Teoria dos Sentimentos Morais", Adam Smith constata que a piedade (ou compaixão) é natural ao indivíduo:

> que nós entendamos sofrimento por meio do sofrimento do outro, nos é tão óbvio que não requer nenhuma prova; por esse sentimento, tal qual todas as outras paixões naturais da natureza humana, não está confinada ao humano virtuoso, mas ele talvez possa senti-la com mais sensibilidade primorosa. O maior rufião, o violador entregue para as garras das leis da sociedade, não é completamente sem essa capacidade (Smith *apud* Fargot-Largeault, 2013, p. 307, tradução nossa).

Adam Smith se pergunta como isso é possível, se não temos a experiência direta daquilo que os outros têm, e responde:

> Temos a capacidade de imaginar o que o outro sente, colocando-nos em sua situação. Nós atribuímos uma emoção de dor ou tristeza à situação, e isso nos suscita a mesma emoção. Daí deriva o nosso sentimento de fraternidade pelo infortúnio do outro (our fellow-feeling for the misery of others) (Smith *apud* Fargot-Largeault, 2013, p. 308, tradução nossa).

Anne Fargot-Largeault (2013) explana que os valores morais antigos tendem a descrever a piedade como um valor que escraviza o reconhecimento do direito dos doentes a participar das decisões que lhes dizem respeito. E, então, a autora critica o paternalismo desigual hipocrático e defende a comunicação como o ato de compaixão básica (um ato igualitário) (Fargot-Largeault, 2013, p. 313).

Na sua obra intitulada "Necessidade de Compaixão", a filósofa psiquiatra reforça o que foi dito anteriormente ao afirmar que, quando não se tem a habilidade de diminuir a dor de um paciente, ela torna-se insuportável tanto para quem sofre quanto para quem vê essa pessoa sofrer. Nessa situação, sente-se uma dor moral e constata-se a impotência de agir ativamente para amenizar o sintoma. Resta, então, aceitar que apenas é possível realizar o que os médicos e profissionais da saúde chamam de acompanhamento (Fargot-Largeault, 2013, p. 315).

Porém, imaginando uma situação em que se apresente uma total falta de sensibilidade do profissional, mesmo aquele que realiza todas as técnicas necessárias, a presente manifestação de insensibilidade amplifica o sofrimento causado pela doença, com um segundo tormento pior que o primeiro: um tormento moral, chamado de exclusão de laços humanos (Fargot-Largeault, 2013, p. 317). A filósofa lembra que Schopenhauer afirma que o sofrimento faz parte da vida e é inevitável, mas que o sofrimento desprovido de sentido é revoltante (Fargot-Largeault, 2013).

Schopenhauer e Spinoza, citando Anne Fargot-Largeault (2013), afirmam que a comiseração (ou misericórdia) é a tristeza que acompanha a ideia de um mal que tenha acontecido a um outro que imaginamos ser um semelhante.

> É necessário que, de alguma forma, eu me identifique com esse outro, portanto, que a barreira entre mim e o que não sou eu se encontre, por um instante, suprimida. Só, então, apenas os problemas do outro, suas necessidades, seu desespero e seu sofrimento tornam-se imediatamente meus [...]; eu sofro nele, ainda que meus nervos não estejam sob sua pele (Spinoza *apud* Fargot-Largeault, 2013, p. 319).

Para Anne Fargot-Largeault, na relação médico-paciente, o mais importante fundamento da moral, sem dúvida, é a compaixão, o reconhecimento do outro. Tendo esse conhecimento, também se reconheceria a fragilidade humana comum a todos (Fargot-Largeault, 2013, p. 320-321).

Beauchamp e Childress (2002), fundadores do Principialismo, também se posicionam contra a corrente biomédica que afirma que o envolvimento emocional e a compaixão do médico podem prejudicar o raciocínio médico e a relação entre o profissional e o paciente.

> Tomar uma decisão, resistindo a considerações, temores e vínculos externos, é chamado de discernimento. Esta resistência às influências externas aproxima o discernimento da coragem, ou seja, a pessoa sábia age equilibrando os sentimentos, equilibrando o desejo e a razão" (Aristóteles *apud* Beauchamp, Childress, 2002, p. 502).

Portanto, o profissional com discernimento saberá quando um paciente sem esperança precisa mais de alento do que de privacidade.

Beauchamp e Childress apontam a compaixão como necessária à assistência na saúde e ao que ela promove, pois a entendem como "a habilidade de compreender o que precisa ser feito pelo paciente", que leva a um "agir de modo sensível" (2002, p. 503). Convém destacar que para os autores esse agir e a habilidade "são qualidades morais de caráter e não meros julgamentos de inteligência prática" (Beauchamp; Childress, 2002, p. 503). O entendimento de que se valem para tratar do conceito de compaixão é o de Schopenhauer, para quem esta é:

> [...] um traço que combina uma consideração pelo bem-estar do outro, uma consciência imaginativa, uma reação emocional de profunda simpatia e afeição e de desconforto com o infortúnio e sofrimento do outro. Pressupõe simpatia, piedade e atos de beneficência que visam aliviar o sofrimento do outro. Assemelha-se ao sentimento moral de cuidar (Schopenhauer *apud* Beauchamp, Childress, 2002, p. 500).

Ao escreverem sobre os "Ideais Morais", Beauchamp e Childress (2002) definem o conceito de Ações Supererrogatórias como a realização de algo além do que se deve. Nesse sentido, isso seria algo opcional que excede o que se espera da moral comum. Individualmente, deve-se aspirar a um nível de excelência tão elevado quanto as próprias capacidades permitirem. Dessa forma, uma teoria da excelência moral permite a incorporação de virtudes morais, formais e de atos de supererrogação, além das obrigações das virtudes incluídas na moral ordinária (Beauchamp; Childress, 2002, p. 531).

Quando se fala em Compaixão e sua relação com as profissões da área da saúde, vale destacar o Relatório Francis que, no ano de 2013, apontou a importância da Compaixão, identificando a sua falta nos serviços de saúde ingleses como uma das principais causas de falhas nestes. E dos achados que sustentaram a confecção desse relatório, surgiram três recomendações atinentes ao treinamento do profissional de saúde: *1) treinar todos os profissionais de saúde em compaixão; 2) considerar e avaliar a compaixão como uma competência fundamental dos profissionais de saúde; 3) adotar e implementar normas e cuidados compassivos nos cuidados de saúde (Francis, 2013).*

Por conseguinte, parece legítimo pensar que de uma ética deontológica (ED) sustentada por uma ética das virtudes (EV) pode decorrer um guia ético que resultará em uma ética da compaixão (EC), e que é de fundamental importância para o bom exercício de qualquer atividade ligada à prestação de saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste escrito, buscou-se demonstrar a necessidade de uma formação fundamentada na Ética das Virtudes para os profissionais médicos, a fim de que sua observância ao Código de Ética Médica (CEM) seja mais virtuosa e não puramente legalista. Concluem-se dois pontos: primeiro, que o agir ético virtuoso e em consonância com a deontologia jurídica desembocará, na maioria das vezes, em um agir eticamente sustentado pela compaixão. Segundo, a pura obediência cega dos profissionais médicos ao CEM, vista como mero instrumento de defesa e proteção jurídica, pode se tornar uma atitude imoral e desumanizada.

Pergunta-se: como o médico deve agir quando o CEM estabelece, por exemplo, uma diretriz a ser seguida, mas o conhecimento técnico e científico do médico indica outra posição, e sua consciência diverge das duas? Algo diferente da frieza das regras deve auxiliá-lo a tomar a decisão mais acertada. Se o médico tiver uma formação adequada com base nos fundamentos da ética das virtudes, mesmo que sua prática continue baseada nas orientações do CEM e nas

próprias diretrizes dos Códigos Jurídicos, ele poderá praticar a deontologia de modo mais humano, ético e virtuoso, não apenas por medo de uma coerção ou reprimenda, mas também guiado pela compaixão.

Embora o médico não possa sentir a dor e o sofrimento do paciente, a compaixão em sua prática o levará a se colocar ao lado daqueles que precisam de sua ajuda. Infere-se, assim, que um agir profissional não se torna mais ético e humanizado apenas devido às normas deontológicas. Os médicos também podem ser estimulados e educados em outros aspectos normativos próprios do ser humano, como as virtudes. Essa disposição para uma ética virtuosa, coroada pela compaixão, está em sintonia com o universo da bioética, que tem a benevolência entre os seus maiores princípios.

Portanto, é indiscutível o desafio de agregar o arcabouço da bioética ao CEM e ao ensino profissional médico, para que este possa colaborar na construção de uma prática médica ética e de excelência.

REFERÊNCIAS

AQUINO, T. **Suma Teológica. Volume I, III, and IV**. São Paulo: Loyola, 2005.

ARISTÓTELES. **Ética a Nicômaco**. Trad. Leonel Vallandro e Gerd. São Paulo: Abril Cultural, 1980. (Coleção Os Pensadores.)

ARISTỦTELES. **Ǧtica a Nicómaco**: Poȃtica. Selecção de textos de Josȃ Amȃrico Motta Pessanha. 4. ed. Sûo Paulo: Nova Cultural, 1991. (Coleção Os Pensadores)

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de Ética Biomédica**. Trad. Luzia Pudenzi. São Paulo: Loyola, 2002.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. CFM. Código de Ética Médica. Resolução n.º 2.217 de 27 de setembro de 2018. **Diário Oficial da União**. Publicado em 1.º/11/2018. Ed. 211, Seção 1, p. 179. Disponível em: http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/48226289. Acesso em: 13 nov. 2019.

CAIRUS, H. F.; RIBEIRO JR., W. A. **Textos hipocráticos**: o doente, o médico e a doença. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. 252 p. (Coleção História e Saúde)

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 7. ed. Rio de Janeiro: Forence Universitária, 2011.

DALL'AGNOL, D. **Ética**. Florianópolis: Filosofia/EAD/UFSC, 2014.

DURANT, W. **A história da filosofia**. Trad. Luiz Carlos do N. Silva. Sûo Paulo: Nova Cultural, 1996. (Coleção Os Pensadores)

ENGELHARDT JR., H. T. **Fundamentos da Bioȃtica**. Sûo Paulo: Loyola. 1998.

EMPRESA BRASIL DE COMUNICAÇÃO. **EBC**. OMS mostra que 5 pessoas morrem a cada minuto por erro médico. Agência Brasil Internacional, 14/9/2019. Disponível em: http://agenciabrasil.ebc.com.br/internacional/noticia/2019-09/oms-mostra-que-5-pessoas-morrem-cada-minuto-por-erro-medic. Acesso em: 14 nov. 2019.

FARGOT-LARGEAULT, A. **Medicina e filosofia.** São Paulo: Fap-Unifesp, 2013.

FRANCIS, R.**, Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust public inquiry.** London: The Stationery Office, 2013.

GRACIA, D. **Fundamentos de bioética**. Trad. Manuel L. Pinheiro e Vítor Coutinho. 2. ed. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2007.

GRACIA, D. **Pensar a bioética** – metas e desafios. Trad. Carlos Alberto Bárbaro. São Paulo: Centro Univ. São Camilo; Loyola, 2010.

HUME, D.; **Investigação Aprofundado Entendimento Humano**;Tradução: Anoar Aiex; ACRÓPOLIS; Versão para eBook: eBooksBrasil; 2006.

KANT, I. **Fundamentação da metafísica dos costumes**. Lisboa: Ediÿíes 70, 2007.

KANT, I. **Crĝica da razûo pura**. 5. ed. Trad. Manuela Pinto e Alexandre Morujûo. Lisboa: Fundaÿûo Calouste Gulbenkian, 2001.

KÜHN, T. **A estrutura das revoluÿíes cientĝficas**. 5. ed. Sûo Paulo: Perspectiva, 1998

MILL, J. S.; **Utilitarismo**; Sociedade Portuguesa de Filosofia, tradução de Pedro Galvão, Editora Porto, Portugal, 2005.

NEVES JR., W. A. das; ARAÚJO, L. Z. S. de; REGO, S. Ensino de bioética nas faculdades de medicina no Brasil. **Rev. Bioética**, v. 24, n. 1, p. 98-107, 2016.

PELLEGRINO, E.; THOMASMA, D. **Para o bem do paciente**. Trad. Daiane Martins R. Esis Steines. São Paulo: Loyola, 2018.

PETRY, F. B. **Princípios ou virtudes na bioética? Controvérsia**, v.1, n.1, p. 49-65, jan./jun. 2005. Disponível em: http://revistas.unisinos.br/index.php/controversia/article/download/7127/3957. Acesso em: 14 nov. 2019.

SCHOPENHAUER, A. **Sobre o fundamento da moral**. Trad. Maria Lucia Mello Oliveira Cacciola. Sûo Paulo: Martins Fontes 2001.

SEDLMAIER, C. E.; HERNANDEZ, D. P. Origens do consentimento informado na prática clínica do médico e sua importância na bioética. **Revista de Medicina de Família e Saúde Mental**, v. 1, n. 2, p. 177-188, 2019. Disponível em: http://www.revista.unifeso.edu.br/index.php/medicinafamiliasaudemental/article/view/1576/705. Acesso em: 10 nov. 2019.

SÓCRATES. **Selecção de textos de Josâ Amârico Motta Pessanha**. Trad. Jaime Bruna, Libero Rangel de Andrade, Gilda Maria Reale Strazynski. 4. ed. Sûo Paulo: Nova Cultural, 1987. (Coleção Os Pensadores.)