

O médico e o doente: paradigma da vulnerabilidade em Emmanuel Levinas

Waldir Souza¹, Nilo Ribeiro Júnior², Isabel Cristina Tavares Facury³

Resumo

Os avanços da ciência modificaram a relação médico-doente, revelando a necessidade de novos modos de pensar e agir eticamente, com ênfase no resgate de elementos subjetivos da comunicação. Para fundamentar essa relação, este texto parte do pensamento de Emmanuel Levinas e da bioética, sobretudo em sua linha voltada à biomedicina, ao cuidado e à vulnerabilidade. Propõe-se que o paradigma da bioética passe da autonomia à vulnerabilidade, com foco no doente, cuja fragilidade interpela e exige acolhimento.

Palavras-chave: Bioética. Ética. Vulnerabilidade em saúde.

Resumen

El médico y el enfermo: paradigma de la vulnerabilidad en Emmanuel Levinas

Los avances de la ciencia modificaron la relación médico-enfermo y revelaron la necesidad de nuevos modos de pensar y actuar éticamente, con énfasis en el rescate de los elementos subjetivos de la comunicación. Para fundamentar esta relación, este texto toma como base el pensamiento de Emmanuel Levinas y de la bioética, sobre todo en la línea dirigida a la biomedicina, al cuidado y a la vulnerabilidad. Se propone que el paradigma de la bioética pase de la autonomía a la vulnerabilidad, con foco en el enfermo, cuya fragilidad interpela y exige amparo.

Palabras clave: Bioética. Ética. Vulnerabilidad en salud.

Abstract

The physician and the patient: the vulnerability paradigm in Emmanuel Levinas

Scientific advances have been changing physician-patient relations, revealing the need for new ethical thinking and action, with emphasis on reestablishing the subjective elements of communication. To this end, this text focus on the thought of Emmanuel Levinas and bioethics, particularly its branch concerned with biomedicine, health care and the principle of vulnerability. This perspective proposes that bioethics surpasses the paradigm of autonomy, reaching towards the paradigm of vulnerability, focusing on the patient, whose fragility challenges and demands embracement.

Keywords: Bioethics. Ethics. Health vulnerability.

1. **PhD** waldir.souza@pucpr.br – Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR) 2. **Livre-docente** prof.ribeironilo@gmail.com – Faculdade Jesuíta de Filosofia e Teologia, Belo Horizonte/MG. 3. **Mestre** isury3@gmail.com – PUCPR, Curitiba/PR, Brasil.

Correspondência

Isabel Cristina Tavares Facury – Rua Leopoldina, 822, apt. 301 CEP 30330-230. Belo Horizonte/MG, Brasil.

Declaram não haver conflito de interesse.

Com os avanços nas ciências, a revolução tecnocientífica e o dinamismo da realidade contemporânea, a práxis médica e, conseqüentemente, a relação médico-doente passaram por profundas transformações. Essas mudanças, fartamente documentadas na literatura, revelaram a necessidade de repensar a atuação dos profissionais. Assistiu-se então ao resgate de elementos subjetivos da comunicação com o doente, opostos a abordagens baseadas exclusivamente em dados objetivos e técnico-científicos.

Segundo Cardoso¹, o enfermo deseja que sua individualidade seja reconhecida, o que demanda do médico habilidades que vão além dos saberes instrumentais. Portanto, *o desafio é efetivar esta relação como um momento de atenção personalizada, [do qual] a informação, que resulta da comunicação[,] é um fundamento*². Com isso é possível ampliar horizontes em busca de novas posturas.

Nesse contexto, importa mergulhar em realidade eminentemente humana no exato momento de maior fragilidade e vulnerabilidade, isto é, quando o adoecimento é vivenciado pessoalmente, por familiares ou pessoas próximas. Em hospitais, clínicas ou qualquer outro ambiente destinado a cuidados de saúde, há fato latente, mas que não passa despercebido ao observador atento, a quem se mostra com toda a crueza: o doente encontra-se só.

Este artigo reflete, portanto, sobre a relação médico-doente a partir do pensamento do filósofo judeu Emmanuel Levinas, mais especificamente em sua obra *Totalidade e infinito*³. Outro ponto de partida será a bioética, que ao longo de seu desenvolvimento se dividiu em ao menos duas vertentes, uma mais global, que reflete sobre a ciência de modo geral, e outra que se ocupa de conflitos éticos suscitados pela utilização de tecnologias na biomedicina. Esta última é a perspectiva aqui adotada.

Recorrendo a Levinas, busca-se reconstruir a subjetividade não mais a partir da centralidade do Eu, mas sim da alteridade. Suas ideias serão neste artigo *locus* filosófico que fundamenta um novo modo de pensar e agir eticamente, visando apontar para uma bioética que se desloque do paradigma da autonomia para o paradigma da vulnerabilidade.

As bases da ética do cuidado

O *Relatório Belmont*⁴, produzido pela National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, nos Estados Unidos, deu forma a uma concepção particular: a

bioética de princípios. Essa vertente principialista se fundamenta em respeito às pessoas, beneficência e justiça para solucionar dilemas éticos em saúde. No entanto, essa corrente sofreu muitas críticas, e alternativas foram propostas, como as que dão maior ênfase a uma ética do cuidado, como a de proteção, a personalista e a deliberativa.

A bioética de proteção, proposta por pesquisadores latino-americanos, considera que o principialismo não permite enfrentar problemas presentes na saúde pública, e por isso propõe princípio adicional, justamente o da proteção⁵. Sua ética é a da responsabilidade social, cujos elementos são a gratuidade, o vínculo e a satisfação das necessidades essenciais do sujeito. A corrente se volta sobretudo a pacientes “vulnerados”⁶, ou seja, incapazes de se proteger, e não aos simplesmente “vulneráveis” (de fato, todos os seres vivos). Por isso, o foco recai particularmente sobre problemas sanitários e indivíduos cuja saúde e bem-estar são prejudicadas por situações de escassez⁷.

Já a corrente personalista, de fundamentação antropológica, preocupa-se com o relativismo decorrente da amplitude do objeto da bioética, afirmando que a primeira questão a ser resolvida diz respeito à essência do ser humano, ligada à dimensão espiritual⁸. Partidário dessa perspectiva, Sgreccia⁸ propõe os princípios de defesa da vida física, da totalidade (ou “terapêutico”), da liberdade e responsabilidade, da subsidiariedade e da solidariedade, a fim de buscar uma visão integral da pessoa humana, sem reducionismos ideológicos ou biológicos. O personalismo destaca pelo seu princípio de solidariedade *o ser no mundo com os outros*⁹ e a capacidade do eu de estabelecer relação com o tu, pois essa relação impede o individualismo subjetivista e o abandono do doente a suas dores e angústias.

A bioética de deliberação, por sua vez, apresenta sistema hierarquizado de valores em que os princípios de não maleficência e justiça são superiores aos de autonomia e beneficência, porque representam o bem comum¹⁰. Gracia¹¹, fundador dessa corrente, atualmente propõe modelo de decisão centrado em valores, complementar à hierarquia de princípios. Segundo Siqueira¹², esta perspectiva se afasta da imposição de normas como modelo deontológico e privilegia a relação dialógica entre médico e paciente.

Essas correntes revelam o cuidado como tarefa fundamental da condição humana. Quando cuida, a pessoa realiza sua humanidade; quando é cuidada, alcança sua plenitude. Isso toca o que há de mais profundo, e não é patrimônio de uma profissão,

mas dever de todos. O cuidado integral é obrigação moral dos profissionais da saúde – velar pelo bem do doente, adotar postura empática, caminhar ao lado dele, oferecer ajuda discreta e não permitir que se dê conta das dificuldades que cria ao seu redor. Cuidar de alguém é abrir-se à perspectiva do nós¹³.

É preciso disponibilidade, preocupação com o outro e aproximação fraterna, com disposição para servir. O princípio de justiça, que exige a superação de preconceitos, deve presidir o cuidado. Ultrapassar o distanciamento físico e ético, transformando o tu em próximo, é essencial para que a proximidade se expresse em humanidade.

A partir do diálogo e da responsabilidade, o ser humano deseja e procura um sentido para viver humanamente. Essa sede de sentido também é metafísica, e dignifica o ser humano, já que sua plenitude não depende apenas de aspectos biológicos, mas também simbólico-espirituais. Em circunstâncias de máxima vulnerabilidade, essa busca se torna ainda mais intensa.

O sofrimento catalisa o questionamento pelo sentido da vida. O doente sente a necessidade de construir sentido, e para isso se indaga sobre novas possibilidades existenciais. Cuidar de um ser humano que sofre consiste em construir dialógica e responsabilmente o sentido da existência. Isso enseja uma educação voltada para o outro, para o próximo, para o diferente.

As várias faces da relação

Desde Hipócrates, a ética médica gira em torno da ideia de ordem, o que levou à concepção de que a relação médico-doente também deveria seguir esse preceito. Assim, ao longo do tempo, estabeleceu-se o paternalismo, baseado em domínio e submissão. Esse é o *logos* da ética grega clássica, constante em toda a história da medicina¹⁴.

Segundo Gracia¹⁴, em 1803 a obra de Thomas Percival, *Medical ethics*, deu início à ruptura com o velho paternalismo hipocrático. Inspirado no critério de beneficência do juramento, o autor propunha que o doente tivesse mais autonomia. Na comunicação entre médico e doente, recomendava dizer a verdade, mas, em casos de prognóstico desfavorável, previa que essa comunicação fosse feita somente a familiares.

Nos Estados Unidos, o paternalismo foi gradualmente substituído principalmente pela via judicial, e o princípio de autonomia acabou imposto

pela ética jurídica. Inicialmente, as ações versavam sobre negligência médica ou imperícia, e posteriormente se estabeleceu a “agressão técnica”, quando o médico intervém no corpo do doente sem consentimento. O delito e a noção de consentimento foram igualmente sendo especificados por meio de demandas judiciais¹⁴.

Para Jean Clavreul¹⁵, o discurso médico afasta elementos como sofrimento, angústia, alterações do sono e do humor por ser incapaz de tratá-los ou interpretá-los de forma cientificamente aceitável. Eliminando qualquer outro discurso, inclusive o do doente, o médico mantém visão totalitária de nada querer saber. Aparecem então todos os elementos de um projeto científico, objetivo e objetivante, em que a enfermidade se separa cada vez mais daquele que sofre com ela, distinguindo-se a *doença do doente* e a *doença do médico*¹⁶.

Outrossim, a organização dos serviços, públicos ou privados, impede que o doente conheça seu diagnóstico, e o vocabulário técnico prejudica a relação, impondo distanciamento¹⁷. A concentração dos médicos em uma unidade procura dissimular a desumanização que instaura. Na lógica desse discurso, humanizar os hospitais parece não ter outro efeito senão o de criar especialistas, e os doentes sentem falta do médico de família, apesar de sua reputação de menor competência e especialização¹⁵.

O ensino atual, concebido a partir de regras cartesianas, tem visão organicista e parcial da enfermidade, desconsiderando o ser humano em sua totalidade e fragmentando o saber. O modelo brasileiro, particularmente, não tem sido capaz de oferecer educação ampla, comprometida com valores fundamentais. Mas médicos recém-formados não encontrarão doentes isolados do contexto social, e por isso deveriam estar engajados em enfrentar os problemas que a realidade do país impõe. Situações como a de extrema pobreza impedem não apenas que se garanta a assistência, mas um direito ainda mais fundamental: o direito à vida¹⁸.

Estudo realizado em escolas de medicina do Brasil aponta que as disciplinas de ética ou bioética ocupam menos de 1% da carga horária total do currículo, e seu conteúdo costuma se restringir à deontologia¹⁹. No entanto, em seu artigo 23, a *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*²⁰ estabelece que Estados não devem poupar esforços para promover a formação nesse campo.

A educação deve ensinar o dever moral para com o próximo, um dever que assuma caráter pessoal de ligação, segundo o princípio de valorizar o

outro por ser outro²¹. Ser capaz de ajudar e reconhecer a diferença é enfrentar a fragilidade e o desaparecimento da justiça na consciência do homem contemporâneo. Esse chamado à prática define nossa subordinação, nossa responsabilidade e dívida para com o outro. Pois é esse o caráter que distingue a justiça: ser uma relação com o próximo, que se realiza, antes de tudo, em ato exterior. Esse ato reclama não só intenção, mas o comprometer-se, com determinação, a se aproximar dos mais vulneráveis.

Vulnerabilidade: um princípio

A história da bioética revela seu fortalecimento, sua aplicação à vida e crescente influência na sociedade, que tem se manifestado em dois níveis: o da reflexão (discurso) e o da ação (prática). O primeiro conduz a uma visão lúcida das questões sem exatamente resolvê-las, e o segundo atua ao propor normas de conduta decorrentes de princípios humanos fundamentais, contribuindo para a tomada de decisões.

A bioética não se limita a direitos e deveres²², e os princípios tradicionais (respeito à autonomia, beneficência, não maleficência e justiça) não bastam para aprofundar a reflexão. Outros são necessários, como o da vulnerabilidade, alçado a essa condição pela primeira vez em 1998 na *Declaração de Barcelona*, como explica Neves²³. “Vulnerabilidade” deriva de *vulnus*, “ferida”, e pode ser considerada prioritária porque expressa uma realidade constitutiva e universal do ser humano, ameaçando outros princípios, como autonomia, dignidade e integridade²³.

A partir da década de 1980, a noção de vulnerabilidade passa a ter sentido mais amplo, decorrente da reflexão de filósofos europeus, posteriormente assimilado pela bioética. Um desses autores, Levinas, considera a vulnerabilidade condição humana universal, apelo a uma relação não violenta entre eu e outro. No face a face, o eu, vulnerável, apresenta-se como resposta não violenta à eleição do outro, que o faz ser. Esta é a condição humana, a subjetividade, apresentada como vulnerabilidade e responsabilidade ética²³.

A vulnerabilidade não é fator de diferenciação de pessoas e populações, nem pode ser eliminada reforçando a autonomia ou o consentimento²⁴. Ela é realidade constitutiva, inalienável e irreduzível do humano, a quem se impõe a responsabilidade como norma do agir ético. Assim, como pontua Neves, *de (...) qualificadora de alguns grupos e pessoas, a vulnerabilidade passa a [descrever] a realidade comum*

do homem; de característica contingente e provisória, passa a condição universal e indelével; de fator de diferenciação (...) passa a fator de igualdade entre todos; (...) do âmbito da experimentação humana, passa (...) [ao] plano da assistência clínica e das políticas de saúde; de uma exigência de autonomia e da prática do consentimento informado, passa à solicitação de responsabilidade e de solidariedade²⁵.

A suscetibilidade a ser ferido instaura o dever de não ferir e fundamenta a ética como relação não violenta, com destaque para a necessidade de cuidar. Esse estatuto traz algo de novo, pois um princípio se impõe à consciência como dever, e a vulnerabilidade passa a formular obrigação moral. Na sua acepção particular, obriga a proteger os mais frágeis – isto é, uma ação positiva –, e em seu sentido universal obriga a reconhecer que todas as pessoas são vulneráveis, exigindo, portanto, uma ação negativa – abster-se de qualquer prejuízo –, além da solicitude para salvaguardar a dignidade humana. É este o sentido de cuidado presente na filosofia de Emmanuel Levinas.

Em busca do infinito levinasiano

No final do século XIX e durante o século XX, autores como Nietzsche, Freud, Heidegger e Foucault questionaram a filosofia moderna e sua ideia de subjetividade, centrada no eu. Segundo Miranda²⁶, Levinas identifica essa subjetividade com egoísmo, interesse e permanência em si e incapacidade de reconhecer que o outro não é o *alter ego* do sujeito.

Dialogando com Husserl, Heidegger, Rosenzweig e Descartes, Levinas constrói as categorias filosóficas desenvolvidas em *Totalidade e infinito*³. Nessa obra, não se ocupa em escrever uma nova ética, mas em demonstrar que a ética deve ser o ponto de partida de toda filosofia, denunciando a configuração de mundo que despersonaliza, silencia e comanda. A consciência que esse mundo produz não reconhece a alteridade, só escuta a si mesma e apaga a humanidade, englobando todos os entes em uma existência sem rosto.

A totalidade submete os humanos a uma universalidade impessoal e desumana, e Levinas³ aponta o problema de se tentar criar o semelhante, gerando uma multidão de “mesmos”. Essa violência é fruto de uma razão solitária que aborda cientificamente o mundo, transformando-o em objeto do conhecimento. E essa autossuficiência, ou mistificação da razão, revela-se filosofia do poder.

Em sua análise fenomenológica, Levinas³ reconstrói a subjetividade como acolhimento ao outro e desenvolve a noção de infinito para romper com a totalidade. Conceber o outro a partir dessa ideia significa assumi-lo como alteridade, não mais o pensando a partir da centralidade do eu, mas sim do acolhimento e da hospitalidade.

É por meio da linguagem que o próximo aparece ao eu como exterioridade, como absolutamente outro. Para transpor o espaço que os separa é preciso construir uma ponte para a comunicação que permita a troca e o diálogo. É por meio deste diálogo que o doente surge como rosto que reclama responsabilidade incondicional, sem qualquer justificação normativa.

O infinito levinasiano na relação médico-doente

O rosto que padece interpela e, quando o eu é chamado, surge o espaço para a relação ética, *que inicia no diálogo inaugurado na apresentação do Outro, através do desvelamento do rosto*²⁷. A responsabilização incondicional por esse outro é proposta por Levinas como caminho para reencontrar o sentido da existência humana, e o presente trabalho busca pensar esse reencontro a partir da relação entre médico e doente.

Segundo Nodari, *o núcleo da ética levinasiana é a denúncia do esquecimento do rosto (...), sentido que escapa a todo contexto e funda a própria ética*²⁸. E, para Neves, *é Levinas quem primeiro tematiza filosoficamente a vulnerabilidade*, definindo-a como subjetividade, isto é, *relação com outro, na dependência ao outro que o faz ser*²⁹. O outro se revela na relação que não signifique apenas conhecimento para o médico, mas proximidade e acolhimento.

O eu, fechado em si mesmo, só pode ser conduzido para fora, para além de si mesmo, tornando-se responsável por aquele que se coloca à sua frente, por meio da sensibilidade. Somente nessa abertura é que pode ressurgir um novo eu, um eu-para-o-outro, que motiva a transformação individual e social. Na liberdade pode-se reconstruir a subjetividade, pois é pela sujeição ao outro que o eu não se aliena nem se escraviza, mas se liberta. O humano nasce da saída da dimensão ontológica em direção ao outro, em sentido único e sem retorno a si mesmo. A subjetividade carrega o peso da responsabilidade infinita pelo outro, e *a única maneira (...) de confirmar a unicidade e a singularidade da subjetividade é dizer "eis-me aqui"*³⁰.

A proximidade inaugura uma relação em que o outro deixa de ser apenas rosto para irromper como próximo. Nessa ordem, o rosto não é mais rosto, é o próximo, que deve não só ser visto, mas acolhido. Para Ribeiro Júnior³¹, só há sentido em debruçar-se sobre o sofrimento do outro se este aparecer como aquele que se revela na sua dor; caso contrário, há sempre o risco de qualquer discurso se tornar superficial.

Só o outro pode revelar a dimensão e o alcance de sua dor. Portanto, só se pode transcender a indiferença do discurso médico pela epifania do rosto e da proximidade. É preciso romper com a racionalidade construída ao longo da história da medicina. A proximidade almejada anseia pelo olhar, pela carícia, pelo toque, pela escuta, categorias essenciais à prática clínica. Nela, o eu é sempre servidor do próximo, é irmão, acarretando fraternidade³².

O pensamento de Levinas, como o de muitos filósofos, é desenvolvido enquanto diálogo com a tradição³³. Em *Totalidade e infinito*³, o autor questiona a ontologia de Heidegger e Husserl, apontando sua insuficiência ante a complexidade da existência e, mais ainda, a relação com a alteridade. Revela-se então a necessidade de acolher, aproximar-se, buscar o infinitamente outro, a relação face a face e a sociabilidade, ou seja, a ética.

O outro se revela e irrompe no rosto, e a partir dessa abertura é que surge efetivamente o sujeito, o doente. Assim, a vulnerabilidade se descortina no horizonte filosófico de Levinas³, na proximidade e na assimetria de toda relação, vista não mais como essência do ser que se abre para mostrar, mas pele exposta, na ferida e na ofensa. A subjetividade expressa na vulnerabilidade do eu (médico) suscita o desejo metafísico do outro (doente) e interpela pela proximidade e responsabilidade infinita.

Nessa perspectiva, a relação do médico com o doente deixa de ser relação expressamente dual e inclui terceiros (família, instituição). O profissional é então socialmente responsável por todos os próximos do seu próximo. Nesse nível estão incluídos todos aqueles que orbitam o paciente, tantas vezes negligenciados na prática médica.

A partir da filosofia de Emmanuel Levinas³, que contempla o outro em sua infinita alteridade, propõe-se novo modo de ser do médico. É preciso proximidade, disponibilidade e preocupação fraternal com o paciente. Não se pode prescindir do princípio de justiça, que exige superar preconceitos e o distanciamento a fim de que o doente se transforme em próximo, tratado com humanidade. Nesse esforço, o rosto é fundamental, pois mostra o outro em sua absoluta nudez³¹. Desse modo, como

proposto por Ribeiro Júnior³¹, a bioética da vulnerabilidade se encontra com o pensamento levinasiano em busca de novas formas de cuidar e agir eticamente. Segundo o autor,

*a bondade, portanto, se expressa e se realiza na acolhida concreta de outrem e no combate ao horror do mal. É desse modo, no seio da ambivalência, entre a manifestação da gratuidade do mal e a irrupção da santidade do Rosto, entre a violência da liberdade e a bondade suscitada por outrem no interior do sujeito, que se abre um fecundo espaço para a recuperação da vulnerabilidade como categoria ética fundamental*³⁴.

A filosofia de Levinas desnuda o anti-humanismo da contemporaneidade, baseado no egoísmo e na satisfação de necessidades individuais. Por meio da subjetividade pensada como ser para o outro, o autor apresenta a abertura ao próximo como vulnerabilidade – ponto central deste artigo –, chamando atenção para a responsabilidade implícita nessa noção. A sensibilidade compreendida dessa maneira cria condições para um conceito ético de sujeito, concebido não a partir de princípios universais, mas do contato sensível que se faz na proximidade. O pensamento de Levinas é, portanto, um convite à mudança, que propõe a busca de sentido pela abertura ao outro.

Considerações finais

Este artigo propôs-se ao exercício de pensar a relação médico-doente a partir de Emmanuel Levinas, que entende a vulnerabilidade como

abertura ao outro. Ao se reconhecer como vulnerável, o eu compreende a vulnerabilidade do próximo e a necessidade de cuidar, responsabilizar-se por ele e ser solidário, em vez de explorá-lo por essa condição.

Essa perspectiva revela a subjetividade como suscetibilidade a ser ferido, sensibilidade, desinteresse, proximidade, e implica acolher a alteridade no encontro face a face. Por isso o rosto é tão importante. É ele que clama e exige justiça, denunciando uma sociedade que nega a condição humana e enunciando a descoberta da alteridade, que faz surgir um novo eu, um eu-para-o-outro, para quem o próximo é irmão.

O pensamento de Emmanuel Levinas desnuda a realidade anti-humanista da contemporaneidade. Aproximado à bioética da vulnerabilidade, ele pode ajudar a reconstruir a subjetividade, concebendo-a como acolhimento ao outro e espaço onde a proximidade conduz à justiça, no sentido de pura responsabilidade.

O humano é social por sua própria condição e não subsiste isoladamente, o que *exige um modo específico de agir na resposta não violenta de cada um ao outro, uma ação responsável e solidária, instaurando uma ética de fundamentação antropológica*²⁵. Essa visão, alternativa à perspectiva centrada na autonomia individual, recupera a condição simbólica do ser humano e enfatiza emoções, sentimentos e desejos – questões relativas à vida, mas que permanecem à margem da reflexão bioética. Tudo isso deve levar à ajuda mútua a fim de enfrentar as insuficiências da nudez absoluta do outro, reconhecendo essa realidade aparentemente paradoxal que Paulo de Tarso formulou ao dizer *quando sou fraco, então é que sou forte*³⁵.

Referências

1. Cardoso PRC. Entre a ética e a tecnologia: um diálogo com Emmanuel Levinas [dissertação] [Internet]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2008 [acesso 25 maio 2016]. Disponível: <https://bit.ly/2XipVbF>
2. Cardoso PRC. Op. cit. p. 11.
3. Levinas E. Totalidade e infinito. 3ª ed. Lisboa: Edições 70; 2017.
4. Belmont Report [Internet]. c2000 [acesso 17 jun 2017]. Disponível: <https://bit.ly/39RT1ks>
5. Schramm FR, Kottow M. Princípios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. Cad Saúde Pública [Internet]. 2001 [acesso 27 jun 2019];17(4):949-56. DOI: 10.1590/S0102-311X2001000400029
6. Floriani CA, Schramm FR. How might Levinas' concept of the other's priority and Derrida's unconditional hospitality contribute to the philosophy of the modern hospice movement? Palliat Support Care [Internet]. 2010 [acesso 27 jun 2019];8(2):215-20. DOI: 10.1017/S1478951509990952
7. Schramm FR. A bioética de proteção: uma ferramenta para a avaliação das práticas sanitárias? Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2017 [acesso 27 jun 2019];22(5):1531-8. DOI: 10.1590/1413-81232017225.04532017
8. Sgreccia E. Manual de bioética: fundamentos e ética biomédica I. 4ª ed. São Paulo: Loyola; 2014.
9. Compêndio da doutrina social da Igreja. 7ª ed. São Paulo: Paulinas; 2017. p. 101.

10. Figueiredo AM. Bioética clínica e sua prática. Rev. bioét. (Impr.) [Internet]. 2011 [acesso 27 jun 2019];19(2):343-58. Disponível: <https://bit.ly/2VbUwVn>
11. Gracia D. Tomar decisiones morales: del casuismo a la deliberación. Dilemata [Internet]. 2016 [acesso 27 jun 2019];8(20):15-31. Disponível: <https://bit.ly/2VabfZd>
12. Siqueira JE. Educação médica em bioética. Rev Bras Bioét [Internet]. 2007 [acesso 27 jun 2019];3(3):301-27. Disponível: <https://bit.ly/2VgWaW6>
13. Roselló FT. Antropologia do cuidar. Petrópolis: Vozes; 2009.
14. Gracia D. Fundamentos da bioética. 2ª ed. Coimbra: Ethica; 2007.
15. Clavreul J. A ordem médica: poder e impotência do discurso médico. São Paulo: Brasiliense; 1983.
16. Clavreul J. Op. cit. p. 43-4.
17. Lopes JMC, Dias LC. Os princípios da medicina de família e comunidade. Porto Alegre: Grupo A Educação; 2012.
18. Garrafa V, Oselka G, Diniz D. Saúde pública, bioética e equidade. Bioética [Internet]. 1997 [acesso 15 set 2017];5(1). Disponível: <https://bit.ly/3bWXi7G>
19. Siqueira JE. O ensino da ética no curso de medicina. Mundo Saúde [Internet]. 2009 [acesso 19 set 2017];33(1):8-20. Disponível: <https://bit.ly/3e5LTnV>
20. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Declaração universal sobre bioética e direitos humanos [Internet]. Lisboa: Unesco; 2006 [acesso 25 maio 2016]. Disponível: <https://bit.ly/2Vguctz>
21. Pieper J. As virtudes cardeais revisitadas. Int Stud Law Educ [Internet]. 2012 [acesso 19 mar 2019];11:95-101. Disponível: <https://bit.ly/2UPNR4q>
22. Hossne WS. Dos referenciais da bioética: a vulnerabilidade. Bioethikos [Internet]. 2009 [acesso 8 abr 2020];3(1):41-51. Disponível: <https://bit.ly/3aPaTOM>
23. Neves MP. Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio. Rev Bras Bioét [Internet]. 2006 [acesso 2 jan 2018];2(2):157-72. Disponível: <https://bit.ly/2UQQP8E>
24. García JJ. Bioética personalista y bioética principialista: perspectivas. Bio.etica Web [Internet]. 21 maio 2012 [acesso 2 jan 2018]. Disponível: <https://bit.ly/3c2G6Os>
25. Neves MP. Op. cit. p. 166.
26. Miranda JVA. Ética da alteridade e educação [tese] [Internet]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008 [acesso 16 nov 2017]. Disponível: <https://bit.ly/3aTUPuB>
27. Cardoso PRC. Op. cit. p. 6.
28. Nodari PC. O rosto como apelo à responsabilidade e à justiça em Levinas. Síntese [Internet]. 2002 [acesso 15 dez 2017];29(94):191-220. p. 203. DOI: 10.20911/21769389v29n94p191-220/2002
29. Neves MP. Op. cit. p. 163.
30. Nodari PC. Op. cit. p. 218.
31. Ribeiro N Jr. A teologia moral diante da dor do outro. In: Pessini L, Zacharias R, organizadores. Ser e fazer: teologia moral: do pluralismo à pluralidade, da indiferença à compaixão. Aparecida: Santuário; 2012. p. 179-218.
32. Nodari PC. Op. cit.
33. Rodrigues TV. A categoria da alteridade: uma análise da obra Totalidade e Infinito, de Emmanuel Levinas [dissertação] [Internet]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2007 [acesso 15 abr 2017]. Disponível: <https://bit.ly/3aREln2>
34. Ribeiro N Jr. Op. cit. p. 198.
35. Bíblia Sagrada. Versão de Maciel Araújo. São Paulo: Manole; 1995. 2 Coríntios 12:10.

Participação dos autores

Todos os autores participaram igualmente da elaboração do trabalho.

Waldir Souza

 0000-0002-4332-2822

Nilo Ribeiro Júnior

 0000-0003-1100-718X

Isabel Cristina Tavares Facury

 0000-0002-1609-4641

