

Suscetibilidade: novo sentido para a vulnerabilidade

Leonor Duarte de Almeida

Resumo Este trabalho analisa a importância do conceito de vulnerabilidade em bioética e seu alcance na relação com a autonomia do sujeito. Insere a questão no contexto sociocultural contemporâneo, no qual predomina a dificuldade em dialogar com a vulnerabilidade. Assume a presença da vulnerabilidade em todos os processos humanos, como substantiva ao homem, recorrendo ainda a textos atuais para estabelecer seu significado antropológico e seu emprego nas reflexões relacionadas com a investigação. Sustenta que a consciência da vulnerabilidade é importante para alimentar a razão crítica, apontando como necessário que a vulnerabilidade seja pensada dialeticamente, como um outro braço da autonomia, enquanto capacidade de decisão e proteção. Ao estabelecer a diferença entre vulnerável e suscetível, enquadra o processo de envelhecimento, transversal ao ser humano, admitindo uma inovadora abordagem na prática clínica.

Palavras-chave: Vulnerabilidade. Bioética. Autonomia pessoal. Envelhecimento.



Leonor Duarte Almeida

Médica oftalmologista graduada no Hospital de Santa Maria, Lisboa, docente em Oftalmologia na Faculdade de Medicina de Lisboa (FM/Lisboa), mestre em Bioética pelo Centro de Bioética da FM/Lisboa e doutoranda em Bioética no Instituto de Bioética da Universidade Católica Portuguesa (UCP), Lisboa, Portugal

*“A vulnerabilidade é bela.
Uma flor natural só é perfeita e bela,
Porque tem a chance de conhecer a vida e a morte.
Uma flor de plástico é impassível, invulnerável,
Mas não é nada”
Alastair Campbell ¹*

A exigência de proteção aos indivíduos vulneráveis aplica-se a pessoas incapazes de exercer sua liberdade, por contingências físicas, naturais e a grupos incapazes por consequências sociais e políticas. Encarada como capacidade ou liberdade limitadas, a ideia de vulnerabilidade aplica-se a grupos específicos que por alguma circunstância física, psíquica ou social (incluindo também o aspecto econômico) poderão ser considerados vulneráveis, sendo importante a exigência ética de sua defesa.

A categoria *vulnerabilidade*, tal como a concebe a bioética, coloca a questão da dificuldade em lidar com essa condição no contexto socioeconômico e profissional, principalmente em relação à área da saúde. Este artigo retoma a reflexão sobre o tema, iniciada em artigo anterior, discorrendo sobre as especificidades da categoria vulnerabilidade e os reflexos dos dilemas a ela relacionados nas perspectivas pessoal e profissional ².

Significando vulnerabilidade

O significado da palavra vulnerabilidade introduz a ideia inovadora de a definir como princípio, considerando os grandes textos de reflexão ética nos quais lhe é dado, para além de um sentido adjetivo e preciso, um sentido formal, substantivo, próprio a todo ser humano. A noção de vulnerabilidade protagoniza então dois sentidos: como *característica* com função adjetivante, mais restrito, e com *função nominal*, mais amplo, remetendo à concepção antropológica como fundamento da ética ³. A confluência desses sentidos é testemunhada no art. 8º da *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos* ⁴, da Unesco, que enuncia a obrigatoriedade do respeito pela vulnerabilidade humana, bem como pela integridade pessoal ⁵.

Todo princípio exprime uma obrigação que se impõe à consciência moral sob a forma de um dever a ser cumprido. O aspecto fundamental da *vulnerabilidade* como princípio ético seria o de formular essa obrigação de ação moral. A vulnerabilidade como princípio obrigaria a reconhecer que todas as pessoas são vulnerá-

veis em essência e podem ser feridas por outrem, exigindo-se, portanto, respeito para a abstenção de qualquer prejuízo (ação negativa), mas também uma ação positiva na exigência de zelo, cuidado e solicitude para com a vulnerabilidade inerente ³.

Assim, a vulnerabilidade humana *deve* – por princípio – ser tomada em consideração, o que corresponde ao seu reconhecimento como traço da *condição humana*, considerando a finitude e fragilidade de todos os seres, cuja existência é marcada pela exposição permanente a ser ferido. Essas condição e situação, que funcionam como pedido de apoio ou de ajuda, devem ser entendidas como condição persistente (enquanto seres limitados e mortais) e como situação dada (nas quais limites e *feridas* se verificam concretamente) ^{3,5}.

O respeito pelo princípio da autonomia das pessoas (art. 5º da referida declaração) ⁴ não pode se limitar a situações de não invasão da autonomia do outro, mas determina o apoio necessário para enfrentar insuficiências e construir essa mesma autonomia. Ambas – autonomia e vulnerabilidade – são pilares que funcionam em articulação, devendo a autonomia ser pensada em *função* da vulnerabilidade, como componente indispensável, sendo esta entendida como pedido de apoio ou de suporte ³.

Nessa perspectiva dicotômica a vulnerabilidade pode ser entendida como categoria necessária para que a própria autonomia se possa consubstanciar, exprimindo-se sob a razão crítica. Grupos particularmente vulneráveis

devem ser protegidos sempre que a *inerente vulnerabilidade humana* se encontre agravada por circunstâncias várias, diz a Declaração de 2005 (art. 7º) ⁴. É notável a crescente valorização da temática da vulnerabilidade a partir dos anos 90, que se evidencia nos vários documentos fundamentais de índole ético-jurídica e alcance internacional.

A vulnerabilidade e a redução da autonomia são fenômenos que podem estar ou não associados, pois a perda de autonomia pode ser reversível e indivíduos vulneráveis poderão ser autônomos. A autonomia pode ser encarada como um conceito ético e individual, enquanto a vulnerabilidade poderá pressupor o estabelecimento de relações desiguais entre indivíduos ou grupos, se encarada num sentido adjetivante. Tal desigualdade pode estabelecer-se por razões sociais, culturais, educacionais, econômicas ou sanitárias, entre outras, dentre as quais o envelhecimento será um exemplo, em sentido mais substantivo, por ser inerente a todos os seres humanos.

O respeito pelo princípio da dignidade da pessoa deve estar subjacente a qualquer atuação. A expressão da autonomia inspira-se na noção de que é autônoma a pessoa maior de idade, capaz de decidir livremente sobre questões da sua vida ou da de seus dependentes e, conseqüentemente, suportar as decorrências de suas decisões. Nas áreas biomédicas e na pesquisa aplicada o respeito pela autonomia do sujeito concretiza-se no chamado consentimento após informação, ou consentimento (livre e) esclarecido, no qual a permissão é fornecida por cada sujeito individualmente, não sendo etica-

mente possível a alguém consentir por outro que possua autonomia plena ⁵. Nessa perspectiva cabe a situação do idoso que poderá estar sujeito a circunstâncias que o limitem tanto na capacidade de decidir livremente como na de assumir as conseqüências da decisão.

A vulnerabilidade é, portanto, uma categoria *sui generis*. Pode ser aplicada a qualquer ser vivo, o qual pode ser ferido, de acordo com o sentido da palavra latina *vulnus*, mas não o será *necessariamente*. Ou seja, a *potencialidade* inserida no termo não pode ser confundida com a chamada *vulneração*, de acordo com a distinção entre a potencialidade e o ato em si ⁶⁻⁸. Nesta ótica, o ser vulnerável é alguém que possui cidadania frágil, que não consegue exercer seu direito à integridade física e psicológica como condição de acesso à plenitude existencial em sociedade.

O termo vulnerabilidade com sentido adjetivante tem sido frequentemente utilizado nos vários documentos internacionais relacionados com investigações experimentais, de que é exemplo o Relatório Belmont ⁹. Essa concepção e uso têm implícita a obrigatoriedade de defender tais grupos. Tal pressuposto é também enunciado na *Declaração de Helsinque* ¹⁰, para indicar não *condições potenciais*, mas condições que podem ser *atuais*, como as que podem ser identificadas em grupos, segmentos e populações específicas. Nesses casos, o conceito *vulnerabilidade* aponta para além das condições genéricas da noção de “*vulnerável*”, revelando as características da *vulneração*, como é o caso dos grupos de pessoas institucionalizadas, desprotegidas, órfãos, prisioneiros

ros, idosos, bem como judeus e outros grupos étnicos ou religiosos considerados inferiores. Assim, como visto, essa noção elástica pode estender-se até mesmo a povos ou particularizar-se em grupos minoritários ou socialmente desfavorecidos.

A obra clássica de Beauchamp e Childress ¹¹, inspirada nas conclusões do referido relatório, introduziu a corrente teórica denominada Principlismo, com os quatro princípios: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. O respeito pelas pessoas (autonomia) incorpora duas convicções éticas: a de que as pessoas devam ser tratadas com autonomia e a de que as pessoas cuja autonomia está diminuída, vulneráveis, deverão ser protegidas ¹². Os quatro princípios passaram a ser sempre utilizados no domínio da experimentação humana.

Vários documentos internacionais reafirmam esse âmbito conceitual e o mesmo sentido adjetivante da vulnerabilidade. Destacam-se o *International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects* ¹³, do Conselho Internacional da Organização de Ciências Médicas e Organização Mundial da Saúde (Cioms/OMS), a *Universal Declaration on the Human Genome and Human Rights* ¹⁴, da Unesco, em 1997, ou a *Declaração de Helsinque* ¹⁰.

Embora esses documentos restrinjam a noção de vulnerabilidade ao âmbito da pesquisa e ao uso adjetivante, a vulnerabilidade está presente em todo indivíduo e nas diversas fases de sua vida. Além desse sentido, o conceito pode ser ampliado especificando indivíduos mais suscetíveis que, por falta de estrutura familiar, edu-

acional, econômica ou social, tenham se tornado suscetíveis ou sujeitos a diversas influências sobre suas ideias, pensamentos ou capacidade de agir de acordo com a própria escolha.

A diferença entre suscetibilidade e vulnerabilidade como processos existenciais distintos considera vulnerável a pessoa intacta, mas sob o risco intrínseco de ser ferida, e suscetível como a em situação na qual efetivamente sofre por deficiência ou desvantagem, o que a predispõe a sofrer ainda dano suplementar ¹⁵. Essas diferentes formas de conceituar e tratar a vulnerabilidade permitem que à suscetibilidade se possam aplicar medidas específicas desenhadas e aplicadas de modo ativo. Deste modo, reduz-se a vulnerabilidade intrínseca neste duplo cuidado.

A condição humana é assim marcada por extenso grau de fragilidades devido às características temporal e finita da própria vida humana, só se podendo aprender a viver em segurança quando se reconhece a própria vulnerabilidade e a vulnerabilidade do outro, protegendo-as e sabendo conviver com elas ^{3,6}. Nesta concepção, o respeito pela dignidade da pessoa humana significa acima de tudo a promoção de sua capacidade de pensar, decidir e agir. Por isso, respeitar a autonomia de outrem é não apenas reconhecer a sua autodeterminação, mas ajudar a pessoa a ir ao limite de si mesma e a escolher o que está de acordo com o sentido próprio de respeito à dignidade humana.

Numa sociedade perspectivada para o sucesso a ocultação da vulnerabilidade pode ser uma tentação, que decorre da dificuldade de convi-

ver com as fragilidades. Essa ocultação terá uma incidência sobre o próprio sujeito que se imagina autônomo. Ao contrário, valorizando a vulnerabilidade o sujeito elabora as suas decisões tendo em conta os limites e condicionamentos de sua própria liberdade. Isto significa que o reconhecimento da vulnerabilidade tem em si mesmo uma função metodológica no próprio estabelecimento da autonomia ⁷.

Pode-se tomar como exemplo as atitudes dos profissionais de saúde com doentes idosos com patologia ocular incapacitante, tal como relatado em artigo anterior ². Como verificado nesses casos, é preciso considerar não apenas a vulnerabilidade dos doentes, mas, também, a dos próprios profissionais. Ao levar a sério a vulnerabilidade o sujeito elabora suas decisões tendo em conta os limites e condicionamentos de sua própria liberdade.

O reconhecimento da própria vulnerabilidade é, portanto, o ponto de partida para uma construção que possibilita o encontro construtivo com o *outro* e as medidas necessárias para superar as próprias fragilidades. Dito de outro modo, o respeito ao outro é um valor absoluto para sermos nós mesmos. O reconhecimento da vulnerabilidade implica na consciência de que o outro também terá necessidade de nós para ser ele próprio. O que interessa compreender nesse processo é a conexão entre os sujeitos sociais; é que cada um reconheça em si mesmo a parte que pertence ao outro. É esse reconhecimento que favorece, na prática, a dinâmica trans-individual, na qual a vulnerabilidade manifesta-se como carência do outro ^{12,16,17}.

Vulnerabilidade no envelhecimento

A vulnerabilidade com este duplo sentido, adjetivante e substantivo, está bem patente no processo do envelhecimento que escolhemos como paradigma do conceito de vulnerabilidade como condição e princípio. O atual crescimento da população idosa, decorrente do aumento da expectativa de vida nos países civilizados, evidencia esse processo fisiológico natural pelo qual todos os seres vivos passam, que é a fase da vida na qual ocorrem as maiores mudanças biopsicossociais, não devendo tal acontecimento ser encarado como a etapa que antecede a morte ¹⁸. É justamente quando se chega ao auge da maturidade (e não quando a nossa vitalidade declina) que as questões da autonomia e da vulnerabilidade se cruzam e provocam discussões éticas, havendo como consequência maior interesse pelos problemas da velhice dos pontos de vista médico, ético, social e econômico.

A gerontologia é uma ciência moderna com história antiga ¹⁹, que se afirma por meio dos fenômenos que fazem parte da história do ser humano. A velhice exprime-se como fenômeno relativo, no qual o fator *tempo* exhibe diversas medidas, pois o valor de um ano de vida para uma criança é relativamente diferente de igual período de vida num idoso. Assim, o tempo interior não é igual para todas as pessoas ou acontecimentos ²⁰, bem como a vida da humanidade é apenas um momento, se comparada ao tempo geológico.

Além disso, o organismo não envelhece uniformemente, existindo um desequilíbrio

sucessivo entre ganhos e perdas, motivado pelo declínio de recursos biológicos e cognitivos²⁰. Em decorrência, há órgãos ou sistemas mais velhos do que outros num mesmo organismo, embora a sociedade fundamente as suas regras para tomar decisões no tempo cronológico. As capacidades funcionais são, todavia, afetadas pela idade biológica e não cronológica.

O envelhecimento como fenômeno universal inerente à vida não segue uma evolução linear, sendo um processo lento, que se acelera durante as últimas fases da vida, constituindo o homem um sistema biológico dentro de um outro maior – o ecossistema, com o qual está em permanente interação. Para entender o envelhecimento como parte da vida, há que se compreender o processo que o produz, quer durante a fase evolutiva da juventude quer na fase insidiosa da senescência, que começa na idade adulta. O aumento da expectativa de vida é um fenômeno dinâmico, onde as transformações que surgem no indivíduo pelo envelhecimento normal não são limitadas ao aspecto físico, mas condicionadas também pelo psíquico, ainda que tal declínio seja contrabalançado pela associação de novas nuances, criadas pela idade.

O desenvolvimento deste processo está condicionado por fatores intrínsecos e extrínsecos inter-relacionados, havendo variações de modalidades de senescência entre as diferentes populações humanas (e mesmo individuais dentro da mesma população), que se estendem desde aquelas originadas por causas genéticas e fatores de risco até as doenças

intercorrentes, ou outras vulnerabilidades com sentido adjetivante. À medida que compreendem as alterações biopsicossociais que ocorrem ao longo do envelhecimento, os profissionais de saúde têm a possibilidade de se aproximar deste universo, o que pode ajudá-los em sua atuação, amenizando dificuldades e colaborando para que o idoso se adapte melhor à sua realidade e não deixe de exercer a sua autonomia.

Funcionando como agentes de mudança os profissionais de saúde que lidam com idosos serão capazes de ajudar o outro a encarar suas fragilidades e vulnerabilidades, investindo nas relações interpessoais e familiares. Contudo, esse papel de agente de mudança ressalta, muitas vezes, a própria vulnerabilidade desses profissionais, a qual resulta das carências de formação filosófica e ética. A consequência imediata dessa falha na formação expressa-se no fato de se tornarem profissionais incapazes de fazer da bioética um instrumento político, que garanta a proteção e não exploração de indivíduos vulneráveis. Essa vulnerabilidade não deverá ser entendida apenas num sentido de fragilidade momentânea potencialmente reversível, mas sim como um princípio substantivo comum a todo ser humano que nasce, se desenvolve e naturalmente envelhece.

Para a manutenção da qualidade de vida é fundamental a manutenção do respeito pela autonomia do sujeito. No que concerne à velhice, esta deve ser percebida como uma fase de valorização, proveniente de experiências e maturidade, porque o idoso está no acme da sabedoria, e essa autonomia – enquanto prin-

cípio que se pretende e quer instituir – é indissociável do outro princípio da vulnerabilidade, substantivo ao homem que ao envelhecer segue um trajeto comum a todo ser humano, que se expõe a ser ferido como etimologicamente significa a própria palavra.

Como, na maioria das vezes, a sociedade desvaloriza o idoso associando-o a preconceito, deve priorizar-se o trabalho de valorização da velhice. À família caberá papel fundamental como fonte de segurança, para que as opiniões do idoso sejam ouvidas e executadas. Para além de ter que conviver com doenças crônicas é muitas vezes nesta fase que o preconceito, a discriminação, a baixa auto-estima, o abandono e a solidão surgem, estando o idoso numa posição de vulnerabilidade adjetiva, e mesmo de suscetibilidade, até perder sua autonomia como expressão de independência para realizar e decidir por seus próprios meios.

A consciência desta vulnerabilidade traduz o risco de poder ser ferido na exposição aos outros. Neste encontro de vulnerabilidades há um apelo ético à verdade e uma exigência assente no respeito pelas integridades físicas e psicológicas, bem como pela promoção da autonomia. O envelhecimento a que todos estamos sujeitos é ainda mais manifesto com o aumento da esperança média de vida, dado o contributo das biotecnologias.

É em si mesmo um espaço onde se experimenta a vulnerabilidade do ser e se questiona o projeto de vida restante, colocando-nos muitas vezes na charneira da natureza humana. O envelhecimento traz algumas limita-

ções que se tornam para qualquer profissional de saúde e para o próprio paciente uma área de dificuldades, mas também de possibilidades e oportunidades.

A vulnerabilidade do idoso convoca também a ética da diferença, pois além de acolher a humanidade comum a todos os seres humanos permite que se descubra o verdadeiro rosto de cada um, personalizando a ação de cuidar o outro vulnerável que está sob os nossos cuidados, o qual tem dignidade intrínseca. A vulnerabilidade do idoso apela a essa consciência ética, mas o próprio idoso, enquanto ser humano, encerra em si mesmo o risco de vir a ser ferido. É esta dualidade de vulnerabilidades que leva a prática médica ao encontro de duas vulnerabilidades que se conjugam mutuamente. Acolher esse outro vulnerável exige respeito, consubstanciado no reconhecimento de que é um ser único, dotado de autonomia.

Toda a nossa sociedade ocidental foi concebida como um universo para o adulto jovem em estado de saúde suficientemente bom para cumprir funções de atividade produtiva. Esta especialização de uma sociedade de adultos para adultos, gerada por adultos, explica as diferenças e dificuldades para elaborar políticas para o envelhecimento²⁰ que envolvam o respeito pelo princípio da autonomia em indivíduos considerados vulneráveis.

O envelhecimento não é uma doença e não pode ser evitado. A pessoa vulnerada pelo envelhecimento é qualquer uma de nós que tenha a sorte de viver o suficiente para envelhecer. Todos estamos inseridos no mesmo

processo fisiológico de evolução da espécie humana ²¹. Contudo, as pessoas idosas formam um grupo especialmente vulnerável da população, exposto a doenças que muitas vezes se desenvolvem de forma insidiosa e assintomática durante longo período, as quais, quando se manifestam, podem encurtar abruptamente a duração de sua vida. Por esse motivo os comportamentos geradores de mais saúde e qualidade de vida para o indivíduo idoso constituem, na essência, uma extensão da consciência ética.

A Organização das Nações Unidas (ONU) considera o período entre 1975 a 2025 como a *Era do envelhecimento*, admitindo como fatores preponderantes para o envelhecimento populacional o declínio da natalidade e da mortalidade ²². Condicionam esses fatores as variáveis acessibilidade aos métodos anticoncepcionais, melhoria das tecnologias em saúde, domínio de doenças infectocontagiosas, melhoria no saneamento básico. Dados recentes mostram que em Portugal a população idosa já ultrapassa em número a população jovem ^{23,24}.

Com a chegada do envelhecimento populacional, a sociedade – no respeitante à estruturação social – deverá estar preparada, fazendo-se necessária a implementação de estratégias educacionais, políticas e sociais voltadas para a promoção da saúde tanto dos idosos como daqueles que o serão no futuro. O crescimento do envelhecimento populacional e a necessidade da mudança de concepção do homem no processo de envelhecer é transversal à própria sociedade civil. Para efetivamente respon-

der a tal imperativo deve-se promover a inclusão de conteúdos específicos sobre o envelhecimento humano na formação acadêmica do profissional de saúde, colaborando positivamente no desenvolvimento de uma nova cultura sobre a velhice e desmistificando os preconceitos existentes.

Considerações finais

O preâmbulo da Carta da OMS, de 1946, define saúde *como um estado de bem-estar físico mental e social não constituindo apenas ausência de doença ou enfermidade, e gozar da maior saúde possível constitui um dos direitos fundamentais do ser humano, independentemente da sua raça, sexo, religião, opinião política, condição social e econômica, ou idade* ²⁵. A concepção de saúde anterior, restrita ao tratamento da doença, foi substituída por outra concepção mais ampla de defesa global da saúde do homem. Sob esse parâmetro a promoção e proteção da saúde no indivíduo são é um passo indispensável que precisa ser dado antes que se manifeste a redução da saúde.

No idoso é particularmente difícil fazer a distinção nítida entre estado de doença e estado de saúde entendida como total bem-estar físico, psíquico e social, porque a prevenção no domínio gerontológico tem por finalidade passar de um objetivo máximo e absoluto (conservação total do estado de saúde) para um objetivo mínimo e relativo de conservação da capacidade de se bastar a si próprio, o que é aceitável se considerarmos as características dos indivíduos idosos, a

que se prende o conceito de autonomia e de vulnerabilidade.

A abordagem do ponto de vista de saúde social deve ser adequada a cada um dos grupos e, por isso, uma política de saúde para os idosos deve ser desenvolvida de forma intersectorial, com parcerias com ministérios, sociedade civil e famílias, e previamente definida em função dos aspectos demográficos e epidemiológicos de cada país, porque o envelhecimento afeta indivíduos e sociedade, e envelhecer com saúde, autonomia e independência constitui, hoje, um desafio e uma responsabilidade individual e coletiva.

Os idosos do século XXI serão porventura diferentes dos de gerações anteriores. Terão nível de instrução mais elevado e também mais saúde, viverão mais anos e seguramente com mais qualidade, e a sociedade adotará estilos de vida adequados aos novos padrões e realidades. Mas reconhecer a vulnerabilidade na pessoa idosa é, sobretudo, reconhecer em todos nós a beleza da vida. É saber que desde o nascimento passaremos a envelhecer, dinamicamente, apresentando fragilidades e riscos de ser feridos. E é nesse imponderável que reside justamente a magia da biologia e o papel regulador da bioética.

Resumen

Susceptibilidad: nuevo sentido para la vulnerabilidad

Este trabajo analiza la importancia del concepto de vulnerabilidad en bioética y su alcance en la relación con la autonomía del sujeto. Insiere la cuestión en el contexto sociocultural contemporáneo, en el cual predomina la dificultad en dialogar con la vulnerabilidad. Asume la presencia de la vulnerabilidad en todos los procesos humanos, como substantiva al hombre, recurriendo asimismo a textos actuales para establecer su significado antropológico y su empleo en las reflexiones relacionadas con la investigación. Sustenta que la consciencia de la vulnerabilidad es importante para alimentar la razón crítica, apuntando como necesario que la vulnerabilidad sea pensada dialécticamente, como otro brazo de la autonomía, en tanto capacidad de decisión y protección. Al establecer la diferencia entre vulnerable y susceptible, encuadra el proceso de envejecimiento, transversal al ser humano, admitiendo un innovador abordaje en la práctica clínica.

Palabras-clave: Vulnerabilidad. Bioética. Autonomía personal. Envejecimiento.

Abstract

Susceptibility: a new meaning for vulnerability

This study analyzes the importance of vulnerability concept in bioethics and its scope related to autonomy of the subject. It inserts the issue in contemporary socio-cultural context, where difficulty to dialogue with vulnerability predominates. It assumes the presence of vulnerability in every human process as substantive to Men, recurring still to current texts to set its anthropological meaning in reflections related to the research. It supports that awareness of vulnerability is important to feed critical reasoning by pointing as needed that vulnerability be thought dialectically as another arm of autonomy, while capacity for decision and protection. It sets aging process, transversal to human being, by establishing the difference between vulnerable and susceptible, admitting an innovative approach to clinical practice.

Key words: Vulnerability. Bioethics. Personal autonomy. Aging.

Referências

1. Campbell A. apud Cohen C. A vulnerabilidade do pesquisador [slides] [acesso 10 abr 2009]. São Paulo. Disponível: http://www.hcnet.usp.br/adm/dc/napesq/III_simposio/ Apresenta%E7%E3o%20Prof.Dr.%20Claudio%20Cohen.ppt.
2. Almeida LD. Princípios da vulnerabilidade e autonomia no processo de envelhecimento. *Revista Ordem dos Médicos* 2009 maio;25(101):16-9.
3. Neves MCP. Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio. *Revista Brasileira de Bioética* 2006;2(2):157-72.
4. Unesco. Universal Declaration on Bioethics and Human Rights. Paris: Unesco; 2005 [cited 10 apr. 2009]. Available: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180E.pdf>.
5. Anjos MF. A vulnerabilidade como parceira da autonomia. *Revista Brasileira de Bioética* 2006; 2(2):173-85.
6. Osswald W. Desafios postos pela vulnerabilidade aos pesquisadores. *Revista Brasileira de Bioética* 2006;2(2):248-53.
7. Schramm FR. A saúde é um direito ou um dever? Uma autocrítica da saúde pública. *Revista Brasileira de Bioética* 2006;2(2):187-200.
8. Schramm FR. Información y manipulación: como proteger los seres vivos vulnerados? La propuesta de la bioética de la protección. *Revista Brasileira de Bioética* 2005;1(1):18-27.
9. The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. Belmont Report: ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research, 18 April 1979. Bethesda: Office of Human Subject Research; [cited 10 Apr

- 2009]. Available: <http://ohsr.od.nih.gov/guidelines/belmont.html>.
10. World Medical Association-WMA. Declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects [internet]. Tokyo: WMA; 2004 [cited 10 Apr 2009]. Available: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>.
 11. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 5th. rev. New York: Oxford University Press; 2001.
 12. Kahn A, Lecourt D. Bioéthique et liberté: entretien réalisé par Christian Godin. Paris: Presses Universitaires de France; 2004. p. 38.
 13. Council for International Organizations of Medical Sciences. International ethical guidelines for biomedical research involving human subjects [internet]. Geneva: Cioms; 2002 [cited 10 Apr 2009]. Available: http://www.cioms.ch/publications/guidelines/guideline_nov_2002.blurb.html.
 14. Unesco. Universal Declaration on the Human Genome and Human Rights; 1997. (cited 10 Abr. 2009) Available: http://portal.unesco.org/en/ev.php-URL_ID=13177&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html.
 15. Kottow MH. The vulnerable and the susceptible. *Bioethics* 2003;17(5-6):460-71.
 16. Kahn A, Lecourt D. Op. cit. p. 40.
 17. Lévinas E. Éthique comme philosophie première. Paris: Rivages; 1992.
 18. Júnior J. O processo de envelhecimento: uma vida, uma história, um século. Lisboa: Almedina; 1994. p.123-6.
 19. Burstein SR. Gerontology: modern science with a long story. *Postgrad Med J* 1946;22(249):85-190.
 20. Júnior J. Uma sociedade constituída para um adulto saudável. In: Júnior J. Op. cit. ; 1994. p. 130-3.
 21. Schroots JJ. Psychological models of aging. *Can J Aging* 1995;14(1):44-66.
 22. Palma LTS. Educação permanente e qualidade de vida: indicativos para uma velhice bem sucedida. Passo Fundo: UPF; 2000. p 12-4.
 23. Instituto Nacional de Estatística de Portugal. O envelhecimento em Portugal: situação demográfica socioeconómica recente das pessoas idosas [internet]. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística; 2002 [acesso 10 abr 2009]. Disponível: <http://www.advita.pt/download.php?d13e4f69f3f3f1239838d39a459cd46c>.
 24. Rosa MJV. Portugal e a União Europeia, do ponto de vista demográfico, a partir de 1960. In: Barreto A, organizador. A situação social em Portugal, 1960-1999. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais; 2000. p. 419-51.
 25. Constitution of the World Health Organization. Basic Documents [internet]. Genebra: OMS; 1946 [cited 10 Apr 2009]. Available: http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/constitution.pdf.

Recebido: 25.9.2009

Aprovado: 11.11.2010

Aprovação final: 16.11.2010

Contato

Leonor Duarte de Almeida - leonorduartealmeida@gmail.com

Av. Manuel da Maia nº 42 - 4º dto 1000. 203. Lisboa, Portugal.