

## Bioética e gênero

Débora Diniz

**Resumo** A partir de breve histórico sobre a construção da interface entre os estudos de gênero e a bioética, este artigo explora três temas relevantes às mulheres, que vêm sendo abordados e discutidos nesse novo campo: a objeção de consciência, a pesquisa clínica com mulheres e o envelhecimento. Esses três temas, nos quais a tradicional assimetria das relações entre os sexos é analisada sob a perspectiva de gênero, ganham especial relevância quando se considera o impacto do individualismo e das estruturas do mercado na dimensão simbólica e no comportamento social. Aponta que esses exemplos mostram que a perspectiva de gênero esteve presente desde a gênese da reflexão e análise no campo da bioética, concluindo que o reconhecimento da sensibilidade de gênero para o ensino do raciocínio ético e para as proposições em bioética, é um dos desafios já incorporados pela primeira geração de pesquisadores em bioética no Brasil.

**Palavras-chave:** Bioética Feminista. Gênero. Transexualidade. Novas tecnologias reprodutivas. Medicalização. Bioética. Feminismo. Direitos humanos e saúde.



**Débora Diniz**

Doutora em Antropologia pela Universidade de Brasília, professora adjunta da Universidade de Brasília e pesquisadora do Instituto de Bioética Direitos Humanos e Gênero (Anis), integra a diretoria da *International Association of Bioethics* (IAB)

A Bioética é um campo do conhecimento na interface de diferentes saberes. Por ser um campo emergente, uma de suas características é a disputa entre os especialistas pelos fundamentos epistemológicos e objetos de pesquisa<sup>1,2</sup>. Não é simples definir as fronteiras do campo, mas alguns consensos começam a surgir. Um deles é o que entende a bioética como um campo aplicado aos conflitos morais em saúde. Na América Latina, há uma preferência pelos temas relacionados à reprodução biológica, à pesquisa com seres humanos e ao fim da vida. É exatamente a partir do cenário temático da região que a bioética se aproximou dos estudos de gênero e feministas.

O campo dos estudos de gênero era já uma área sólida do conhecimento quando a bioética passou a fazer parte dos cursos de pós-graduação em saúde coletiva no Brasil, nos anos 1990. A aproximação da bioética e dos estudos de gênero se deu por dois caminhos. O primeiro, pelo reconhe-

cimento de que gênero é uma variável de pesquisa para a compreensão e análise dos conflitos morais em saúde. O segundo caminho se deu pelo diálogo com as teorias de gênero sobre desigualdade, vulnerabilidade, sexualidade, corpo e reprodução. Na verdade, a emergência da bioética internacionalmente coincidiu com a ascensão dos estudos feministas na Filosofia, o que fez com que a Bioética Feminista participasse da gênese do campo como uma perspectiva analítica que se consolidava em outras especialidades <sup>3,4</sup>.

Os estudos de gênero foram formalmente instituídos em meados do século passado, como uma especialidade das ciências humanas, que buscava compreender como os papéis do masculino e do feminino eram definidos e incorporados por diferentes grupos sociais. Foram os estudos de gênero que mostraram que as definições de masculino e feminino resultavam da socialização e não significavam uma ditadura da natureza <sup>5</sup>. A expressão *nascemos machos e fêmeas e aprendemos a ser homens e mulheres* <sup>6</sup> é a que, durante um longo tempo, melhor resumiu as ambições analíticas dos estudos de gênero. Era preciso compreender como cada grupo social transformava a natureza em cultura, isto é, como se transformavam machos e fêmeas em homens e mulheres, e como se constituíam os valores do feminino e do masculino em cada sociedade.

O reconhecimento de que os papéis e as definições do masculino e do feminino eram resultados de escolhas e preferências sócio-culturais e não estritamente resoluções inabaláveis da natureza foi uma afirmação descon-

certante para inúmeras áreas do conhecimento. O deslocamento do feminino e do masculino, da esfera da natureza para a da cultura, provocou mudanças estruturais nos ordenamentos sociais <sup>7</sup>. Desde então, da Psicanálise à Filosofia da Ciência, da Antropologia à Medicina, incorporou-se gradativamente a perspectiva de gênero no ensino e na pesquisa. Hoje, o reconhecimento de que a categoria gênero é uma lente que permite enxergar a realidade de maneira radicalmente diferente é comum a vários campos disciplinares.

Os estudos de gênero sensibilizaram os profissionais de saúde para algumas sutilezas do processo saúde e doença. Questões relacionadas à reprodução, à sexualidade, ao corpo, são algumas das áreas para as quais os resultados das pesquisas de gênero contribuíram mais diretamente <sup>8</sup>. A epidemia do HIV-Aids selou definitivamente essa parceria entre a sensibilidade de gênero e a prática profissional <sup>9</sup>. Não bastava o domínio preciso de recursos técnicos e terapêuticos; era também preciso sensibilidade antropológica para a diversidade de gênero. Mulheres e homens expunham-se diferentemente à epidemia e um mesmo discurso preventivo não era capaz de contemplar suas particularidades.

As perspectivas de gênero alteram a percepção sociológica para o julgamento moral <sup>10</sup>. No campo dos conflitos morais em saúde, objeto de pesquisa e análise da bioética, os pressupostos de gênero são um desafio adicional ao raciocínio ético. Alguns dos temas-chave da bioética no Brasil estão relacionados à reprodução biológica e social e, portanto, direta-

mente vinculados às questões de gênero. Neste artigo, para a análise da interface entre os estudos de gênero e bioética, três temas serão explorados: a objeção de consciência, a pesquisa clínica com mulheres e o envelhecimento. Há que ressaltar, no entanto, a existência de outros temas prioritários na agenda de gênero para a pesquisa bioética no Brasil, como é o caso do aborto e das tecnologias reprodutivas.

### Objeção de consciência

A objeção de consciência é um instrumento que garante a integridade moral de profissionais de saúde em situações de confronto com crenças e práticas divergentes às suas convicções pessoais. Em um Estado plural e laico, a objeção de consciência é considerada uma conquista de direitos humanos, pois garante a diversidade de crenças e opiniões morais da população.

No Brasil, a objeção de consciência é um recurso ético legitimado especialmente entre os médicos (Código de Ética Médica, 1988, Art. 28). É raro encontramos outros profissionais de saúde, como enfermeiras, assistentes sociais ou psicólogos, recusando-se a atender pacientes sob a tutela da objeção de consciência. Talvez, por uma sobreposição do poder técnico dos médicos em uma equipe de saúde seus valores morais sejam mais abertamente explicitados e negociados no encontro moral com os pacientes. O fato é que a objeção de consciência é tradicionalmente entendida como um direito dos médicos em situações de conflito moral. No entanto, a diversi-

dade moral como um valor ético implica no direito universal à objeção de consciência para todos os profissionais de saúde. Um instrumentalista, por exemplo, poderia recorrer a esse princípio para negar-se a auxiliar um médico em um procedimento.

A universalidade do direito à objeção de consciência não representa risco de fato aos serviços de saúde, pois é um dispositivo moral utilizado em situações muito particulares. Em geral, é uma proteção acionada em situações-limite: aquelas em que o profissional de saúde se vê moralmente ofendido caso prossiga um procedimento ou atendimento. Caso fosse cotidianamente utilizada para mediar conflitos morais entre profissionais de saúde e pacientes haveria pouco espaço para a neutralidade moral, que se espera nos cuidados de saúde. Ou seja, o que garante a permanência do direito à objeção de consciência como um recurso de proteção em situações de conflito moral é, por um lado, seu fundamento no pluralismo moral, mas, por outro, a baixa frequência com que é acionado nos serviços de saúde.

Mas uma característica dos casos de objeção de consciência que ascendem à esfera pública é que, em geral, são situações envolvendo mulheres e decisões reprodutivas. Nesse cenário, a situação mais recorrente é a de aborto, que se manifesta, especialmente, nos serviços destinados aos casos de abortamento permitidos por lei – Programa Aborto Legal: *mesmo sabendo que a realização do aborto decorrente de estupro é legalmente permitida, muitos profissionais relutam em realizar este procedimento, seja por objeção de consciência ou por não se senti-*

rem confortáveis em ter seu nome relacionado a este tipo de prática <sup>11</sup>.

A importância de aprofundar a discussão sobre tal assunto mostra-se em toda sua complexidade quando se exemplifica, hipoteticamente, as circunstâncias que envolvem a questão: *uma mulher grávida pós-estupro que busca um serviço de aborto legal depende da equipe de saúde que a acolhe para receber cuidados médicos, sociais e psicológicos. Essa dependência técnica não deve significar subordinação à moralidade privada dos profissionais de saúde. Uma mulher precisa ter garantias institucionais de que sua demanda pelo aborto não será alvo de negociações morais com os responsáveis técnicos pelo serviço: um hospital público, como outras instituições da estrutura básica do Estado, deve ser moralmente neutro em matéria de ética privada. E assim devem se comportar seus representantes* <sup>12</sup>.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma instituição básica do Estado, sendo uma esfera fundamental de garantia de direitos e promoção do bem-estar. Mas como instituição básica de um Estado laico, não se pauta por nenhum credo ou crença moral específica, apenas pelos princípios fundamentais expressos na Constituição. Afirmar a laicidade das instituições básicas, em especial dos serviços de saúde, não significa desconsiderar as crenças pessoais dos profissionais de saúde que nelas trabalham: significa reconhecer que, para além das crenças morais dos profissionais de saúde ou de seus usuários, deve-se garantir o acesso à saúde: *o Estado não professa nenhuma religião como oficial, a recusa reli-*

*giosa de seus representantes públicos em garantir o direito ao aborto legal representaria uma sobreposição da ética privada à ética pública... O reconhecimento do direito à objeção de consciência pelos profissionais de saúde poderia significar uma ameaça democrática. Uma forte evidência para a tese da ameaça democrática é que a alegação do direito à objeção de consciência não é tema recorrente na moralidade biomédica: apenas questões relacionadas à sexualidade e à reprodução é que provocam a discórdia moral e, portanto, justificam a recusa do cuidado* <sup>12</sup>.

Assim, para que o direito à objeção de consciência não se converta em um instrumento de opressão moral é preciso que se reconheça o caráter moralmente neutro do SUS; ou seja, apesar de seus profissionais professarem crenças particulares, estão inseridos em uma instituição laica, à qual se pauta e responde a um ordenamento maior. Isso não implica afirmar que médicos ou enfermeiras serão forçados a atender pacientes em desrespeito a suas crenças, mas que é preciso reconhecer que o serviço de saúde deve - sempre - garantir o serviço a despeito das crenças de seus funcionários.

## **Pesquisa clínica com mulheres**

Por que alguém aceitaria oferecer seu corpo para o progresso científico? As razões que levam uma pessoa a oferecer o seu corpo à ciência são as mais variadas: desde um profundo senso de altruísmo até a busca por dinheiro. Há países em que o voluntário para a pesquisa é remunerado e há pessoas que se profissionalizam no ofício. É preciso um dis-

ciplinação rigoroso do corpo para ser um “sujeito de pesquisa” confiável. Há pesquisas científicas sobre todas as facetas da vida humana: do comportamento psíquico à vacina para o HIV/Aids, do câncer à pesquisa genética sobre a calvície. E um bom sujeito de pesquisa é aquele que registra as mudanças de seu corpo e que controla as doses de medicamento; alguém em contínua vigilância sobre si, em nome da pesquisa científica.

No Brasil, a participação em uma pesquisa científica é um ato voluntário. Não há a profissão “sujeito de pesquisa”. Para alguns, esse é um ato paternalista e autoritário de quem regula a ciência brasileira, pois as pessoas deveriam ser livres para dispor de seus corpos. Segundo essa interpretação, assim como se vende a força de trabalho para o capitalismo, cada pessoa deveria ser livre para oferecer seu corpo, sua saúde ou sua doença para a ciência em troca de benefícios financeiros. O fato é que no Brasil não se é livre para vender o corpo à ciência. E essa fronteira ética entre altruísmo e mercado é tema de intenso debate nos círculos científicos, especialmente em bioética, intensificado pelas reflexões de gênero e a entrada das mulheres como participantes nas pesquisas científicas <sup>13</sup>.

Em oposição a quem defende a liberdade irrestrita sob o próprio corpo, estão aqueles que perguntam sobre as motivações de uma pessoa para tornar-se sujeito de pesquisa <sup>14</sup>. Não há pesquisa científica sem riscos, o que há são diferentes gradações de risco. Em termos mais estritos, a pergunta é sobre o que levaria alguém a se submeter voluntariamente a ris-

cos quando não há vantagens financeiras? A iminência da morte, o desamparo pela pobreza e falta de acesso aos tratamentos são algumas das motivações mais comuns na história da pesquisa científica com seres humanos <sup>15,16</sup>. A controversa pesquisa sobre tratamentos para a aids, conduzida em finais dos anos 1990 com mulheres africanas pobres, resumiu os paradoxos envolvidos na participação de pessoas vulneráveis na pesquisa científica.

Em alguns países africanos a aids é mais do que um problema de saúde pública: é uma sentença de morte para diferentes gerações. Mulheres grávidas infectadas pelo vírus HIV transmitem a doença para seus futuros filhos, apesar de já existirem mecanismos eficazes de controle da infecção durante a gestação. O fato é que esses tratamentos não estão disponíveis em países pobres, como é o caso de Uganda ou Moçambique, onde o custo dos tratamentos anti-retrovirais é mais alto do que todo o orçamento gasto em saúde. Foi em nome desse quadro desesperador de mortes anunciadas precocemente que pesquisas com placebo foram desenvolvidas entre mulheres grávidas com HIV/Aids.

De acordo com diversos protocolos internacionais a pesquisa com placebo não deve ser conduzida quando houver tratamento ou cura para uma determinada doença. Essa é uma forma de proteger países pobres em um contexto de internacionalização da pesquisa científica: *não importa se o melhor tratamento não está disponível onde a pesquisa for realizada, é preciso garantir o padrão de tratamento disponível na ciência aos sujeitos de pesquisa* <sup>17,18</sup>. Ou

seja, o fato de o tratamento anti-retroviral ser inacessível para as mulheres africanas não seria razão suficiente para conduzir uma pesquisa internacional que não garantisse a oferta dos medicamentos. Placebo significa ausência de tratamento eficiente, isto é, mulheres grávidas submetidas à pesquisa em sistema de placebo não recebiam efetivamente nenhum benefício, apesar de já haver tratamentos disponíveis para evitar a infecção por HIV/Aids nos recém-nascidos.

Os pesquisadores responsáveis por esse estudo com as mulheres africanas defenderam-se alegando a autonomia das mulheres na decisão de participar das pesquisas. Elas teriam sido informadas de que algumas receberiam tratamento, outras receberiam placebo: teriam sido efetivamente esclarecidas sobre os riscos envolvidos e, ainda assim, consentiram em participar. O argumento desses pesquisadores, compartilhado por muitas dessas mulheres, é que a iminência da morte retirava delas qualquer outra demanda por justiça e direitos: a certeza da morte, a ausência de tratamento e a desigualdade imposta pela pobreza as reduziam a corpos, voluntariamente dóceis para a ciência. Não era o mercado que adquiria seus corpos, mas a certeza da impossibilidade da sobrevivência senão pela última tentativa de socorro: ser um sujeito de pesquisa.

Essa tensão entre proteção paternalista e autonomia individual fez com que durante um longo período praticamente não se realizassem pesquisas com mulheres. Erroneamente, se pressupunha que os resultados das pesquisas com homens validariam os resulta-

dos também para as mulheres. O que os dados mais recentes demonstraram é que as particularidades fisiológicas de homens e mulheres, assim como de etnias específicas, dificultam a transferência imediata de conhecimento de um grupo para outro<sup>19</sup>. A motivação para impedir a inclusão de mulheres na pesquisa era a de proteção, pois elas eram consideradas vulneráveis a certos riscos, em especial as mulheres em idade reprodutiva.

O resultado foi uma lacuna de várias décadas nas pesquisas com mulheres e, conseqüentemente, no aprofundamento de temas e problemas de seu interesse. A questão chegou a tal ponto, que pesquisas sobre câncer de colo uterino chegaram a ser conduzidas com homens<sup>20</sup>. Hoje, vários órgãos internacionais de incentivo à pesquisa científica exigem que se incluam mulheres nos protocolos de forma a garantir que os resultados sejam futuramente validados.

Sob a perspectiva de gênero, o que o tema da pesquisa científica com mulheres demonstra é um paradoxo ainda sem solução satisfatória. Por um lado, reconhecer plena autonomia para pessoas em situação de extrema vulnerabilidade social ou econômica tende a reforçar mecanismos de opressão<sup>21</sup>. A pesquisa com mulheres africanas mostra isso: elas escolheram participar da pesquisa e estavam conscientes dos riscos. No entanto, tomavam tais decisões a partir do caráter inevitável da desigualdade econômica e de gênero em que viviam<sup>22</sup>. A desigualdade era o ponto de partida do processo decisório. Por outro lado, proteger as mulheres como vulneráveis a

ponto de impedir que sejam “sujeitos de pesquisa” pode representar um atraso na pesquisa científica, impedindo que novos conhecimentos e informações do interesse da saúde e do bem-estar das mulheres sejam desenvolvidos.

## Envelhecimento

Envelhecer é aproximar-se das características socialmente atribuídas às mulheres. É fragilizar-se, enfraquecer, reconhecer a dependência e experimentar o cuidado. Esses são atributos tradicionalmente identificados como femininos e, por uma sobreposição de gênero, relativos a papéis considerados como pertinentes às mulheres. A velhice força a uma experiência feminina do mundo social.

A velhice é um estado da condição humana. Ou ao menos uma condição humana para todas as pessoas vivas. Essa pode parecer uma afirmação tautológica – *a velhice é uma condição humana para quem está vivo* – mas há uma forma mais profunda de compreendê-la. Apesar de ser um momento da condição humana, a experiência da velhice não está disponível para todas as pessoas: a possibilidade de uma vida longa não é uma escolha cujas variáveis estão sob total controle. Doenças, infortúnios ou o acaso impedem algumas pessoas de experimentar a velhice. Isso faz da velhice uma fase paradoxal da vida humana: por um lado, obriga a uma mudança radical de perspectiva diante da vida social, por outro, não basta a vontade de ser velho para experimentar a velhice.

A velhice redefine o indivíduo e essa redefinição do papel social é tanto mais intensa quan-

to mais distante dos papéis sociais do feminino e do deficiente a pessoa velha tiver construído sua biografia. Ser velho é necessitar de cuidado, é reconhecer limitações físicas, cognitivas ou mentais. Como regra geral, quanto mais velha uma pessoa, mais vulnerável. Vulnerabilidade, no entanto, não significa incapacidade para a vida social ou ausência de livre arbítrio. A velhice não retira do indivíduo a capacidade de escolha ou de estabelecer preferências e tomar decisões livres e informadas. É simplesmente um descritor que identifica a fragilidade; a dependência e a demanda de um corpo por cuidado. Tais atributos não devem ser tomados como sinônimos de um julgamento moral sobre o sentido da vida na velhice, mas - apenas - refletir sobre as relações sociais que se pode (e necessita) estabelecer em torno de um corpo velho.

A velhice desafia o sistema social em alguns de seus pilares. Um deles é o pressuposto da autonomia e da independência<sup>23</sup>. Acredita-se no valor moral da independência e da autonomia, mas a vida social é um exercício contínuo de interdependência e de autonomia relacional. Há, portanto, um jogo dicotômico entre o que se acredita ser o ideal humano e o que se é capaz de experimentar na vida social. Há uma aposta na independência, mas as pessoas, de fato, vivem sob a interdependência. Dadas as características atribuídas às mulheres, elas são socializadas nessa ambigüidade de valores com mais intensidade que os homens. Talvez, por isso, a velhice seja uma experiência de maior continuidade para as mulheres: o feminino imposto pela velhice é já seu velho conhecido.

A fragilidade que acompanha a velhice não deve ser entendida como sinônimo de incapacidade para a vida social <sup>24</sup>. A discriminação sofrida pela velhice não é ditada apenas pelo corpo velho e com limitações. É resultado de um jogo complexo entre limitações individuais e a estrutura social pouco sensível à demanda pelo cuidado. O pressuposto da independência permeia a estrutura social: desde a arquitetura do espaço a demandas por direitos. Esse pressuposto irrefletido, infelizmente, é o que aguça a fragilidade da velhice: para além do corpo velho há a opressão de uma estrutura social pouco sensível à interdependência.

Essa específica correlação entre corpo e sociedade é uma experiência de vida complexa, comum a outro grupo de pessoas – os deficientes <sup>25</sup>. Ser velho reúne, portanto, os valores do feminino com a experiência da deficiência: necessita-se reconhecer a interdependência, o valor do cuidado e das limitações do corpo. Assim como as mulheres e os deficientes, os velhos mostram que grande parte da fragilidade da velhice não é imposta pelo corpo com limitações ou dependente, mas por valores e práticas sociais pouco sensíveis à diversidade. Conhecer os valores associados a essas práticas possibilita desvendar caminhos para conduzir as questões relativas ao envelhecimento. Se é preciso acreditar na independência e na autonomia, valores fundamentais à construção das estruturas simbólicas contemporâneas, é imprescindível reconhecer as limitações de seu exercício pleno, pois tal circunstância - inevi-

tavelmente - será experimentada por todos aqueles que puderem desfrutar a velhice.

## Considerações finais

Com a consolidação da bioética, outras perspectivas críticas, tais como os estudos culturais ou os estudos sobre deficiência, vem se aproximando desse campo reflexivo <sup>26</sup>. Essa ampliação de horizontes temáticos e teóricos é desafiante e enriquecedora para o caráter emergente da disciplina. Desafia alguns postulados da bioética, tais como o da sobrevalorização da autonomia, e também permite a originalidade do debate sobre novas questões, como as postas pela comunidade de deficientes e as pesquisas com células-tronco, por exemplo.

As perspectivas de gênero estiveram presentes na reflexão e análise desde a gênese da bioética. Dentre os autores que iniciaram o campo nos Estados Unidos e Inglaterra, há a presença de várias mulheres e homens de inspiração feminista e na América Latina ocorreu fenômeno semelhante <sup>2</sup>. Os temas da objeção de consciência, da pesquisa clínica com mulheres e do envelhecimento são exemplos que apontam para a riqueza da análise sob as perspectivas de gênero e feministas na bioética. O reconhecimento de que a sensibilidade de gênero importa para o ensino do raciocínio ético e para as proposições em bioética é um dos desafios já incorporados pela primeira geração de pesquisadores da bioética no Brasil.

## Resumen

---

### Bioética y Género

A partir de un breve histórico sobre la construcción de interfaz entre los estudios de género y la bioética, este artículo explota tres temas relevantes a las mujeres, que han sido abordados y discutidos en este nuevo ámbito: la objeción de conciencia, la investigación clínica con mujeres y el envejecimiento. En estos tres temas, en los cuales la tradicional asimetría de las relaciones entre los sexos es analizada en perspectiva de género, ganan especial relevancia cuando se considera el impacto del individualismo y de las estructuras de mercado en la dimensión simbólica y en el comportamiento social. Apunta que estos ejemplos muestran que la perspectiva de género estuvo presente desde la génesis de la reflexión y análisis del ámbito de la bioética. La conclusión del artículo es una defensa de una bioética comprometida con la perspectiva de género y del feminismo, y para las proposiciones en bioéticas, que es uno de los desafíos ya incorporados por la primera generación de investigadores en bioética en Brasil.

**Palabras-clave:** Bioética. Género. Objeción de conciencia. Investigación Clínica con Mujeres. Envejecimiento.

## Abstract

---

### Bioethics and Gender

Starting with an overview of the construction of interface between gender studies and bioethics, this paper analyses three issues relevant to women, which have been approached and discussed in this new field: the conscious objection; the clinical research with women and the aging. All the issues, in which asymmetry is analyzed under the gender perspective, gain special relevance, especially when the individualism and market structures' impact on social behavior and symbolic dimension are considered. These examples show that gender perspectives have been active since the analysis and reflexion's emergence in the bioethics' field. The paper concludes that the recognition of gender sensibility for the teaching of ethical thinking and for the bioethical propositions is one of the challenges already incorporated by the first generation of researchers on bioethics in Brazil.

**Key words:** Bioethics. Gender. Conscious Objection. Clinical Research with Women. Aging.

## Referências

---

1. Bourdieu P. Campo do poder, campo intelectual e habitus de classe. In: \_\_\_\_\_. A economia das trocas simbólicas. 5ª ed. São Paulo: Perspectiva; 2003. p.183-202.
2. Diniz D, Guilhem D. A bioética e as mulheres na América Latina: um ensaio biográfico e genealógico. No prelo.
3. Wolf S, Editors. Feminism and bioethics: beyond reproduction. Oxford: Oxford University Press; 1996.
4. Harding S. Science and social inequality: feminist and postcolonial issues (race and gender in science). Chicago/Champaign: University of Illinois Press; 2006.
5. Margaret M. Sexo e temperamento. São Paulo: Perspectiva; 2000.

6. Beauvoir S. O segundo sexo. 10ª ed. São Paulo: Nova Fronteira; 2000.
7. Lamphere L, Rosaldo M. A mulher, a cultura e a sociedade. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1979.
8. Tong R. Feminist approaches to bioethics. Colorado: Westview; 1997.
9. Guilhem D. Escravas do risco: bioética, mulheres e aids. Brasília: Editora UnB/Finatec; 2005.
10. Gilligan C. In a different voice: psychological theory and women's development. Cambridge: Harvard University Press; 1982.
11. Oliveira EM. Fórum violência sexual e saúde. [Introdução]. Cad Saúde Pública 2007; 23 (2): 455-8.
12. Diniz D. Fórum violência sexual e saúde [Posfácio]. Cad Saúde Pública 2007;23(2):477-8.
13. Dickert N, Grady C. What's the price of a research subject? approaches to payment for research participation. N Engl J Med 1999;341:198-203.
14. McNeill P. Paying people to participate in research: why not? Bioethics 1997;11(5):390-6.
15. Jonas H. Philosophical reflections on experimenting with human subjects. Daedalus 1969;98(2):219-47.
16. Heyd D. Experimentation on trial: why should one take part in medical research? Ann Rev Law Ethics 1996;4:189-204.
17. Lurie P, Greco D. US exceptionalism comes to research ethics. Lancet 2005;365(9465):1117-9.
18. Greco D. As modificações do parágrafo 30 da Declaração de Helsinque. Rev Bras Epidemiol 2004;6(4):12-4.
19. Weijer C, Crouch R. Why should we include women and minorities in randomized controlled trials? J Clin Ethics 1999;10(2):100-6.
20. Dresser R. Wanted: single, white male for medical research. Hastings Cent Rep 1992;22(1):24-9.
21. Diniz D, Guilhem D. O que é bioética. São Paulo: Brasiliense; 2002.
22. Weijer C, Fuks A. Excluding people at undue risk for research. Clin Invest Med 1994;17(2):115-22.
23. Kittay E. Love's labor: essays on women, equality, and dependency. New York: Routledge; 1999.
24. Medeiros M, Diniz D. Envelhecimento e deficiência. In: Camarano AA, Organizador. Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros. Rio de Janeiro: Ipea; 2004. p. 48-57.
25. Barnes C, Oliver M, Barton L. Disability studies today. Cambridge: Polity Press; 2002.
26. Diniz D. O que é deficiência. São Paulo: Brasiliense; 2007.

Recebido: 31.5.2008      Aprovado: 3.7.2008

## Contato

---

Débora Diniz – [anis@anis.org.br](mailto:anis@anis.org.br)