

O PRINCÍPIO DA NÃO-DISCRIMINAÇÃO E NÃO-ESTIGMATIZAÇÃO EM BIOÉTICA

Volnei Garrafa & Alcinda Maria Godoy

Introdução

A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos homologada unanimemente pelos 191 Estados-Membros da UNESCO) em 2005, reconheceu os direitos humanos como referencial mínimo universal para a bioética. A Declaração tem como eixos estruturais a justiça, o reconhecimento da dignidade da pessoa humana, o respeito aos direitos humanos universais e às liberdades fundamentais. No âmbito desta conferência, utilizaremos a concepção da bioética enquanto um campo de conhecimento constituído pela convergência multi, inter e transdisciplinar, para dar respostas concretas aos conflitos éticos e morais nos assuntos relativos à saúde e à vida em geral.

Essa percepção está fortemente presente na Declaração da Unesco. Seus primeiros artigos remetem a uma concepção ampliada do conceito de saúde, relacionando os direitos e responsabilidades com a justiça e equidade. A Declaração parte

do reconhecimento de que a saúde é resultante de uma multiplicidade de aspectos que abrangem não só o progresso científico e tecnológico, mas também aspectos especificamente sanitários, além de sociais, culturais e ambientais.

As transformações observadas na economia mundial a partir do recente processo de globalização promoveram profundas mudanças comportamentais, ao reduzir a relação tempo/espaço. Essa situação estreitou os contatos entre pessoas e grupos sociais como consequência do aumento dos deslocamentos humanos e das migrações, impondo novas formas de convivência entre diferentes pessoas e culturas. Nesse contexto, passaram a ocorrer com maior amplitude e visibilidade fenômenos como etnocentrismo, racismo, xenofobia, sexismo e homofobia, como consequência da intolerância diante das diferenças, fato que acabou originando violações aos direitos humanos de pessoas e grupos não integrados à sociedade circundante.

O **campo da saúde** não ficou imune a esse fenômeno. Ao contrário, foi trespassado por conflitos éticos relacionados a diferenças étnicas, sexuais ou de gênero. Na área específica das políticas públicas, por exemplo, alguns grupos passaram a sofrer grande desvantagem em relação a questões que dizem respeito ao acesso à saúde, aos serviços de saúde e às novas tecnologias médicas. Igualmente, no caso dos estudos clínicos, as diferenças entre indivíduos e grupos passaram a se constituir como elementos indispensáveis a ser considerados com relação à proteção dos sujeitos de pesquisa, bem como no que tange à distribuição dos benefícios delas resultantes.

A consideração das **diferenças**, portanto, passou a integrar cada vez mais o conteúdo da bioética como um dos referenciais balizadores das tomadas de decisão, o que encontra expressão no artigo 11 da Declaração que trata do Princípio de Não-Discriminação e Não-Estigmatização: **“Nenhum indivíduo ou grupo deve ser discriminado ou estigmatizado por qualquer razão, o que constitui violação à dignidade humana, aos direitos humanos e às liberdades fundamentais”**. Nessa perspectiva, a agenda da bioética ampliou-se significativamente, para além da dimensão meramente

biotecnocientífica à qual estava restrita. O próprio campo social passou a ser incorporado como objeto concreto de análise e de atuação da bioética no debate dos conflitos morais, constituindo-se como referência para as decisões a serem tomadas no campo das políticas públicas de saúde e da pesquisa.

A partir desse novo quadro verificado no contexto internacional dos conflitos morais acima descrito, nosso objetivo nesta apresentação é promover uma leitura bioética do processo de produção de práticas estigmatizantes e discriminatórias no âmbito da saúde e dos efeitos que tais práticas provocam sobre os indivíduos e a sociedade, procurando contribuir desse modo para sua melhor compreensão.

Estigma, discriminação, identidade, tolerância... O contexto social da bioética

O artigo 11 da Declaração, ao enunciar que a **discriminação** e a **estigmatização** constituem violações à **dignidade humana**, remete à concepção de que estigma e dignidade humana estão intrinsecamente associados; um só existe na negação do outro. O estigma só se produz ou se concretiza na medida em que é retirada do outro a sua dignidade, quando o outro é diminuído naquilo que o constitui como ser humano, quando é inferiorizado e considerado abaixo dos demais seres humanos.

A **dignidade humana** é uma expressão de difícil definição, gerando fortes controvérsias teóricas e práticas com relação ao seu significado e conteúdo. Um consenso possível acerca de sua concepção diz respeito ao fato de que a dignidade é uma qualidade intrínseca da pessoa humana e, por decorrência, é irrenunciável, inalienável e indisponível, constituindo, pois, uma característica que não pode ser criada, concedida ou retirada – ainda que possa ser violada – já que é inerente à condição humana, mas que deve ser respeitada, promovida e protegida (Sarlet, 2009).

Essa interpretação tem como fonte a filosofia kantiana,

segundo a qual o respeito à **dignidade** do outro é não torná-lo um simples meio. Segundo Kant, “todos os seres racionais estão sujeitos à lei de que cada um deles deve tratar-se a si mesmo e tratar a todos os demais, *nunca como simples meio, mas sempre ao mesmo tempo como fim em si mesmo*” (Kant, 1967, p. 98). Para ele, aquilo que é um fim em si mesmo “não tem meramente valor relativo ou preço, mas um valor interno, isto é, *dignidade*” (Kant, 1967, p. 100). Ainda que se pretenda como valor universal, a dignidade humana acaba sendo definida por fatores históricos e sociais. Isso acarreta uma diversidade de entendimento e de tratamento, inclusive nos ordenamentos jurídicos, com a relativização da abrangência do conceito.

A **dignidade humana**, além de ontologicamente constituir atributo da pessoa humana e, portanto, valor próprio de cada indivíduo, possui uma dimensão intersubjetiva, que se expressa como o reconhecimento do outro e pelo outro. Apenas no contexto da comunicação e da relação com o outro é que a dignidade pode assumir seu pleno significado. Na perspectiva da intersubjetividade, a dignidade humana pressupõe o respeito pelo outro, pela pluralidade e pela diversidade humanas. Lembrando o pensamento de Hannah Arendt, a “pluralidade é a condição da ação humana pelo fato de sermos todos os mesmos, isto é, humanos, sem que ninguém seja exatamente igual a qualquer pessoa que tenha existido, exista ou venha a existir” (Arendt, 2002, p. 16).

O processo de construção da **identidade**, seja ela pessoal, seja de grupo é uma construção social que depende da intersubjetividade, isto é, que ocorre nas relações que se estabelecem com o outro. É por meio da “contrastação” e diferenciação em relação a esse outro que se dá o processo de individualização, pelo qual se configura o eu. O eu só se constitui na relação com o outro, ou, como refere Lévinas (1997), o outro precede o eu, em que pese o fato de a alteridade só se constituir diante de um sujeito. É a partir da experiência da alteridade, do olhar do outro e para o outro, que podemos olhar e perceber a nós mesmos. Esse autoconhecimento que a relação com a alteridade possibilita é o mesmo que se processa em re-

lação à cultura ou à identidade de grupo. O reconhecimento da identidade é condição para a sua construção efetiva. A individuação da subjetividade requer o olhar do outro; negar a alguém o reconhecimento é negar-lhe seu desenvolvimento humano integral.

O conceito de **identidade** evoca a ideia de **diversidade**, que se traduz nas diferenças de classe, raça, etnia, gênero, orientação sexual etc. O pensamento pós-moderno apresenta uma abertura sem igual para com as diferenças, para a heterogeneidade social que habita o cotidiano das pessoas e das instituições. São múltiplas e diversas as formas de existência humana, e essa pluralidade pressupõe a liberdade e a igualdade do direito, de todo ser humano, de viver e de pensar segundo seus valores, crenças e opções. Somos ao mesmo tempo iguais e diferentes. Iguais em decorrência de nossa condição humana, que nos faz merecedores da mesma consideração e respeito, portadores dos mesmos direitos, mas, ao mesmo tempo, singulares, o que nos torna necessariamente diferentes. As diferenças devem ser reconhecidas e não podem ser causa de desigualdades (Digilio, 2008).

O reconhecimento da pluralidade ou diversidade da existência humana impõe o exercício da virtude da **tolerância**. Segundo Walzer, “a tolerância torna a diferença possível; a diferença torna a tolerância necessária” (Walzer, 1999, p. XII). A tolerância, ou o respeito pelas diferenças, assenta-se no reconhecimento da essencial igualdade entre os homens e na intrínseca dignidade humana, isto é, no valor próprio de cada ser humano que o torna merecedor de absoluto respeito. A tolerância é uma “virtude essencial para a democracia e está indissolúvelmente ligada aos Direitos Humanos” (Valenzuela, 2008, p. 118).

No entanto, o termo **tolerância** pode adquirir sentidos negativos, quando ela é entendida como a mera aceitação condescendente daquilo que é considerado um erro ou um vício, um “mal a ser tolerado”. Nesse caso, a tolerância passa a ter um sentido de condenação, e não de respeito pelo outro, em sua diferença e dignidade. A tolerância pode ser identificada em um *continuum* que inclui desde uma “resignada

aceitação da diferença para preservar a paz” até aceitações mais substantivas das diferenças. A essência da tolerância é o respeito pelo diferente, mas, ao mesmo tempo, ela se funda na intrínseca igualdade dos seres humanos, que consiste em reconhecer o outro, em sua diferença e singularidade, como um igual. Essa é a concepção de alteridade, que carrega em si o reconhecimento do outro como, simultaneamente, um igual e diferente. A **tolerância**, como virtude, é aquela que envolve os arranjos políticos e sociais capazes de proporcionar a coexistência pacífica de grupos e indivíduos, dentro de um marco de respeito aos direitos humanos básicos.

Já o **estigma e a discriminação** representam o avesso do reconhecimento da **alteridade**, são a negação da **tolerância**, no sentido de respeito pela **diferença**. Goffman (1980) define **estigma** como uma característica ou um atributo profundamente depreciativo, constituído a partir de uma diferença ou de um desvio, que provoca um efeito de descrédito em seu portador. O estigma inferioriza a pessoa que o possui, tornando-a menos que os demais, atentando contra a própria dignidade humana e diminuindo suas chances de vida. A redução da individualidade derivada da estigmatização chega ao limite de desumanizar a pessoa estigmatizada, cuja identidade passa a ser definida pelo próprio estigma ou a ser confundida com ele, quando, por exemplo, se passa a nomear a pessoa pelo próprio atributo: o esquizofrênico, o leproso, o surdo, o aidético, o gay etc.

Ainda que o **estigma** seja conceituado como marca ou atributo pessoal, é imperativo reconhecer que ele é um produto social, fruto de condições estruturais e das relações de poder que se estabelecem nas sociedades concretas (Link e Phelan, 2001; Parker e Aggleton, 2001; Parker, 2010). Nem todas as diferenças humanas são relevantes do ponto de vista social e vão se constituir como estigma. Link e Phelan (2001) Alguns autores preferem a denominação de *rótulo*, para tornar mais explícita a ideia de algo que é colocado sobre a pessoa, algo que tem uma determinação externa, para evitar a armadilha de se atribuir ao estigma uma significação que im-

prima ao atributo um possível caráter de ordem pessoal ou natural.

O papel do **estigma** na produção e reprodução das relações de poder e controle foi salientado por Parker e Aggleton (2001) já em seus primeiros trabalhos em que buscavam desenvolver um novo quadro conceitual para pensar o estigma ligado ao HIV e à *aids* e suas repercussões. Para eles, além da dimensão individual, há que se considerar que o estigma é um produto social que reproduz as desigualdades sociais. Ele pode estar reproduzindo sistemas de hierarquia e de dominação, quando relacionado com classe social, gênero, raça, etnia, orientação sexual, servindo para criar, manter ou reforçar as desigualdades sociais.

O **estigma** leva à perda de *status* e à **discriminação**. A discriminação é parte inerente do estigma, não há estigma se não houver discriminação. Quando uma pessoa é rotulada e esse rótulo está associado a características negativas, há uma construção racional que a desqualifica, rejeita e exclui. O **estigma** determina que a **pessoa estigmatizada** experimente situações de grande desvantagem social, ao criar uma discriminação estrutural que afeta negativamente o ambiente a sua volta. Na literatura, são apontadas como possíveis consequências negativas do estigma interações sociais tensas e desconfortáveis, redes sociais limitadas, comprometimento da qualidade de vida, baixa autoestima, sintomas depressivos, desemprego e perda de renda (Arboleda-Flórez, 2008).

A pessoa estigmatizada fica desprovida de respeito próprio e do poder pessoal, da sua autonomia e capacidade de autodeterminação sobre a própria vida. Suas chances ficam ainda mais diminuídas pelo sentimento de não pertencimento e de não serem possuidoras de direitos. O estigma aumenta, pois, a vulnerabilidade de indivíduos e grupos, o que repercute diretamente sobre suas condições de saúde. Por outro lado, ainda que a discriminação seja uma experiência individual, que ocorre na relação interpessoal, são as estruturas sociais, a forma como a sociedade se organiza, que criam as condições para que grupos economicamente dominantes imponham sua visão de mundo, seus valores e suas normas, em

detrimento dos grupos minoritários ou socialmente em desvantagem.

O **estigma** e a **discriminação**, portanto, possuem dupla característica: de um lado, constituem uma experiência individual, vivenciada nos espaços microssociais da intersubjetividade, e, de outro, representam um processo social determinado por estruturas macrossociais, que envolvem relações de poder e dominação (Monteiro e colaboradores, 2012). Qualquer que seja a dimensão considerada, trata-se sempre de uma experiência que envolve interações sociais. O caráter eminentemente social do estigma e da discriminação tem implicações para o campo da bioética, uma vez que exige dela a incorporação da análise de estruturas sociais mais amplas para que os processos de produção do estigma e suas implicações para a saúde possam ser mais bem compreendidos.

Discriminação e estigma no contexto da bioética biomédica

As reflexões conduzidas acima, ao serem trazidas para o plano concreto da bioética biomédica propriamente dita – entendida como ética prática voltada para as questões afetas à vida e à saúde, que, de forma inter e transdisciplinar e pluralista, discute os conflitos éticos que permeiam as pesquisas em saúde, especialmente a pesquisa biomédica, e os diversos aspectos relacionados à atenção à saúde – evidenciam que o estigma e a discriminação comprometem tudo aquilo que ela exatamente busca garantir no sentido da proteção do sujeito, individual ou coletivo.

Historicamente, os abusos cometidos no campo da **pesquisa biomédica**, contra grupos socialmente rejeitados com base em diferenças definidas como negativas, foram os grandes propulsores do surgimento da bioética voltada para o controle das pesquisas clínicas com seres humanos. Exemplos emblemáticos das implicações negativas do estigma na condução de pesquisas científicas, como as realizadas com os judeus pelos nazistas, em que foram cometidas diversas atro-

idades, demonstram a prevalência do princípio da **não estigmatização e não discriminação enquanto referencial bioético voltado à proteção dos sujeitos de pesquisa**. Outro exemplo clássico de racismo em pesquisa foi o estudo conduzido em Tuskegee (Thomas e col., 1991), nos Estados Unidos, entre os anos 1932 e 1972, quando, para se estudar a evolução natural da sífilis, um grupo de homens negros, a maioria constituída de analfabetos, foi mantido sem tratamento, mesmo depois do advento de terapia medicamentosa contra a doença, na década de 1940. Esses casos demonstram o quanto o estigma e a discriminação são causa de desvalorização do humano, de perda da dignidade e de violação dos direitos humanos.

No campo da **pesquisa biomédica**, persistem, ainda que com menos visibilidade ou de forma menos dramática que os casos acima reportados, abusos cometidos contra grupos socialmente menos valorizados ou em situação de desvantagem, seja pelo viés socioeconômico, seja pelo viés étnico, de gênero ou de orientação sexual. Problemas éticos na condução de **pesquisas** em países pobres, como os países africanos, têm sido reiteradamente denunciados, como a adoção do chamado *double standard*, quando são adotados critérios diferentes para as pesquisas conduzidas em países centrais e em países periféricos, com a desproteção das populações mais vulneráveis (Garrafa e Lorenzo, 2008). Nos contextos sociais de grande escassez de recursos e dificuldades de acesso aos serviços e insumos de saúde, a situação criada pelo duplo *standard*, que representa grave discriminação de populações pobres, fica ainda mais agravada pela pouca autonomia dos sujeitos de pesquisa, que têm reduzida capacidade de decisão em face das adversidades vividas.

Com relação ao **gênero**, além de não considerar a maior vulnerabilidade das mulheres, a pesquisa biomédica tem adotado a fisiologia masculina como o modelo para a atenção terapêutica, transpondo de forma mecânica os resultados para as mulheres, sem considerar as particularidades da condição e do corpo femininos que determinam diferenças na resposta das mulheres aos medicamentos. Apenas quando as

pesquisas focalizam questões relativas à saúde reprodutiva é que as mulheres são priorizadas (Cook, 1999). Os desequilíbrios existentes na participação de homens e mulheres em pesquisas clínicas constituem uma iniquidade de gênero e também são objeto da bioética.

As **novas tecnologias biomédicas** representam novas possibilidades de incursão em procedimentos carregados de preconceitos e discriminações, às quais a bioética deve estar atenta. As possibilidades advindas da manipulação genética e uso de informações genéticas carregam em si um potencial de dano que deve ser considerado e também se configuram como novos domínios dentro do campo de reflexão da bioética. Até que ponto é eticamente aceitável controlar a informação genética com fins reprodutivos para decidir sobre o sexo ou qualquer outra característica do futuro filho, para garantir a geração de uma criança detentora de características genéticas socialmente aprovadas e isenta daquelas desqualificadas pela sociedade?

A **seleção genética** pode ser feita por motivos que, eticamente, sejam mais ou menos aceitáveis, e, no limite, pode aproximar-se de práticas eugênicas. Os novos conhecimentos científicos permitem o mapeamento do perfil genético de um indivíduo, o que pode auxiliá-lo na prevenção de futuras doenças. No entanto, como garantir que essa informação não seja utilizada contra os interesses do próprio indivíduo, para discriminá-lo no interesse de empregadores ou de empresas de planos ou seguros de saúde? A bioética tem entre suas atribuições promover a discussão necessária no sentido de impedir que os avanços científicos e tecnológicos estejam a serviço de práticas estigmatizantes e discriminatórias, que reforcem os grupos sociais dominantes em detrimento dos grupos menos valorizados dentro da sociedade.

Os referenciais da dignidade humana e da não estigmatização e não discriminação são balizadores das decisões sobre as melhores **políticas ou práticas em saúde**, podendo contribuir em decisões difíceis que envolvem questões como: o emprego de cirurgia de redesignação do sexo, nos casos de pessoas transexuais; o direito de paternidade/maternidade

de pessoas homossexuais; o direito das pessoas que vivem com HIV/*aids* ao exercício da sexualidade e de ter filhos; situações críticas relacionadas a culturas tradicionais muito distantes da cultura ocidental, como o infanticídio e a mutilação genital feminina. Nesses casos, as intervenções externas, ainda que realizadas sob a defesa dos direitos humanos, se não tiverem como pano de fundo a concepção do respeito à alteridade, pode resvalar para um ato autoritário de imperialismo moral.

O **cuidado em saúde** deve considerar o estigma que acompanha os portadores de certas doenças, que reduz suas chances de tratamento. Muitos pacientes, como no caso das doenças mentais, por exemplo, que se beneficiariam do tratamento, não procuram os serviços de saúde pelo medo de serem identificados como portadores de tais doenças e sofrerem as consequências advindas de um rótulo dessa natureza (Arboleda-Flórez, 2008). A recusa em buscar atenção à saúde ou a baixa adesão aos tratamentos são fenômenos associados ao estigma, e são observados também para outras doenças, como a hanseníase e a *aids* (UNAIDS, 2005). O estigma associado a algumas **doenças** representa uma fonte adicional de sofrimento para o enfermo que, além de lutar contra a ameaça que a doença representa à sua existência corpórea, também tem de lidar com o abalo que a doença provoca em todo o seu sistema de vida de relação. O estigma associado à doença nega ou diminui o valor desse corpo que já se encontra em situação de extrema vulnerabilidade. A palavra “doença”, por si só, remete à ideia de mal, de um valor negativo. Canguilhem ressalta que a condição de estar doente implica “ser nocivo, ou indesejável, ou socialmente desvalorizado” (Canguilhem, 1982, p. 93).

Seja por motivo de doença, por razões étnicas, de gênero ou por orientação sexual, o estigma resulta em desigualdades, em assimetrias de poder e em injustiças sociais. As diferenças para as quais se constata absoluta falta de reconhecimento – no sentido conferido por Honneth (2003), enquanto ato consciente de valoração positiva do Outro – constituem importantes causas de discriminação e exclusão social. Qual-

quer que seja a fonte do estigma, as consequências são as mesmas: violação da dignidade humana, isolamento e exclusão sociais, menor acesso a serviços de saúde, comprometimento das chances de vida, com deterioração da qualidade de vida e aumento de risco de morte.

Considerações finais

As violações recorrentes dos direitos humanos com base em discriminações e preconceitos étnicos, de gênero, de orientação sexual, ou qualquer outro, afrontam a vida em sua dignidade e devem integrar o rol de preocupações do debate bioético. Essa incorporação não deve se dar apenas nos pontos de intersecção do social com a saúde e com a própria vida humana no seu amplo sentido, mas naquilo que o social representa em si como objeto próprio de interesse da bioética, ao menos na perspectiva de uma bioética politizada e comprometida com a equidade e a justiça (Gonçalves et al, 2011). Nesse caso, o próprio corpo social passa a se constituir como objeto de preocupação e de intervenção bioéticas.

A dignidade da pessoa é um princípio central dos direitos humanos. Sua defesa é imperativa e requer a luta contra qualquer processo de discriminação e estigmatização que contribua para aumentar a vulnerabilidade de determinados grupos sociais. As diferenças e as distintas moralidades não devem se constituir jamais como fatores discriminatórios. Esse é um aspecto basilar da bioética, o que lhe confere um caráter eminentemente social. A bioética comprometida socialmente defende que a diversidade não seja sufocada pela perspectiva hegemônica, mas, ao contrário, que as pessoas possam simplesmente viver de acordo com seus valores, suas crenças, sua orientação sexual, sua cultura, ainda que esse sistema de valores e crenças divirja dos padrões morais dominantes. ●

Referências

- ARBOLEDA-FLÓREZ, J. The rights of a powerless legion. In: ARBOLEDA-FLÓREZ, J.; SARTORIUS, N. (Org.). *Understanding the stigma of mental illness: theory and interventions*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd., 2008. p. 1-17.
- ARENDDT, H. *A Condição Humana*. 10. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.
- CANGUILHEM, G. *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 1982.
- CASTELL, M. *O Poder da Identidade*. São Paulo: Paz e Terra, 2001.
- COOK, R. Gender, health and human rights. In: MANN, J.M et al. (Org.) *Health and human rights*. New York: Routledge, 1999. p. 253-264.
- DIGILIO, P. Igualdad y diferencia. In: TEALDI, J. C. *Diccionario latinoamericano de bioética*. Bogotá: Unibiblos; Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética de la Unesco, 2008. p. 377-380.
- GARRAFA, V. Multi-inter-transdisciplinaridade, complexidade e totalidade concreta em bioética. In: GARRAFA, V.; KOTTOW, M.; SAADA, A. (Org.) *Bases Conceituais da Bioética: enfoque latino-americano*. São Paulo: Gaia; Unesco, 2006. p. 73-86.
- GARRAFA, V.; LORENZO, C. F. G. Moral imperialism and multi-centric clinical trials in peripheral countries. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 10, p. 2219-2226, 2008.
- GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 1980.
- GONÇALVES, E. H.; BANDEIRA, L. M.; GARRAFA, V. Ética e desconstrução do preconceito: doença e poluição no imaginário social sobre o HIV/Aids. *Rev. Bioét*, Brasília, v. 19, n. 1, p. 159-178, 2011.
- GUIMARÃES, K. et al. *Avaliação da efetividade das ações de prevenção dirigidas às profissionais do sexo: série estudos pesquisas e avaliação*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.
- HONNETH, A. *Luta pelo reconhecimento*. São Paulo: Ed. 34, 2003.
- KANT, I. *Fundamentos da metafísica dos costumes*. Rio de Janeiro: Tecnoprint Gráfica S.A., 1967.
- LINK, B. G.; PHELAN, J. C. Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, v. 27(1), p. 363-385, 2001. DOI:10.1146/annurev.soc.27.1.363.
- LÉVINAS, E. *Entre nós: ensaios sobre a alteridade*. Petrópolis: Vozes, 1997.
- LORENZO, C. F. G. Desafios para uma bioética clínica interétnica: reflexões a partir da política nacional de saúde indígena. *Rev. Bioét*, Brasília, v. 19, n. 2, p. 329 - 342, 2011.
- MONTEIRO, S.; VILLELA, W. V.; KNAUTH, D. Discrimination, stigma, and AIDS: a review of academic literature produced in Brazil (2005-2010). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 170-176, 2012.
- PARKER, R.; AGGLETON, P. *Estigma, Discriminação e Aids*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS – ABIA, 2001.
- PARKER, R. O estigma como barreira à prevenção do HIV. In: SEMINÁRIO PREVENÇÃO DAS DSTs/AIDS: NOVOS DESEAFIOS, 2009, Rio de Janeiro. *Anais / do Seminário Prevenção das DSTs/AIDS*. Rio de Janeiro: ABIA, 2010, p. 23-29
- SARLET, I. W. As dimensões da dignidade da pessoa humana: construindo uma compreensão jurídico-constitucional necessária e possível. In: SARLET, I. W. (Org.) *Dimensões da dignidade: ensaios de filosofia do Direito e Di-*

reito Constitucional. 2. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2009.

SONTAG, S. *A doença como metáfora*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2002.

TAYLOR, C. *Multiculturalism: examining the politics of recognition*. New Jersey: Princeton University Press, 1994.

THOMAS, S. B.; QUINN, S. C. The Tuskegee syphilis study, 1932 to 1972: implications for HIV education and AIDS risk education programs in the black community. *American Journal of Public Health*, New York, v. 81, n. 11, p. 1498-1504, 1991.

UNAIDS. JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV / AIDS. *HIV-related stigma, discrimination and human rights violations: case studies of successful programmes*. Genebra: UNAIDS best practice collection, 2005.

UNESCO. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA. *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*. Paris: Editora, Disponível em: <www.bioetica.catedraunesco.org.br>. Acesso em: 25 out. 2013.

VALENZUELA, J. G. Tolerância. In: TEALDI, J. C. *Diccionario latinoamericano de bioética*. Bogotá: Unibiblos: Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética de la Unesco, 2008. p. 118-120.

WALZER, M. *Da tolerância*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.