

Vulnerabilidade socioeconômica *versus* autonomia na pesquisa em saúde

Ana Carolina Scarpelli
Efigênia Ferreira e Ferreira
Patrícia Maria Pereira de Araújo Zarzar

Resumo: A limitação da autonomia pessoal e a vulnerabilidade socioeconômica são fenômenos que podem estar intimamente relacionados. A autonomia é um conceito ético e individual, ao passo que a vulnerabilidade pressupõe a existência de relações desiguais entre indivíduos ou grupos. Tal desigualdade pode estar relacionada a questões socioeconômicas. Muitas vezes, os desprivilegiados em países de economias periféricas têm dificuldade ou, mesmo, impossibilidade de decidir. Portanto, o reconhecimento dessa vulnerabilidade é de extrema importância na garantia do direito à autonomia e respeito à dignidade de indivíduos e nações, principalmente quando se trata de pesquisa em saúde.

Palavras-chave: Autonomia. Vulnerabilidade. Iniquidade social. Pesquisa biomédica. Bioética.



Ana Carolina Scarpelli
Doutoranda em Odontologia,
área de concentração em
Odontopediatria, Faculdade de
Odontologia da Universidade
Federal de Minas Gerais (UFMG)

É em um ambiente marcado por grandes transformações e sentimentos contraditórios diante de atrocidades, maus-tratos e violação ética de médicos-pesquisadores que surge, como novo domínio da reflexão e da prática, a bioética ou *ética aplicada à vida*¹. Inicialmente, como movimento social, a bioética contemporânea constitui disciplina norteadora de teorias para o biodireito e para a legislação, com a finalidade de assegurar o humanismo nas ações do cotidiano. Essa dupla face lhe confere a peculiaridade de ser, ao mesmo tempo, reflexão e ação sobre as questões presentes e as perspectivas do futuro².

Sabe-se que o Brasil é país de grandes desigualdades sociais, no qual um terço da população vive em condições de extrema pobreza. As desigualdades, fruto de construção social concentradora de poder biotecnológico, giram em torno da falta de chance de moradia, alimentação, emprego, salubridade, enfim, de condições mínimas a uma vida digna. Diante disso, as pessoas encontram-se impossibilitadas em atender às suas necessidades básicas, tendo restritas a liberdade e, por conseguinte, o exercício de sua autonomia³.



Efigênia Ferreira e Ferreira

Doutora em Ciência Animal pela Universidade Federal de Minas Gerais e professora adjunta do Departamento de Odontologia Social e Coletiva da Faculdade de Odontologia da UFMG



Patrícia Maria Pereira de Araújo Zarzar

Doutora em Odontopediatria pela Universidade de Pernambuco e professora adjunta do Departamento de Odontopediatria e Ortodontia da Faculdade de Odontologia da UFMG

Nesse contexto, como movimento de reflexão capaz de *ouvir a voz dos vulneráveis e excluídos da participação social*, a bioética exerce papel fundamental a partir dos anos 90, quando se verifica o surgimento de formulações de bioeticistas brasileiros relacionadas às questões de desigualdade social, justiça distributiva, responsabilidade coletiva e vulnerabilidade⁴. A igualdade e liberdade tornam-se algumas vezes imagens distantes, facilmente esquecidas e raramente concretizadas em ações, em decorrência da vulnerabilidade e opressão a que muitos indivíduos estão submetidos. Justifica-se a inércia diante da miséria pelas diferenças que fazem de alguns menos seres humanos que outros⁵.

A exclusão social verificada nos países em desenvolvimento torna-os extremamente vulneráveis. Conseqüentemente, são muitas vezes incluídos em pesquisas multicêntricas, nas quais as reais chances de participação na produção tecnológica da vida são mínimas³. Tal vulnerabilidade socioeconômica possibilita que pesquisas não realizadas em países desenvolvidos, por serem consideradas antiéticas, sejam levadas a efeito em países em desenvolvimento, com a permissão dos respectivos governos⁶. Assim sendo, o reconhecimento e a identificação da vulnerabilidade social é de extrema importância para que se busquem caminhos bioéticos que levem à proteção e respeito à autonomia de indivíduos e países.

Este estudo objetiva fazer uma reflexão crítica acerca da influência da vulnerabilidade socioeconômica em relação ao respeito da autonomia no desenvolvimento de pesquisas em saúde.

Origens da bioética

Com história indissociável à da própria ética, cuja origem remonta a Platão, Sócrates e Aristóteles nos primórdios da cultura ocidental, a bioética constitui uma reflexão das questões éticas, sociais, legais e filosóficas relacionadas à assistência à saúde e às ciências biológicas⁷. Citada pela primeira vez pelo

norte-americano Van Rensselaer Potter, em 1971, em sua obra *Bioethics: bridge to the future*, esse campo tem sua perspectiva originária fundamentada no humanismo¹.

O significado etimológico e a práxis em bioética aprimoraram-se bastante desde seu surgimento. Segundo Lepargneur, a bioética aponta para o conjunto das reflexões e trocas das decisões e normas, implicando a organização de estruturas institucionais. Visa proporcionar condições de melhor procedimento técnico e ético, almejando proteger a vida humana, restabelecer ou fortificar a saúde e otimizar as condições ecológicas, ambientais, para os indivíduos e as coletividades⁸.

A bioética não busca padronizar comportamentos, mas produzir uma reflexão ponderada a respeito do outro e das relações que com ele são estabelecidas. Enquanto disciplina, se refere à reflexão crítica sobre o comportamento humano, interpretando, problematizando e investigando os valores, princípios e o comportamento moral, buscando equacionar interesses⁹. Além disso, propugna pelo reconhecimento de necessidades diferentes, de indivíduos também diferentes, a fim de atingir objetivos iguais, almejando a realização dos direitos universais, entre eles o direito à vida digna⁵. Para tanto, se faz necessário o fortalecimento dos direitos fundamentais dos seres humanos, potencializando a autonomia das pessoas e grupos, a fim de se promover cidadania e participação¹⁰.

Em última análise, a bioética tem por objetivo a busca de benefícios e garantia da integridade

do ser humano, tendo com fio condutor o princípio básico da defesa da dignidade humana².

Autonomia versus vulnerabilidade

Dentre os modelos explicativos da bioética, o principialismo se apresenta como o mais amplamente difundido. Descrito por Beauchamp e Childress na obra *Principle of biomedical ethics*, fundamenta-se na existência de quatro princípios: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça⁷.

O princípio da autonomia se refere ao autodirecionamento do indivíduo e ao reconhecimento de que o outro tem o direito de agir, segundo valores e crenças pessoais¹¹. O respeito à autonomia está relacionado à visão kantiana segundo a qual *a autonomia da vontade é a constituição da vontade, pela qual ela é para si mesma uma lei, independente de como forem constituídos os objetos do querer*¹².

Ser autônomo é ter o direito de autodeterminar-se e de, simultaneamente, suportar que o outro faça o mesmo. Portanto, a autonomia não existe sem o senso de reciprocidade e tolerância¹³. A autonomia exprime a dignidade, constituindo-se em atribuição que qualifica o poder de decisão do indivíduo em relação ao que considera como seu bem¹⁴. Autonomia, liberdade e respeito são direitos fundamentais do ser humano¹⁵.

No que diz respeito à saúde, o respeito à autonomia é explicitado no termo de consentimento livre e esclarecido, o qual constitui um

processo compartilhado, de troca de informações e consenso mútuo, que permeia a relação entre profissionais e usuários do serviço, bem como entre pesquisadores e sujeitos de pesquisa. Respeitar uma pessoa como sujeito autônomo implica, no mínimo, acatar seu direito de ter opiniões próprias, de fazer suas escolhas e agir de acordo com seus valores, princípios e crenças¹⁶.

A obtenção do consentimento livre e esclarecido é justificada tanto pelo respeito à liberdade dos indivíduos como pelo objetivo de atender aos seus melhores interesses. Entretanto, para que o consentimento seja válido, o indivíduo precisa ser livre, no sentido de ser capaz de escolher livremente como agente moral; estar livre de restrições prévias e, principalmente, livre de circunstâncias coercivas¹⁷.

A palavra *consentimento* implica em idéia de atitude tomada por livre e espontânea vontade. Portanto, a questão do consentimento torna-se especialmente grave quando a clínica ou a pesquisa são realizadas com pessoas vulneráveis, isto é, indivíduos que não têm condições de proteger os próprios interesses, porque sua capacidade de autodeterminação está reduzida, mesmo que momentaneamente¹⁸.

A essência da humanidade é a vulnerabilidade¹⁹. Segundo Kottow, a vulnerabilidade é atributo antropológico dos seres humanos devido ao simples fato de estarem vivos. Ser vulnerável significa estar suscetível a sofrer danos²⁰. Além da vulnerabilidade intrínseca à existência humana, algumas pessoas são afetadas por circunstâncias desfavoráveis que as tornam ainda mais expos-

tas: padecem de perda de capacidade ou de liberdade; têm reduzida a gama de oportunidades de escolha dos bens essenciais para suas vidas^{21, 22}. O ser vulnerável é alguém que possui cidadania frágil, em relação a quem se ignora a relevância do direito à integridade física como condição de acesso aos direitos sociais, econômicos, políticos e trabalhistas²³.

Discussões acerca da vulnerabilidade constituem uma preocupação da bioética contemporânea na medida em que indivíduos e grupos vulneráveis estão suscetíveis à exploração. Essa situação é detectada quando pessoas ou órgãos com grande poder aquisitivo se aproveitam da pobreza, impotência ou dependência de outros, usando-os para servir a seus próprios interesses, sem benefícios que compensem tais desvantagens²⁴. Um ilustrativo caso de estudo foi o experimento realizado em Kano, no norte da Nigéria, em 1996, onde se testou a droga trovafloxacin (Trovan) durante forte surto de meningite infantil, resultando em 11 crianças mortas e 200 surdas, cegas ou mancas^{25, 26}. Dessa forma, a eticidade de uma pesquisa acaba sendo definida pelo grau de carência de cada sociedade, argumento econômico que se reveste de um humanismo imperialista, incapaz de abalar as estruturas de desigualdade da humanidade, pois parte da desigualdade para reforçá-la ainda mais²⁷.

Torna-se evidente que o desenvolvimento de argumentos em favor da adaptação e abrandamento das exigências éticas de pesquisas realizadas em países em desenvolvimento em grau além do permissível nos países patrocinadores²¹. Tal afirmativa pode ser claramente entendida

tendo a Aids como paradigma. Para os casos onde se deseja controlar a transmissão vertical mãe-feto, o tratamento já é amplamente difundido e aceito como a melhor rotina disponível. Entretanto, em pesquisas realizadas em países africanos e asiáticos, não se utilizou o medicamento nem ao menos a dosagem reconhecida de eficácia, sob a alegação de que para mulheres africanas carentes de todo e qualquer tratamento quaisquer benefícios resultantes do experimento estariam além do que lhes é socialmente oferecido pelos sistemas de saúde de seus países. O que fundamenta este argumento é o fato de que diferentes sociedades necessitam de diferentes protocolos de pesquisa e, portanto, de diferentes graus de julgamento ético. Essa é uma realidade constante em países onde os indivíduos são diariamente vítimas da desigualdade socioeconômica²⁸.

Recentemente, um projeto multicêntrico de pesquisa utilizando medicamentos para o combate ao HIV foi financiado por um laboratório internacional envolvendo 996 voluntários brasileiros. A pesquisa, que começou em abril de 1995, terminou precocemente porque os resultados preliminares do trabalho apontavam que um dos três grupos de pacientes estudados estava sendo tratado com medicamentos de eficácia inferior ao dos outros dois. Deve-se ressaltar que esses voluntários eram pessoas pobres, sem qualquer acesso à rede pública de saúde em seu país. Conseqüentemente, entrar como sujeitos em um projeto de pesquisa era a única alternativa de tratamento²⁹.

A consciência das carências e ameaças à vida (as doenças e a morte) constitui o primeiro

passo para adesão à pesquisa, especialmente à pesquisa clínica que implica em tratamento. O ponto crucial desse processo de “escolha” começa – exatamente – pela disparidade entre o mundo *socio*/de ricos e pobres, realidades tão seccionadas que hierarquizam as chances de vida entre as pessoas. No início dos anos 90, 25% da população urbana do Terceiro Mundo vivia em condições de pobreza absoluta, e não havia indicadores de melhora no final daquela década³⁰.

Na América Latina, a bioética tem encontro obrigatório com a pobreza. Elaborar uma bioética somente de plano de estudos de casos, sem levar em consideração a realidade socioeconômica, não responde aos anseios pela dignidade da vida humana³¹. A maior parte das políticas de saúde implementadas na América Latina obedece a um sistema político e econômico em que a vida e a saúde da população não são prioridades³². Assim, os países com sistemas precários de saúde e pouca normatividade acerca do controle das pesquisas constituem sempre um oásis, nem sempre ético, aberto a quem tem potencial econômico e científico para pesquisar. Torna mais aguda essa preocupação o fato de vários desses países não possuírem o mínimo de diretrizes e dispositivos para normatizar procedimentos de pesquisa, além de dependerem da política econômica externa³³.

Desde que foram desveladas as atrocidades cometidas por cientistas nazistas, tem se verificado com clarividência que a experimentação com seres humanos deve ser guiada por normas éticas³⁵. Entretanto, apesar da existência dessas

normas éticas internacionais e, em alguns contextos, nacionais, a urgência para se encontrar mecanismos que controlem a disseminação exponencial de algumas doenças tem sido utilizada como argumento para diminuir as exigências éticas na realização de pesquisas envolvendo seres humanos, principalmente em países subdesenvolvidos³⁰.

Grandes discussões vêm sendo travadas acerca de propostas de mudanças na Declaração de Helsinque. A primeira diz respeito ao artigo²⁴ que estabelece a garantia de acesso aos melhores métodos de tratamentos disponíveis aos participantes de uma pesquisa; A segunda, é a redefinição do conceito de vulnerabilidade²⁷.

A pressão por modificações nessa declaração é estritamente econômica e não tem sustentação ética ou científica. Além disso, há falta crônica de recursos na maioria dos países em desenvolvimento, mesmo para os mais simples procedimentos, o que torna essas nações passíveis de indução, coerção e exploração. A disponibilidade em participar nos projetos poderia estar relacionada aos seus problemas econômicos, mais do que às reais necessidades locais³⁰.

Nos últimos dez anos detecta-se certo otimismo no desenvolvimento da bioética no Brasil, justificado pelo maior interesse nesta área de estudo, crescimento de estudos e publicações, maior frequência de foros de discussão e outros índices. Não obstante, as dificuldades persistem. O Brasil teve longa experiência de colonialismo e, como saldo cultural dessa

herança, restou a pouca auto-estima no que se refere à representação de nação, bem como um conceito fragilizado de cidadania entre os cidadãos. Entre os reflexos sociais desse processo estão, por um lado, a dependência econômica e política de países mais poderosos e, por outro, as desigualdades sociais internas, que reproduzem um espírito explorador e anti-solidário³⁵.

O crescimento da consciência e da identidade das pessoas e grupos sobre os problemas de sua autonomia e dignidade se tornou condição fundamental para o desenvolvimento da bioética, caso esta não pretenda se tornar elitista. Entretanto, o momento atual de neoliberalismo político e econômico encontra a nação, seus grupos e indivíduos fragilizados e vulneráveis quanto às bases de sua autonomia. Defender os vulneráveis é etapa importante para alçá-los à condição de autonomia. Mas o passo fundamental desse processo consiste na potencialização dos próprios sujeitos vulneráveis, particularmente em relação aos excluídos sociais, como os das classes econômicas mais empobrecidas³⁶.

Enfim, as questões éticas adquiriram conotação pública e biopolítica, deixando de constituir questão de consciência individual a ser resolvida na esfera privada³⁷. Diante disso, o que parece ser a primeira condição para que um ser vulnerável perca tal condição é o investimento do Estado naquilo que constrói e constitui a cidadania, em atributos que transformem o indivíduo em cidadão, que transformem, em última análise, o *animal laborans* em homem político²³.

Considerações finais

A partir dos anos 90, problemas persistentes constatados no cotidiano dos países periféricos, tais como a exclusão social e a concentração de poder, a pobreza e a marginalização, a evasão dramática de divisas das nações mais pobres para os países centrais, a inacessibilidade dos grupos economicamente vulneráveis às conquistas do desenvolvimento científico e tecnológico, e a desigualdade de acesso aos bens de consumo básico, passaram a fazer parte obrigatória da pauta dos estudiosos e pesquisadores da bioética comprometida com a realidade dos países em desenvolvimento⁵.

É fato que os cidadãos dos países de Terceiro Mundo comumente encontram-se em situações de vulnerabilidade social, em nome de sua falta de poder político e educação formal, frutos da opressão e pobreza, além da pouca familiaridade com as intervenções médicas – quando tal condição refere-se especificamente ao tratamento ou à pesquisa em saúde. A exclusão social impede, na maioria das vezes, o cumprimento do direito à vida, limitando o exercício da autonomia plena a qual todo cidadão tem direito.

O Brasil é um país que possui grande parte de sua população em estado de pobreza. No atendimento à saúde tem-se o reflexo claro dessas condições sociais e políticas. O modelo vigente e tradicional de distribuição de recursos é o de custos difusos e benefícios concentrados. Isso significa que a maioria arca direta ou indiretamente com o ônus tributário das políticas, inclusive os pobres,

enquanto o acesso aos benefícios se concentra em parcelas, grupos ou segmentos de renda mais elevados³⁸.

Em se tratando do acesso a serviços odontológicos, dados do Projeto SB Brasil 2002-2003 relatam que cerca de 14% dos adolescentes brasileiros nunca foram ao dentista. Desses, menos de 6% estão na região Sul e 39% nas regiões Norte e Nordeste, o que demonstra marcante desigualdade entre as unidades federativas³⁹. Nessa situação, faz-se necessário que o pesquisador reflita sobre o perfil do voluntário em pesquisas – os quais, colaboradores anônimos da ciência, estão, na grande maioria, concentrados nos grupos designados como *sem acesso ao tratamento*, os excluídos do desenvolvimento científico e tecnológico.

Esses “voluntários” nas pesquisas são comumente pessoas que, historicamente, lidam em seu dia-a-dia com a pouca auto-estima e parca noção de cidadania³⁵. A eles é concedida a possibilidade de *escolha* em participar ou não de uma pesquisa, em dizer e assinar se concordam com os termos apresentados. Mesmo imaginando que os protocolos sejam claros, passíveis de entendimento até por pessoas com pouca escolaridade, nessas circunstâncias de esvaziamento de poder inexistente a alternativa do não. O *excluído e sem acesso aos bens de serviço* quer e precisa manter o *status* conseguido. Mesmo que momentaneamente, essa pessoa sente-se incluída. Nesse sentido, dizer *não* pode significar a perda desse *status*, a perda do direito conseguido e a certeza da oportunidade perdida.

Diante do exposto, torna-se evidente que as reflexões éticas são fundamentais quando os contratos são tão desiguais, o que certamente dificulta o exercício pleno do direito da autonomia. A liberdade em dizer sim e assinar um termo de consentimento, na maioria das vezes, segue caminhos inconscientes e desconhecidos até para o sujeito que o diz e assina. Apenas a vontade certamente não é

suficiente quando interesses maiores são estabelecidos em países sócio e economicamente vulneráveis.

Nesse sentido, as tendências da bioética no Brasil constituem sinal de esperança, posto que se tem tornado importante espaço de contribuição para a transformação nacional, com vistas a um futuro justo e feliz.

Resumen

Vulnerabilidad socio-económica versus autonomía en la investigación en salud

La limitación del derecho a la autonomía y a la vulnerabilidad socio-económica son fenómenos que pueden estar fuertemente relacionados. La autonomía es un concepto ético e individual, mientras que la vulnerabilidad presupone la existencia de relaciones desiguales entre individuos o grupos. Dicha desigualdad puede estar relacionada a cuestiones socio-económicas. Muchas veces, los menos favorecidos de los países con economías en desarrollo tienen gran dificultad o simplemente se encuentran en situación de imposibilidad de condiciones para efectuar decisiones. Por lo tanto, el reconocimiento de esa vulnerabilidad es de extrema importancia para garantizar el derecho a la autonomía y el respeto a la dignidad de los individuos y de las naciones, principalmente cuando se trata de investigación en salud.

Palabras-clave: Autonomía. Vulnerabilidad. Inequidad social. Investigación biomédica. Bioética.

Abstract

Health research: autonomy versus socioeconomic vulnerability

Lack of autonomy and socioeconomic vulnerability may be two interconnected phenomenon. Autonomy is an individual and ethical conception. As for vulnerability, unequal relationship between groups or individuals is what characterizes this phenomenon, and such unequal relationship can be related to socioeconomic differences that always turn impossible to less economic sufficient individuals, groups or countries to decide with autonomy. So, no one can disregard socioeconomic vulnerability as the most important limitation to the right of individuals and countries to decide with autonomy and dignity, mainly when health researches are at stake.

Key words: Autonomy. Vulnerability. Social inequity. Biomedical research. Bioethics.

Referências

1. Neves MCP. A fundamentação antropológica da bioética. *Bioética* 1996;4:7-16.

2. Oliveira MF. Bioética: uma face da cidadania. São Paulo: Moderna; 1997.
3. Anjos MF. A bioética nas relações de poder. In: Molina A, Albuquerque MC, Dias E. Bioética e humanização: vivências e reflexões. Pernambuco: Edupe; 2003. p. 27-9.
4. Fortes PAC. Bioética, equidade e políticas públicas. O Mundo da Saúde 2002;26:143-7.
5. Garrafa V, Porto D. Bioética, poder e injustiça: por uma ética de intervenção. O Mundo da Saúde 2002;26:6-15.
6. Martin LM. Ética em pesquisa: uma perspectiva brasileira. O Mundo da Saúde 2002;26:85-100.
7. Molina A. Bioética: uma abordagem para iniciantes. In: Molina A, Albuquerque MC, Dias E. Bioética e humanização: vivências e reflexões. Pernambuco: Edupe; 2003. p.13-26.
8. Lepargneur H. Alguns conceitos bioéticos fundamentais. O Mundo da Saúde 2002;26:101-8.
9. Fortes PAC. Ética e saúde: questões éticas, deontológicas e legais, tomada de decisões, autonomia e direitos do paciente: estudo de casos. São Paulo: EPU; 1998.
10. Garrafa V. Bioethics, health and citizenship. O Mundo da Saúde 1999;23:263-9.
11. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. New York: Oxford University Press; 1994.
12. Silva J. Autonomia de pacientes vulneráveis nas pesquisas clínicas. In: Molina A, Albuquerque MC, Dias E. Bioética e humanização: vivências e reflexões. Pernambuco: Edupe; 2003. p.159-68.
13. Ferraz FC. A questão da autonomia e a bioética. Bioética 2001;9:73-81.
14. Lepargneur H. Força e fraqueza dos princípios da bioética. Bioética 1996;4:131-4.
15. Clotet J. O consentimento informado nos comitês de ética em pesquisa e na prática médica: conceituação, origens e atualidade. Bioética 1995;3:51-9.
16. Zoboli ELCP, Massarollo MCKB. Bioética e consentimento: uma reflexão para a prática da enfermagem. O Mundo da Saúde 2002;26:65-70.
17. Engelhardt HT. Fundamentos da bioética. São Paulo: Loyola; 1998.
18. Vieira S, Hossne WS. Pesquisa médica: a ética e a metodologia. São Paulo: Pioneira; 1998.
19. Campbell AV. Pessoas vulneráveis: experiências e esperança. In: Garrafa V, Pessini L, organizador. Bioética: poder e injustiça. São Paulo: Centro Universitário São Camilo/Loyola/Sociedade Brasileira de Bioética; 2003. p. 87-93.
20. Kottow M. Bioética de proteção: considerações sobre o contexto latino-americano. In: Scramm FR, Rego S, Braz M, Palácios M. Bioética: riscos e proteção. Rio de Janeiro: UFRJ/Fiocruz; 2005. p. 29-44.
21. Kottow MH. Comentários sobre bioética, vulnerabilidade e proteção. In: Garrafa V, Pessini L, organizador. Bioética: poder e injustiça. São Paulo: Centro Universitário São Camilo/Loyola/Sociedade Brasileira de Bioética; 2003. p.71-8.
22. Arán M, Peixoto Júnior CA. Vulnerability and bare life: bioethics and biopolitics today. Rev Saúde Pub 2007;41:1-9.
23. Guimarães MCS, Novaes SC. Autonomia reduzida e vulnerabilidade: liberdade de decisão, diferença e desigualdade. Bioética 1999;7:21-4.
24. Macklin R. Bioética: vulnerabilidade e proteção. In: Garrafa V, Pessini L, organizador. Bioética: poder e injustiça. São Paulo: Centro Universitário São Camilo/Loyola/Sociedade Brasileira de Bioética; 2003. p. 58-70.
25. Stephens J. The body hunters: as drug testing spreads, profits and lives hang in balance. The Washington Post 2000 Dec 15;World:A01.
26. Ahmad K. Nigerian government investigates Pfizer drug trial allegations. Lancet 2001 Jan 13;9250:129.

27. Diniz D, Corrêa M. Declaração de Helsinki: relativismo e vulnerabilidade. *Cad Saúde Pub* 2001;17:109-18.
28. Diniz D, Ibiapina S. Declaração de Helsinki: uma história de dignidade. *O Mundo da Saúde* 2000;2:157-9.
29. Pivetta M. Comitê de ética suspende pesquisa de Aids. *Folha de S.Paulo* 22 mar 1997; Cotidiano:2.
30. Greco D. Ética, saúde e pobreza: as doenças emergentes no século XXI. *Bioética* 1999;7:189-98.
31. Silva RP. Reflexões ecológico-jurídicas sobre o biodireito. *Bioética* 2000;8:247-64.
32. Anjos MF. Interpretação social da ética médica. *Caderno de Bioética* 1995:71-7.
33. Anjos MF. Poder, ética e os pobres na pesquisa em genética humana. *O Mundo da Saúde* 1998;22:307-13.
34. Solanas MB. Experimentación com seres humanos: elementos de casuística a la luz de principios y reglas bioéticas. *Bioética* 2002;10:15-30.
35. Natali JB. Brasil é o país mais desigual da AL. *Folha de S.Paulo* 14 nov 1998;Brasil:12.
36. Anjos MF. Bioética no Brasil: algumas notas. *O Mundo da Saúde* 2000;24:419-23.
37. Garrafa V, Oselka G, Diniz D. Saúde pública, bioética e eqüidade. *Bioética* 1997;5:27-33.
38. Faleiros VP. Prioridade versus escassez de recursos em saúde. *Bioética* 1997;5:35-40.
39. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2003. Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003 [Online]. [acessado em 11 jul 2007]. Disponível em: URL: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05_0053_M.pdf.

Contatos

Ana Carolina Scarpelli – anascarp@yahoo.com.br

Efigênia Ferreira e Ferreira – efigenia@uai.com.br

Patrícia Maria Pereira de Araújo Zarzar – patyzarzar@hotmail.com