

# Medicina, tortura, pena de morte e o estado democrático: da colaboração à emancipação

Dirceu Greco <sup>1</sup>, James Welsh <sup>2</sup>

## Resumo

Abusos médicos têm ocorrido nas últimas décadas no contexto da tortura e da pena de morte. Violações graves e totalmente inaceitáveis de ética médica e dos direitos humanos ocorreram em instituições que cuidam de pessoas vulneráveis. E, no entanto, ainda há uma necessidade de tornar visível todo o espectro de violência e violações dos direitos humanos e desafiá-los. Este artigo discute uma ampla gama de abusos que os profissionais médicos podem enfrentar, seja como testemunhas, espectadores ou participantes. Também são abordadas as mudanças necessárias para beneficiar os cidadãos em risco de abuso e fortalecer a prática ética da medicina. O termo “empoderamento”, frequentemente aplicado a populações em risco, sinaliza um passo na direção certa, mas normalmente envolve a concessão limitada de poder às pessoas, “de cima para baixo”. O que as pessoas oprimidas precisam é reivindicar seus direitos humanos – emancipar a si mesmas.

**Palavras-chave:** Bioética. Ética. Direitos humanos. Tortura. Pena de morte.

## Abstract

### Medicine, torture, the death penalty and the democratic state: from collaboration to emancipation

Abuses of medicine have taken place over past decades in the context of torture and the death penalty. Serious and totally unacceptable breaches of medical ethics and human rights have occurred in institutions caring for vulnerable people. And yet there is still a need to make visible the whole spectrum of violence and breaches of human rights and to challenge them. This paper discusses a wide range of abuses in which medical professionals may take part whether as witnesses, bystanders or participants. It also addresses changes that are needed to benefit citizens at risk of abuse and to strengthen the ethical practice of medicine. The frequently-used term “empowerment” as applied to populations at risk signals a step in the right direction but usually involves the top-down giving of limited power to people. What oppressed people need is to claim their human rights – to emancipate themselves.

**Keywords:** Bioethics. Ethics. Human rights. Torture. Capital punishment.

## Resumen

### Medicina, tortura, pena de muerte y estado democrático: de la colaboración a la emancipación

Los abusos de la medicina han tenido lugar en las últimas décadas en el contexto de la tortura y la pena de muerte. Faltas graves y totalmente inaceptables a la ética médica y a los derechos humanos se han producido en instituciones que atienden a personas vulnerables. E, incluso, existe además la necesidad de hacer visible todo el espectro de violencias y de violaciones a los derechos humanos que los ponen en entredicho. Este artículo analiza una amplia gama de abusos que los profesionales médicos pueden enfrentar ya sea como testigos, espectadores o participantes. También se ocupa de los cambios que son necesarios para beneficiar a los ciudadanos en riesgo de abuso y para fortalecer la práctica ética de la medicina. El frecuentemente utilizado término “empoderamiento”, aplicado a las poblaciones en riesgo señala un paso en la dirección correcta, pero por lo general implica un movimiento de arriba hacia abajo, otorgando un poder limitado a las personas. Lo que las personas oprimidas necesitan es reivindicar sus derechos humanos para emanciparse.

**Palabras clave:** Bioética. Ética. Derechos humanos. Tortura. Pena de muerte.

---

1. MD dirceugreco@gmail.com – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte/MG, Brasil 2. PhD jameskwelsh@netscape.net – University of London, London, United Kingdom.

## Correspondência

Dirceu Greco – Rua Goitacazes, 14 CEP 3190-050. Belo Horizonte/MG, Brasil

Declaram não haver conflito de interesse.

A luta pelo triunfo da ética e dos direitos humanos foi dominada pelos 12 anos de domínio nazista na Alemanha e territórios ocupados no século XX<sup>1</sup>. A visão ética que emergiu refletiu a gravidade dos abusos do período. Mas décadas após o fim do nazismo, outros abusos foram documentados e levaram a uma reflexão considerável sobre o papel dos médicos, onde a prática profissional ocorreu em um ambiente abusivo. Neste trabalho, revisamos essa experiência e sugerimos algumas das ações necessárias para lidar com tais abusos.

## Médicos e tortura

As ditaduras militares em muitos estados da América Latina nas décadas de 1960 e 1970 foi acompanhada pelo uso generalizado de tortura e execuções extrajudiciais de opositores. Além disso, houve alegações de envolvimento sistemático de médicos em atos de tortura na Argentina, Brasil, Chile e Uruguai<sup>2-5</sup>. Os médicos teriam reanimado os detidos após colapsos durante a tortura, teriam aconselhado os interrogadores sobre as metodologias de tortura; produziram falsos atestados médicos e de óbito e, em geral, deram uma chancela médica aos maus-tratos. Na Grécia, presos políticos foram tratados por médicos durante a ditadura militar de 1967 a 1974 e um destes médicos foi levado a julgamento e condenado à prisão por desconsiderar, de modo antiético, as necessidades dos prisioneiros que haviam sido torturados<sup>6</sup>.

Na ex-URSS, alguns críticos e dissidentes foram submetidos a internação involuntária nas instituições psiquiátricas, onde receberam tratamento médico desnecessário forçado<sup>7</sup>. O objetivo dessa detenção e “tratamento” não era alcançar objetivos relacionados à saúde, mas remover pessoas sociedade por causa de suas visões ou atividades políticas – e de uma forma que não parecia constituir prisão por razões políticas.

Na última década do século XX, relatou-se que alguns médicos ainda não forneciam cuidados éticos apropriados e documentação precisa dos ferimentos sofridos pelos prisioneiros, embora a questão da participação médica em violações de direitos humanos tenha retornado novamente como um problema ético importante após a transferência de detentos não julgados para a base naval de Guantánamo em Cuba como parte da resposta dos EUA aos ataques em Nova York e Washington DC (comumente conhecido como “9/11”). Em fevereiro de 2018, 41 presos ainda estão mantidos lá, todos eles foram presos por mais de 10 anos sem recurso a um julgamento justo e ao padrão dos direitos legais garantidos pela Constituição dos EUA e pelas leis nacionais.

Guantánamo tem sido descrito como um “buraco negro legal”<sup>8</sup> e “cada vez mais... uma zona livre de ética médica”<sup>9</sup>. Essas preocupações giram em torno da falta de devido processo legal disponível para os detidos e práticas médicas coercivas como a alimentação forçada de prisioneiros em greve de fome<sup>10</sup>. Vozes dentro da profissão médica criticaram o papel médico nas práticas norte-americanas<sup>11</sup> e a orientação ética inadequada elaborada pelo Departamento de Defesa dos EUA<sup>12</sup>. Os funcionários de direitos humanos da ONU criticaram as práticas em Guantánamo, incluindo o fracasso das autoridades em proteger adequadamente o direito dos presos à saúde e ignorando sua falta de consentimento para a alimentação<sup>13</sup>.

O relatório do Senado dos EUA sobre o uso de tortura de prisioneiros de segurança<sup>14</sup> deixou claro que os médicos estavam envolvidos no programa de “interrogatório aprimorado” da Agência Central de Inteligência. Em uma carta a um procurador-geral adjunto dos EUA, um funcionário da CIA escreveu que *uma sessão de interrogatório seria interrompida se, a critério dos interrogadores ou da equipe médica, fosse necessária atenção médica*<sup>15</sup>. O relatório observa, imediatamente abaixo desta passagem que *vários detidos da CIA foram [não obstante] submetidos às técnicas de interrogatório avançadas da CIA, apesar de suas condições médicas*<sup>15</sup>, mas não afirma se isso foi feito contra a orientação médica ou com a aprovação dos médicos da Agência.

## Médicos e punições cruéis

Os médicos têm, historicamente, sido espectadores e facilitadores na aplicação de punições cruéis como açoitamento, amputação judicial e execuções. A ética médica internacional se opõe a um papel médico nessas punições. Enquanto tais punições pelo estado têm tradicionalmente envolvido profissionais de saúde pelo menos em atividades como certificar que o prisioneiro está apto para a punição, medicar o prisioneiro e (no caso de chicotear) intervir para parar ou suspender a punição, desde a década de 1970 os padrões para profissionais médicos proscreeveram qualquer papel médico em tais punições.

Por exemplo, os Princípios de Ética Médica da ONU relevantes ao Papel do Pessoal de Saúde, particularmente os Médicos, na Proteção de Presos e Detidos contra Tortura e Outros Tratamentos ou Punições Cruéis, Desumanos ou Degradantes se opõem a qualquer papel médico na tortura ou punição. De acordo com os Princípios *É uma violação da ética médica para o pessoal de saúde, particularmente*

médicos, estarem envolvidos em qualquer relacionamento profissional com prisioneiros ou detentos cujo propósito não seja somente avaliar, proteger ou melhorar sua saúde física e mental<sup>16</sup> (Princípio 3). Também considera a participação na tortura ou sua facilitação como antiéticas (Princípio 4).

A Associação Médica Mundial (“World Medical Association”, WMA) fez vários pronunciamentos sobre castigos corporais e capitais, em consequência da introdução e da aplicação aparentemente iminente da execução por injeção de fluidos tóxicos nos Estados Unidos da América (EUA) quando a execução da injeção letal (IL) foi legalizada, em 1977. Os planos para conduzir a primeira dessas execuções não se concretizaram e a primeira probabilidade realista de tal execução só foi relatada quatro anos após a adoção de tais leis em vários estados.

Thomas “Sonny” Hayes, um homem negro no Oklahoma – teve sua execução marcada para 9 de setembro de 1981. Depois de um adiamento ordenado pelo tribunal, foi remarçada para 14 de setembro. O secretário-geral da WMA, Dr. André Wynen, emitiu uma declaração opondo-se à participação médica nas execuções por Injeção Letal. Sua declaração foi posteriormente incorporada em uma resolução WMA contra a participação médica em execuções. Notou que *Atuar como carrasco não é a prática da medicina, e os serviços médicos não são obrigados a realizar a pena de morte*. No ano seguinte, outro homem negro, Charles Brooks Jr., tornou-se o primeiro prisioneiro a ser executado por injeção letal – no Texas – na presença de dois médicos que monitoraram o processo e aconselharam o carrasco<sup>17</sup>.

Desde então, a injeção letal foi adotada pela China, Taiwan, Guatemala, Filipinas e Vietnã. A Guatemala colocou uma moratória de fato na pena de morte após uma primeira experiência dar errado<sup>18</sup>; as Filipinas encerraram o uso da injeção letal quando a pena de morte foi abolida por mudanças constitucionais; Taiwan pode realizar execuções por tiros ou por injeção letal, mas, na prática, todas as execuções são realizadas por tiro, e a China é um estado executor entusiasta, embora a diferença em números entre execuções por tiro e injeção letal seja (como a maioria dos outros aspectos da pena de morte na China) segredo. O Vietnã mantém o tiro como método principal de execução, mas executou um pequeno número de homens por injeção letal. No entanto, como acontece em alguns estados dos EUA, o Vietnã vem encontrando dificuldade em encontrar um fornecedor de substâncias letais para injeção. Isso pode ser um fator determinante no uso de metodologias específicas<sup>19</sup>.

## Práticas antiéticas contra prisioneiros de segurança

Apesar da ampla gama de padrões de ética médica em vigor, os médicos (e outros profissionais de saúde) ainda estão envolvidos em atividades ilegais. Mesmo com diretrizes claras contra a alimentação forçada, a equipe de saúde supervisionou ou participou de tais práticas, por exemplo, com prisioneiros em Guantánamo. A alimentação forçada em Guantánamo também foi condenada por cinco Relatores Especiais da ONU<sup>9</sup>, bem como por numerosas organizações de direitos humanos<sup>20</sup>. Em outubro de 2014, um tribunal dos EUA ordenou a publicação de 28 vídeos mostrando o processo de alimentação forçada em operação. No entanto, em 2 de dezembro de 2014, advogados do Departamento de Justiça dos EUA apresentaram uma apelação contra a ordem judicial de outubro que exigia a liberação das fitas<sup>21</sup>. No momento da redação deste artigo, as fitas continuam sujeitas ao processo de apelação.

Nesta mesma prisão, houve administração em massa aos detidos da droga antimalárica mefloquina em sua chegada a Guantánamo. Cuba é uma ilha livre de malária. Embora a mefloquina tenha um papel na prevenção da malária, seu uso em Guantánamo não foi consistente com a prática recomendada e foi sugerido que ela pode ter sido usada devido a seus efeitos adversos conhecidos no sistema nervoso central, incluindo alucinações, depressão e suicídio. Comportamento<sup>22</sup>. A verdadeira razão para a medicação em massa não foi documentada, mas o tratamento abusivo institucionalizado dispensado aos prisioneiros significa que as alegações de razões não médicas para o uso de tal medicação não podem simplesmente ser descartadas.

Na última década, psicólogos nos EUA foram acusados de participar de tortura contra prisioneiros estrangeiros. Em seu livro de 2014<sup>23</sup>, James Risen detalha evidências de que a American Psychological Association trabalhou direta e secretamente com funcionários do governo dos EUA, inclusive da CIA e da Casa Branca, em sua política ética. De acordo com Risen, esse conluio parecia ter como objetivo justificar eticamente o envolvimento de psicólogos em interrogatórios e garantir a assistência de psicólogos na implementação, além de legitimar o programa de tortura da era Bush. Organizações de direitos humanos criticaram o papel dos psicólogos na guerra contra o terrorismo e pediram uma investigação desse papel e da APA<sup>24</sup>. Alguns psicólogos têm estado ativamente empenhados em tentar expor o papel

individual de psicólogos e do corpo profissional em Práticas dos EUA em Guantánamo <sup>25,26</sup>.

## Onde continuamos falando?

No cotidiano e em muitas regiões, a violência e os abusos dos direitos humanos são perpetrados contra mulheres, lésbicas, gays, bissexuais e transexuais, minorias étnicas e negras, pessoas com deficiências, minorias religiosas e profissionais do sexo <sup>27</sup>.

Profissionais de saúde também podem ser testemunhas e até participar de abusos em situações descritas abaixo. Todos esses abusos são incompatíveis com a ética profissional e com o direito internacional ou, em alguns casos, refletem valores comunitários que estão em desacordo com as tendências do direito dos direitos humanos. É claro que os profissionais de saúde devem prestar cuidados de forma ética e confidencial em casos de abuso, mas, como acontece com a tortura, não devem permanecer em silêncio ou passivos. Entre estas situações:

### Violência contra mulheres

García-Moreno e colaboradores <sup>28</sup> resumem as ameaças a mulheres e meninas como violência, incluindo violência de parceiros íntimos e outras formas de violência, abuso sexual infantil, tráfico, mutilação genital, casamento forçado e precoce e assassinatos em nome da “honra” <sup>28</sup>. De acordo com Devries e colaboradores <sup>29</sup>, pelo menos um em cada sete homicídios em todo o mundo e mais de um terço dos homicídios femininos são perpetrados por um parceiro íntimo, geralmente representando o ápice de uma longa história de abuso.

A exigência de confidencialidade não deve ser deixado de lado e isso está no centro do debate sobre tornar obrigatória a denúncia de violência doméstica ou de gênero. As diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre a resposta à violência praticada pelo parceiro íntimo incluíam uma recomendação contra a obrigatoriedade de notificação, pelo provedor de saúde à polícia, alegando que *os possíveis benefícios da notificação obrigatória não compensavam o conflito com a autonomia e a tomada de decisões da mulher* <sup>30</sup>. A OMS fez desta uma recomendação “forte”, mas observou que se baseou em evidências de baixa qualidade. No entanto, a notificação de violência por parceiro íntimo a autoridades de justiça criminal por médicos é obrigatória em alguns países e em alguns estados dos EUA <sup>31</sup>.

### Minorias sexuais

Mesmo com o reconhecimento generalizado dos direitos humanos de lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros <sup>27</sup>, 78 países, dos quais cerca de metade estão na África (37 dos 54 países) atualmente tratam como ilegais os relacionamentos entre pessoas do mesmo sexo. Em cinco países, a homossexualidade pode ser punida com a morte, com dois outros países possivelmente aplicando a pena de morte em partes de seu território; o uso da pena de morte é incerto em outros quatro países <sup>32</sup>. Além disso, a discriminação social pode levar a altos níveis de crimes de ódio e violência contra esses cidadãos <sup>33</sup>.

### Migrantes

Não obstante as normas de direitos humanos, como a *Convenção sobre os Direitos dos Trabalhadores Migrantes* de 2003 <sup>34</sup>, a *Convenção de 1951* e o *Protocolo de 1967 sobre o Estatuto dos Refugiados* <sup>35</sup>, há propostas para mudar as políticas de imigração na Europa, tanto de políticos como de parte da população argumentando que os imigrantes estão vindo para explorar os benefícios da previdência social e “roubar” empregos.

No Reino Unido, há reclamações de que os visitantes estão chegando para fins de “turismo de saúde” para obter tratamento gratuito do Serviço Nacional de Saúde Britânico. A xenofobia está amplamente presente na Europa e parece estar contribuindo para o surgimento de movimentos políticos anti-imigrantes.

### Minorias religiosas

O preconceito contra os judeus continua a ser motivo de preocupação em toda a Europa <sup>36</sup>; isso é parcialmente atribuído à crescente oposição às políticas do governo israelense em relação aos povos palestinos, mas a maior parte parece resultar do antissemitismo. O preconceito contra as minorias muçulmanas também está aumentando na Europa <sup>37</sup> e em outros lugares. Significativamente, existe um conflito sectário entre muçulmanos. Além disso, os cristãos correm risco em vários países, particularmente no Oriente Médio <sup>38</sup>.

### Minorias étnicas

Embora as minorias étnicas possam ser encontradas de forma desproporcional nas partes economicamente e socialmente mais desfavorecidas da sociedade, sua super-representação nas prisões é um lembrete visual dramático desse fato. Nos EUA, os afro-americanos representam cerca de 13% da população, mas respondem por 37% dos detidos <sup>39</sup>; a expectativa de vida para afro-americanos é 3,5 anos menor do que para os americanos brancos <sup>40</sup>.



No Brasil, os presos compreendem 65% de negros ou mulatos (comparado a 51% da população, que inclui 7,6% de negros); 60% não concluíram o ensino fundamental e 95% são pobres ou muito pobres <sup>41</sup>.

Na Austrália, os indígenas australianos têm 15 vezes mais chances de serem presos do que os australianos não-indígenas e são quase duas vezes mais propensos do que os australianos não-indígenas a serem relatados como vítimas de violência física ou ameaçada e mulheres indígenas são hospitalizadas por agressão relacionada à violência familiar em uma taxa 31 vezes superior à taxa de mulheres não indígenas <sup>42</sup>. A expectativa de vida para os indígenas australianos nascidos em 2010-12 foi estimada como sendo de 10 anos a menos do que para os australianos não-indígenas <sup>43</sup>. Estes resultados refletem uma mistura complexa de privação histórica, pobreza, marginalização e falta de prestação de serviços eficientes, mas também podem refletir valores racistas arraigados.

Pode ser difícil manter campanhas por direitos e justiça quando muitas vezes parecemos, na melhor das hipóteses, dar dois passos à frente (e, na pior, um passo à frente e depois dois atrás). No entanto, devemos continuar trabalhando pela justiça e perturbar o status quo da violência e da disparidade – a injustiça não é imutável ou inevitável. No lado positivo, mesmo com toda a violência que temos visto em todo o mundo contra muitos grupos diferentes de indivíduos, a situação melhora em comparação, digamos, 70 a 100 anos atrás. Houve muitos desenvolvimentos positivos para neutralizar as violações acima mencionadas. Estes incluem a disseminação de valores democráticos; o crescimento do movimento dos direitos humanos que floresceu em todo o mundo; a adoção generalizada de normas contra uma série de violações de direitos humanos, incluindo a participação de médicos na facilitação da tortura, mas também na assistência à pena de morte.

Há leis formuladas e declarações internacionais adotadas para reduzir a prevalência de violações de direitos humanos. Esses incluem:

## Marco regulatório

### Nações unidas

- *Declaração Universal dos Direitos Humanos, DUDH, Paris – 10 de dezembro de 1948* <sup>44</sup>. Este documento marco foi elaborado por representantes com diferentes origens legais e culturais de todas as regiões do mundo e adotado Pela Assembleia geral da Nações Unidas em Paris, em 10 de dezembro de 1948;

- *Acordos de direitos humanos, 1966*: O Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais e o Pacto Internacional sobre Direitos Cívicos e Políticos <sup>45</sup>, foram adotados pela Assembleia Geral da ONU em 16 de dezembro de 1966 e deram força de lei à DUDH;

- *Princípios de Ética Médica relevantes para o Papel do Pessoal de Saúde, particularmente dos Médicos, na Proteção de Presos e Detidos contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Punições Cruéis, Desumanos ou Degradantes* <sup>46</sup>, 1982.

O Código foi introduzido no período durante a discussão da Convenção contra a Tortura e explicita a ética da relação entre os profissionais de saúde, especialmente o médico e os prisioneiros/detidos <sup>46</sup>.

- *Diretrizes Éticas Internacionais para Pesquisas Biomédicas Envolvendo Seres Humanos (International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects) preparados pelo Conselho da OMS para Organizações Internacionais de Ciências Médicas (WHO/Council for International Organizations of Medical Sciences, CIOMS; 2016)* <sup>47</sup>.

### Associação Médica Mundial

A Associação Médica Mundial (*World Medical Association, WMA*), que congrega associações médicas nacionais, adotou várias declarações contra a participação médica em violações de direitos humanos. Apesar de não ter autoridade vinculativa internacional formal, a declaração de ética da Associação representa uma visão consensual dos valores éticos da profissão organizada. Embora seja um fato que o WMA é o único órgão médico supranacional que fala sobre ética médica e foi creditado com a produção de declarações influentes para orientar os médicos, alguns comentaristas afirmaram que as declarações da WMA não devem ser consideradas como universalmente vinculantes. Com relação à ética e ao direito humanitário internacional, ver a discussão de Sigrid Mehring sobre a Declaração de Genebra, o *Código Internacional de Ética e Regulamentação Médica em Tempos de Conflito Armado (International Code of Medical Ethics and Regulations in Times of Armed Conflict)* da WMA <sup>48</sup>. Ela afirma que a WMA não tem legitimidade para reivindicar apoio de todos os médicos para esses princípios éticos específicos. Este ceticismo não parece existir em outras áreas da ética (por exemplo, no que diz respeito à Declaração de Tóquio contra o envolvimento médico na tortura).

**Declaração de Tóquio da WMA**

Em 1975, na sequência de inúmeros relatos de participação médica em tortura na América Latina, a WMA adotou uma declaração curta e muito clara, afirmando que os médicos não devem “aceitar, tolerar ou participar” na prática de tortura <sup>49</sup>.

**Declaração de Hamburgo**

Em 1997, a WMA adotou esta declaração de apoio aos médicos que se recusam a participar no... uso da tortura... apoiando os profissionais que se recusam a tomar parte no uso da tortura <sup>50</sup>.

**Resolução sobre a documentação da tortura**

Em 2003, a WMA resolveu enfatizar “a responsabilidade dos médicos na documentação e denúncia de atos de tortura” <sup>51</sup>.

**Resolução da WMA sobre a participação de Médicos na Pena Capital**

Essa declaração, adotada em 1981, foi motivada pelo uso iminente de execuções de injeção letal. Sofreu emendas em 2000 e se opõe à participação médica em qualquer aspecto da pena de morte <sup>52</sup>.

**Declaração de Malta da WMA sobre Greves de Fome, 1991**

Afirma que a alimentação forçada nunca é eticamente aceitável. Mesmo que tenha intenção benéfica, a alimentação acompanhada de ameaças, coerção, força ou uso de restrições físicas é uma forma de tratamento desumano e degradante <sup>53</sup>. Essa declaração vem sendo amplamente citada nas discussões sobre a alimentação forçada em Guantánamo e em outros lugares.

Ainda em relação à pesquisa envolvendo seres humanos, houve alguns ganhos desde 1945:

- *Código de Nuremberg, de 1947* <sup>54</sup> – Este código de 10 pontos que surgiu do Julgamento dos Médicos em Nuremberg ressaltou a necessidade de os pesquisadores respeitarem a autonomia do sujeito humano e obterem consentimento livre e esclarecido;
- *Relatório Belmont, de 1979* – A Comissão Nacional para a Proteção de Seres Humanos da Pesquisa Biomédica e Comportamental foi estabelecida por lei para *identificar os princípios éticos básicos que devem fundamentar a condução de pesquisas biomédicas e comportamentais envolvendo seres humanos e desenvolver diretrizes* <sup>55</sup>. O relatório resultante enfocou três princípios: respeito pelas pessoas, beneficência e justiça;

- *Declaração de Helsinque da WMA, de 1964* <sup>49</sup> – Estabeleceu padrões éticos para guiar a pesquisa com sujeitos humanos. Foi revisada várias vezes, mais recentemente em 2013, e é uma referência amplamente utilizada;
- *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da Unesco, de 2005*. A Declaração abordou *questões éticas relacionadas à medicina, ciências da vida e tecnologias associadas* <sup>56</sup>.

O resultado de toda essa atividade é que agora temos declarações claras orientando o comportamento profissional na pesquisa médica, nas relações profissionais na prática clínica e no trato com pessoas que perderam sua liberdade e que estão realizando protestos que podem ser prejudiciais a si mesmas.

**Determinantes sociais, relações de poder e emancipação**

Estas são questões cruciais que só podem ser verdadeiramente resolvidas com ampla mudança social. Deve ser enfatizado que elas estão interligadas com riscos e situações reais de violações dos direitos humanos de indivíduos e populações vulneráveis.

É claro que disparidade, discriminação, preconceito, violência e racismo não vão simplesmente desaparecer com a adoção de leis, convênios ou diretrizes. A justiça pode ser alcançada quando indivíduos, comunidades e países recebem seu quinhão, se emancipam para lutar por seus direitos. Tucídides, em sua “História da Guerra do Peloponeso” <sup>57</sup>, sugeriu que a justiça prevaleceria quando aqueles que não estão sujeitos à injustiça estiverem tão indignados quanto aqueles que estão sujeito a ela. Argumentaríamos que a justiça só prevalecerá quando os afetados pela injustiça se emanciparem lutando por seus direitos.

Para enfrentar a disparidade, a exploração e a pobreza, o caldeirão de outras agressões descritas, não há lugar para o chamado empoderamento. O empoderamento é repetido ad nauseam como uma forma de ‘dar’ capacidade aos indivíduos em relação às suas necessidades e expectativas – infelizmente o empoderamento é outra figura da retórica, já que o poder nunca é dado e muito raramente compartilhado. Isso geralmente significa uma maneira “de cima para baixo” de fornecer um pouco aos que precisam, para acalmar suas reivindicações.

Indivíduos/países vulneráveis elogiarão os “doadores” por ajudá-los a obter o que não é mais do que seus direitos, e isso só perpetua a dependência, em um

novo tipo de colonialismo: dar os anéis, salvar os dedos e manter o status quo da disparidade e violência.

O que é necessário é a emancipação, como propõe o educador brasileiro Paulo Freire<sup>58</sup>: para este autor a libertação humana não ocorrerá acidentalmente, como concessão, mas será uma conquista da práxis humana, exigindo luta constante para alcançá-la – haverá um momento em que os oprimidos tomarão a iniciativa de lutar e se emancipar dos opressores.

### Do desempoderamento à emancipação: uma agenda de ação

Há muitas maneiras e enfrentar os desafios descritos acima. Para combater, devemos exercer “vigilância e apreensão constantes” e tornar mais visíveis todas as formas de violência, discriminação e preconceito contra alguém e responsabilizar os responsáveis. Alguns acreditam que pode até ser possível perdoar, mas ninguém deve esquecer o que aconteceu e ainda acontece; e, não esquecendo, podemos ser capazes de nos emancipar e continuar lutando pela igualdade, justiça e contra qualquer forma de discriminação, preconceito e violência.

### Prevenção e ações

#### Treinamento

Simplesmente informar o pessoal de saúde de seus deveres éticos não é garantia de comportamento ético. Mas é um requisito mínimo. A ética e os direitos humanos geralmente recebem pouca ênfase durante a educação e esse déficit precisa ser resolvido.

#### Iniciativas em toda a sociedade – combatendo o estigma e a discriminação

Como sugerimos acima, o estigma e a discriminação são uma base para a erosão dos direitos humanos e para a institucionalização de práticas abusivas. Medidas para educar o setor da saúde e o público em geral sobre diferenças e respeito mútuo são essenciais. A conscientização de gênero e uma compreensão mais ampla da deficiência, etnia e orientação sexual são componentes essenciais da aptidão para lidar com as necessidades dos pacientes e com a saúde pública em geral.

#### Responsabilização ética

A última década de práticas extrajudiciais usadas em Guantánamo e a análise do comportamento

antiético por profissionais de saúde podem ser adicionadas ao papel abusivo da medicina nos maus-tratos de prisioneiros na América Latina, na União Soviética, na África do Sul e em outros lugares.

#### Abordar as más práticas

Além dessas violações grosseiras, há os exemplos de práticas clínicas ou de pesquisa precárias que também violaram os direitos das pessoas. Todos esses casos foram marcados por uma falta singular de responsabilização – no governo, nos ministérios e entre os profissionais de saúde.

Deve-se notar que existem diretrizes e códigos já emitidos abordando esta questão. Como exemplos, o Código Brasileiro de Ética Médica<sup>59</sup> (Capítulo IV – Dos Direitos Humanos) afirma claramente em seu artigo 25 que os médicos são proibidos de participarem ou serem cúmplices e/ou de não denunciar a prática da tortura ou outras práticas desumanas, cruéis, ou procedimentos degradantes e de fornecer meios, instrumentos, substâncias ou conhecimentos que possam facilitar essas práticas.

Da mesma forma, a Associação Médica Americana afirmou, à luz do já mencionado relatório do Senado dos EUA sobre interrogatórios, que este poderia ser um bom momento para os médicos se certificarem de que eles entendam suas obrigações éticas com relação à tortura e ao interrogatório. O Código de Ética Médica da AMA dá instruções específicas sobre o que os médicos devem e não devem fazer em situações envolvendo tortura ou interrogatório coercivo. No que diz respeito à tortura, vários princípios-chave do Parecer E-2.067 da AMA devem ser observados:

- *Os médicos devem se opor e não devem participar de tortura por qualquer motivo. A participação em tortura inclui, mas não se limita a, fornecer ou reter quaisquer serviços, substâncias ou conhecimentos para facilitar a prática de tortura. Os médicos não devem estar presentes quando a tortura é usada ou ameaçada.*
- *Os médicos só devem tratar os indivíduos quando for do interesse do paciente, não verificar a saúde para que a tortura possa começar ou continuar.*
- *Os médicos devem ajudar a fornecer apoio às vítimas de tortura e, sempre que possível, esforçar-se para mudar situações nas quais a tortura é praticada ou o potencial de tortura é grande.*
- *Este Parecer também observa que os médicos que seguem sua vocação como curadores no tratamento de vítimas de tortura não devem ser perseguidos<sup>60</sup>.*

A isto se segue o Parecer E-2.068 da AMA:

Os médicos têm cinco obrigações éticas com relação a este assunto:

- *Médicos só devem realizar avaliações físicas e mentais dos detidos: para determinar a necessidade de cuidados médicos e fornecê-los. Ao fazer isso, os médicos devem revelar até que ponto os outros têm acesso às informações incluídas nos registros médicos. O tratamento nunca deve ser condicionado à participação de um paciente em um interrogatório;*
- *Médicos não devem conduzir nem participar diretamente de interrogatórios: Estar envolvido no interrogatório prejudica o papel do médico como curador e, desse modo, erode a confiança no médico individual e na profissão médica;*
- *Médicos não devem monitorar interrogatórios: com a intenção de interferir no processo. Isso constitui participação direta no interrogatório;*
- *Médicos não devem participar no desenvolvimento de estratégias eficazes de interrogatório: exceto para fins de treinamento geral. Essas estratégias não devem ameaçar ou causar danos físicos ou sofrimento mental e devem ser humanas e respeitar os direitos dos indivíduos;*
- *Médicos devem relatar suas observações às autoridades competentes se tiverem motivos para acreditar que os interrogatórios são coercitivos. Se essas autoridades tiverem conhecimento de interrogatórios coercitivos, mas não tiverem interferido, os médicos são eticamente obrigados a denunciar as ofensas a autoridades independentes que tenham o poder de investigar ou julgar tais alegações*<sup>60</sup>.

### **Evitar a institucionalização de prestadores de cuidados de saúde**

É comum ver que aqueles que trabalham na mesma instituição (ou no mesmo tipo de instituição) por longos períodos adaptam-se ao ethos governante e perdem a nitidez da visão crítica. Deve haver um mecanismo para mudar o ambiente de trabalho daqueles que trabalham com prisioneiros e detidos ou com aqueles que são mantidos em instituições sociais ou de assistência.

### **Proteger denunciante**

Os exemplos recentes de Julian Assange e Edward Snowden (responsáveis respectivamente pelo site do Wikileaks<sup>61</sup> e pelos vazamentos de documentos da Agência de Segurança Nacional dos EUA<sup>62</sup>) – e muitos outros denunciante menos visíveis revelam que eles são mais propensos a serem atacados por

aqueles no poder do que agradecidos por revelarem comportamento inaceitável ou ilegal. Deve-se salientar que a denúncia e a violação da segurança nacional não são conceitos fixos, uma vez que a confidencialidade e a segurança não são absolutas. Alguns segredos do governo podem encobrir ilegalidades (oferecendo, portanto, um caso persuasivo para publicação no interesse público), enquanto outros podem não ser baseados em ações ilegais, mas são uma questão de julgamento sobre o que é de interesse público. Além disso, os denunciante podem sofrer reações negativas de colegas (particularmente quando estão implicados em atos ilícitos ou são publicamente constrangidos) e do público, apesar de agirem no que acreditam ser o interesse público. No setor da saúde, os denunciante também podem enfrentar os mesmos resultados negativos no setor de saúde.

Até o momento, o apoio limitado que recebem de observadores esclarecidos não é acompanhado de proteção legal ou forte encorajamento de órgãos profissionais. Isso deve mudar.

### **Justiça**

Punir os abusadores reais: aqueles com responsabilidade gerencial por maus-tratos ou comportamento antiético. O direito internacional fornece uma estrutura clara para responsabilizar os abusadores, embora a justiça deva estar disponível no país da vítima.

### **Dar compensação às vítimas**

Aqueles que sofreram nas mãos do estado ou que receberam proteção inadequada deste devem receber compensação apropriada. O Comitê contra a Tortura da ONU forneceu um comentário detalhado sobre como isso pode ser abordado<sup>63</sup>, mas outras formas de abuso também mereçam compensação para as vítimas.

### **Assegurar o justo processo legal**

Os requisitos mínimos básicos para um processo legal justo estão estabelecidos na legislação internacional e regional<sup>64</sup>. Além disso, os processos administrativos legais e de ética médica devem seguir padrões adequados. Estes incluem compatibilidade com o direito internacional, transparência, acesso à assistência jurídica e direito a recurso das decisões.

Em suma, ressaltamos que as diretrizes, declarações e códigos existentes não devem apenas ser postos em prática, mas, acima de tudo, aqueles acusados de alhas éticas graves, que podem ser indivíduos e/ou instituições, devem ser responsabilizados.



Para este fim, será necessário estabelecer mecanismos independentes de investigação e aplicar as sanções necessárias, se os abusos forem confirmados. Esta é uma oportunidade para apoiar a criação de um Tribunal Mundial de Direitos Humanos<sup>65</sup> sob a jurisdição das Nações Unidas.

### Emancipação

Inculcar uma sensação de poder em todos os cidadãos – inclusive entre os profissionais de saúde. Este deve ser o poder de agir onde os direitos humanos estão em risco; onde a pressão está sendo trazida para se comportar de maneira antiética; onde as necessidades clínicas estão sendo negadas por razões não clínicas. Tanto o profissional de saúde quanto o paciente devem estar unidos na busca de reivindicar seus direitos para assegurar e receber os cuidados necessários.

Assim, o termo empoderamento deve ser substituído por emancipação no sentido de Paulo Freire 69, que, em seu abrangente trabalho de educação para a liberdade, utilizou a palavra em amplo sentido de libertação e autonomia, exatamente como deveria ser usada quando se discute cidadania, direitos ou combater as disparidades. Na mesma direção,

*deve ser aplicado em um sentido global, isto é, a emancipação não acontecerá por acaso, por concessão, mas será uma conquista efetuada pela práxis humana, que exige luta ininterrupta: a libertação é assim semelhante ao nascimento (...) O homem que é assim nascido é um homem novo, viável apenas na contradição opressor-oprimido e que supera essa contradição, alcançando é substituído pela libertação de todos os homens*<sup>66</sup>.

### Considerações finais

Ainda há muitos problemas relacionados à participação da profissão médica em muitas situações que podem violar ou de fato violam os direitos humanos. Por outro lado, houve progresso visando não apenas evitar sua participação em tais práticas, mas também torná-los parte da solução. Mostramos algumas das possibilidades para essa mudança, que incluem a emissão de e o respeito devido às normas, declarações e leis e, tão importante quanto isso, a necessidade de disseminação dessa discussão em diversos locais, especialmente com a participação e emancipação verdadeiras das populações afetadas e vulneráveis.

*Dirceu Greco, MD, PhD, é Professor Emérito da Faculdade de Medicina da Universidade Feral de Minas Gerais, em belo Horizonte, Brasil. James Welsh é pesquisador independente e este artigo foi escrito enquanto era bolsista na Escola de Higiene e medicina tropical de Londres (London School of Hygiene and Tropical Medicine, LSHTM), Universidade de Londres, Londres, Reino Unido.*

### Referências

1. Greco D, Welsh J. Human rights, ethics and the medical profession. Rev. bioét. (Impr.) [Internet]. 2016 [acesso 14 ago 2018];24(3):443-51. Disponível: <https://bit.ly/2DZ28mJ>
2. Arns PE. Brasil: nunca mais. Petropolis: Vozes; 1985.
3. Rivas FS. Traición a Hipócrates: médicos en el aparato represivo de la dictadura. Santiago de Chile: Cesoc; 1990.
4. Martirena G. Uruguay: la tortura y los médicos. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental; 1988.
5. British Medical Association. Medicine betrayed: the participation of doctors in human rights abuses. 2ª ed. London: Zed Books; 1992.
6. Amnesty International. Greece: the first torturer's trial 1975 [Internet]. London: Amnesty International Publications; 1977 [acesso 10 jul 2016]. Disponível: <https://bit.ly/2SiLlOZ>
7. Bloch S, Reddaway P. Russia's political hospitals. London: Gollancz; 1977.
8. Steyn J. Guantanamo Bay: the legal black hole. Int Comp Law Q [Internet]. 2004 [acesso 11 dez 2018];53(1):1-15. Disponível: <https://bit.ly/2RPgD0q>
9. Annas GJ, Crosby SS, Glantz LH. Guantanamo Bay: a medical ethics-free zone? N Engl J Med [Internet]. 2013 [acesso 11 dez 2018];369(2):101-3. Disponível: <https://bit.ly/2MXQBqF>
10. Annas GJ. Hunger strikes at Guantanamo: medical ethics and human rights in a "legal black hole". N Engl J Med [Internet]. 2006 [acesso 11 dez 2018];355(13):1377-82. Disponível: <https://bit.ly/2WpMwyi>
11. Lifton RJ. Doctors and torture. N Engl J Med [Internet]. 2004 [acesso 11 dez 2018];351(5):415-6. Disponível: <https://bit.ly/2MUIWlB>
12. Rubenstein L, Pross C, Davidoff F, Iacopino V. Coercive US interrogation policies: a challenge to medical ethics. Jama [Internet]. 2005 [acesso 11 dez 2018];294(12):1544-9. Disponível: <https://bit.ly/2RONYbM>
13. Office of the United States High Commissioner for Human Rights. Press release [Internet]. 1º maio 2013 [acesso 24 ago 2016]. Disponível: <https://bit.ly/2SvJxXR>
14. United States. Senate Select Committee on Intelligence. Committee study of the Central Intelligence Agency's Detention and Interrogation Program [Internet]. 3 dez 2014 [acesso 2 jun 2015]. Disponível: <https://bit.ly/2o2z7w6>


15. United States. Op. cit. p. 420.
16. United Nations. General Assembly. Resolution UN no. 37/194. A/RES/37/19, de 18 de dezembro de 1982. Principles of medical ethics [Internet]. 18 dez 1982 [acesso 2 jun 2015]. Disponível: <https://bit.ly/1ImUtxT>
17. Amnesty International. Lethal injection: the medical technology of execution. AI Index: ACT 50/01/98 [Internet]. jan 1998 [acesso 11 dez 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2DI8ADm>
18. Amnesty International. Execution by lethal injection: a quarter century of state poisoning. AI Index: ACT 50/007/2007 [Internet]. out 2007 [acesso 11 dez 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2UN0fiP>
19. Barrell R. Utah set to reinstate firing squad executions amid lethal injection drug shortage. Huffington Post [Internet]. 23 mar 2015 [acesso 11 dez 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2RPinH0>
20. Human Rights Watch. Joint letter to Chuck Hagel [Secretary, Department of Defense] on the force-feeding of hunger-striking prisoners at Guantánamo Bay [Internet]. 13 maio 2013 [acesso 11 dez 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2SptHhT>
21. The Editorial Board. Release the Guantánamo force-feeding videos. The New York Times [Internet]. Editorial; 7 dez 2014 [acesso 2 jun 2015]. Disponível: <https://nyti.ms/2WOb59Y>
22. Nevin RL. Mass administration of the antimalarial drug mefloquine to Guantánamo detainees: a critical analysis. Trop Med Int Health [Internet]. 2012 [acesso 11 dez 2018];17(10):1281-8. Disponível: <https://bit.ly/2Bvud3E>
23. Risen J. Pay any price: greed, power, and endless war. Boston: Houghton Mifflin Harcourt; 2014.
24. PHR calls for federal probe into American Psychological Association's role in CIA torture program. Physicians for Human Rights [Internet]. Resources; 16 out 2014 [acesso 11 dez 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2GI7coc>
25. Coalition for an ethical psychology: human rights, ethics, social justice. Ethical Psychology [Internet]. 18 fev 2013 [acesso 20 out 2015]. Disponível: <https://bit.ly/2WUfqa>
26. Malin AJ. Psychologists at Guantanamo Bay: can their ethical violations be justified? JEMH [Internet]. 2012 [acesso 11 Dec 2018];(7):1-5. Disponível: <https://bit.ly/2MYhtXH>
27. United Nations. General Assembly. A/HRC/19/41, de 17 de novembro de 2011. Discriminatory laws and practices and acts of violence against individuals based on their sexual orientation and gender identity [Internet]. 17 nov 2011 [acesso 4 mar 2016]. Disponível: <https://bit.ly/2BuLzxr>
28. García-Moreno C, Zimmerman C, Morris-Gehring A, Heise L, Amin A, Abrahams N *et al.* Addressing violence against women: a call to action. Lancet [Internet]. 2015 [acesso 29 nov 2018];385(9978):1685-95. Disponível: <https://bit.ly/2N3Scvq>
29. Devries KM, Mak JYT, García-Moreno C, Petzold M, Child JC, Falder G *et al.* The global prevalence of intimate partner violence against women. Science [Internet]. 2013 [acesso 29 nov 2018];340(6140):1527-8. Disponível: <https://bit.ly/2GGp5ge>
30. World Health Organization. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines [Internet]. Geneva: WHO; 2013 [acesso 23 out 2014]. p. 41. Disponível: <https://bit.ly/1wkpd6>
31. Feder G, Wathen CN, MacMillan HL. An evidence-based response to intimate partner violence: WHO guidelines. Jama [Internet]. 2013 [acesso 23 out 2014];310(5):479-80. Disponível: <https://bit.ly/2SKOqMA>
32. Itaborahy LP, Zhu J. State-sponsored homophobia: a world survey of laws: criminalisation, protection and recognition of same-sex love [Internet]. Geneva: International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association; 2014 [acesso 4 jun 2015]. p. 16-8. Disponível: <https://bit.ly/2thU3Uk>
33. Amnesty International. Europe: because of who I am: homophobia, transphobia and hate crimes in Europe [Internet]. London: Amnesty International Publications; 2013 [acesso 14 ago 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2GkGvzl>
34. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. United Nations Convention on Migrants' Rights [Internet]. Paris: Unesco; 2005 [acesso 14 ago 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2Snowzf>
35. United Nations. General Assembly. Convention relating to the status of refugees [Internet]. 28 jul 1951 [acesso 5 maio 2015]. Disponível: <https://bit.ly/2GCrFUA>
36. European Union Agency for Fundamental Rights. Discrimination and hate crime against Jews in EU Member States: experiences and perceptions of antisemitism [Internet]. Vienna: FRA; 2013 [acesso 1º jun 2016]. Disponível: <https://bit.ly/1hNLIa>
37. Amnesty International. Choice and prejudice: discrimination against Muslims in Europe [Internet]. London: Amnesty International Publications; 2012 [acesso 8 maio 2015]. Disponível: <https://bit.ly/2GC4dXA>
38. Human Rights Watch. Egypt: mass attacks on churches [Internet]. 21 ago 2013 [acesso 8 maio 2015]. Disponível: <https://bit.ly/1BghpQL>
39. Carson EA. Prisoners in 2013. BJS [Internet]. 2014 [acesso 8 maio 2015];NCJ 247282. Disponível: <https://bit.ly/1uDNndG>
40. Cunningham TH, Croft JB, Liu Y, Lu H, Eke PI, Giles WH. Vital signs: racial disparities in age-specific mortality among blacks or African Americans: United States, 1999-2015. MMWR Morb Mortal Wkly Rep [Internet]. 2017 [acesso 11 dez 2018];66(17):444-56. Disponível: <https://bit.ly/2qJAdyC>
41. Gomes LF. Perfil dos presos no Brasil em 2012. Jusbrasil [Internet]. 2013 [acesso 6 maio 2015]. Disponível: <https://bit.ly/1QemCJI>
42. Kidd J. Over-representation of Indigenous Australians in prison a catastrophe, says Mick Gooda, the Aboriginal and Torres Strait Islander Social Justice Commissioner. ABC News [Internet]. 5 dez 2014 [acesso 6 maio 2015]. Disponível: <https://ab.co/2UQxPEs>

43. Australian Government. Department of the Prime Minister and Cabinet. Aboriginal and Torres Strait Islander Health Performance Framework 2014 Report [Internet]. 2014 [acesso 11 dez 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2lLvoz>
44. United Nations. Universal declaration of human rights [Internet]. 10 dez 1948 [acesso 22 maio 2015]. Disponível: <https://bit.ly/1O8f0nS>
45. United Nations. Human Rights. Office of the High Commissioner. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights [Internet]. 16 dez 1966 [acesso 5 ago 2015]. Disponível: <https://bit.ly/2MOWMwA>
46. United Nations. Human Rights. Office of the High Commissioner. Principles of medical ethics relevant to the role of health personnel, particularly physicians, in the protection of prisoners and detainees against torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment [Internet]. 18 dez 1982 [acesso 5 ago 2015]. Disponível: <https://bit.ly/211k30e>
47. Council for International Organizations of Medical Sciences, World Health Organization. International ethical guidelines for health-related research involving humans [Internet]. Geneva: Cioms; 2016 [acesso 4 mar 2017]. Disponível: <https://bit.ly/2rzX9BO>
48. Mehring S. First do no harm: medical ethics in international humanitarian law. Amsterdam: Brill; 2014.
49. World Medical Association. Declaration of Helsinki [Internet]. 2013 [acesso 11 dez 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2MYCb9W>
50. World Medical Association. Declaration of Hamburg [Internet]. 2007 [acesso 11 dez 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2SGexnR>
51. World Medical Association. Resolution on the responsibility of physicians in the documentation and denunciation of acts of torture or cruel or inhuman or degrading treatment [Internet]. 2007 [acesso 10 dez 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2N02SuZ>
52. World Medical Association. Resolution on physician participation in capital punishment [Internet]. 2008 [acesso 15 mar 2016]. Disponível: <https://bit.ly/2GldXGA>
53. World Medical Association. Declaration of Malta on hunger strikers [Internet]. 2006 [acesso 15 mar 2016]. Disponível: <https://bit.ly/2oonPSu>
54. US National Institute of Health. Trials of war criminals before the Nüremberg Military Tribunals [Internet]. Washington: US Government Printing Office; 1949 [acesso 14 jul 2015]. p. 181-2. Disponível: <https://bit.ly/2tf610D>
55. US National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. The Belmont report: ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research [Internet]. Bethesda: US Government Printing Office; 1979 [acesso 3 set 2015]. Disponível: <https://bit.ly/1m4nLEE>
56. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. Universal declaration on bioethics and human rights [Internet]. 19 dez 2005 [acesso 3 mar 2016]. Disponível: <https://bit.ly/1fKY5G>
57. Thucydides. History of the Peloponnesian war. Harmondsworth: Penguin; 1972.
58. Freire P. Pedagogy of the oppressed. London: Penguin; 1972.
59. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 1.931/09 [Internet]. Brasília: CFM; 2010 [acesso 29 nov 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2gyRqtD>
60. American Medical Association. Torture, coercive interrogations and physicians [Internet]. 12 dez 2014 [acesso 3 out 2016]. Disponível: <https://bit.ly/2WY1MnV>
61. WikiLeaks [Internet]. [s.d.] [acesso 12 ago 2018]. Disponível: <https://wikileaks.org/>
62. The Guardian. The NSA files [Internet]. [s.d.] [acesso 12 ago 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2cmqvxE>
63. United Nations. CAT/C/GC/3. Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment: general comment no. 3 of the Committee against Torture [Internet]. 19 nov 2012 [acesso 5 ago 2015]. Disponível: <https://bit.ly/1LjclAM>
64. Amnesty International. Fair trial manual [Internet]. 2ª ed. London: Amnesty International Publications; 2014 [acesso 3 mar 2016]. Disponível: <https://bit.ly/1LEm8be>
65. World Court of Human Rights Development Project [Internet]. [s.d.] [acesso 5 ago 2015]. Disponível: <https://bit.ly/2GCxvFA>
66. Freire P. Pedagogia dos sonhos possíveis. São Paulo: Unesp; 2001.


#### Participação dos autores

Os autores participaram igualmente na concepção, escrita e revisão do texto.

Dirceu Greco

 0000-0002-4419-5634

James Welsh

 0000-0002-6045-4296

