

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

Waldir Souza¹, Nilo Ribeiro Júnior², Isabel Cristina Tavares Facury³

Resumen

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.

Resumo

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

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.

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

Correspondencia

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

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

Con los avances de las ciencias, la revolución tecnocientífica y el dinamismo de la realidad contemporánea, la praxis médica y, consecuentemente, la relación médico-enfermo han sufrido profundas transformaciones. Estos cambios, abundantemente documentados en la literatura, revelaron la necesidad de repensar la actuación de los profesionales. Se observó entonces el rescate de elementos subjetivos de la comunicación con el enfermo, opuestos a los enfoques basados exclusivamente en datos objetivos y técnico-científicos.

Según Cardoso¹, el enfermo desea que su individualidad sea reconocida, lo que demanda del médico habilidades que van más allá de los saberes instrumentales. Por tanto, *el desafío es implementar esta relación como un momento de atención personalizada, [del cual] la información, que resulta de la comunicación[,] es un fundamento*². Con esto es posible ampliar horizontes en busca de novas posturas.

En este contexto, importa sumergirse en la realidad eminentemente humana en el exacto momento de mayor fragilidad y vulnerabilidad, es decir, cuando la enfermedad es vivenciada personalmente, por familiares o personas cercanas. En hospitales, clínicas o en cualquier otro entorno destinado a los cuidados de salud, hay algo latente, pero que no pasa inadvertido al observador atento, a quien se muestra con toda la crudeza: el enfermo se encuentra solo.

Este artículo analiza, por tanto, la relación médico-enfermo con base en el pensamiento del filósofo judío Emmanuel Levinas, más específicamente en su obra *Totalidad e infinito*³. Otro punto de partida será la bioética, que a lo largo de su desarrollo se dividió en al menos dos ramas, una más global, que analiza la ciencia de modo general, y otra que se ocupa de conflictos éticos producidos por el uso de tecnologías en la biomedicina. Esta última perspectiva es la que adoptamos aquí.

Al recurrir a Levinas, se trata de reconstruir la subjetividad ya no con base en centralidad del Yo, sino en la alteridad. En este artículo, sus ideas serán el *locus* filosófico que fundamenta un nuevo modo de pensar y actuar de manera ética, con el objetivo de señalar una bioética que se desplace del paradigma de la autonomía al de la vulnerabilidad.

Las bases de la ética del cuidado

El *Informe Belmont*⁴, producido por la Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos ante la Investigación Biomédica y Comportamental, en los Estados Unidos, dio

forma a una concepción particular: la bioética de principios. Esta rama principialista se fundamenta en el respeto a las personas, la beneficencia y la justicia para solucionar dilemas éticos en salud. Sin embargo, esta corriente ha sufrido muchas críticas, y se han propuesto alternativas, como las que dan mayor énfasis a una ética del cuidado, como la de protección, la personalista y la deliberativa.

La bioética de protección, propuesta por investigadores latinoamericanos, considera que el principialismo no permite enfrentar problemas presentes en la salud pública, por lo que propone un principio adicional, justamente el de la protección⁵. Su ética es la de la responsabilidad social, cuyos elementos son la gratuidad, el vínculo y la satisfacción de las necesidades esenciales del sujeto. Esta corriente se dirige sobre todo a pacientes “vulnerados”⁶, es decir, incapaces de protegerse, y no a los simplemente “vulnerables” (de hecho, todos los seres vivos). Por eso, el foco recae particularmente sobre problemas sanitarios e individuos cuya salud y bienestar son perjudicados por situaciones de escasez⁷.

A su vez, la corriente personalista, de fundamentación antropológica, se preocupa por el relativismo derivado de la amplitud del objeto de la bioética, afirmando que la primera cuestión a resolver tiene que ver con la esencia del ser humano, relacionada con la dimensión espiritual⁸. Partidario de esta perspectiva, Sgreccia⁸ propone los principios de defensa de la vida física, de la totalidad (o “terapéutico”), de la libertad y responsabilidad, de la subsidiariedad y de la solidaridad, con el fin de buscar una visión integral de la persona humana, sin reduccionismos ideológicos o biológicos. El personalismo resalta, por su principio de solidaridad, *el ser en el mundo con los otros*⁹ y la capacidad del “yo” de establecer relación con el “tú”, una vez que esta relación impide el individualismo subjetivista y el abandono del enfermo a sus dolores y angustias.

La bioética de deliberación, por su parte, presenta un sistema jerarquizado de valores en el que los principios de no maleficencia y justicia son superiores a los de autonomía y beneficencia, porque representan el bien común¹⁰. Gracia¹¹, fundador de esta corriente, actualmente propone un modelo de decisión centrado en valores, complementario a la jerarquía de principios. Según Siqueira¹², esta perspectiva se aleja de la imposición de normas como modelo deontológico y privilegia la relación dialógica entre el médico y el paciente.

Estas corrientes revelan el cuidado como tarea fundamental de la condición humana. Cuando uno cuida, ejerce su humanidad; cuando recibe cuidado, alcanza su plenitud. Esto cala en lo más profundo,

y no es el patrimonio de una profesión, sino el deber de todos. El cuidado integral es una obligación moral de los profesionales de la salud —velar por el bien del enfermo, adoptar una postura empática, caminar a su lado, ofrecerle ayuda discreta y no permitir que se dé cuenta de las dificultades que crea a su alrededor—. Cuidar a alguien es abrirse a la perspectiva del “nosotros”¹³.

Se requiere disponibilidad, preocupación por el otro y aproximación fraterna, con disposición para servir. El principio de justicia, que requiere la superación de prejuicios, debe presidir el cuidado. Superar la distancia física y ética, transformando al “tú” en prójimo, es esencial para que la proximidad se exprese en humanidad.

Con base en el diálogo y en la responsabilidad, el ser humano desea y busca un sentido para vivir humanamente. Esta sed de sentido, que también es metafísica, dignifica al ser humano, ya que su plenitud no depende solo de aspectos biológicos, sino también de aspectos simbólico-espirituales. En circunstancias de máxima vulnerabilidad, esta búsqueda se vuelve aún más intensa.

El sufrimiento cataliza el cuestionamiento del sentido de la vida. El enfermo siente la necesidad de construir sentido y, para ello, se indaga sobre nuevas posibilidades existenciales. Cuidar a un ser humano que sufre es construir dialógica y responsablemente el sentido de la existencia. Esto favorece una educación centrada en el otro, en el prójimo, en el diferente.

Las varias caras de la relación

Desde Hipócrates, la ética médica gira en torno a la idea de orden, lo que llevó a la concepción de que la relación médico-enfermo también debería seguir dicho precepto. Así, a lo largo del tiempo, se estableció el paternalismo, basado en dominio y sumisión. Este es el *logos* de la ética griega clásica, que consta en toda la historia de la medicina¹⁴.

Según Gracia¹⁴, en 1803, la obra de Thomas Percival, *Medical ethics*, inició la ruptura con el viejo paternalismo hipocrático. Inspirado en el criterio de beneficencia del juramento, el autor proponía que el enfermo tuviera más autonomía. En la comunicación entre médico y enfermo recomendaba decir la verdad, pero en casos de pronóstico desfavorable preveía que esta comunicación solo se hiciera a los familiares.

En los Estados Unidos, el paternalismo fue gradualmente sustituido principalmente por la

vía judicial, y el principio de autonomía terminó impuesto por la ética jurídica. Inicialmente, las acciones versaban sobre la negligencia médica o la impericia, y posteriormente se estableció la “agresión técnica”, cuando el médico interviene en el cuerpo del enfermo sin consentimiento. El delito y la noción de consentimiento fueron igualmente especificados por medio de demandas judiciales¹⁴.

Para Jean Clavreul¹⁵, el discurso médico elimina elementos como sufrimiento, angustia, alteraciones del sueño y del humor por ser incapaz de tratarlos o interpretarlos de forma científicamente aceptable. Eliminando cualquier otro discurso, incluido el del enfermo, el médico mantiene una visión totalitaria de no querer saber nada. Surgen entonces todos los elementos de un proyecto científico, objetivo y objetivante, en que la enfermedad se separa cada vez más de aquel que sufre con ella, distinguiéndose la *enfermedad del enfermo* y la *enfermedad del médico*¹⁶.

Además, la organización de los servicios, públicos o privados, impide que el enfermo conozca su diagnóstico, y el vocabulario técnico perjudica la relación e impone distanciamiento¹⁷. La concentración de los médicos en una unidad trata de disimular la deshumanización que se instaura. En la lógica de este discurso, humanizar los hospitales parece no tener otro efecto sino el de crear especialistas, y los enfermos sienten falta del médico de familia, a pesar de su reputación de menor competencia y especialización¹⁵.

La enseñanza actual, concebida a partir de reglas cartesianas, tiene visión organicista y parcial de la enfermedad, desconsiderando el ser humano en su totalidad y fragmentando el saber. El modelo brasileño, en particular, no ha sido capaz de ofrecer educación amplia, comprometida con valores fundamentales. Pero los médicos recién formados no encontrarán a enfermos aislados del contexto social, y por eso deberían estar comprometidos en enfrentar los problemas que la realidad del país impone. Situaciones como la de extrema pobreza impiden no solo que se garantice la asistencia, sino un derecho aún más fundamental: el derecho a la vida¹⁸.

Un estudio realizado en escuelas de medicina de Brasil señala que las disciplinas de ética o bioética ocupan menos del 1% de la carga horaria total del currículo, y su contenido suele restringirse a la deontología¹⁹. Sin embargo, en su artículo 23, la *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*²⁰ establece que Estados no deben ahorrar esfuerzos para promover la formación en este campo.

La educación debe favorecer el deber moral hacia el prójimo, un deber que asuma un carácter personal de relación, según el principio de valorar

al otro por ser otro²¹. Ser capaz de ayudar y reconocer la diferencia es enfrentar la fragilidad y la desaparición de la justicia en la conciencia del hombre contemporáneo. Esta invocación a la práctica define nuestra subordinación, nuestra responsabilidad y deuda con el otro. Pues este es el carácter que distingue a la justicia: ser una relación con el prójimo, que se realiza, antes de todo, en un acto exterior. Este acto reclama no solo intención, sino comprometerse, con determinación, a acercarse a los más vulnerables.

Vulnerabilidad: un principio

La historia de la bioética revela su fortalecimiento, su aplicación a la vida y su creciente influencia en la sociedad, que se ha manifestado en dos niveles: el de la reflexión (discurso) y el de la acción (práctica). El primero conduce a una visión lúcida de las cuestiones sin exactamente resolverlas, y el segundo actúa al proponer normas de conducta derivadas de principios humanos fundamentales, contribuyendo para la toma de decisiones.

La bioética no se limita a derechos y deberes²², y los principios tradicionales (autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia) no bastan para profundizar la reflexión. Se requieren otros, como el respeto a la vulnerabilidad, elevado a esta condición por primera vez en 1998 en la *Declaración de Barcelona*, como explica Neves²³. El término “vulnerabilidad” deriva de *vulnus*, “herida”, y puede considerarse prioritario porque expresa una realidad constitutiva y universal del ser humano, amenazando otros principios, como autonomía, dignidad e integridad²³.

A partir de la década de 1980, la noción de vulnerabilidad pasa a tener un sentido más amplio, derivado de la reflexión de filósofos europeos y posteriormente asimilado por la bioética. Uno de estos autores, Levinas, considera la vulnerabilidad una condición humana universal, un apelo a una relación no violenta entre el “yo” y el “otro”. En el cara a cara, el “yo”, vulnerable, se presenta como respuesta no violenta a la elección del otro, que lo hace ser. Esta es la condición humana, la subjetividad, presentada como vulnerabilidad y responsabilidad ética²³.

La vulnerabilidad no es un factor de diferenciación de personas y poblaciones, ni se puede eliminar reforzando la autonomía o el consentimiento²⁴. Esta es realidad constitutiva, inalienable e irreductible del humano, a quien se impone la responsabilidad como norma del actuar ético. Así, como resalta Neves, *de (...) calificadora de algunos grupos y personas, la vulnerabilidad pasa a*

[describir] *la realidad común del hombre; de característica contingente y provisoria, pasa a condición universal e indeleble; de factor de diferenciación (...) pasa a factor de igualdad entre todos; (...) del ámbito de la experimentación humana, pasa (...) [al] plan de la asistencia clínica y de las políticas de salud; de una exigencia de autonomía y de la práctica del consentimiento informado, pasa a la solicitud de responsabilidad y de solidaridad*²⁵.

La susceptibilidad de ser herido instaura el deber de no herir y fundamenta la ética como relación no violenta, con destaque para la necesidad de cuidar. Este estatuto aporta algo nuevo, pues un principio se impone a la conciencia como deber, y la vulnerabilidad pasa a formular una obligación moral. En su acepción particular, obliga a proteger los más frágiles —es decir, una acción positiva—, y en su sentido universal obliga a reconocer que todas las personas son vulnerables, exigiendo, por tanto, una acción negativa —abstenerse de cualquier perjuicio—, además de la solicitud para salvaguardar la dignidad humana. Este es el sentido de cuidado presente en la filosofía de Emmanuel Levinas.

En busca del infinito levinasiano

A finales del siglo XIX y durante el siglo XX, autores como Nietzsche, Freud, Heidegger y Foucault cuestionaron la filosofía moderna y su idea de subjetividad, centrada en el “yo”. Según Miranda²⁶, Levinas identifica esta subjetividad con el egoísmo, el interés, la permanencia en sí y la incapacidad de reconocer que el otro no es el *alter ego* del sujeto.

Dialogando con Husserl, Heidegger, Rosenzweig y Descartes, Levinas construye las categorías filosóficas desarrolladas en *Totalidad e infinito*³. En esta obra, no se ocupa de escribir una nueva ética, sino de demostrar que la ética debe ser el punto de partida de toda filosofía, denunciando la configuración de mundo que despersonaliza, silencia y comanda. La conciencia que este mundo produce no reconoce la alteridad, solo escucha a sí misma y borra a la humanidad, abarcando a todos los entes en una existencia sin rostro.

La totalidad somete los humanos a una universalidad impersonal y deshumana, y Levinas³ señala el problema de intentar crear al semejante generando una multitud de “mismos”. Esta violencia resulta de una razón solitaria que aborda científicamente el mundo, convirtiéndolo en objeto del conocimiento. Y esta autosuficiencia, o mistificación de la razón, se revela filosofía del poder.

En su análisis fenomenológica, Levinas³ reconstruye la subjetividad como acogida al otro y desarrolla la noción de infinito para romper con la totalidad. Concebir al otro desde esta idea significa asumirlo como alteridad, ya no pensar desde la centralidad del yo, sino de la acogida y de la hospitalidad.

Es por medio del lenguaje que el prójimo aparece al “yo” como exterioridad, como absolutamente otro. Para transponer el espacio que los separa, es necesario construir un puente para la comunicación que permita el intercambio y el diálogo. Es por medio de este diálogo que el enfermo surge como rostro que reclama responsabilidad incondicional, sin cualquier justificación normativa.

El infinito levinasiano en la relación médico-enfermo

El rostro que padece interpela, y cuando se invoca el “yo” surge el espacio para la relación ética, que inicia en el diálogo inaugurado en la presentación del Otro, por medio de la revelación del rostro²⁷. La responsabilización incondicional por este otro es propuesta por Levinas como un camino para reencontrar el sentido de la existencia humana, y el presente trabajo busca pensar este reencuentro a partir de la relación entre médico y enfermo.

Según Nodari, *el núcleo de la ética levinasiana es la denuncia del olvido del rostro (...), sentido que escapa a todo contexto y funda la propia ética*²⁸. Y, para Neves, *es Levinas quien primero tematiza filosóficamente la vulnerabilidad*, definiéndola como subjetividad, es decir, *relación con otro, en la dependencia del otro que lo hace ser*²⁹. El otro se revela en la relación que no signifique solo conocimiento para el médico, sino proximidad y acogida.

El “yo”, cerrado en sí mismo, solo puede conducirse hacia fuera, para más allá de sí mismo, haciéndose responsable de aquel que se coloca delante de él, por medio de la sensibilidad. Solo en esta apertura puede resurgir un nuevo “yo”, un “yo-para-el-otro”, que motiva la transformación individual y social. En la libertad se puede reconstruir la subjetividad, pues es por el sometimiento al otro que el “yo” no se enajena ni se esclaviza, sino que se libera. El humano nace de la salida de la dimensión ontológica en dirección al otro, en sentido único y sin retorno a sí mismo. La subjetividad carga el peso de la responsabilidad infinita por el otro, y la única manera (...) de confirmar la unicidad y la singularidad de la subjetividad es decir “aquí estoy”³⁰.

La proximidad inaugura una relación en la que el otro deja de ser solamente un rostro para irrumpir

como un prójimo. En este orden, el rostro ya no es un rostro, es el prójimo, que no solo debe ser visto, sino también acogido. Para Ribeiro Júnior³¹, solo hay sentido en inclinarse sobre el sufrimiento del otro si este aparecer como aquel que se revela en su dolor; de lo contrario, siempre hay el riesgo de que cualquier discurso se vuelva superficial.

Solo el otro puede revelar la dimensión y el alcance de su dolor. Por tanto, solo se puede trascender la indiferencia del discurso médico por la epifanía del rostro y de la proximidad. Es necesario romper con la racionalidad construida a lo largo de la historia de la medicina. La proximidad deseada anhela la mirada, la caricia, el tacto, la escucha, categorías esenciales a la práctica clínica, en la que el “yo” es siempre servidor del prójimo, es un hermano, ofreciendo fraternidad³².

El pensamiento de Levinas, como el de muchos filósofos, se desarrolla en diálogo con la tradición³³. En *Totalidad e infinito*³, el autor cuestiona la ontología de Heidegger y Husserl, señalando su insuficiencia ante la complejidad de la existencia y, más aún, la relación con la alteridad. Se revela entonces la necesidad de acoger, acercarse, buscar el infinitamente otro, la relación cara a cara y la sociabilidad, es decir, la ética.

El otro se revela e irrumpe en el rostro, y, a partir de esta apertura, surge efectivamente el sujeto, el enfermo. Así, la vulnerabilidad se revela en el horizonte filosófico de Levinas³, en la proximidad y en la asimetría de toda relación, vista ya no como esencia del ser que se abre para mostrar, sino como piel expuesta, en la herida y en la ofensa. La subjetividad manifestada en la vulnerabilidad del “yo” (médico) suscita el deseo metafísico del otro (enfermo) e interpela por la proximidad y responsabilidad infinita.

Desde esta perspectiva, la relación del médico con el enfermo deja de ser una relación expresamente dual e incluye a terceros (familia e institución). El profesional, entonces, es socialmente responsable de todas las personas próximas a su prójimo. En este nivel se incluyen todos aquellos que están cerca del paciente y casi siempre son descuidados por la práctica médica.

Con base en la filosofía de Emmanuel Levinas³, que contempla el otro en su infinita alteridad, se propone un nuevo modo de ser del médico. Es preciso proximidad, disponibilidad y preocupación fraternal con el paciente. No se puede prescindir del principio de justicia, que exige superar prejuicios y el distanciamiento a fin de que el enfermo se convierta en prójimo, tratado con humanidad. En este

esfuerzo, el rostro es fundamental, una vez que muestra el otro en su absoluta desnudez³¹. De este modo, como propone Ribeiro Júnior³¹, la bioética de la vulnerabilidad se encuentra con el pensamiento levinasiano en busca de nuevas formas de cuidar y actuar éticamente. Según el autor,

*la bondad, por tanto, se expresa y se realiza en la acogida concreta de otro y en el combate al horror del mal. Es de ese modo, en el seno de la ambivalencia, entre la manifestación de la gratuidad del mal y la irrupción de la santidad del Rostro, entre la violencia de la libertad y la bondad suscitada por el otro en el interior del sujeto, que se abre un fecundo espacio para la recuperación de la vulnerabilidad como categoría ética fundamental*³⁴.

La filosofía de Levinas desnuda el antihumanismo de la contemporaneidad, basado en el egoísmo y en la satisfacción de necesidades individuales. Por medio de la subjetividad pensada como ser para el otro, el autor presenta la apertura al prójimo como vulnerabilidad —punto central de este artículo—, llamando la atención a la responsabilidad implícita en esta noción. La sensibilidad comprendida de esta manera crea condiciones para un concepto ético de sujeto, concebido no desde principios universales, sino desde el contacto sensible que se hace en la proximidad. El pensamiento de Levinas es, por tanto, una invitación al cambio, que propone la búsqueda de sentido por la apertura al otro.

Consideraciones finales

Este artículo se propone al ejercicio de pensar la relación médico-enfermo con base en Emmanuel

Levinas, que entiende la vulnerabilidad como apertura al otro. Al reconocerse como vulnerable, el “yo” comprende la vulnerabilidad del prójimo y la necesidad de cuidar, responsabilizarse por él y ser solidario, en lugar de explotarlo por esta condición.

Esta perspectiva revela la subjetividad como la susceptibilidad a ser herido, sensibilidad, desinterés, proximidad, e implica acoger la alteridad en el encuentro cara a cara. Por eso el rostro es tan importante. Es él el que clama y exige justicia, denunciando una sociedad que niega la condición humana y enunciando el descubrimiento de la alteridad, que hace surgir un nuevo yo, un “yo-para-el-otro”, para quien el prójimo es hermano.

El pensamiento de Emmanuel Levinas desnuda la realidad antihumanista de la contemporaneidad. Acercando la bioética a la vulnerabilidad, este pensamiento puede ayudar a reconstruir la subjetividad, concibiéndola como acogida al otro y espacio donde la proximidad conduce a la justicia, en el sentido de pura responsabilidad.

El humano es social por su propia condición y no subsiste aisladamente, lo que *exige un modo específico de actuar en la respuesta no violenta de cada uno al otro, una acción responsable y solidaria, instaurando una ética de fundamentación antropológica*²⁵. Esta visión, alternativa a la perspectiva centrada en la autonomía individual, recupera la condición simbólica del ser humano y enfatiza emociones, sentimientos y deseos, cuestiones relativas a la vida, pero que permanecen al margen de la reflexión bioética. Todo esto debe conducir a la ayuda mutua con el fin de enfrentar las insuficiencias de la desnudez absoluta del otro, reconociendo esta realidad aparentemente paradójica que Paulo de Tarso formuló al decir: *cuando soy débil, entonces soy fuerte*³⁵.

Referencias


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. Principios 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. Florian 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 principalista: 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.


Participación de los autores

Todos los autores participaron igualmente en la elaboración del trabajo.


Waldir Souza

 0000-0002-4332-2822

Nilo Ribeiro Júnior

 0000-0003-1100-718X

Isabel Cristina Tavares Facury

 0000-0002-1609-4641

