

Bioética, Psiquiatria Forense e a aplicação da Medida de Segurança no Brasil

Elias Abdalla-Filho
Patrícia Abdalla de Souza

Resumo O artigo discute a aplicação da Medida de Segurança, aspecto da prática da Psiquiatria Forense que desperta uma série de questões bioéticas. Apresenta noções básicas sobre a Medida de Segurança do ponto de vista médico-legal e faz uma abordagem bioética sobre seus aspectos mais polêmicos, que suscitam importantes críticas do ponto de vista ético. A conclusão aponta para a necessidade da medida de segurança atender não somente à sociedade, no sentido de protegê-la contra possível comportamento violento do paciente psiquiátrico, mas mostra que deve contemplar ainda e, sobretudo, a recuperação do paciente adoecido, uma vez que este é a maior vítima das consequências de sua doença mental.

Palavras-chave: Bioética. Psiquiatria Forense. Legislação como assunto. Vulnerabilidade.



Elias Abdalla-Filho

Pós-doutor em Psiquiatria Forense pela Universidade de Londres, doutor em Ciências da Saúde (Bioética) pela Universidade de Brasília (UnB); médico forense do Instituto de Medicina Legal Leonídio Ribeiro, coordenador do Setor de Psicopatologia Forense do Instituto Médico Legal (IML), vice coordenador do Departamento de Ética e Psiquiatria Forense da Associação Brasileira de Psiquiatria, Distrito Federal, Brasil

A Psiquiatria Forense é o campo específico de identificação, discussão e condução de questões situadas na interface entre saúde mental e lei ¹. Dessa forma, é desejável e necessária a boa comunicação entre essas duas áreas temáticas, o que, infelizmente, não ocorre no Brasil. Ao contrário, Abdalla-Filho e Engelhardt ² descrevem a grande distância ainda existente entre elas, sobretudo quando é feita uma análise comparativa com o sistema anglo-saxão.

Segundo Mori, *a ética aplicada é um campo de indagação mais do que legítimo, sendo que a bioética é o principal ramo desse movimento cultural* ³. Questões éticas importantes surgem na prática psiquiátrico-forense, incluindo o confronto entre o ético e o legal. À medida que vêm sendo identificadas, tais questões têm merecido atenção progressivamente maior, na busca dos melhores resultados em sua condução ⁴.

A aplicação da Medida de Segurança no Brasil é um bom exemplo de uma situação que desperta uma série de questões éticas e o presente estudo visa a reflexão bioética sobre aspectos específicos dessa medida. O objetivo maior é colaborar para a reflexão sobre certos ajustes que se fazem necessários para que a medida de segurança não se limite a



Patrícia Abdalla de Souza
Graduada em Medicina pela
Faculdade de Medicina de
Catanduva (Fameca), São Paulo,
Brasil

ser uma condição legalmente imposta, mas que se torne uma prática eticamente aceitável.

Inicialmente será apresentada uma breve definição da medida de segurança, do ponto de vista psiquiátrico-forense, para, a seguir, se fazer a análise bioética de seus aspectos mais conflituosos.

Medida de Segurança: a visão médico-legal

A Medida de Segurança é um procedimento jurídico aplicado a pessoas que cometeram um ato criminoso, mas que, por motivos psiquiátricos, não podem responder penalmente por ele ⁵. Os transtornos mentais que afetam a esfera cognitiva podem comprometer parcialmente ou mesmo anular inteiramente a capacidade de entendimento de um determinado ato ilícito ou a capacidade de determinação de acordo com o seu entendimento (quando afeta a capacidade volitiva). A preservação da capacidade cognitiva é condição necessária, mas não suficiente, para a preservação da capacidade volitiva, sendo que a recíproca não é necessariamente verdadeira. Assim, os transtornos mentais podem gerar um quadro chamado de semi-imputabilidade (quando há comprometimento parcial das capacidades de entendimento e/ou de determinação) ou de inimputabilidade, quando ocorre anulação das capacidades de entendimento e determinação.

Os transtornos mentais que afetam a imputabilidade penal de uma pessoa são classificados em psiquiatria forense em: i) doença mental; ii) desenvolvimento mental incompleto; iii) desenvolvimento mental retardado; e iv) perturbação da saúde mental. No entanto, é necessário que haja nexo causal entre o transtorno apresentado e o ilícito penal praticado para que ocorra um comprometimento da imputabilidade do criminoso. Ao mesmo tempo em que pessoas nessas condições mentalmente transtornadas são absolvidas, é necessário proteger a sociedade contra o seu comportamento violento e isso é feito por meio da aplicação da Medida de Segurança.

A imposição da medida de segurança encontra respaldo no *caput* do artigo 97 do Código Penal (CP), que estabelece que, sendo o agente inimputável, o juiz determinará sua internação. No entanto, se o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial. Daí depreende-se a existência de dois tipos de medida de segurança, como descrito no artigo 96 do CP. Segundo esse artigo, *as medidas de segurança são: I – internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado; II – sujeição a tratamento ambulatorial.*

A primeira modalidade de medida é chamada de *detentiva*, enquanto a segunda modalidade é chamada de *restritiva*. Uma segunda importante observação a se fazer é: o tipo de tratamento psiquiátrico judicialmente determinado (sob a forma de internação hospitalar ou ambulatorial) é baseado não em decorrência da natureza e gravidade do transtorno psiquiátrico apresentado, mas, sim, na natureza e gravidade do crime praticado.

A medida de segurança não tem duração previamente determinada. Segundo o Código Penal, o tratamento se dará por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada a cessação de periculosidade por meio de perícia psiquiátrica. Essa perícia é chamada de *Exame de Verificação de Cessação de Periculosidade* e tem por objetivo avaliar o risco de violência que o paciente em tratamento oferece à sociedade, fornecendo subsídios para o sistema judicial mantê-lo ou não na condição de periculosidade.

Ainda hoje no Brasil a conclusão do exame de cessação de periculosidade pode apontar apenas duas alternativas: *sim* ou *não*. Essa escolha taxativa precisa ser feita pelo profissional a partir de um exame realizado no presente, no qual busca inferir o comportamento futuro do paciente. Um exame ao qual este paciente é submetido quando se encontra em ambiente artificialmente protegido contra o uso de álcool e drogas, bem como longe de relações afetivamente conflituosas. É a partir dessa “redoma” que o profissional deve definir seu comportamento em outro ambiente, habitualmente muito mais desfavorável, sob vários pontos de vista.

A disparidade entre o estado no qual se encontra o paciente durante a avaliação e a condição que possivelmente irá enfrentar depois, tende a gerar uma margem de erro que não deveria ser desconsiderada, mas que poderia ser evitada ou, ao menos, diminuída caso se adotasse a linha dos estudos internacionais atuais. Estes estudos admitem gradações nesse tipo de avaliação; o nível do risco de violência apresentado pelo paciente pode ser classificado em pequeno (ou mesmo ausente), médio ou alto. Dessa forma o profissional não é obrigado a escolher apenas entre opostos: se a periculosidade está completamente cessada ou se é absolutamente negada a cessação dessa condição.

É importante reforçar que o indivíduo que recebe medida de segurança foi absolvido porque não possuía, à época do crime, condições suficientes de entendimento e determinação em relação ao ato ilícito praticado. Portanto não se está falando de um indivíduo crimino-

so comum, mas de uma pessoa que adoeceu psiquiatricamente e que acabou por cometer um delito. No entanto, o próprio termo *medida de segurança* deixa transparecer que a intenção maior da mesma é proteger a sociedade contra um possível comportamento violento recidivante do paciente psiquiátrico. A ênfase é dada à segurança da sociedade, não ao tratamento do paciente infrator.

Nesse estudo é proposta uma análise da questão sob outro ângulo: a perspectiva do paciente. Tal análise respalda-se em princípios e reflexões formulados pela bioética, que vêm auxiliar a formulação dos seguintes questionamentos: em que medida a segurança do paciente é considerada pelas autoridades judiciais? Quando a própria sociedade pode representar risco de violência contra o paciente? Esses e outros aspectos serão discutidos a seguir, agora sob o vértice bioético.

Medida de Segurança: uma visão bioética

Após as considerações médico-legais sobre a medida de segurança, o que se pretende neste tópico é realizar a análise desse mesmo dispositivo e de sua forma de aplicação a partir da perspectiva bioética. Sob esse enfoque o termo *segurança* pode ser pensado sob outra perspectiva analítica, voltada à proteção do paciente, sujeito vulnerável pela própria doença de que é portador. Por esse caminho é possível alcançar facilmente a conclusão de que os sujeitos que foram absolvidos dos crimes praticados em decorrência de transtorno mental necessitam – sim – de uma medida de segurança, mas de

uma medida que se revele um dispositivo que possa lhes assegurar tratamento psiquiátrico adequado, apoio dos familiares, suporte para reinserção social e profissional, dentre outras necessidades. Caso não recebam essa *medida*, será a sociedade quem estará praticando uma violência contra eles e não o contrário.

Considerando, ainda, tratar-se de uma população especialmente vulnerável ou duplamente vulnerável, uma vez que são pacientes psiquiátricos e, na prática, também prisioneiros (sob o termo *internos*), é preciso considerar também a recomendação da *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*, da Unesco ⁶, que prescreve cuidado especial com esse grupo de pessoas. Paradoxalmente, o que se observa é justamente o contrário. A respeito dessa constatação é importante considerar que, segundo Mecler ⁷, a falta de apoio psicossocial na comunidade é um agravante tão importante que acaba por impedir a cessação de periculosidade do periciando, o que leva, comumente, à perpetuidade da medida de segurança.

A precariedade ou mesmo ausência do tratamento psiquiátrico para essa população torna esse quadro ainda mais contundente. A maioria dos profissionais de Psiquiatria não se interessa em trabalhar com essa clientela, o que agrava a situação. Algumas vezes, ao se realizar o exame de verificação de cessação de periculosidade, constata-se que o paciente sequer começou o tratamento indicado. Ademais, é possível atestar, também, a carência de estruturas físicas destinadas ao tratamento psiquiátrico da população carcerária: na maioria dos estados brasileiros não existem insti-

tuições adequadas para tratar esse grupo de pacientes. Cabe lembrar, ainda, a desatenção a essa população por parte dos psiquiatras que lideraram as recentes discussões sobre a reforma psiquiátrica, uma vez que não abordaram a saúde mental no contexto penitenciário, o que torna esses pacientes mais uma vez excluídos, mantidos completamente à margem de um suposto progresso em termos de cuidados com a saúde mental.

Relembrando a determinação citada, do *caput* do artigo 97 do Código Penal, o tipo de tratamento psiquiátrico é judicialmente determinado com base não na dependência da natureza e gravidade do transtorno psiquiátrico apresentado, mas sim na natureza e gravidade do crime praticado. Isso significa que a modalidade do tratamento psiquiátrico é determinada segundo critérios legais e não critérios médicos. Tal circunstância é passível de muitas críticas por parte de autoridades médicas, uma vez que, novamente, o paciente psiquiátrico e sua doença são colocados em plano secundário, numa tentativa canhestra e míope de privilegiar a segurança social.

A Bioética Principlista, que reinou durante tanto tempo de forma incontestada, até mesmo em nosso país, não é a corrente teórica mais adequada para examinar a situação em questão, uma vez que esta não tem um caráter individual, mas, sim, coletivo. Ainda assim, quando se faz um exercício de reflexão bioética tomando por base essa linha, se pode facilmente constatar que a violência praticada contra esses pacientes ganha dimensão ainda maior por se tratar de pessoas sem possibilida-

de de exercer sua autonomia (em função da própria doença) bem como pelo fato de estarem privados da liberdade. Ademais, por mais absurdo que possa parecer, também o princípio da justiça é violado exatamente pelas autoridades responsáveis por sua promoção. Tudo isso provoca uma maleficência nada fácil de ser calculada, inclusive porque a doença mental, à medida que alcança um caráter de cronicidade, torna-se mais difícil de ser tratada.

Essa condição precária descrita acima afeta grande parte do país e não pode ser abordada de forma despolitizada. Nessa direção, Garrafa e Porto ⁸ propõem, especialmente para os países periféricos, *um novo enfoque bioético, baseado em práticas intervencionistas, diretas e duras, que instrumentalizem a busca da diminuição das inequidades*. De fato, como lembra Oliveira ⁹, a partir dos anos 1990, vem se observando a construção de uma bioética brasileira, com base na realidade dos países latino-americanos, o que contrasta com a importação inicial de pilares bioéticos baseados na realidade anglo-saxã.

É plenamente compreensível que a sociedade queira se proteger contra o risco de novo comportamento violento por parte do paciente, mas, em nome da equidade, é fundamental levar em consideração as necessidades deste último. Para tanto é imprescindível uma revisão da (in)eficiência do sistema de tratamento psiquiátrico e psicológico dentro do sistema prisional. Autoridades judiciais e autoridades médicas necessitam, conjuntamente, realizar intervenções que modifiquem essa triste realidade, buscando uma solução eticamente

melhor para essa situação persistente: a exclusão do paciente psiquiátrico carcerário dos benefícios propiciados pelo avanço da assistência à saúde mental.

O princípio da proteção se fundamenta no papel mais elementar do Estado. Segundo Garrafa ¹⁰, *deve-se considerar a proteção como um princípio, essencial para a construção da justiça social*. Ao contrário de pessoas consideradas psiquiatricamente normais, que podem lutar por sua emancipação, o paciente em questão tem como condição *sine qua non* para alcançar a plenitude legal e moral a recuperação de sua sanidade mental e isso ele não pode fazer sozinho. Nesse caso, em nome desse princípio essencial à construção da justiça social, cabe ao Estado agir no sentido de protegê-lo, disponibilizando meios para que esse cidadão possa exercitar seu direito de tentar recuperar sua saúde. Lembrando Tealdi ¹¹, que enfatiza o papel da dignidade, da igualdade e da justiça na própria história da ética, é necessário considerar as necessidades não somente da sociedade, mas, igualmente, ou ainda mais, de pessoas que se encontram em estado duplo de vulnerabilidade como os pacientes aqui considerados. A sociedade e o paciente violento são atores diferentes, com necessidades diferentes e ambos necessitam de diferentes cuidados.

A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos defende que a bioética esteja baseada nesses direitos ¹² e enfatiza, ainda, o respeito pela vulnerabilidade humana e integridade pessoal. Segundo a Declaração, *qualquer intervenção médica de caráter preventivo,*

diagnóstico ou terapêutico só deve ser realizada com o consentimento prévio, livre e esclarecido da pessoa em causa, com base em informação adequada ⁶. O que se constata, no entanto, é que isso não é aplicado à população carcerária, que não é consultada ou esclarecida sobre o tratamento psiquiátrico ao qual deve ser submetida, mesmo naqueles casos em que se observa capacidade mental do paciente para aceitar ou recusar o mesmo, como ocorre na dependência de drogas.

O ético e o legal: medida de segurança versus prisão perpétua e o lugar da vulnerabilidade

A medicina legal, incluindo a psiquiatria forense, é o campo profissional que mais aproxima a medicina da lei. No entanto, como lembra Draine ¹³, *hoje é inconcebível a ideia da medicina separada da bioética, no sentido de atenção sistemática e formal a assuntos éticos*. Atualmente está clara a distinção existente entre o que é considerado eticamente bom e o que é legal. Em outras palavras, nem tudo que é legal é eticamente bom e nem tudo que é eticamente bom foi legalizado. Nesse sentido, impõe-se o desafio de alcançar uma prática médico-legal que seja eticamente boa.

Como descrito, a lei privilegia a proteção à sociedade sempre que considerar que esta se encontra em situação de vulnerabilidade. O Conselho Nacional de Saúde (CNS) entende a vulnerabilidade como referindo-se *...a estado de pessoas ou grupos que, por quaisquer razões ou motivos, tenham a sua capacidade de*

autodeterminação reduzida, sobretudo no que se refere ao consentimento livre e esclarecido ¹⁴. Guimarães e Novaes ¹⁵, no entanto, contestam essa definição, alegando que uma redução da autonomia não implica, necessariamente, em vulnerabilidade, citando exemplos de redução voluntária da autonomia nas *pessoas pertencentes a ordens religiosas ou militares*. Essas autoras explicitam o caráter relacional da vulnerabilidade. Para elas, a diferença básica entre redução de autonomia e vulnerabilidade reside no fato de a autonomia estar associada ao indivíduo em si, enquanto que a vulnerabilidade implicaria em uma relação de desigualdade entre dois indivíduos ou ainda entre um indivíduo (ou um grupo) com a sociedade em que estão inseridos. A vulnerabilidade, então, se manifestaria na condição diminuída, senão anulada, de manifestar a vontade. Uma consequência disso parece ser o fato de que alguém não é, mas *está ou não* vulnerável, na dependência de suas relações, tornando possível a existência de situações que se invertam os papéis socialmente estabelecidos.

Deslocando essas ideias para os personagens envolvidos nesse estudo, a população carcerária diagnosticada com doença psiquiátrica, entende-se que, apesar de a medida de segurança considerar a sociedade vulnerável a um comportamento violento por parte deste paciente, é ele quem ocupa a condição vulnerável, *a priori*, em decorrência de sua doença mental, antes mesmo de cometer qualquer delito. No momento exato em que esse paciente pratica um ato de violência *também* passa a ocupar o lugar de vulnerável, tornando-se mais uma vítima da doença mental que

o acomete, o que, de certa forma, amplia a vulnerabilidade que pode decorrer desse distúrbio mental, projetando-a na dimensão social.

Tal discussão desconstrói a ideia estereotipada e estigmatizante de que o paciente psiquiátrico é sempre o agressor e a sociedade sempre sua vítima. A percepção dessa situação para além do maniqueísmo intrínseco à classificação social do agressor possibilita considerar que diferentes personagens possam ocupar diferentes posições. Sob essa ótica, o doente mental (usualmente considerado o agressor) também pode ser o vulnerável e não apenas a sociedade.

A boa condução ética nessa situação delicada seria o tratamento do transtorno psiquiátrico que provoca a violência do paciente e não a simples (porém ineficiente) determinação de afastá-lo do convívio social, como se vê na prática. O tratamento seria uma forma de tentar minimizar sua vulnerabilidade que poderia, também, impedir que essa vulnerabilidade se propagasse como violência a terceiros. Embora seja um procedimento legalmente correto, o simples afastamento, ao contrário, não pode deixar de ser apontado como eticamente criticável e bastante condenável, já que de fato não atua sobre o cerne do problema e permite que se perpetue e aprofunde.

A modalidade de tratamento psiquiátrico para o restabelecimento da saúde mental do paciente forense deve seguir os mesmos critérios médicos aplicados a outro paciente psiquiátrico não forense. Observa-se um procedimento que visa atender à lei, mas que não considera

as diferentes necessidades de um sujeito que sequer pode escolher ou recusar o tratamento que lhe é aplicado. O regime de tratamento a ser seguido, se ambulatorial ou de internação, deve se basear na natureza e gravidade da doença e não na natureza do crime cometido. Em outras palavras, a indicação do regime de tratamento deve ser de ordem médica e não de ordem legal.

A aplicação da medida de segurança tem reforçado a vulnerabilidade do paciente, que fica *rendido* às autoridades judiciais, confinado em um ambiente prisional, não recebendo os cuidados necessários para o restabelecimento de sua saúde mental. Não recebendo tratamento adequado, o risco de comportamento violento poderá manter-se elevado, o que levará à não cessação de sua periculosidade, estabelecendo um ciclo vicioso.

Nesse quadro funesto deve-se considerar ainda um agravante. Uma vez que a medida de segurança, não tem prazo previamente fixado, como explicado anteriormente, e somente se extingue com a cessação da periculosidade do paciente, o risco que este corre, ao menos teoricamente, é o de permanecer internado pelo resto de sua vida, o que equivale, na prática, à prisão perpétua. Como no Brasil nem mesmo os condenados à prisão perpétua cumprem, de fato, essa pena, constata-se que os mais vulneráveis dentre a população carcerária, aqueles que, por motivos psiquiátricos não podem responder penalmente por ato criminoso, podem acabar em

situação pior do que os criminosos comuns. Nessas condições, constata-se facilmente uma violação flagrante do princípio da Justiça, e, mais grave ainda, que tal desrespeito é perpetrado exatamente em nome da lei e, paradoxalmente, pelas autoridades judiciais, que deveriam ser as principais envolvidas na salvaguarda desse princípio moral.

Considerações finais

Este estudo apontou conflitos entre a lei e a ética no contexto da psiquiatria forense, tomando como base a aplicação da medida de segurança, procedimento legalmente correto que, no entanto, necessita ajustes para alcançar a condição de prática eticamente aceitável. Dentre estes ajustes foram destacados dois aspectos, voltados a minimizar a vulnerabilidade do paciente psiquiátrico forense, os quais dizem respeito à gradação da periculosidade, que tornaria o *Exame de Verificação de Cessação de Periculosidade* mais preciso, bem como à adoção do regime de tratamento segundo critério de ordem médica e não de ordem legal, que tenderia a minimizar a vulnerabilidade desse grupo.

A conclusão a que se chega é de que a Medida de Segurança deve atender não somente à necessidade da sociedade de proteger-se contra possível comportamento violento do paciente psiquiátrico. Ela deve contemplar ainda e, sobretudo, a recuperação do paciente adoecido, uma vez que este é a maior vítima das consequências de sua doença mental.

Resumen

Bioética, Psiquiatría Forense y la aplicación de la Medida de Seguridad en Brasil

El artículo discute la aplicación de la Medida de Segurança (Medida de Seguridad), aspecto de la práctica de la Psiquiatría Forense que despierta una serie de cuestiones bioéticas. Presenta nociones básicas sobre la Medida de Seguridad del punto de vista médico-legal y hace un abordaje bioético sobre sus aspectos más polémicos, que suscitan importantes críticas desde el punto de vista ético. La conclusión señala la necesidad de que la medida de seguridad atienda no solamente a la sociedad, en el sentido de protegerla contra posible comportamiento violento del paciente psiquiátrico, sino muestra que debe contemplar aún y, sobretodo, la recuperación del paciente enfermado, una vez que éste es la mayor víctima de las consecuencias de su enfermedad mental.

Palabras-clave: Bioética. Psiquiatría Forense. Legislación como asunto. Vulnerabilidad.

Abstract

Bioethics, Forensic Psychiatry and Security Measure enforcement in Brazil

This paper addresses the enforcement of Medida de Segurança (Security Measures), an aspect of the Forensic Psychiatry practice that raises a series of bioethical issues. It presents basic notions on Security Measures from the medical-legal standpoint and takes a bioethical approach to its more polemic aspects, which raise relevant criticism from an ethical perspective. The conclusion points to the need that the security measure answers not only to the needs of the society by protecting it from the eventual violent behavior of the psychiatric patient, but it shows that it should also cater to and, above all, aim at the recovery of the unsound patient, since the same is the greatest victim of the consequences of its mental disease.

Key words: Bioethics. Forensic Psychiatry. Legislation as topic. Vulnerability.

Referências

1. Abdalla-Filho E, Bertolote J. Sistemas de psiquiatria forense no mundo. Rev Bras Psiquiatr. 2006; 28(Supl II): S56-S61.
2. Abdalla-Filho E, Engelhardt W. A prática da psiquiatria forense no Brasil e na Inglaterra: uma breve comparação. Rev Bras Psiquiatr. 2003; 25(4):245-8.
3. Mori M. A bioética: sua natureza e história. Humanidades 1994; 34:332-41.

4. Taborda JGV, Abdalla-Filho E, Garrafa V. Ethics in forensic psychiatry. *Current Opinion in Psychiatry* 2007; 20(5):507-10.
5. Abdalla-Filho E. Avaliação de risco. In: Taborda JGV, Chalub M, Abdalla-Filho E. *Psiquiatria Forense*. Porto Alegre: Artmed; 2004. p.161-74.
6. Unesco. Universal draft declaration on bioethics and human rights. Paris: mimeo; 2005.
7. Mecler K, Mendlowcz MV, Moraes T. A avaliação de cessação de periculosidade no Hospital de Custódia e Tratamento Heitor Carrilho, no Rio de Janeiro. In: Moraes T., organizador. *Ética e psiquiatria forense*. Rio de Janeiro: IPUB; 2001. p. 217-52.
8. Garrafa V, Porto D. Bioética, poder e injustiça: por uma ética de intervenção. In: Garrafa V, Pessini L. organizadores. *Bioética, poder e injustiça*. São Paulo: Edições Loyola; 2003. p. 35-44.
9. Oliveira AAS, Villapouca KC, Filho WB. Perspectivas epistemológicas da bioética brasileira a partir da teoria de Thomas Kuhn. In: Garrafa V, Cordón J., organizadores. *Bioética no Brasil de hoje*. São Paulo: Editora Gaia; 2006. p. 19-44.
10. Garrafa V. Inclusão social no contexto político da bioética. *Revista Brasileira de Bioética* 2005; 1(2):122-32.
11. Tealdi JC. Para una Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos: una visión de América Latina. *Revista Brasileira de Bioética* 2005; 1(1):7-17.
12. Sané P. Bioética e direitos humanos. *Revista Brasileira de Bioética* 2005; 1(3):241-7.
13. Drane J. Uma história pessoal da bioética na América Latina. O desafio atual da profissão médica e a influência da indústria farmacêutica. In: Pessini L, Barchifontaine CP. organizadores. *Bioética na Ibero-América: história e perspectivas*. São Paulo: Edições Loyola; 2007. p. 77-95.
14. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre normas de pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética* 1996; 4(2):15-25.
15. Guimarães MCS, Novaes SC. Vulneráveis. [Online] [Acessado em 1/9/2001] Disponível em <http://www.ufrgs.br/HCPA/gppg/vulnera.htm>.

Recebido: 8.4.2008 Aprovado: 15.6.2009 Aprovação final: 21.7.2009

Contato

Elias Abdalla - elias.abdalla@terra.com.br

Patrícia Abdalla de Souza – patriciaabdalla@bol.com.br

Elias Abdalla-Filho – SQN 309, bloco L, 603 - Asa Norte CEP: 70755-120. Brasília/DF, Brasil.