

Investigação Médica e Documentação sobre Tortura

Manual para Profissionais de Saúde

Michael Peel e Noam Lubell
com Jonathan Beynon

Centro de Direitos Humanos, Universidade de Essex

Investigação Médica e Documentação sobre Tortura

Manual para Profissionais de Saúde

Michael Peel e Noam Lubell
com Jonathan Beynon

Ministério de Assuntos
Estrangeiros e da Commonwealth

CENTRO DE DIREITOS HUMANOS
Universidade de Essex

Primeira edição publicada na Grã-Bretanha em 2005

© Centro de Direitos Humanos, Universidade de Essex,
Wivenhoe Park, Colchester, CO4 3SQ
telefone: 00 44 1206 872 558 fax: 00 44 1206 873 627
e-mail: hrc@essex.ac.uk
url: http://www2.essex.ac.uk/human_rights_centre
http://www2.sx.ac.uk/human_rights_centre

Todos os direitos reservados. Esta obra pode ser reproduzida para fins de treinamento, educativos e de referência, contanto que não seja feito qualquer uso comercial de seu conteúdo e que o Centro de Direitos Humanos da Universidade de Essex tenha o devido conhecimento.

ISBN: 1 874635 42 0

Outras publicações desta série:

The Torture Handbook ISBN 1 874635 28 5

<http://www.essex.ac.uk/torturehandbook/>

Reporting Killings as Human Violations ISBN 1 874635 37 4,

<http://www2.essex.ac.uk/reportingkillingshandbook/>

Combating Torture: A Manual for Judges and Prosecutors 1 874635 40 4

<http://www2.essex.ac.uk/combatingtorturehandbook/>

Revisor: Judy Gough

Impressão: Editora da Universidade de Essex

Apresentação

Além de considerarmos as aberrações já conhecidas, como as experiências médicas nazistas realizadas em prisioneiros durante a Segunda Guerra Mundial, é muito difícil pensar em profissionais de saúde envolvidos em de tortura. A tendência é que as partes mais sujeitas ao risco de se envolverem ou de estarem em uma posição para a prevenção ou repressão da tortura sejam os oficiais de polícia e aqueles envolvidos na aplicação da justiça, como juízes e promotores. Mesmo assim, ocasionalmente, médicos podem se ver participando de atos de tortura, por exemplo, ao indicar aos interrogadores o quanto um indivíduo pode agüentar de dor durante um interrogatório. Mais comumente, os médicos podem ser requisitados a examinarem vítimas de tortura para fins de diagnóstico ou legais, mas falham ao realizar suas funções de certificação profissionalmente. Vários são os motivos para tal, podendo ser falta de treinamento profissional, medo de represálias ou super-identificação com as forças policiais.

O presente Manual tem como objetivo principal estimular a conscientização dos padrões éticos, legais e profissionais relevantes aos vários profissionais da saúde que desejarem realizar um trabalho altamente consciente na ajuda às vítimas de tortura e na contribuição com esforços visando à eliminação de tal prática. A principal tarefa consiste em estabelecer uma documentação científica de alta credibilidade relacionada à possível tortura de indivíduos, e que seja consistente com a constante dificuldade relacionada às condições sob as quais o trabalho é em muitas vezes realizado. Este manual foi inspirado no Protocolo de Istambul, aprovado pelos órgãos das Nações Unidas, que estabelece os melhores padrões para aos médicos que trabalham nesta área. Embora seja reconhecido que nem todos os profissionais de saúde convocados para este tipo de trabalho têm experiência suficiente na área, este manual apresenta o material de uma forma que seja acessível a todos estes profissionais.

Dá-se suporte sobre as habilidades gerais para entrevistas, bem como sobre o exame médico e documentação. Além dos princípios éticos e legais relevantes, o Manual indica ainda algumas fontes de orientação para aqueles que desejarem aprofundar seus conhecimentos ou obter amparo situações específicas.

Último de uma série de publicações renomadas, o presente Manual é elaborado pelo Centro de Direitos Humanos da Universidade de Essex, com suporte do Ministério de Assuntos Estrangeiros e da Commonwealth do Reino Unido. Na verdade, este manual tem como objetivo servir de complemento às publicações anteriores, a saber: *The Torture Reporting Handbook*, *Combating Torture: A Manual for Judges and Prosecutors* e *Reporting Killings as Human Rights Violations*.

Professor Sir Nigel Rodley, KBE
Presidente do Centro de Direitos Humanos
Universidade de Essex
Setembro de 2005

Agradecimentos

PRINCIPAIS CONTRIBUIDORES

Diretor do Projeto

Professor Sir Nigel Rodley, KBE

Professor de Direito e Presidente do Centro de Direitos Humanos da Universidade de Essex; Vice-Presidente da Comissão de Direitos Humanos da ONU; antigo Relator Principal da ONU sobre Tortura

Autores

Dr. Michael Peel

Consultor da Fundação Médica para o Tratamento de Vítimas de Tortura; ex- Examinador Legista das Forças Policiais da Região Metropolitana e da Cidade de Londres.

Noam Lubell

Pesquisador Sênior do Centro de Direitos Humanos da Universidade de Essex; ex- Diretor do Projeto de Prisioneiros e Detentos do *Physicians for Human Rights* (Médicos pelos Direitos Humanos) – Israel

Dr. Jonathan Beynon

Coordenador da Saúde na Detenção, Unidade de Saúde do Comitê Internacional da Cruz Vermelha

Conselho Editor

Dr. Sherman Carrol MBE

Diretor de Assuntos Públicos, Fundação Médica para o Tratamento de Vítimas de Tortura

Professor Françoise Hampson

Professor de Direito, Universidade de Essex; Membro da Sub-Comissão das Nações Unidas para a Promoção e Proteção dos Direitos Humanos

Professor Paul Hunt

Professor de Direito, Universidade de Essex; Relator Especial das Nações Unidas para o Direito à Saúde

Dr. Morris Tidball-Binz

Coordenador de Medicina Forense, Divisão de Assistência do Comitê Internacional da Cruz Vermelha

Dr. James Welsh

Coordenador do Programa Médico da Anistia Internacional

Suporte Administrativo e Secretaria

Anne Slowgrove

AGRADECIMENTOS

Antes de mais nada, os autores e o diretor do projeto gostariam de agradecer a todos os membros do conselho editorial pelo aconselhamento sólido, pela dedicação inesgotável, pela boa vontade e pelo profissionalismo dedicado neste empreendimento. Um agradecimento especial ao Dr. Jonathan Beynon por seu trabalho realizado na elaboração do capítulo sobre detenção e pelas sugestões adicionais .

Desejariamos ainda agradecer as seguintes pessoas que dedicaram tempo e esforço ao projeto, que leram as minutas, ofereceram seus comentários ou prestaram ajuda de qualquer outra forma: Dra. Kathy Allden, Dra. Angela Burnett, Dra. Silvia Casale, Edouard Delaplace, Carla Ferstman, Dra. Charlotte Granville-Chapman, Dr. William Hopkins, David Rhys Jones, Dr. Alejandro Moreno, Sabine Nierhoff, Dr. Julian Sheather, Sally Verity Smith, Prof. Ann Sommerville, Mark Thomson, Dra. Stefania Vergnano, Dr.Zeev Wiener. Os autores gostariam particularmente de registrar as

contribuições dos saudosos Dr. Duncan Forrest e Dr. Derek Robinson, que deram orientações valiosas durante as primeiras fases da elaboração deste Manual, mas que infelizmente faleceram antes de sua conclusão.

Instituições e organizações consultadas: Anistia Internacional, Associação para a Prevenção da Tortura, Associação Médica Britânica, CPT (Comitê Europeu para a Prevenção da Tortura e Tratamento ou Punição Desumana ou Degradante), Comitê Internacional da Cruz Vermelha, Fundação Médica para o Tratamento de Vítimas de Tortura, Médicos pelos Direitos Humanos – Israel, REDRESS, Gabinete do Comissário-Chefe das Nações Unidas para Refugiados.

Realizou-se um seminário com duração de um dia, no Ministério de Assuntos Estrangeiros e da Commonwealth do Reino Unido, para discutir sobre uma minuta anterior do Manual. Somos extremamente gratos aos seguintes participantes por seu tempo e contribuição, e ao Ministério de Assuntos Estrangeiros e da Commonwealth por sua hospitalidade.

Participantes do seminário (além dos autores e do conselho editorial): Dra. Angela Burnett, Dra. Silvia Casale, Carla Ferstman, Dra. Charlotte Granville-Chapman, Dr. William Hopkins, David Rhys Jones, Sally Verity Smith, Prof. Ann Sommerville, Dr. Zeev Wiener.

Relator do Seminário: Sabine Nierhoff.

As pessoas e organizações envolvidas na elaboração deste Manual têm longa experiência profissional neste campo e participaram de vários projetos relacionados ao combate à tortura, incluindo o desenvolvimento do Protocolo de Istambul, e frequentemente em colaboração com terceiros. Assim, algumas seções do presente Manual devem ser atribuídas às publicações existentes e aos autores cujos materiais serviram de base para este Manual, especialmente os seguintes:

Protocolo de Istambul: Peel, M. and Iacopino, V. (eds.) *The Medical Documentation of Torture*, notadamente: Capítulo 7 (Allden K., Consequências Psicológicas da Tortura), Capítulo (Kirschner, R. and Peel, M., Exame Físico para Sinais Tardios de Tortura), Capítulo 9 (Forrest, D., Exame seguindo Formas Específicas de Tortura), Capítulo 11 (Hinshelwood, G., Abuso Sexual de Mulheres), Capítulo 12 (Peel, M., Abuso Sexual de Homens na Detenção) e Capítulo 13 (Danielsen, L., Exame e Investigação de Lesões Causadas por Choque Elétrico; Giffard, C., *The Torture Reporting Handbook*, Foley, C., *Combating Torture*, Peel, M., Hinshelwood, G. and Forrest, D., Descobertas Físicas e Psicológicas Após o Exame Tardio de Vítimas de Tortura, *Torture* 2000. Todos os detalhes destas publicações estão constantes no final do presente Manual.

Este projeto teve o apoio financeiro do Ministério de Assuntos Estrangeiros e da Comunidade. Somos especialmente gratos à Anthony Stanley e ao Gabinete de Assuntos Estrangeiros e da Comunidade, Direitos Humanos, Grupo de Democracia e Governança por empenho pessoal e apoio ao projeto.

Resumo Executivo

A tortura consiste em infligir dor deliberada ou sofrimento severo, seja físico ou mental por alguém que esteja trabalhando na condição de um agente do estado ou sob sua aprovação, a tortura é uma violação do código internacional dos direitos humanos. Acusações de tortura devem ser investigadas pelo Estado e, se julgadas substanciais, devem ser apuradas judicialmente. Os estados que falharem na prevenção, investigação ou na apuração de atos de tortura podem estar violando várias convenções internacionais de direitos humanos e, em muitos países, acordos internacionais e regionais. A ONU conta com vários mecanismos para a investigação de acusações de tortura e as ONGs nacionais e internacionais são estimuladas a coletar informações e as divulgar (consulte a seção 8.2 do *The Torture Reporting Handbook* para maiores detalhes).

A tortura pode ser prevenida em parte através de uma constante inspeção das instalações prisionais por parte de órgãos independentes. Esta inspeção é realizada de várias formas em diferentes países, e existem ainda algumas organizações internacionais independentes com experiência considerável na visita a locais de detenção, como o Comitê Internacional da Cruz Vermelha (“ICRC”) e o Comitê para a Prevenção da Tortura (“CPT”) do Conselho Europeu. O Protocolo Opcional da Convenção da ONU Contra Tortura exige a assinatura das partes para estabelecer os mecanismos nacionais de visita e para permitir visitas de uma comitiva de peritos internacionais formada ao amparo de tal Protocolo.

Em geral, a documentação sobre tortura consiste em uma tarefa multi-disciplinar na qual os médicos e outros profissionais da saúde (enfermeiras e psicólogos, por exemplo) desempenham papéis importantes. Estes papéis variam desde o tratamento de indivíduos que buscam ajuda médica para os problemas de saúde resultantes de quando torturados, até o trabalho em ONGs que auxiliam vítimas de tortura ou da participação em órgãos oficiais de visita. Os profissionais de saúde se vêem eticamente obrigados a tratarem de vítimas de tortura e de comunicar as autoridades sobre tal prática, com o consentimento das vítimas, contanto que esta comunicação não coloque tais pessoas ou as pessoas próximas a elas em risco.

A documentação pode ser feita em vários formatos. Notas clínicas bem escritas são indispensáveis nos meios médico-legais, ou uma ONG pode reunir uma série de relatórios para disponibilizar um resumo anônimo de abusos aos direitos humanos em um determinado local. Um profissional da saúde pode ser solicitado a prestar um relatório médico-legal, o que pode ser uma declaração de fato e opinião. Contudo, é importante não expressar uma opinião sem o conhecimento necessário. Com experiência e, se for possível, com treinamento, um profissional de saúde estará apto a produzir uma documentação de alto nível e, se exigido, um relatório de boa qualidade. Este manual tem como objetivo apresentar aos profissionais de saúde a estrutura e os principais elementos para a elaboração de uma documentação médica precisa de acusações de maus-tratos.

A primeira parte de qualquer documentação consiste na descrição de maus-tratos sofrido pela pessoa. Um sobrevivente de tortura se encontra em uma situação de vulnerabilidade, e as circunstâncias de qualquer entrevista podem contribuir com esta vulnerabilidade (produção do histórico e exame que devem ser conduzidos com alguém sob custódia da polícia ou órgão militar, por exemplo). Testemunhas que não foram submetidos aos mesmos maus-tratos também podem se encontrar em uma situação de vulnerabilidade. Os profissionais de saúde podem ter controle limitado sobre o ambiente

da entrevista, que dever ter a máxima neutralidade possível. O entrevistador deve evitar perguntas orientadas ou fechadas. Algumas técnicas cognitivas podem ser de valia. Fotos, desenhos ou diagramas de corpo e notas sobre o comportamento podem ser úteis. O consentimento é essencial e exames físicos não autorizados devem ser evitados. Pode-se obter o parecer clínico de um perito sobre as constatações físicas e psicológicas. A falta de qualquer constatação clínica não significa necessariamente os maus-tratos não ocorreram.

Existem vários motivos que justificam qualquer diferença nas descrições feitas, ou mesmo qualquer conflito com outras provas. Isto não significa que a pessoa não está dizendo a verdade sobre o ocorrido. Por exemplo, lesões na cabeça e o transtorno de estresse pós-traumático podem interferir na função da memória. Contudo, as discrepâncias devem ser investigadas e esclarecidas em relatórios posteriores. Os esclarecimentos devem ser feitos na esfera clínica, já que o profissional de saúde não é o árbitro final dos fatos.

A documentação sobre tortura deve levar em conta históricos geralmente complexos de prisões recorrentes e detenção, bem como níveis repetidos e variados de tormentos e sofrimento físico e mental. Ao se abordar a documentação de acordo com a estrutura oferecida por este Manual, cada elemento do complexo histórico pode ser identificado e atendido. Embora a documentação médica não serve como prova definitiva de tortura, ela geralmente oferece um elemento central para a confirmação (ou refutar) as alegações de tortura, sejam em casos de pedido de asilo, reclamações e investigações contra forças de segurança, ou investigações por parte de órgãos ou organizações internacionais. As constatações físicas são descritas através de termos técnicos como ‘abrasão’, ‘hematoma’, ‘laceração’, ‘luxação’ e ‘fratura’. Assim, qualquer relatório poderá avaliar dentro de um contexto clínico a consistência entre as constatações e as descrições do indivíduo. ..

A avaliação psicológica também é importante na documentação da tortura, já que os métodos físico e psicológico causam seqüelas psicológicas. Formas de tortura “estritamente psicológicas” não são incomuns e devem ser exploradas com a mesma riqueza de detalhes da tortura física, já que as conseqüências também podem ser igualmente severas. Os diagnósticos mais comuns são depressão e estresse pós-traumático, ou ambos. Muitos sobreviventes de tortura preferem não mostrar emoção ao descrever suas experiências, podendo não estar cientes da relevância clínica de sintomas como pesadelos. Assim, a falta de constatações psicológicas não significa necessariamente que a descrição dos maus-tratos seja falsa.

Desta maneira, os profissionais de saúde desempenham um papel importante na investigação e documentação da tortura. Estes profissionais têm o dever moral, ético e legal de prestar auxílio de acordo com suas especialidades. Faz parte da especialidade dos profissionais de saúde mais experientes documentar a tortura e trabalhar com equipes multidisciplinares na investigação de acusações. As habilidades incluem entrevista do paciente – elaboração de um histórico; avaliação psicológica; e documentação dos sinais psicológicos e físicos de trauma. A elaboração do relatório envolve a documentação dos fatos e a chegada a conclusões de acordo com a qualificação profissional de quem está escrevendo.

Índice

Apresentação	iii
Agradecimentos	v
Resumo Executivo	vii
Glossário de Termos Técnicos	xiii
1 Introdução	1
1.1 A quem se destina este Manual?	2
1.2 Como utilizar o Manual	3
2 Da Proibição da Tortura	5
2.1 Introdução	
2.2 O que é tortura?	
2.2.1 Da proibição no direito internacional	
2.2.2 Definição de tortura	
2.2.2.1 Definição de tortura e outros maus-tratos	
2.2.2.2 Principais elementos da tortura	
2.2.2.3 Outros maus-tratos	
2.2.2.4 Relação entre tortura e maus-tratos	
2.2.2.5 Do uso dos termos ‘tortura’ e ‘maus-tratos’ neste Manual	
2.2.2.6 Formas de tortura e outros maus-tratos	
2.2.3 Do elemento subjetivo do sofrimento	
2.2.4 Outras normas aplicáveis à prevenção de maus-tratos	
2.3 Dos perpetradores	
2.3.1 Agentes do estado (aqueles agindo em nome do estado)	
2.3.2 Outros agentes	
2.3.2.1 Proteção para terceiros	
2.3.3 Da obrigação de investigar e promover a justiça	
2.4 Situações em que podem surgir acusações de tortura	
2.4.1 Inspeção formal de instalações prisionais	
2.4.2 Queixas oficiais feitas aos órgãos de defesa dos direitos humanos e outras organizações	
2.4.3 Presos recém soltos	
2.4.4 Informações de ONGs	
2.4.5 Acusações tardias	
3 Da Ética Médica	
3.1 Introdução	
3.2 Dos deveres do Profissional da Saúde	
3.2.1 Normas internacionais	
3.2.2 Normas éticas que proíbem diretamente o envolvimento em tortura	
3.2.3 Lealdade incondicional ao paciente	
3.2.4 Dualidade de obrigações	
3.2.5 Do tratamento de prisioneiros e detentos	
3.2.6 Aspectos relacionados ao exame de indivíduos na presença de forças de segurança	
3.2.7 Tratamento médico abusivo	
3.2.8 Consentimento e sigilo	
3.2.9 Segurança	
3.2.10 Envolvimento de outros profissionais da saúde na tortura	
3.2.11 Para maiores informações e melhor suporte	

Glossário de Termos Técnicos

Termos Médicos:

Alucinações auditivas	Sensação de sons externos quando não há estímulos no meio externo
Axila	Axila
Plexo braquial	Nervos distribuídos da espinha até o braço
Calo	Área endurecida de um osso no local onde foi curado
Edema cerebral	Inchaço do cérebro
Deficiência cognitiva	Deficiência parcial da memória, raciocínio, percepção ou humor
Despigmentação	Perda total da pigmentação de pedaço de pele
Hematúria	Presença de sangue na urina
Hiper-pigmentação	Aumento da pigmentação de pedaço de pele
Hipo-pigmentação	Perda parcial da pigmentação de pedaço de pele
Memórias intrusivas	Memórias involuntárias, desagradáveis e recorrentes de um dado incidente
Laceração	Ferimento no qual a pele é rasgada por força não resultante de corte
Histórico médico	Registro pessoal de um indivíduo em relação a seu problema de saúde
Médico-legal	Relacionado à área da medicina que presta suporte em juízo
Neuropatia	Lesão dos nervos
Edematoso	Inchado
Patognomônico	Constatação patológica de apenas uma causa
Perianal	Que circunda ou envolve o ânus
Petéquia	Conjunto de pequenos hematomas
Sintomas psicossomáticos	Sintomas aparentemente físicos de causa psicológica
Hemorragia retiniana	Sangramento na parte posterior do olho
Seqüelas	Conseqüências de um problema médico
Marcas de estiramento	Estrias na pele
Sangramento subdural	Sangramento entre determinadas camadas do tecido fibroso que cobre o cérebro
Convulsão tônica-clônica	Forma comum de convulsões epiléticas
Meato uretral	Orifício na extremidade do pênis por onde sai a urina
Vetores de Doença	Agentes que podem transmitir infecções

Termos Legais:

Prisão	Ato de apreensão de uma pessoa pela acusação de crime ou pela ação de uma autoridade
Asilo político	O asilo político é solicitado por pessoas que não desejam regressar a um país, geralmente seu país de origem, quando sob risco. Se concedido, estas pessoas podem permanecer em um determinado país que não seja sua própria pátria. O exílio pode ser provisório ou permanente.
Convenção	consulte Tratado
Corroboração	Prova que sustenta ou confirma a verdade de uma acusação
Crimes contra a humanidade	Atos sérios, como tortura, cometidos como parte de um ataque global ou sistemático contra a população civil, sejam cometidos no curso de conflito armado ou não.
Declaração	Resolução particularmente formal, geralmente da Assembléia Geral da ONU, sem vínculo jurídico, mas que define as normas às quais os estados se comprometem a cumprir
Deportação	Expulsão de um país.
Derrogação	Suspensão ou limitação temporária.
Detenção	Privação da liberdade de um indivíduo, salvo se resultante de acusação de crime.
Direito nacional e sistema jurídico	Lei ou sistema jurídico específico de um país em particular.
Observância (de obrigações)	Validação da aplicabilidade das obrigações; certificação de que as mesmas sejam observadas.
Impunidade	Capacidade de se evitar qualquer punição em caso de comportamento ilegal ou inapropriado.
Detenção incomunicável	Ser detido pelas autoridades sem ter permissão a qualquer contato com o ambiente externo.
Instrumento	Termo genérico referente a documentos legais, sejam com vínculo jurídico ou não.
Órgão inter-governamental	Órgão ou organização composto por representantes de governos de mais de um país.
Judicial	Relacionado à administração da justiça ou aos tribunais.
Vínculo jurídico	Se algo tem vínculo jurídico com um estado, significa que o estado é obrigado a agir de acordo com tal vínculo, com conseqüências legais caso tal vínculo não for observado.
Monitoramento	Busca e recepção de informações tendo como finalidade apresentação de relatórios sobre um indivíduo ou situação.
Atores não estatais	Indivíduos ou grupos agindo independentemente
Perpetrador	Pessoa que realizou um ato.
Ratificação	Processo pelo qual um estado se compromete a observar um tratado.
Reparação	Medidas para sanar um dano causado, como compensação, por exemplo.
Estado-membro (de um tratado)	Estado que concordou em se comprometer a observar um tratado.
Tratado	Acordo internacional que define as obrigações legais dos estados.
Violação (das obrigações)	Inobservância das obrigações por parte do estado, de acordo com o direito internacional.
Crimes de Guerra	Violações sérias das normas de guerra, pelas quais o perpetrador pode ser julgado responsável criminalmente.

1 Introdução

Este Manual tem como objetivo conscientizar, principalmente os profissionais da saúde, sobre a existência e a natureza da tortura, e orientar sobre como reconhecer e documentar casos de tortura, principalmente os profissionais de saúde com pouca ou nenhuma experiência em medicina legal. A documentação médica pode ocorrer logo após o episódio, enquanto a pessoa estiver detida ou logo após sua soltura (se estiver detido), ou mesmo no futuro (após alguns meses ou anos, em alguns casos), como em pedidos de asilo, por exemplo.

A principal referência para a documentação médica é o Manual para a Investigação e Documentação Eficazes da Tortura e Outras Penas ou Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes (Protocolo de Istambul), publicado pelas Nações Unidas. Este Manual se baseia em informações contidas no Protocolo de Istambul e procura melhorar a acessibilidade em relação ao assunto abordado. (Consulte a seção 8 para maiores detalhes sobre o Protocolo de Istambul e sobre outras literaturas relevantes.)

A tortura é uma prática proibida em todos os sistemas jurídicos, mas que continua sendo disseminada pelo mundo, algumas vezes disfarçada pelo uso de termos ludibriosos, como *'stress and duress'* (técnicas violentas de interrogatório) ou *'interrogatório coercivo'*. Uma investigação eficiente da tortura, seja por órgãos oficiais ou pelas ONGs, requer uma documentação apropriada e precisa. Um profissional da saúde pode se ver lidando sozinho com alegações documentadas (quando um médico da família recebe tais alegações de um paciente durante uma consulta de rotina, por exemplo); ou pode potencialmente contar o apoio de seus colegas de profissão (pessoas que trabalham em hospitais e confrontam com um paciente que as acusam de tortura ou que mostra marcas de tortura); ou pode integrar uma equipe responsável especificamente pela investigação e documentação de alegações de tortura (tal equipe pode incluir um advogado, um monitor de direitos humanos, um psicólogo ou outros profissionais), como nos centros que trabalham com pessoas procurando asilo.

A tortura pode ocorrer em qualquer lugar, mas geralmente ocorre durante a fase inicial de uma prisão ou detenção, quase sempre nas mãos da polícia, gendarmaria, órgãos militares ou outras forças de segurança, podendo também ocorrer em locais oficiais de detenção, como em delegacias, por exemplo, ou em locais não-oficiais (*'secretos'*). O fato de que a tortura não pode ser somente restringida a locais de detenção é reconhecido pelo Estatuto do Tribunal Criminal Internacional, que alega que pode existir tortura quando uma pessoa estiver *'sob a custódia ou controle'* de uma parte. A tortura e outras formas de tratamento ou punição cruel, desumana ou degradante também podem ocorrer nas mãos de forças de oposição e milícias informais. O estado tem o dever de proteger as pessoas destes grupos, bem como de investigar e aplicar as devidas punições, conforme necessário.

A tortura não se limita simplesmente ao que acontece na sala de interrogatório, mas também se relaciona a elementos específicos das condições de detenção que são construídas para agravar deliberadamente o sofrimento mental e físico. Geralmente, as duras condições dos locais de detenção (que incluem alimentação, higiene, asseio pessoal, acesso a banheiros e acesso à tratamento médico inadequados ou insuficientes) tem como finalidade exercer uma certa pressão sobre os indivíduos, contribuindo e formando assim parte dos maus-tratos que em muitos casos se constitui em tortura.

Este Manual não inclui a situação em que a vítima de tortura esteja morta quando primeiramente examinada. Neste caso, vale consultar o Manual da ONU sobre a Prevenção Efetiva e Investigação de Execuções Extra-Legais, Arbitrárias e Sumárias (Protocolo de Minnesota), bem como o Manual da Universidade de Essex, *Reporting Killings as Human Rights Violations*. Ainda, como diretrizes para o exame de cadáveres, consulte as recomendações do Comitê Internacional da Cruz Vermelha sobre Desaparecidos e seus Familiares: Documentos de Referência, ICRC. (Consulte a seção 8 para detalhes.)

1.1 A quem se destina este Manual?

Este Manual foi desenvolvido para assistir a todos os profissionais de saúde, como médicos, enfermeiras e outros clínicos que trabalham com indivíduos que tenham sido submetidos a maus-tratos, incluindo a tortura.

Os profissionais de saúde podem encontrar sobreviventes de tortura em situações distintas. Para cada profissionais de saúde nesses cenários variados, existem diferentes, porém relacionadas, questões éticas e praticas aplicáveis.

- Profissionais de saúde em departamentos de cuidados primários ou de emergência aos quais são feitas as queixas de maus-tratos ou que observem sinais de tortura. Nestes casos, o profissional de saúde não deve necessariamente redigir um relatório, mas precisa saber como realizar o devido exame e como tomar uma série de notas médicas adequadas para documentar o caso
- Profissionais de saúde em hospitais ou clínicas que possam ser solicitados pela polícia ou por forças armadas, por exemplo, para que examinem um detento. Os profissionais de saúde precisam estar alertas sobre a possível existência de tortura e também de problemas que podem ser encontrados em relação à obtenção de um histórico ou ao exame da pessoa
- Profissionais de saúde examinando indivíduos em centros especializados para sobreviventes de tortura
- Médicos legistas ou psiquiatras que possam ser procurados pelo indivíduo ou por autoridade para que seja dado um parecer legal. Nestes casos, o dever primário do profissional de saúde (mas não exclusivo) é maior com o tribunal do que com o paciente
- Profissionais de saúde em prisões que possam oferecer atendimento a sobreviventes quando estes são transferidos dos locais de detenção policial ou militar para a prisão
- Profissionais de saúde trabalhando para as autoridades e que possam encontrar sobreviventes de tortura, inclusive profissionais de saúde no serviço prisional, na polícia e nas forças armadas. Para estes grupos, existe a questão da lealdade às duas partes (ou seja, há um conflito de interesse quando um profissional de saúde tem uma obrigação com o paciente de um lado, e com as autoridades do estado em outro – na forma das hierarquias existentes em prisões, na polícia e nas forças armadas, por exemplo)
- Profissionais de saúde que são solicitados a visitar uma prisão ou outro local de detenção como parte de uma investigação independente ou de equipe de monitoramento.

1.2 Como utilizar o Manual

Seguindo este capítulo introdutório, o Manual se inicia com um capítulo contendo uma explicação sobre a proibição da tortura e de outros maus-tratos, incluindo as definições legais e as normas jurídicas e éticas internacionais aplicáveis e

particularmente relevantes aos profissionais de saúde. Os cenários nos quais pode ocorrer a tortura e como estes cenários são trazidos ao conhecimento também são descritos.

O Capítulo 3 discute os aspectos relacionados à ética médica relevante aos profissionais da saúde e outros profissionais trabalhando com indivíduos que alegam tortura. Alguns dos dilemas práticos e éticos e dificuldades que os profissionais de saúde podem encontrar são trazidos à tona neste capítulo, bem como os princípios éticos que norteiam estas situações.

O capítulo seguinte define as metas e os objetivos da investigação e documentação sobre tortura, e discute a forma em que os diferentes membros da equipe de investigação podem trabalhar, em conjunto, para reunir informações e elaborar relatórios. O Capítulo 4 apresenta ainda as diretrizes gerais sobre a coleta de evidências e esclarece a função da documentação médica e das provas em um esforço coletivo maior. Inclui também os princípios gerais para uma documentação efetiva, bem como uma explicação de como compilar documentações médicas e de como dar um parecer médico no contexto da documentação de tortura.

O Capítulo 5 apresenta o processo crucial de entrevista. Dá-se orientação sobre como coletar informações detalhadas e precisas, levando em conta a vulnerabilidade do indivíduo, aspectos culturais e de gênero, bem como o ambiente em que a entrevista é realizada. As informações sobre técnicas de entrevista e de trabalho com interpretes é também abordada nesta seção.

Capítulo 6, o mais detalhado do Manual, descreve como deve ser conduzido o exame médico de pessoas que alegam terem sido vítimas de tortura e outros maus-tratos. Este capítulo assume que o profissional de saúde envolvido não tenha qualquer conhecimento prévio sobre documentação de tortura, e inclui todos os aspectos principais do exame físico e psicológico. Destaca ainda os efeitos físicos e mentais mais comuns relacionados à tortura e outros maus, bem como a forma para identificar e documentar estes efeitos.

O Capítulo 7 dá orientação específica para aqueles visitando locais de detenção, e explica como realizar uma visita, quais os aspectos das condições gerais devem ser observados e como documentar acusações de maus-tratos quando o indivíduo ainda se encontrar em poder das autoridades competentes.

Os termos médicos e jurídicos especializados, se não elucidados no corpo do texto, podem ser na maioria das vezes encontrados no Glossário que consta do início deste Manual.

O Manual tem como objetivo facilitar a compreensão e servir como orientação para o leitor, sendo recomendado que os profissionais da saúde se familiarizem com o teor de todas as suas seções. Entretanto, cada capítulo deve ser considerado como independente e pode ser lido separadamente.

O acompanhamento das regras fornecidas neste Manual resultará em uma investigação médica e documentação de auto níveis. Mesmo assim, é sabido não ser sempre possível seguir cada um dos termos devido à situações exteriores. Nestes casos, a documentação e a investigação não devem ser abandonadas, devendo-se tentar seguir seu teor na medida do possível.

As informações contidas no presente Manual se baseiam em informações extraídas de várias fontes, todas listadas no final deste Manual. Para maiores informações sobre qualquer um dos tópicos contidos no presente, a lista de documentos de referência, artigos acadêmicos específicos, e os detalhes e websites de organizações renomadas podem ser utilizados como assistência e leitura complementar.

2 Da Proibição da Tortura

2.1 Introdução

A fim de conduzir uma investigação e documentação eficazes sobre tortura, e necessário compreender o significado da tortura, suas proibições, suas definições no direito internacional, bem como as implicações legais de seu uso.

Este capítulo tem como objetivo apresentar um panorama sobre a proibição da tortura, explicar os principais elementos encontrados na tortura e outros maus-tratos, bem orientar sobre o reconhecimento de tratamento ilegal. Ao invés de uma descrição técnica e detalhada de todos os aspectos jurídicos, este capítulo foi redigido para leigos em direito e objetiva fornecer os fundamentos básicos de conhecimento necessários por todos aqueles que tenham contato com a tortura e suas vítimas, em especial profissionais de saúde. Este capítulo conta ainda com informações sobre os tipos de situações nas quais possam surgir acusações de tortura, e define as metas e objetivos que a documentação e investigação esperam alcançar.

2.2 O que é tortura?

2.2.1 Da proibição no direito internacional

A proibição da tortura no direito internacional se destaca por ser absoluta e aplicável em todas as circunstâncias e ocasiões. O art. 5 da Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 declara: ‘Ninguém será submetido a tortura, nem a tratamento ou punição cruel, desumano ou degradante’. O direito à liberdade à tortura e outros maus-tratos é levado em conta nos principais tratados internacionais e regionais de direitos humanos, inclusive o Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos (1966), Convenção Europeia dos Direitos Humanos (1950), Convenção Americana sobre Direitos Humanos (1978) e a Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos (1981). Em 1984, a ONU adotou a Convenção Contra Tortura e Outros Tratamentos ou Punições Cruéis, Desumanos ou Degradantes, com destaque à atenção especial dada à sua proibição absoluta, fornecendo ainda normas adicionais para assistência na prevenção e investigação.

A proibição da tortura não é uma preocupação restrita aos países que ratificaram tratados específicos, mas sim uma norma de direito internacional comum a todos, que vincula todos os estados, mesmo sem a ratificação de um tratado. Na verdade, a proibição da tortura é geralmente considerada como tendo um *status* especial de ‘norma peremptória’ do direito internacional, e os estados não têm a opção de desconsiderar ou derrogar tal norma.

Além do direito internacional, muitas leis nacionais também incluem a proibição da tortura. Contudo, a falta de uma proibição clara no direito nacional não isenta o estado de suas obrigações legais internacionais de evitar e prevenir a tortura em todos os aspectos, bem como de investigar alegações, punir os perpetradores e fornecer reparo às vítimas.

A proibição contra a tortura e outros maus-tratos se estende até mesmo em épocas de conflitos armados, sejam externos (entre países) ou internos (em um mesmo país). Em épocas de conflito, todas as partes devem evitar sujeitar quaisquer pessoas sob sua custódia a tortura e outros maus-tratos, sejam estas pessoas combatentes do conflito, ex-combatentes (por terem sido detidos, feridos ou adoentados) ou civis. O direito humanitário internacional, sendo uma de suas partes constituída pelas Convenções de Genebra, contém as leis que protegem o indivíduo em épocas de conflito armado. A proibição da tortura no direito humanitário está expressamente contida em várias disposições das 4 Convenções de

Genebra de 1949 e seus Protocolos Adicionais de 1977. Qualquer ato de tortura cometido no contexto de um conflito armado consiste em crime de guerra.

A tortura também pode ser considerada com crime contra a humanidade quando os atos são perpetrados como parte de um ataque geral ou sistemático contra uma população de civis, sejam esses cometidos durante o curso do conflito armado ou não.

De acordo com o direito internacional, a prática de tortura pode ser considerada como responsabilidade do próprio estado e pode implicar na responsabilidade individual daqueles envolvidos. Aqueles que praticarem atos de tortura podem ser julgados em tribunais nacionais e internacionais.

Em suma, a vigorosa e inequívoca proibição da tortura significa que tal prática nunca poderá ser justificada, em qualquer circunstância, inclusive em casos de emergências públicas e mesmo em caso de guerra. Nenhum caso de tortura deve ser ignorado, independentemente das circunstâncias.

2.2.2 Definição de tortura

2.2.2.1 Definições de tortura e outros maus-tratos

A definição mais comumente aceita de tortura pode ser encontrada na Convenção das Nações Unidas Contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes (“CAT”), adotada em 1984:

‘qualquer ato pelo qual dores ou sofrimentos agudos, físicos ou mentais, são infligidos intencionalmente a uma pessoa a fim de obter dela ou de terceira pessoa, informações ou confissões; de castigá-la por ato que ela ou terceira pessoa tenha cometido, ou seja, suspeita de ter cometido; de intimidar ou coagir esta pessoa ou outras pessoas; ou por qualquer motivo baseado em discriminação de qualquer natureza; quando tais dores ou sofrimentos são infligidos por um funcionário público ou outra pessoa no exercício de funções públicas, ou por sua instigação, ou com o seu consentimento ou aquiescência. Não se considerará como tortura as dores ou sofrimentos que sejam consequência unicamente de sanções legítimas ou que sejam inerentes a tais sanções ou delas decorram.’ (Nosso grifo.)

Outros tratados e declarações também apresentam definições de tortura, com algumas pequenas variações, mas todas com a mesma essência.

A Associação Médica Mundial (“WMA”), em sua Declaração de Tóquio (1975), deu uma definição mais ampla de tortura:

‘a imposição deliberada, sistemática e desconsiderada de sofrimento físico ou mental por parte de uma ou mais pessoas, atuando por própria conta ou seguindo ordens de qualquer tipo de poder, com o fim de forçar uma outra pessoa a dar informações, confessar, ou por outra razão qualquer’.

2.2.2.2 Principais elementos da tortura

Os principais elementos para a determinação de tortura são os seguintes:

- A imposição intencional de dor ou sofrimento agudo, seja físico ou mental
 - Através ou com o consentimento ou aquiescência das autoridades do estado
 - Para um fim específico, como coleta de informações, punição ou intimidação.
-

2.2.2.3 Outros maus-tratos

Além da proibição absoluta da tortura, há ainda uma vasta proibição de tratamentos ou punições cruéis, desumanos ou degradantes. Todos estes termos legais servem para descrever as formas de maus-tratos, também banidos pelo direito internacional. Os maus-tratos não devem ser impostos para um propósito específico, mas deve haver o desejo de expor os indivíduos a condições que contribuem com ou resultam em maus-tratos. A exposição de uma pessoa a condições que possam razoavelmente constituir em maus-tratos responsabilizará a pessoa responsável por sua imposição. Os tratamentos degradantes geralmente envolvem humilhações e degradações da vítima. Os elementos essenciais que constituem os maus-tratos não resultantes em tortura serão, portanto reduzidos a:

- Exposição intencional à dor ou sofrimento relevante, seja físico ou mental
- Através ou com o consentimento ou aquiescência das autoridades do estado.

2.2.2.4 Relação entre tortura e maus-tratos

É difícil definir os limites entre tortura e outros maus-tratos, bem como entre os diferentes tipos de maus-tratos. Na maioria dos casos são os tribunais e as autoridades competentes que decidem, caso a caso, quais as categorias que são aplicáveis, enquanto que, a função dos médicos e a de fornecer constatações clínicas objetivas do caso sem necessariamente fazer qualquer julgamento se o tratamento foi degradante, desumano ou tortura. Tanto a tortura como os outros maus-tratos envolverão sofrimento considerável e serão causados através ou com o consentimento ou aquiescência do Estado ou de outras autoridades exercendo poder efetivo.

O profissional da saúde ou qualquer outro indivíduo investigando e documentando acusações de tortura deve documentar suas constatações, deixando a interpretação legal a cargo dos órgãos competentes.

2.2.2.5 Do uso dos termos ‘tortura’ e ‘maus-tratos’ neste Manual

Os termos tortura e maus-tratos serão utilizados ao longo deste Manual. Enquanto o termo tortura em um sentido estritamente legal não inclui todas as formas de maus-tratos, simplesmente para fins de simplicidade e clareza, em alguns casos, o presente Manual utilizará o termo ‘tortura’ como uma abreviação do termo ‘tortura e outros maus-tratos’. Embora existam diferenças nas definições legais, no contexto deste Manual, o leitor deve considerar tortura e maus-tratos como a mesma coisa. Como observado acima, os profissionais da saúde não precisam se preocupar se a definição do ato abusivo é considerada tortura ou maus-tratos. Normas legais e éticas similares se aplicam na maioria dos casos de tortura ou de outros maus-tratos, e qualquer uma destas formas de abuso será contrária ao direito internacional, sendo, portanto ilegal. Os indivíduos que foram submetidos à tortura e outros maus-tratos merecem receber a mesma investigação, documentação, tratamento médico e reabilitação, com a melhor eficiência e atendimento possível.

2.2.2.6 Formas de tortura e outros maus-tratos

Fica claro que grande parte das formas de tortura e outros maus-tratos envolvem componentes físicos e psicológicos – maus-tratos físicos geralmente produzem seqüelas psicológicas, e maus-tratos psicológicos também podem produzir seqüelas físicas.

Com o passar dos anos, uma vasta gama de atos abusivos tem sido declarado pelos órgãos competentes como violações à proibição da tortura e outros maus-tratos. Como exemplo, podemos mencionar:

- Espancamentos das solas dos pés
-

-
- Suspensão pelos braços quando os mesmos estão amarrados por trás e posições semelhantes de esforço
 - Formas severas de espancamento
 - Causar ferimentos ou lesões
 - Queimaduras de cigarro ou queimaduras com outros instrumentos ou substâncias
 - Choques elétricos
 - Estupro ou outras violências ou abusos sexuais
 - Quase asfixia
 - Abuso farmacológico utilizando doses de sedativos, neurolépticos, paralíticos, etc
 - Simulações de execuções ou de amputações
 - Violação forçosa de proibições ou tabus religiosos ou culturais, como normas de dieta, por exemplo
 - Métodos de manipulação sensorial, como encapuzamento (privação dos sentidos) e barulho constante (sobrecarga dos sentidos)
 - Ser obrigado a testemunhar atos de tortura ou atrocidade em outrem
 - Confinamento solitário prolongado, especialmente se combinado com detenção incomunicável
 - Condições extremamente deficientes de detenção
 - Ameaça de qualquer um dos atos listados acima à vítima ou sua família.

Os exemplos acima não representam uma lista definitiva. Há várias outras formas de abuso que foram testemunhadas no passado, e provavelmente haverá outras novas formas no futuro. Todas as definições de tortura evitam deliberadamente fornecer uma lista com métodos que são considerados como tortura. Um dos motivos é que tal lista seria muito extensa, e as pessoas envolvidas em tais práticas simplesmente recorreriam a dispositivos não constantes da lista, numa tentativa de burlar a definição. Um fenômeno complexo, dependente do contexto, como a tortura, não pode ser simplesmente reduzido a uma lista de atos.

A documentação sobre métodos específicos de interrogatório que pode ser amplamente empregada em indivíduos é fundamental. Forçar indivíduos a permanecerem em posições dolorosas e desconfortáveis durante ou entre sessões de interrogatório é um exemplo de método descrito como mau tratamento. É importante ter em mente que os métodos utilizados podem ser físicos ou psicológicos, ou muitas vezes uma combinação de ambos. Levando em conta que alguns métodos por si podem ser considerados como tortura, em alguns casos a relevância está condicionada ao emprego de uma combinação de métodos que coletivamente levem à tortura. Além disso, o período de tempo pelo qual o indivíduo foi sujeitado aos métodos pode ser decisivo. Mais uma vez, por este motivo, é importante fazer a documentação, da maneira mais precisa e completa possível, de todos os eventos aos quais o indivíduo foi exposto e suas conseqüências.

Ao descrever ou determinar sobre a existência de tortura ou outros maus-tratos, é importante salientar que estes termos se aplicam não apenas ao tratamento imposto durante uma sessão de interrogatório real, mas também inclui as condições gerais de detenção sob as quais as pessoas são mantidas. Se as condições de detenção forem deliberadamente precárias com o intuito de causar maior sofrimento aos indivíduos, tal situação por si já pode ser considerada como tortura ou outros maus-tratos. Assim, é importante documentar não apenas os métodos psíquicos e psicológicos de interrogatório, mas também as condições de detenção, inclusive de higiene, alimentação e acesso a tratamento de saúde (consulte o Capítulo 7, visita a locais de detenção).

Formas específicas de detenção, como confinamento prolongado em solitária, podem ser consideradas como forma de tratamento cruel, desumano ou degradante, especialmente se combinadas com falta de comunicação com o meio externo.

Fica evidente que as condições gerais precárias de detenção, especialmente uma má nutrição, tratamento médico precário, exposição a insetos e outros vetores de doenças, etc., podem levar a males de saúde, sejam físicos ou psicológicos.

2.2.3 Do elemento subjetivo do sofrimento

Vale lembrar que, ao avaliar o grau de sofrimento envolvido, é importante levar em conta a identidade e o passado da vítima. Por exemplo, algumas situações que podem ser relativamente suportáveis para algumas pessoas podem ser degradantes e humilhantes para alguns de determinado sexo, cultura ou credo. A tortura e outros maus-tratos podem também frequentemente andar lado a lado com a discriminação, seja ela com base em raça, credo, sexo ou outros fatores, que possam exacerbar o sofrimento. Além disso, o sofrimento físico e mental pode ser diferente de acordo com a categoria das vítimas, por exemplo, algumas formas de tortura podem exacerbar problemas de saúde pré-existentes, e as crianças tendem a sofrer mais do que os adultos passando pelos mesmos maus-tratos. Todos estes fatores devem ser levados em conta para a documentação da experiência da vítima.

2.2.4 Outras normas aplicáveis à prevenção de maus-tratos

Os maus-tratos e a tortura são mais comuns durante a fase inicial da prisão, mas também podem ocorrer durante o desenrolar da detenção ou confinamento, de forma que outras normas adotadas internacionalmente em relação ao tratamento de prisioneiros podem ser aplicadas para a proteção dos detentos. Embora estas normas não tenham vínculo jurídico, elas fornecem uma série de regras e princípios que podem ser utilizados pela comunidade internacional para a interpretação das proibições acima sobre tortura ou tratamentos ou punições cruéis, desumanos ou degradantes, bem como sobre a obrigação de tratamento humano e respeito à dignidade humana. As normas divulgadas pela ONU (Normas de Padrão Mínimo da ONU para o Tratamento de Prisioneiros, Conjunto de Princípios para a Proteção de Todas as Pessoas Sujeitas a Qualquer forma de Detenção ou Prisão, bem como os princípios básicos para o Tratamento de Prisioneiros) se aplicam de forma global, enquanto outras, como as Normas do Comitê para a Prevenção da Tortura (CPT) e as Normas Européias de Confinamento se aplicam regionalmente, neste caso na Europa (consulte a seção 8.4 para maiores detalhes).

Os profissionais de saúde devem se familiarizar com as disposições específicas destas normas aplicáveis a cuidados de saúde de prisioneiros e de outras pessoas mantidas em detenção. Estas disposições incluem a disponibilidade de cuidados médicos, inclusive cuidados com a saúde física e mental; segregação de prisioneiros com suspeita de condições contagiosas; inspeções regulares da alimentação, higiene e saneamento. A inobservância destas normas pode contribuir para de detenção que gerem maus-tratos.

*Miguel Angel Estrella v. Uruguai, Ofício no. 74/1980,
Doc. ONU CCPR/C/OP/2 em 93 (1990).
Comissão de Direitos Humanos da ONU*

A presente carta foi enviada à Comissão de Direitos Humanos por um cidadão argentino (pianista concertista por ofício) que foi detido e torturado no Uruguai. O caso destaca a severidade do sofrimento causado pela tortura psicológica.

A carta continha a seguinte descrição por parte da vítima:

‘As torturas consistiam em choques elétricos, espancamentos com porretes de borracha, socos e chutes, em pendurar-nos com nossas mãos amarradas nas costas, em mergulhar nossas cabeças dentro d’gua até quase nos afogar , fazendo-nos ficar em pé com as pernas afastadas por até 20 horas e, em tortura psicológica. Este tipo de tortura consistia principalmente em ameaças de tortura ou violência com nossos parente ou amigos, ou de deportação para a Argentina; em ameaças de nos fazer testemunhas de tortura de amigos, e de nos colocar em um estado de alucinação ao ponto de podermos ver e ouvir sons quando não existiam. No meu caso, o ponto de concentração da tortura eram as minhas mãos. Por horas a fio eles simulavam que iam amputar minha mão com uma serra elétrica, dizendo: “vamos fazer com você o mesmo que fizeram com Victor Jara” [famoso cantor e guitarrista chileno que foi achado morto no estádio nacional logo após o golpe de 1973, com as mãos esmagadas]. Entre os efeitos que sofri como resultado desta tortura tive perda da sensibilidade em ambos os braços e mãos por onze meses, desconforto ainda persistente no dedão direito, e forte dor nos joelhos.’

Dando continuidade à avaliação do caso, a Comissão de Direitos Humanos descobriu que:

‘Em 15 de dezembro de 1977, quando o autor estava prestes a deixar o Uruguai, ele e seu amigo, Luis Bracony, foram seqüestrados em sua casa em Montevideu por cerca de 15 indivíduos fortemente armados em trajes civis. Eles foram levados, vendados, a um lugar onde reconheceram as vozes de Raquel Odasso e Luisana Olivera. O autor foi submetido a vários tipos de tortura física e psicológica, inclusive com a ameaça de que as mãos do autor seriam cortadas com uma serra elétrica, numa tentativa de fazê-lo admitir a prática de atividades subversivas. Estes maus-tratos geraram efeitos prolongados, especialmente em seus braços e mãos.

E que:

‘Miguel Angel Estrella foi submetido a tortura durante os primeiros dias de sua detenção (15 a 23 de dezembro de 1977).

2.3 Dos perpetradores

2.3.1 Agentes do estado (aqueles agindo em nome do estado)

Como enfatizado acima (seção 2.2.2), a definição legal de tortura implica que o comportamento em questão deve ser praticado por um representante da autoridade competente, ou com seu consentimento. Considerando os propósitos comuns da tortura, que podem variar desde a obtenção de informações durante um interrogatório ou até a intimidação da população como um todo devido a atos de insurreição ou distúrbio, não é de causar surpresa que os principais perpetradores sejam os oficiais envolvidos no processo de investigação criminal, bem como aqueles responsáveis pela segurança do estado.

Isto significa que aqueles mais propensos a terem envolvimento na tortura e em outras formas de maus-tratos, incluem:

- A polícia
 - A gendarmaria (em países nos quais tal instituição possa existir)
 - Forças armadas
 - Agentes de inteligência do estado
 - Forças paramilitares ou outros grupos armados agindo em conexão com forças oficiais
 - Forças controladas pelo estado contra insurgências
 - Oficiais prisionais
 - Empresas contratadas para qualquer uma das atividades acima
 - Co-detentos ou outros membros da população em geral agindo com a aquiescência ou sob as ordens de oficiais dos poderes públicos.
-

Os profissionais de saúde, mesmo aqueles não empregados diretamente pelo estado, podem se envolver em atos de tortura e outros maus-tratos. Médicos, psiquiatras ou enfermeiras podem participar de tortura, seja diretamente (através do monitoramento médico da tortura, atestando as condições de alguém para interrogatório, ou mesmo ao aplicar o conhecimento médico para desenvolver ou refinar métodos de tortura ou outros maus-tratos), seja ao assistir no acobertamento (ao emitir relatórios médicos enganosos, por exemplo), seja por omissão (não prestar o tratamento necessário, por exemplo). Como notado anteriormente, a tortura consiste em crime, e qualquer envolvimento com tal prática pode levar a acusações de natureza criminal contra as partes envolvidas, inclusive os profissionais da saúde.

2.3.2 Outros agentes

Além disso, a tortura geralmente ocorre no contexto de conflitos armados, notadamente conflitos internos que envolvem as forças de oposição às autoridades reconhecidas, que exercem poder de fato. Nestas circunstâncias, a tortura e outras formas de maus-tratos também podem ser impostas por forças de oposição, por exemplo, que também são obrigadas pelo direito internacional e pelas normas da Convenção de Genebra para evitar a tortura.

Além disso, se um grupo organizado, seja parte de um conflito armado ou não, se envolver em atos de tortura ou outros maus-tratos contra a população civil em escala sistemática ou global, ele pode ser considerado culpado ao amparo do direito internacional, sob a acusação de violação à proibição da tortura e de outros maus-tratos.

2.3.2.1 *Proteção para terceiros*

Este Manual tem como foco principal a tortura e outros maus-tratos por parte dos agentes do estado, especialmente oficiais da lei. Entretanto, há também uma crescente aceitação da importância da proteção de pessoas de tratamentos semelhantes por parte de grupos privados ou indivíduos. Os estados são responsáveis pela proteção dos direitos de cada indivíduo em sua jurisdição e podem, em alguns casos, responder por atos promovidos por outras partes com seu suporte ou tolerância, ou em caso de falha para prestar a devida proteção sob a legislação e na prática.

2.3.3 Da obrigação de investigar e promover a justiça

A proibição da tortura não está limitada a uma obrigação negativa de evitar a promoção de sofrimento, mas também inclui outras obrigações: inclui a obrigação de investigar acusações e de levar os perpetradores à justiça. A Convenção das Nações Unidas Contra Tortura (“UNCAT”) declara, em seu artigo 12: ‘Cada Estado Parte assegurará que suas autoridades competentes procederão imediatamente a uma investigação imparcial sempre que houver motivos razoáveis para crer que um ato de tortura tenha sido cometido em qualquer território sob sua jurisdição.’ O artigo seguinte adiciona uma obrigação de se garantir que os indivíduos tenham a possibilidade de fazer uma reclamação e de que tal reclamação seja investigada.

O Tribunal Europeu dos Direitos Humanos observou que sem tal dever de investigação, ‘a proibição legal e total da tortura e de tratamentos ou punições desumanos ou degradantes, a despeito de sua relevância fundamental, poderia ser ineficaz na prática e em alguns casos seria possível que os agentes do estado praticassem abusos contra os direitos daqueles sob seu controle com certa impunidade’. O Tribunal Interamericano de Direitos Humanos também considerou a falha de se realizar uma investigação eficaz uma violação do direito de proteção contra tortura e tratamentos desumanos.

As investigações não devem depender exclusivamente da reclamação feita. Os estados devem conduzir as investigações sempre que houver uma suspeita razoável de prática de atos de tortura. A esse respeito, o Tribunal Europeu dos Direitos Humanos declara que qualquer indivíduo que for levado para a polícia gozando de boa saúde e estiver com sua saúde

comprometida na época de sua saída, o estado deverá responder sobre a causa da lesão identificada. Já que é bastante provável que os profissionais da saúde serão os primeiros a descobrir os sinais de abuso, a iniciação de uma investigação depende muito de sua percepção, avaliação e subsequente ação.

2.4 Situações em que podem surgir acusações de tortura

A tortura pode ocorrer em qualquer local e em vários contextos. Em alguns países, a tortura é bastante comum. Algumas ocasiões e situações, entretanto, podem ser consideradas como circunstâncias de alto risco. Estas circunstâncias incluem zonas de conflito e situações de instabilidade política ou violência generalizada.

As acusações de tortura podem surgir de uma vasta gama de fontes e em diferentes ocasiões. A primeira fonte de informação obviamente consiste nos próprios indivíduos, e isto pode ocorrer enquanto sob custódia, imediatamente após a soltura ou em data posterior. As famílias dos sobreviventes são outra fonte de informação extremamente importante, já que os próprios sobreviventes da tortura podem estar incapacitados ou não desejam falar a esse respeito. Em qualquer uma das descrições abaixo, o papel das famílias também deve ser levado em conta. As informações podem ainda surgir de outras fontes, como a mídia e organizações não governamentais.

Os profissionais de saúde podem se ver solicitados a prestar auxílio em uma dada investigação, além da provisão do tratamento médico. A documentação pode variar de notas objetivas e compreensivas que podem ser resumidas no futuro a relatórios médico-legais. Algumas provas úteis podem ser obtidas a partir de uma análise das informações clínicas dos sobreviventes de tortura e da apresentação de tais informações de maneira que não seja possível identificar as partes.

Os detentos provavelmente representam o grupo da população mais sujeito a sofrer tortura e outros maus-tratos, já que este tipo de abuso geralmente ocorre quando os indivíduos estão sob alguma forma de custódia. O maior risco de tortura e de outros maus-tratos para os indivíduos está na fase inicial da prisão ou detenção, antes de terem acesso a um advogado ou tribunal. Além disso, a detenção incomunicável (ou seja, a detenção de uma pessoa sem que esta tenha acesso a qualquer outra pessoa, como seu advogado ou familiares) é provavelmente o maior fator de risco isolado de tortura, já que implica que não há qualquer monitoramento externo da detenção e do processo interrogatório.

Vale lembrar que mesmo que a tortura em si seja considerada menos comum quando uma pessoa estiver detida ou sentenciada e presa, condições deliberadamente precárias de detenção, alguns tratamentos ou punições impostos por funcionários ou a falha em proteger os indivíduos de outros prisioneiros podem ser consideradas como forma de maus-tratos ou, em alguns casos, à tortura.

2.4.1 Inspeção formal de instalações prisionais

Existem vários órgãos capazes de realizar inspeções de instalações prisionais regularmente. Podem ser órgãos de monitoramento internos da própria autoridade prisional; órgãos de inspeção do governo; comissões independentes de investigação; comissões nacionais de direitos humanos; gabinete do defensor público ou outros órgãos no sistema jurídico; organizações internacionais; organizações não governamentais nacionais (ONGs).

O Comitê Internacional da Cruz Vermelha (ICRC) visita pessoas privadas de liberdade em épocas de conflito armado (consulte a seção 7.3 sobre o mandato do ICRC) para verificar se elas são tratadas humanamente e de acordo com o direito internacional (direito humanitário e legislação sobre direitos humanos). O ICRC realiza visitas impondo

condições inegociáveis que incluem: acesso a todos os locais de detenção e a todas as pessoas detidas e a preparação de um registro de todas as pessoas que desejarem ter seus detalhes cadastrados; possibilidade de selecionar detidos para conversas em particular, e a possibilidade de repetir as visitas com a frequência necessária. Durante as visitas, o ICRC considera o tratamento humano dos detentos para avaliar não apenas a ausência de tortura e outros maus-tratos, mas também todas as condições gerais de detenção que mantêm a integridade física e mental dos indivíduos. Suas constatações são comunicadas e discutidas em sigilo com as autoridades competentes.

Outros órgãos, especialmente as ONGs de direitos humanos, são mais propícias a obter permissões *ad hoc* para realizar uma inspeção, ao invés do acesso regular. Algumas vezes as inspeções podem ficar limitadas a um acesso restrito aos detentos, ou os detentos podem se sentir receosos de reclamar devido ao medo de retaliação. Nestes casos, entretanto, é muito possível que a equipe de inspeção avalie a probabilidade de prevalência de maus-tratos, principalmente em relação às condições físicas de detenção (consulte o Capítulo 7). Mais freqüente, mecanismos de supervisão nacionais têm maior acesso às prisões, mas menor acesso às delegacias. O acesso aos centros de interrogatórios e às instalações militares pode ser ainda mais restrito.

Reconhecendo a vulnerabilidade e a necessidade de uma maior proteção das pessoas em custódia, a ONU adotou um Protocolo Opcional a sua Convenção Contra a Tortura de dezembro de 2002. Este instrumento cria um mecanismo para a inspeção regular, por parte dos órgãos independentes nacionais e internacionais, de todos os locais em que pessoas são privadas de sua liberdade, em países que concordarem aderir a tal Protocolo.

2.4.2 Queixas oficiais feitas aos órgãos de defesa dos direitos humanos e outras organizações

As acusações de tortura e outros maus-tratos podem ser feitas a uma variedade de órgãos dos direitos humanos. Vários países contam um ombudsman de direitos humanos ou com uma comissão que possa receber e investigar as queixas. Pode também haver um órgão com mandato específico sobre o tratamento de prisioneiros. Além disso, existem vários mecanismos regionais e internacionais de direitos humanos que também podem, em certas circunstâncias, receber acusações. Estes mecanismos incluem o Comitê das Nações Unidas Contra a Tortura, a Comissão de Direitos Humanos da ONU, o Relator Especial da ONU sobre Tortura, o Relator Especial da ONU sobre o Direito à Saúde, o Relator Especial da ONU sobre a Violência contra a Mulher, o Tribunal Europeu dos Direitos Humanos, a Comissão Africana dos Direitos Humanos e dos Povos, a Comissão Interamericana de Direitos Humanos, e outras entidades (consulte a seção 8.2 do *The Torture Reporting Handbook*).

Nas situações em que o ICRC estiver atuando, a organização humanitária poderá, sob circunstâncias específicas, receber acusações da prisão e detenção de indivíduos e conduzir investigações diretas sobre seus paradeiros com as autoridades e durante as visitas aos locais de detenção. Se estes indivíduos forem localizados, o ICRC geralmente consegue que os detentos entrem em contato com sua família através do serviço de mensagens da Cruz Vermelha.

2.4.3 Presos recém libertados

Indivíduos que foram recentemente soltos da detenção ou prisão podem buscar ajudar médica e aconselhamento legal em relação ao seu tratamento quando em custódia. Em alguns casos, esta pode ser a primeira oportunidade para detalhar todas as condições de detenção e quaisquer maus-tratos que possam ter sofrido. Os efeitos físicos e mentais deixados pelos maus-tratos também podem fazer com que o detendo recentemente solto busque ajuda médica. O indivíduo que busca ajuda médica tem como meta principal receber o tratamento, e não fazer a acusação de tortura, entretanto,

anotações adequadas e atuais poderão ajudar se o indivíduo desejar que os efeitos sejam documentados no devido tempo. A pessoa prestando o suporte ou tratamento deve ter sensibilidade para poder indagar sobre a possibilidade de maus-tratos e, orientar com relação a ações futuras (consulte a seção 8.2 do *The Torture Reporting Handbook*).

2.4.4 Informações de ONGs

As organizações não-governamentais de direitos humanos, incluindo organizações médicas ou qualquer outra entidade envolvida com o monitoramento e defesa dos direitos humanos, podem revelar provas de tortura e outros maus-tratos durante seu trabalho. Através da combinação de uma pesquisa meticulosa que inclui trabalho de campo, entrevistas com sobreviventes e familiares, reuniões com oficiais do governo, informações da mídia e a colaboração entre as organizações, é possível identificar um padrão de abusos aos direitos humanos que pode não ficar evidente ao se examinar cada fonte separadamente. Geralmente esta é a forma pela qual a tortura sistemática e outros maus-tratos vêm à tona.

2.4.5 Acusações tardias

Devido aos efeitos traumáticos da tortura, as provas podem ser mantidas escondidas pelos sobreviventes antes de serem reveladas depois de longa data. A prova recentemente divulgada pode ser o resultado de uma mudança no governo ou na política de governo, que leva à revelação das ações de seus antecessores. É enorme a quantidade de provas que podem surgir de vários tipos de comissões de apuração da verdade e reconciliação que trabalham para descobrir abusos cometidos no passado como parte de um processo de cura nacional. Além disso, as acusações podem surgir em diferentes estágios de um processo legal. Já houve casos de tortura revelados em entrevistas e publicações por parte de oficiais aposentados que foram responsáveis por atos de tortura ou outros maus-tratos no passado.

3 Da Ética Médica

3.1 Introdução

A ética médica descreve em detalhes a estrutura moral inerente aos profissionais da saúde na condução de suas atividades. Muitas regras e princípios da ética médica foram adotados como códigos de conduta profissional. Considerando que a ética deve guiar cada ato dos profissionais de saúde em seu trabalho, ao se investigar e documentar acusações de tortura existem três pontos específicos da ética que os profissionais de saúde têm a obrigação de saber. O primeiro é a obrigação com o paciente, o segundo é a independência clínica do profissional da saúde e o terceiro é a produção de registros e relatórios médicos e testemunhos (este serão abordados na seção 4.5).

Existem alguns aspectos éticos que tendem a ficar mais evidentes dependendo das várias situações nas quais os profissionais da saúde podem encontrar indivíduos alegando ou mostrando sinais de tortura (consulte a seção 1.1). Como este Manual não é extenso o bastante para descrever cada assunto detalhadamente, o presente capítulo destaca considerações éticas específicas surgidas em situações como, por exemplo, o exame de um indivíduo levado ao hospital ou clínica sob custódia da polícia, forças armadas ou outras forças de segurança, bem como as dificuldades encontradas pelos profissionais da saúde empregados pela polícia, pelas forças armadas ou pelas autoridades prisionais.

3.2 Dos deveres do profissional de saúde

Os profissionais de saúde têm o dever de tratar todos os pacientes sem qualquer forma de discriminação, devendo providenciar o tratamento baseado exclusivamente em critérios médicos, sem qualquer influência externa. Nos casos de suspeita de tortura ou outros maus-tratos, o profissional de saúde deve sempre lembrar que estes se tratam de atos considerados criminosos pelo direito internacional e provavelmente pela legislação do país. Portanto, independentemente da suspeita, acusação ou pena do indivíduo, o dever do profissional de saúde é de documentar de forma objetiva quaisquer constatações psicológicas ou físicas e, quando conveniente, providenciar o tratamento ou indicar colegas para o tratamento. Assim, qualquer um que souber da existência de atos de tortura tem o dever de interferir para aliviar o sofrimento e de documentar a prova. (Omitir-se pode ser visto como consentir ou pactuar com o abuso) Por outro lado, ao escolher um curso de ação, deve-se sempre levar em conta a situação da vítima da tortura e como o risco de recorrências pode ser evitado ou minimizado (consulte as seções 3.2.7, 3.2.8, 3.2.9, 3.2.10 e 3.2.11).

3.2.1 Normas internacionais

Vários documentos da ONU abordam obrigações éticas específicas de médicos e outros profissionais da saúde, por exemplo, nos Princípios de Ética Médica Relevantes ao Papel do Profissional de Saúde, Notadamente Clínicos Gerais, na Proteção de Prisioneiros e Detentos Contra Tortura e Outros Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes; Conjunto de Princípios para a Proteção de Todas as Pessoas Sujeitas a Qualquer forma de Detenção ou Prisão; Regras de Padrões Mínimos para o Tratamento de Prisioneiros; Manual sobre a Investigação e Documentação Efetiva da Tortura e Outros Tratamentos ou Punições Cruéis, Desumanos ou Degradantes (Protocolo de Istambul). Estes documentos enfatizam que consiste em contravenção séria da ética nos cuidados da saúde qualquer participação, seja ativa ou passiva, em atos de tortura ou outros maus-tratos, ou tolerar tais atos a qualquer título. Devem ser providenciados serviços médicos a todos os pacientes sem qualquer tipo de discriminação. Estes instrumentos reforçam as obrigações de natureza ética dos

profissionais da saúde, de agir visando o melhor para o paciente. Para maiores detalhes sobre estes documentos e outras fontes mencionadas neste capítulo, consulte o Capítulo 8.

3.2.2 Normas éticas que proíbem diretamente o envolvimento em tortura

Uma série de normas éticas internacionais abordam diretamente as obrigações dos profissionais da saúde em relação à tortura e outros maus-tratos. A Declaração de Tóquio de 1975, da Associação Médica Mundial, com suas Normas Aplicáveis a Médicos Sobre Tortura e Outros Tratamentos ou Punições Cruéis, Desumanos ou Degradantes, contém uma proibição clara de qualquer forma de participação, seja ativa ou passiva, de um médico em atos de tortura ou outros maus-tratos. De acordo com a declaração:

‘Os médicos não devem consentir coagir ou participar de práticas de tortura ou outras formas de tratamento cruel, desumano ou degradante, independentemente do crime pelo qual a vítima de tais atos seja suspeita, acusada ou condenada, sem qualquer discriminação quanto à sua crença ou motivos, em quaisquer situações, inclusive em conflitos armados e guerra civil.

‘O médico não deve fornecer quaisquer instalações, instrumentos, substâncias ou *know-how* para facilitar a prática de tortura ou outras formas de tratamento cruel, desumano ou degradante, ou para diminuir a capacidade da vítima em resistir a tal tratamento.

‘O médico não deve estar presente durante qualquer procedimento que envolva a aplicação ou ameaça de tortura ou outras formas de tratamento cruel, desumano ou degradante.’

Os princípios da ética médica não se aplicam exclusivamente aos médicos, mas a todos os profissionais envolvidos com cuidados da saúde. Enfermeiras também podem se ver em situações com pacientes sobreviventes de tortura ou outros maus-tratos, e a Declaração sobre o Papel das Enfermeiras no Tratamento de Prisioneiros e Detentos do Conselho Internacional de Enfermeiras destacou a obrigação das enfermeiras em restaurar a saúde e aliviar o sofrimento do paciente, inclusive prisioneiros, bem como em proteger tais indivíduos de abusos e maus-tratos. Da mesma forma, a Associação Mundial de Psiquiatria determinou normas específicas que proíbem qualquer participação de psiquiatras em atos de tortura (Declaração de Madri de 1996).

A ‘participação’ em tortura se refere a alguma ação na época do abuso ou no futuro, ou mesmo omissão. Inclui a avaliação da capacidade de um indivíduo de suportar maus-tratos; estar presente, supervisionando ou infligindo o mau tratamento; reanimar indivíduos com o objetivo de infligir outros maus-tratos; dar tratamento médico de acordo com as instruções de pessoas que possam ser responsáveis por atos de tortura (ao invés de agir de acordo com seu julgamento clínico); ou ao compartilhar conhecimento médico ou as informações pessoais sobre a saúde de um indivíduo para fins de tortura. A omissão inclui a não-prestação intencional de tratamento médico com o objetivo de agravar o sofrimento ou qualquer tipo de negligência em relação à apresentação de provas. A falha em reportar casos de maus-tratos ou tortura verificados por um profissional de saúde já implica, no mínimo, e aquiescência com a tortura, e a falsificação de notas ou relatórios médicos é uma forma de cumplicidade com o abuso.

3.2.3 Lealdade incondicional ao paciente

Os princípios de ética médica deixam claro que o profissional da saúde deve ter lealdade incondicional com o paciente. Mesmo que o profissional de saúde possa se sentir obrigado pelo estado como funcionário ou por motivos ideológicos,

sua obrigação principal e exclusiva está sempre voltada ao paciente. De acordo com a Declaração de Tóquio ‘...os médicos têm como papel fundamental aliviar o sofrimento de seu semelhante, e nenhum motivo de natureza pessoal, coletiva ou política deve prevalecer sobre seu maior objetivo.’

De fato, de acordo com a Declaração sobre os Direitos do Paciente, da Associação Médica Mundial, ‘qualquer legislação, ação governamental ou qualquer outra administração ou instituição que negar estes direitos aos pacientes, os médicos devem envidar seus esforços para a garantia ou restauração de tais direitos’.

3.2.4 Dualidade de obrigações

Muitos profissionais de saúde podem ter uma dupla obrigação (também conhecida como ‘lealdade dupla’), já que mantêm uma obrigação primordial de servir da melhor forma os interesses de seu paciente, mas por outro lado há o dever com os empregadores. Há também um dever geral perante a sociedade de garantir que se faça justiça e se impeçam as violações de direitos humanos. Os dilemas resultantes desta dualidade de obrigações são críticos particularmente nos casos dos profissionais de saúde que trabalham para a polícia, forças armadas ou outros serviços de segurança, ou no âmbito do sistema prisional. Nestes casos, seja pelo fato de sua situação empregatícia ou por motivos ideológicos, as obrigações relacionadas aos interesses da sua entidade empregadora (o estado) e dos seus colegas não médicos podem estar em conflito com os melhores interesses de seus pacientes. Um médico militar, por exemplo, pode pertencer às mesmas forças de governo em que fazem parte os supostos perpetradores, criando assim um vínculo de lealdade com seus colegas, com sua unidade militar e com os objetivos militares, dentro do contexto da obrigação com o paciente detido. Um médico militar ou de instituição prisional pode sofrer pressão para ignorar acusações ou para deixar de realizar os devidos exames e/ou para falsificar quaisquer registros de suas constatações.

Contudo, como profissional de saúde, existe a obrigação específica de agir com imparcialidade e de documentar e registrar qualquer suspeita de mau tratamento através dos meios apropriados. O profissional de saúde deve apenas documentar o que foi por eles verificado, devendo documentar suas constatações de forma verdadeira, completa e precisa. Os profissionais de saúde devem ser capazes de tomar decisões clínicas independentemente de empregadores, governos ou outros órgãos, sempre agindo de acordo com os melhores interesses médicos de seus pacientes. Eles não podem ser obrigados por termos contratuais ou de outra natureza a comprometer sua independência profissional.

Há várias situações em que a dualidade de obrigações e outros pontos éticos e legais podem vir à tona:

- Quando os profissionais de saúde são solicitados a realizar exames médicos antes do interrogatório para verificar se o indivíduo será capaz de suportar tortura física ou outros maus-tratos
- Quando os profissionais de saúde são solicitados a reanimar ou tratar um indivíduo durante um interrogatório abusivo para permitir a continuidade do processo
- Quando os profissionais de saúde são solicitados a fornecer conhecimento médico ou informações médicas pessoais relacionadas à saúde física ou para identificar pontos fracos ou medos que podem ser explorados para facilitar o interrogatório ou para o desenvolvimento de novos métodos
- Quando os profissionais da saúde são solicitados a participar, como cúmplices, na falsificação de relatórios médicos para encobrir quaisquer indicações de abuso.

Os profissionais de saúde que tiverem participação nas tarefas acima podem ser considerados culpados de desempenharem um papel ativo ou passivo no abuso do indivíduo. Em todos os casos, o profissional de saúde deve

observar as normas relacionadas à ética médica e manter lealdade incondicional aos pacientes, se recusando a participar ou tolerar atos de tortura ou outros maus-tratos, envidando seus melhores esforços para interromper o abuso, acompanhado da documentação completa e precisa sobre qualquer possível seqüela psicológica ou física.

Vale lembrar que além dos princípios de ética médica, os profissionais da saúde que trabalharem para o estado devem ainda observar as normas da legislação internacional (consulte a seção 2.2) podendo, em alguns casos, responder criminalmente pela participação em tortura. A obediência às normas de superior não vale como motivo de defesa contra qualquer acusação de participação de tortura.

Os médicos legistas podem ter uma relação diferenciada com seus pacientes. Geralmente, o médico legista tem obrigação principal com os tribunais, para os quais ele apresenta pareceres médicos autônomos, mesmo quando eventualmente pagos por uma parte ou outra. Antes de iniciar qualquer exame, os médicos legistas devem explicar seu papel em relação ao indivíduo e declarar que o sigilo médico não é uma parte usual de sua função, como seria em um contexto operacional, já que sua obrigação principal é de documentar de forma objetiva qualquer prova que possa ser apresentada em juízo. Entretanto, os médicos legistas não devem examinar indivíduos sem antes expor a natureza de seu papel e sem o devido consentimento da parte. Se o consentimento não for obtido, a vontade do indivíduo deve ser observada e respeitada. Dependendo da jurisdição, após a recusa de consentimento por parte do indivíduo, pode ser requisitada uma ordem judicial antes de qualquer exame ou coleta de amostras. O médico legista deve tentar incluir em suas constatações e relatório somente as informações médicas relevantes para o caso, deixando fora as informações médicas que podem permanecer sigilosas para o paciente (se o fator HIV positivo não for relevante para o caso, tal questão não deve ser incluída nas constatações). Os médicos legistas não devem falsificar seus relatórios, sempre apresentando provas imparciais, e sempre indicando claramente em seus relatórios qualquer constatação de maus-tratos.

3.2.5 Do tratamento de prisioneiros e detentos

As normas aplicáveis à ética médica e os códigos profissionais médicos não permitem qualquer tipo de discriminação quando da prestação de cuidados médicos a prisioneiros e detentos. Indivíduos presos ou sob qualquer forma de detenção devem ter acesso a um determinado nível de cuidados e serviços de saúde que seja condizente com aquela dispensada ao restante da população. Isto se aplica aos profissionais de saúde que trabalham diretamente em prisões ou outros centros de detenção, bem como aos profissionais de saúde que trabalham nos serviços nacionais de saúde aos quais prisioneiros podem ser encaminhados.

3.2.6 Aspectos relacionados ao exame de indivíduos na presença de forças de segurança

Os profissionais de saúde, seja trabalhando em locais de detenção ou em serviços nacionais de saúde, chamados para visitar uma delegacia ou outro local de detenção, podem ser apresentados a detentos para realizar seu exame na presença de forças de segurança. Os motivos para tal exame podem incluir um exame médico inicial de rotina quando da chegada no local de detenção, queixas de enfermidade ou maus-tratos por parte do detento ou encaminhamento de rotina para tratamento médico. Quando em contato com um detento, o profissional de saúde deve aplicar os princípios éticos geralmente aplicados em qualquer avaliação e tratamento. O detento deve expressar seu consentimento com qualquer exame, procedimento ou tratamento e deve ser informado sobre quem terá acesso a quaisquer constatações, e sobre como tais constatações podem ser utilizadas.

Devem ser destacados dois aspectos de fundamental importância no exame de detentos: a manutenção do sigilo médico e o uso de instrumentos de segurança (algemas, por exemplo) nos detentos. A ética médica preconiza que as consultas ocorridas e as informações obtidas devem permanecer em sigilo entre o médico e o paciente. No caso dos prisioneiros, as forças de segurança (polícia, forças armadas ou guardas prisionais) tendem a declarar que precisam permanecer no recinto durante qualquer consulta, geralmente para a proteção do profissional de saúde. Em alguns casos, as equipes de segurança chegam a insistir que o detento deve permanecer imobilizado (algemas de punho e de tornozelo) e até mesmo com os olhos vendados ou com um capuz durante a consulta. Nestes casos já existe um conflito imediato entre os interesses de segurança e os interesses médicos.

Conforme declarado acima, os profissionais da saúde devem observar seus princípios básicos de ética durante o tratamento de detentos. Em suma, não pode haver uma norma geral que determine que todos os detentos são perigosos e portanto demandam, em todas as circunstâncias, a presença de equipes de segurança e/ou equipamentos de segurança. Se houver alguma alternativa, os profissionais de saúde podem realizar as consultas com o agente de segurança do lado de fora ou, como alternativa menos aceitável, com a porta aberta e o agente a uma distância que não permita ouvir a consulta. Além disso, os aspectos de segurança podem ser observados se a consulta for realizada em uma sala com apenas uma entrada sem janelas, sejam convencionais ou de barras.

O uso rotineiro de instrumentos de segurança durante a consulta ou tratamento médico também vai contra os preceitos da ética médica e das normas internacionais aplicáveis ao tratamento de prisioneiros, e os profissionais da saúde não devem aceitar tais práticas. Tais instrumentos não só interferem na realização do diagnóstico apropriado e no acompanhamento e tratamento dos pacientes, como também vão contra a dignidade inerente ao ser humano. A única justificativa possível e aceitável para o uso destes instrumentos é quando de fato for o último recurso, no caso de motivo substancial, para um detento em particular que represente ameaça violenta imediata contra si ou outrem. Os profissionais de saúde podem e devem questionar o uso dos instrumentos de segurança se tiverem motivos para duvidar a iminência de qualquer risco. Nas ocasiões excepcionais em que os instrumentos de segurança forem utilizados, seu uso deve ser limitado ao mínimo possível.

O uso de capuzes ou vendas durante qualquer contato entre um detento e os profissionais de saúde é totalmente inaceitável, sob qualquer pretexto. O uso de capuzes e vendas é considerado como forma de maus-tratos. No contexto clínico, os capuzes e vendas não apenas impedem qualquer contato substancial com o paciente, mas também não permitem a identificação dos profissionais de saúde, podendo assim passar uma imagem de impunidade em casos de maus-tratos.

3.2.7 Tratamento médico abusivo

Os profissionais de saúde também devem ser bastante cautelosos com quaisquer pedidos de realização de tratamento ou administração de medicamento que não tenha como objetivo melhorar a saúde física ou mental do paciente, mas sim ajudar o processo interrogatório ou o tratamento de um paciente ou detento.

O indivíduo não precisa estar preso ou detido para ser torturado. Os profissionais de saúde devem estar atentos do fato de poderem ser considerados responsáveis pelos maus-tratos em contextos nos quais os pacientes são privados de sua liberdade de ir e vir, como pessoas detidas em instituições de saúde mental ou asilos. A utilização inapropriada de tratamentos médicos, como super-dosagem de sedativos, por exemplo, por ser uma forma de maus-tratos.

3.2.8 Consentimento e sigilo

Trata-se de um princípio ético que os pacientes entendam o que está acontecendo a eles e que eles dêem seu consentimento para tal. Isto é extremamente importante no trabalho com sobreviventes de tortura que já estiveram na situação de não ter qualquer controle sobre nenhum aspecto de suas vidas. É fundamental que eles não se sintam impotentes no contexto clínico. Isto é particularmente válido em relação ao trabalho médico-legal em que a documentação será de conhecimento público. Para que o consentimento tenha validade, o paciente deve compreender como os dados obtidos no exame serão utilizados, armazenados e quem terá acesso aos mesmos.

Como todas as normas destacam a obrigação de agir buscando servir os melhores interesses do paciente examinado ou tratado, pressupõe-se que os profissionais de saúde saibam quais são os interesses do paciente. Uma idéia fundamental na ética moderna reza que os pacientes são os melhores juizes de seus próprios interesses. Isto requer que os profissionais da saúde devem normalmente priorizar os desejos do paciente adulto competente. Se o paciente estiver inconsciente ou de outra forma incapaz de dar um consentimento válido, os profissionais de saúde devem julgar a respeito de como os melhores interesses da pessoa podem ser protegidos e respeitados. Enfermeiras e médicos devem agir na qualidade de defensores do bem-estar de seus pacientes, e isso é deixado bem claro em nas normas médicas aplicáveis.

Pode haver conflitos no caso de qualquer disposição legal que pressione ou obrigue os profissionais da saúde a divulgar as informações sobre os pacientes, sem seu consentimento, a terceiros. Isto pode incluir a obrigação de reportar sobre tortura ou crimes graves (possivelmente a própria tortura). Um profissional de saúde pode receber uma acusação de tortura que no entender dos pacientes estão apenas buscando ajuda médica e que as informações não serão divulgadas a outrem devido a medo de represálias ou por outros motivos. O profissional de saúde deve considerar os riscos ao paciente, e até a si próprio, ao divulgar tais informações, bem como os benefícios potenciais para a sociedade como um todo (por exemplo, evitando potencialmente qualquer dano a outras pessoas), antes de agir. Independente de sua decisão, o profissional de saúde deve envidar seus melhores esforços para obter o consentimento. Nestes casos, as obrigações éticas fundamentais de respeito à autonomia e de melhor servir os interesses do paciente são mais importantes do que outras considerações, embora a obrigação de evitar sofrimento se estenda a terceiros. Os profissionais de saúde devem deixar claro a respeito da sua obrigação profissional de sigilo no caso da solicitação de informações por qualquer autoridade. Os profissionais de saúde que agirem desta forma tem direito ao apoio dos colegas e da sua associação.

As Convenções de Genebra dão proteção especial ao sigilo entre o médico e o paciente em épocas de conflito armado internacional, por exemplo, e exige que os médicos não devam ser forçados a divulgar as informações sobre pacientes aos lados opostos.

3.2.9 Segurança

A segurança do indivíduo que pode se queixar ou mostrar sinais de maus-tratos está intimamente ligada aos aspectos de consentimento e sigilo descritos acima. Ao examinar ou tratar estes indivíduos, o profissional de saúde deve levar em conta a segurança do paciente e a sua própria. Geralmente, o paciente tem a impressão de que o profissional de saúde pode oferecer proteção física ou mesmo prevenir outras prisões ou maus-tratos. Esta idéia de proteção pode ser ainda mais comum quando os profissionais de saúde visitam o indivíduo enquanto ainda detidos (principalmente em caso de visita por parte de comitiva internacional), já que se presume que os profissionais de saúde, por ter acesso ao local de detenção, estão investidos com maiores poderes.

A segurança do indivíduo se estende à forma pela qual as informações obtidas serão utilizadas ou para quem as mesmas serão divulgadas. A divulgação de quaisquer informações é regida pelas obrigações de consentimento e sigilo, uma vez que as informações identificáveis podem levar as recriminações contra o indivíduo ou sua família ou mesmo contra o profissional de saúde. Os profissionais de saúde estão, portanto, obrigados a garantir que os indivíduos estejam cientes dos limites de suas capacidades de protegê-los, devendo garantir que nenhuma informação que possa colocá-los em risco seja divulgada ou passada. Todas as documentações devem ser armazenadas com segurança.

3.2.10 Envolvimento de outros profissionais de saúde na tortura

É possível que os profissionais de saúde em algumas ocasiões suspeitem que outros profissionais de saúde possam estar participando direta ou indiretamente em atos de tortura ou outros maus-tratos de indivíduos. O procedimento apropriado nestes casos pode depender de circunstâncias específicas, como, por exemplo, se o profissional de saúde em questão trabalha na mesma instituição do profissional objeto de sua suspeita; se o profissional de saúde em questão é um médico local ou parte de uma equipe de inspeção internacional; e a avaliação do nível de risco que pode estar envolvido em vários procedimentos. Em alguns casos, uma conversa em particular com colegas de confiança pode ser o suficiente para esclarecer e promover uma mudança positiva. Em outros casos, pode haver a necessidade de recorrer (algumas vezes com discrição) a órgãos externos, sejam nacionais ou internacionais (como associações médicas ou órgãos dos direitos humanos, por exemplo), a fim de obter aconselhamento. A seção 3.2.11 oferece maiores informações sobre apoio complementar.

3.2.11 Para maiores informações e melhor orientação

Os profissionais de saúde que enfrentarem qualquer uma das situações acima e que estiverem preocupados em como agir podem tentar obter maiores informações e melhor suporte através de uma variedade de órgãos nacionais e até mesmo internacionais capazes de dar uma melhor orientação no assunto. Existem conselhos de ética aplicáveis aos serviços médicos na polícia, forças armadas ou em instituições carcerárias, o que pode ser uma alternativa, embora em muitos contextos estes conselhos sejam incapazes de trabalhar com imparcialidade, ou o profissional de saúde pode achar que recorrer a estes conselhos pode representar risco de segurança pessoal para si próprio ou para seus pacientes. Outros órgãos aos quais o profissional de saúde poderia recorrer incluem associações médicas nacionais, órgãos nacionais de direitos humanos ou, na inexistência destes, órgãos internacionais competentes, especialmente a Associação Médica Mundial (WMA). (Consulte também a seção 8.2 do *The Torture Reporting Handbook*.)

4 Instruções Gerais para a Coleta de Provas e Documentação de Constatações

O principal objetivo da documentação de violações dos direitos humanos é de criar um registro preciso, confiável e verdadeiro dos eventos. Os usos que terão este registro podem variar, mas todos se baseiam na qualidade das informações fornecidas. Este capítulo apresenta as instruções básicas para a realização de uma investigação de acusações de tortura. A equipe de documentação típica é descrita detalhando os diferentes papéis e funções atribuídas a cada membro. Há ainda um panorama da documentação para mostrar ao profissional da saúde como as provas médicas se encaixam no contexto da documentação e das provas. Também serão consideradas as informações necessárias a qualquer investigação de acusações, incluindo os tipos de provas que os profissionais de saúde devem tentar obter quando o advogado do paciente não for capaz de fazê-lo. São apresentadas as instruções gerais sobre os tipos de provas necessárias, quais informações essenciais devem ser coletadas, como garantir a qualidade das informações, bem como vários pontos a serem levados em conta na coleta de provas. A compilação de documentação médica, incluindo relatórios médico-legais detalhando as constatações de uma investigação de acusações de tortura, é abordada na segunda parte deste capítulo.

4.1 Metas e objetivos da investigação

A tortura e outros maus-tratos são proibidos pelo direito internacional e também podem ser considerados como crime pela legislação nacional. O direito internacional proíbe qualquer prática de tortura e ainda determina que qualquer acusação de tortura deva ser investigada, e os responsáveis julgados

Uma investigação eficaz, incluindo o aspecto da documentação médica, consiste em um elemento essencial na luta da erradicação da prática de tortura. Os órgãos jurídicos, sejam nacionais ou internacionais, se baseiam e provas concretas para chegarem a conclusões e promover a justiça.

Ao lançar luz sobre casos de tortura ou outros maus-tratos, uma investigação e documentação eficaz pode auxiliar na realização de vários objetivos importantes:

- Maior conscientização sobre a imposição de tortura e sua proibição absoluta
- Combate à impunidade: levar a tortura ao conhecimento público ajuda a chamar a atenção dos estados em relação às suas ações e os força a observar suas obrigações legais. Em um outro plano, a denúncia de tortura também pode ajudar a identificar os indivíduos que praticam tais atos, como uma forma de garantir que os mesmos não continuem a adotar tal comportamento sem conseqüências negativas
- Alívio para o sobrevivente: existe uma série de tratamentos e objetivos que podem ajudar o indivíduo sobrevivente de tortura, como, por exemplo.
 - Prevenção e interrupção do abuso: em alguns casos, as acusações de tortura podem ser feitas por uma pessoa ainda sob custódia das autoridades. Uma investigação eficaz e rápida pode ajudar a colocar um fim no sofrimento. Em outros casos, o indivíduo pode estar procurando proteção de abuso em outro país, e a determinação se a pessoa é sobrevivente de tortura ou se corre risco pessoal pode prevenir que a mesma seja deportada de volta aos seus torturadores

-
- Compensação e outras formas de restituição: os sobreviventes de tortura podem, por exemplo, ser capazes de reivindicar compensação por prejuízos financeiros, dano físico ou mental ou qualquer outro dano causado pela tortura
 - Reabilitação: muitos sobreviventes de tortura precisam de serviços de reabilitação, incluindo tratamento médico físico e psicológico, assistência jurídica e serviços sociais. Uma investigação e documentação eficaz podem ajudar no diagnóstico tratamento (inclusive na reabilitação) e no prognóstico do paciente.
 - O reconhecimento oficial e público de seu sofrimento também pode ser importante na recuperação dos sobreviventes de tortura.
- Reforma: chamar a atenção para uma situação específica não serve apenas para se obter uma condenação ou responsabilizar o estado. Mais do que isso, trata-se de buscar melhorias construtivas e a longo prazo que contribuam para a erradicação completa da tortura. Isto geralmente requer mudanças na estrutura legislativa e nas atitudes oficiais relacionadas à tortura. A erradicação da tortura é um passo fundamental e necessário para qualquer sociedade que aspira proteger os direitos humanos e que cuida de sua população.

4.2 Abordagem multidisciplinar da documentação

Embora acusações diretas de tortura possam ser documentadas por um profissional da saúde individualmente, a investigação e documentação sobre tortura consistem idealmente em um esforço conjunto a ser realizado por uma série de agentes com experiência em diferentes áreas. Estes agentes normalmente incluem um advogado, um profissional da área da saúde e um monitor de direitos humanos. Outros agentes que desempenham um papel importante são os juizes, a polícia, a imprensa e, claro, os indivíduos e suas famílias.

4.2.1 Papel do profissional de saúde na equipe

Os profissionais de saúde, ao encontrarem sobreviventes de tortura, podem estar realizando funções diferentes, podendo assim ter obrigações ligeiramente diferentes, embora sempre com o mesmo fim:

- O profissional de saúde que for solicitado para examinar um indivíduo especificamente para o propósito de fornecer um parecer médico para um tribunal ou outro órgão judicial estará desempenhando uma função forense (legista, ou médico-legal).
- O profissional de saúde que estiver prestando tratamento médico a um indivíduo e que durante sua atividade de rotina verificar sinais e sintomas de maus-tratos, ou a quem o indivíduo possa se queixar de maus-tratos, pode precisar preparar um registro médico preciso das constatações feitas a partir das notas médicas
- O profissional de saúde que fizer parte de uma equipe de visita a locais de detenção pode registrar as constatações de maus-tratos de indivíduos, mas estas informações talvez sejam utilizadas de uma forma genérica em um relatório sobre o local de detenção, sem fazer parte de um relatório médico-legal.

O profissional de saúde tem como principal preocupação a saúde imediata e bem-estar do sobrevivente da tortura. Os profissionais de saúde podem desenvolver um papel terapêutico ao tratar o paciente, ou um papel forense ao estabelecer as possíveis causas e origens das lesões e traumas. A dualidade de obrigações pode criar a sensação de parcialidade no relatório. . Por esta razão, o profissional de saúde deve garantir que os indivíduos estejam recebendo todos os cuidados médicos necessários, levando em conta:

- Que os cuidados incluem o tratamento imediato e a reabilitação a longo prazo dos sobreviventes de tortura
-

-
- Podem ser utilizadas formas de tortura psicológica ou de outro tipo sem qualquer tipo de lesão física. Vale sempre lembrar que a ausência de constatações físicas ou psicológicas nunca podem ser consideradas como prova da não ocorrência de maus-tratos
 - O indivíduo deve passar por uma avaliação psicológica, onde deve ser registrada qualquer observação sobre os efeitos psicológicos possivelmente resultantes da tortura ou de outros maus-tratos
 - A prova que melhor sustenta a acusação de tortura geralmente é médica ou psicológica. O profissional de saúde deve registrar qualquer prova externa ou física de lesão ou abuso, bem como quaisquer sintomas e sinais psicológicos.

4.2.2 Papel do advogado na equipe

- O advogado é o elo primário entre o sobrevivente da tortura e o sistema judiciário
- O advogado pode ser responsável pela representação e aconselhamento do indivíduo através dos vários procedimentos permitidos pelo processo judicial
- O papel do advogado geralmente começa no estágio inicial, quando o sobrevivente da tortura ainda se encontra sob custódia, e continua até que seja alcançado qualquer tipo de alívio
- Um dos principais objetivos do advogado consiste em estabelecer os fatos dos casos. Isto envolve a coleta de todos os detalhes disponíveis sobre os horários e locais da tortura alegada, bem como a identificação dos responsáveis
- As provas juntadas pelo advogado deverão incluir declarações do indivíduo e possíveis testemunhas, bem como as provas médicas colhidas com a ajuda do profissional de saúde.

4.2.3 Papel do membro de ONG na equipe

A experiência das últimas décadas tem mostrado que as ONGs de defesa dos direitos humanos podem variar em termos de mandato, objetivo e métodos, mas a maioria contribui de maneira substancial para a documentação da tortura e para a promoção da ação judicial cabível.

- As ONGs podem ajudar os indivíduos a obter aconselhamento, serviços e tratamento jurídico e médico, através de advogados e profissionais de saúde por elas contratados, ou através do encaminhamento para outras ONGs, geralmente a melhor opção para lidar com o caso do indivíduo no âmbito internacional, como, por exemplo, assistindo e orientando na apresentação de queixas a tribunais internacionais e outros mecanismos
 - As informações das ONGs sobre casos semelhantes e a pesquisa realizada sobre tortura e outros maus-tratos, seja nacional ou internacionalmente, pode ser de grande valia para o caso do indivíduo. Seu conhecimento sobre as circunstâncias locais pode ser muito importante. Em alguns casos, pode ser possível combinar uma série de casos em queixas e petições coletivas
 - As ONGs frequentemente possuem a habilidade necessária para trabalhos feitos através da defesa pública ou mídia.
 - As ONGs podem ajudar na prevenção do abuso, por exemplo, ao veicular informações sobre pessoas que tenham sido recentemente presas.
-

Embora as circunstâncias possam variar consideravelmente de país para país, geralmente é melhor que uma ONG seja clara sobre suas atividades de ajuda a sobreviventes de tortura e que desenvolva elos com órgãos relevantes regionais e internacionais, facilitando assim a busca por proteção de intimidações por parte das autoridades federais.

4.3 Documentação das acusações

4.3.1 Objetivo da documentação médica

A documentação médica desempenha um papel fundamental em todos os objetivos gerais da investigação sobre acusações de tortura descritos no início deste capítulo. A documentação médica se encaixa estes objetivos da seguinte forma:

- Produção de um registro contemporâneo (o mais recente possível) de sinais e sintomas de maus-tratos quando um indivíduo se apresentar a qualquer profissional de saúde para tratamento depois do evento – o profissional da saúde responsável pelo exame pode não ser requisitado para produzir um relatório, mas no futuro um perito pode vir a ser solicitado para utilizar este relatório com o intuito de formar um parecer sobre os eventos ocorridos na época
- Descrição detalhada do caso para que a pessoa possa ser encaminhada para o devido tratamento e reabilitação em centro especializado ou por especialistas
- Produção de um relatório médico-legal a ser entregue a um órgão judicial ou administrativo:
 - para inquéritos judiciais ou casos judiciais tendo como objetivo a condenação dos perpetradores
 - para processo judicial decisivo sobre a responsabilidade do estado
 - para processo judicial decisivo sobre a compensação/reparação para os sobreviventes
 - nos casos específicos em que um relatório médico-legal pode ser utilizado como parte de um pedido em juízo para acabar com os abusos enquanto a pessoa ainda estiver detida
 - no caso de indivíduos buscando asilo quando as provas médicas puderem ser utilizadas como parte de prova (em audiências, por exemplo) que sustenta um histórico de maus-tratos em outro país, bem como de suas conseqüências físicas e psicológicas.
- Documentação de padrões de abuso generalizado. Tribunais, ONGs e mecanismos inter-governamentais podem precisar saber sobre a existência de abusos generalizados. Avaliação da prevalência de tortura e outros maus-tratos se baseiam em acusações individuais bem documentadas.
- Produção de material de suporte durante visitas a locais de detenção. A documentação médica pode não necessariamente levar à produção de um relatório médico-legal sobre casos específicos, mas as constatações médicas podem ser utilizadas mais amplamente para suportar as acusações de condições e tratamento que impliquem em tortura ou outros maus-tratos.

4.3.2 Tipos de provas

A prova médica é um dos vários meios de comprovação das alegações de tortura e outros maus-tratos, sendo geralmente utilizada em conjunto com outras formas de evidência. Estas formas geralmente incluem:

- A declaração do indivíduo
 - As declarações de testemunhas
 - Outras fontes de provas por parte de terceiros, como o testemunho de um legista ou outro perito, por exemplo
 - Provas objetivas da ocorrência generalizada de tortura nas circunstâncias mencionadas
-

-
- Qualquer outro fato que possa ajudar a sustentar e a provar qualquer acusação

4.3.3 Prova médica

As provas médicas constituem um tipo bastante importante de evidência, podendo sustentar a declaração da(s) testemunha(s). As provas médicas raramente são conclusivas (prova convicta da ocorrência de tortura), já que:

- Muitas formas de tortura quase não deixam rastro, muito menos sinais físicos a longo prazo que possam indicar que elas jamais existiram
- As lesões ou marcas alegadas como sendo o resultado de tortura não podem sempre ser identificadas com tanta certeza a partir dos efeitos ou outras causas.

As provas médicas podem demonstrar que as lesões ou outras constatações clínicas registradas em relação ao sobrevivente em questão são consistentes com a (podem ter sido causadas pela) tortura descrita (consulte a seção 4.6). Quando houver uma combinação de provas físicas e psicológicas compatíveis com uma acusação, isto poderá fortalecer o valor geral da prova médica.

Ao obter uma prova médica, é importante estar ciente da diferença entre a medicina terapêutica (tratamento dos sintomas do paciente) e medicina forense (legista). O objetivo da medicina forense é de auxiliar os tribunais e outras autoridades competentes em assuntos médico-legais, como, por exemplo, ao estabelecer as causas e origens das lesões. Algumas vezes as funções terapêuticas e forenses são realizadas pelos mesmos profissionais de saúde, mas, sempre que possível, devem ser separadas para evitar a possibilidade de conflito. Se isto não for possível, o possível conflito deve ser identificado e resolvido.

Caso de Selmouni contra o governo da França
(Pedido no. 25803/94)
Julgamento
Strasbourg

O Tribunal Europeu dos Direitos Humanos, ao chegar a uma conclusão, citou as constatações médicas em um julgamento anterior do Tribunal de Recursos de Versalhes. O fato de se basear nas constatações médicas demonstra a relevância de uma documentação médica detalhada como uma ferramenta para o estabelecimento das acusações de maus-tratos.

‘Das constatações médicas

As acusações feitas pelos civis são amparadas por constatações médicas inequívocas. Em primeiro lugar, conforme alegado por Selmouni, o perito Professor Garnier verificou em seu relatório de 05 de maio de 1998 que todos os médicos que examinaram o paciente enquanto o mesmo estava sob custódia policial identificaram lesões de origem traumática no braço esquerdo, na região orbital esquerda, no escalpo e nas costas. Em 29 de novembro de 1991 foram constatadas novas lesões nos membros inferiores. Ele ainda acrescentou que durante o exame em 07 de dezembro de 1991 ele novamente encontrou lesões que foram anteriormente identificadas, bem como novas lesões nas nádegas e no tornozelo direito.

A gravidade das lesões de Selmouni aumentou conforme a custódia policial ininterrupta continuava.

O hematoma na pálpebra esquerda, a cicatriz linear e fina de um centímetro que se estende a partir da sobrancelha esquerda, os hematomas sub-orbitais esquerdo e direito identificados em 29 de novembro de 1991, pelo Dr. Edery, e então descritos em 02 de dezembro de 1991 pelo Dr. Nicot como “ao redor dos olhos”, são consistentes com os espancamentos mencionados por Selmouni.

Os vários hematomas identificados no tórax, nos lados esquerdo e direito e no abdômen são consistentes com os espancamentos e chutes alegadas na declaração feita em 07 de dezembro de 1991.

A dor no escalpo e as dores de cabeça mencionadas pelos Drs. Aoustin e Edery também sustentam as declarações do Selmouni, de que seu cabelo era puxado e sua cabeça recebia golpes repetidamente com um instrumento que poderia ser um taco de beisebol.

Os hematomas encontrados nas nádegas e nas coxas só podem ter sido resultantes de golpes com um instrumento sem corte. Similarmente, as lesões verificadas nas pernas, tornozelos e pés são consistentes com os golpes ou esmagamentos declarados pelo Sr. Selmouni.

Com base no precedente, pode-se notar que as lesões objetivas, conforme registradas em exames sucessivos, são compatíveis com os golpes descritos por Selmouni.’

4.4 Documentação das acusações

As provas médicas serão utilizadas em combinação com outros tipos de provas, conforme mencionado acima. Instruções detalhadas sobre a coleta de provas médicas, incluindo o processo de entrevistas de vítimas, exames físicos e psicológicos e a preparação de relatórios médicos, será o foco dos próximos capítulos. Consulte o *The Torture Reporting Handbook* (seção 8.2).

Os profissionais de saúde envolvidos na documentação e investigação da tortura devem ainda estar cientes sobre determinados aspectos não-médicos relacionados à coleta de provas. Em circunstâncias ideais, haverá um número de pessoas responsáveis pela coleta de provas, e outros membros da equipe, principalmente os advogados ou membros de ONGs, que coordenarão a coleta e garantirão que todos os detalhes tenham sido obtidos. Entretanto, em algumas circunstâncias, nem todos os membros da equipe terão acesso à vítima, sendo, portanto crucial que cada um deles esteja ciente dos detalhes necessários para a constatação do abuso alegado. O nível das provas e de detalhes pode variar de acordo com o propósito da documentação: por exemplo, um tribunal criminal exige padrões mais sofisticados de prova do que audiências civis ou procedimentos administrativos que determinem o potencial de risco em caso de deportação. Se o profissional de saúde for a única pessoa com acesso à vítima ou outra fonte de informação, é vital que ele/ela tente coletar as informações principais, ou garantir que outros as colem, além do âmbito da prova médica.

4.4.1 Informações essenciais

Em todos os casos, além das provas e informações médicas, os detalhes não-médicos a seguir devem ser vistos como úteis e em muitas vezes como informações cruciais, independente do propósito da documentação.

Identidade da vítima. Deve incluir o nome, sexo, idade, ocupação e endereço. A data de nascimento é um identificador útil quando o nome do indivíduo for comum; geralmente o ano é conhecido, embora ele possa não corresponder à idade dada. Outras informações úteis podem ser a descrição da aparência, uma foto, bem como quaisquer registros relevantes que possam existir em relação ao indivíduo, como arquivos médicos anteriores ao abuso alegado.

Identidade dos perpetradores. Pode incluir a identificação de um indivíduo ou de indivíduos em particular. Entretanto, para estabelecer a responsabilidade do estado em relação a uma violação, mostrar a conexão com o estado pode ser suficiente. Informações relevantes podem revelar se tais pessoas são membros de uma força específica de segurança como a polícia ou as forças armadas e, se possível, seus nomes e respectivos cargos. Se isto não for possível, uma descrição dos uniformes, veículos, armas ou de quaisquer características poderá ajudar na determinação. Vale lembrar, por motivos legais e relacionados aos direitos humanos, que deve haver precaução ao fazer acusações de que indivíduos específicos teriam se envolvido em atos de tortura. Afinal de contas, tratam-se de acusações de crimes sérios.

Descrição de como o indivíduo chegou ao poder dos perpetradores. Esta informação deve incluir se a pessoa foi oficialmente presa, qual o motivo alegado de sua prisão, hora e data da prisão, bem como se houve o emprego de violência ou meios de restrição.

Descrição do local onde ocorreu o abuso. O local pode ser uma prisão, instalação prisional da polícia, instalação militar ou qualquer outra instituição ou local, inclusive espaços externos. Outras informações de valia incluem uma descrição das condições em que o indivíduo era mantido, incluindo tamanho, o que havia no local, iluminação, higiene, presença de outrem, bem como acesso a advogados, visitantes e cuidados médicos.

Descrição da forma de abuso. As principais perguntas são: Onde ocorreu? O que aconteceu? Quando? Por quem foi praticado? Com que frequência? Por quanto tempo? E quais os efeitos sobre a vítima no momento e depois do ato?

Deve haver uma descrição detalhada do ocorrido, bem como sua frequência. A presença de qualquer outra pessoa no ambiente durante a entrevista, seja detento, equipe de segurança ou outros, deve ser mencionada. Quaisquer instrumentos utilizados devem ser observados. Quais foram os efeitos imediatos e a longo prazo do abuso? Deve ser mencionado se a vítima recebeu tratamento médico, ou se solicitou tal tratamento e teve seu pedido negado, diretamente antes, durante ou após o abuso. Os próximos capítulos contêm outras instruções sobre o processo de entrevista e exame das vítimas.

Possíveis testemunhas. Havia outras pessoas presentes na época do abuso? Quem? Qual era o papel destas outras pessoas (outros detentos, por exemplo)? O indivíduo foi visto por outras pessoas imediatamente após o mau-trato (companheiros de cela ou equipe médica da prisão, por exemplo)?

4.4.2 Qualidade das informações

O principal objetivo da documentação de violações dos direitos humanos é de criar um registro preciso, confiável e cuidadoso. Os usos que terão este registro podem variar, mas todos se baseiam na qualidade das informações fornecidas. Os fatores que contribuem para a qualidade da informação são os seguintes:

Fonte da informação. A informação foi obtida diretamente com a vítima? Quanto mais distante da vítima ou do incidente a informação for obtida, menor será sua credibilidade.

Nível de detalhes. A acusação é bastante detalhada? Existem pontos sem explicação na declaração? Quanto mais detalhes forem obtidos, melhor será o resultado, já que isto ajuda que se entenda o ocorrido, bem como previne acusações fabricadas. As explicações psicológicas e/ou orgânicas dos pontos sem explicação devem ser consideradas (consulte a seção 6.2.3).

Falta ou existência de contradições. Inconsistências pouco relevantes são comuns e não devem afetar a qualidade geral das informações, mas inconsistências ou contradições relevantes devem ser prontamente esclarecidas (consulte a seção 6.2.3).

Falta ou existência de elementos que sustentam (corroboram) ou refutam a acusação. Existem declarações de testemunhas, certificados médicos ou quaisquer outras informações de suporte? Quanto melhor o suporte da documentação, maior será a probabilidade de que a acusação seja considerada procedente, considerando que a eventual falta de tal suporte não pode ser considerada como prova de que os maus-tratos não ocorreram.

Como as informações demonstram um padrão. A acusação faz parte de acusações de fatos similares por outras partes? Onde houver prova de uma prática deve haver uma maior presunção de que a informação é verdadeira.

Tempo de existência das informações. As informações são bastante recentes? Elas se relacionam a fatos que ocorreram vários anos atrás? Quanto mais recentes forem as informações, mais fácil será a investigação dos fatos acusados.

4.4.3 Comparação de registros

Membros diferentes da equipe podem ter notas ou registros que enfatizam diferentes aspectos da denúncia do indivíduo. Isto é particularmente verdadeiro quando a equipe inclui membros com experiências profissionais diferentes. As entrevistas devem ser revistas e as notas devem ser comparadas antes que um membro seja delegado para redigir a entrevista. Todas as notas devem ser mantidas.

Com o entrosamento da equipe, pode ser possível identificar padrões gerais, principalmente se várias equipes estiverem trabalhando em conjunto, e nem todo membro de equipe está ciente das informações coletadas pelos outros. Provas que julgadas incompreensíveis ou implausíveis podem ser esclarecidas através das provas coletadas por outros membros da equipe ou por outras equipes. Eles então podem discutir sobre como conduzir o trabalho, por exemplo, mantendo dados em sigilo e os analisando em conjunto.

4.5 Compilação de documentação médica

4.5.1 Elaboração do relatório

Nem todos os exames médicos exigirão a elaboração de um relatório. Se o profissional de saúde vier a trabalhar em qualquer caso de tortura durante suas atividades, as notas feitas nos registros médicos já são suficientes. As notas nos registros podem ser interpretadas por um perito independente, que pode dar um parecer baseado exclusivamente nestes registros. Contudo, o profissional de saúde responsável pelo exame pode ser solicitado a providenciar um relatório médico com base em suas próprias constatações, ou um resumo de outros casos semelhantes. O tipo de relatório produzido depende em parte do uso a ser dado a ele. Por exemplo, o relatório pode ser utilizado em um pedido de asilo ou na acusação dos perpetradores. Estes relatórios são médico-legais, já que formam parte das provas médicas trazidas ao conhecimento de um órgão administrativo ou judicial. Em todos os casos, a obrigação em relação a tal tribunal ou outro órgão deve ser reconhecida.

O profissional de saúde que for solicitado a examinar um provável sobrevivente de tortura com o objetivo de realizar uma avaliação independente para órgão judicial ou quase-judicial estará realizando uma atividade legista, e não sua atividade terapêutica. A obrigação do profissional de saúde em relação ao tribunal é de apresentar uma opinião independente sobre as acusações, juntamente com quaisquer provas médicas de suporte. Assim, na ausência de uma emergência médica severa durante o exame, o profissional de saúde não estará praticando sua atividade terapêutica. Entretanto, isso não o impede de encaminhar o indivíduo para outra avaliação e tratamento clínicos com o devido especialista. A seção abaixo se refere aos casos em que o profissional de saúde foi instruído a produzir um relatório médico-legal.

4.5.2 Destino

A documentação médica pode ser de valia em várias instâncias, inclusive:

- Na identificação da necessidade de melhores cuidados e tratamentos
 - Na acusação, em tribunais nacionais ou internacionais, dos perpetradores acusados como responsáveis pela tortura
 - Nas reivindicações por reparos
 - Ao desafiar a credibilidade das declarações extraídas pela tortura
 - Na identificação de práticas nacionais e internacionais de tortura em investigações de direitos humanos
 - Ao sustentar acusações de tortura em pedidos de asilo.
-

4.5.3 Conteúdo

Mais detalhes sobre como preparar o histórico, exame e compilação do relatório final estão contidos no Protocolo de Istambul (consulte a seção 8.2), que deve ser considerado o ‘padrão máximo’ aplicável à documentação de tortura, a partir do qual a presente seção foi adaptada.

O relatório deve se basear na opinião geral do profissional da saúde, feita no final da entrevista, bem como em outras considerações durante o acompanhamento (consulte a seção 4.6). Em geral, o relatório final tem várias partes:

- Descrição do(s) evento(s) reportado(s) pelo indivíduo. Conforme descrito acima, tal descrição deve detalhar eventos durante a prisão e as condições de detenção (confinamento prolongado em solitária, por exemplo), já que as condições em si podem produzir seqüelas físicas e psicológicas. A descrição deve ainda detalhar eventos específicos e métodos de tortura, físicos e psicológicos, durante um interrogatório. Se houver inconsistências internas na descrição, ou se esta for contraditória a outros testemunhos. (do consultor jurídico, por exemplo), tais inconsistências devem ser esclarecidas
- Descrição, por parte do indivíduo, de seus sintomas e sinais físicos ou psicológicos na época dos maus-tratos alegados, bem como descrição de como estes sintomas evoluíram com ou sem tratamento médico
- Descrição da saúde física e mental do indivíduo na época da(s) entrevista(s) e, se o indivíduo for observado por certo período, como sua saúde mudou com o tratamento como consequência de eventos concorrentes
- Nota de qualquer tratamento médico ainda na detenção, ou de qualquer tratamento que tenha sido solicitado, mas recusado
- Descrição das constatações físicas e psicológicas da(s) entrevista(s). Esta descrição deve incluir o comportamento em diferentes etapas do processo (inclusive qualquer contato antes e depois da(s) entrevista(s)), os resultados de quaisquer avaliações psicológicas, uma descrição detalhada do exame físico, bem como os resultados de quaisquer investigações realizadas
- A opinião do profissional sobre as possíveis causas destas constatações, discussão sobre as possíveis causas relevantes de tais lesões atribuídas à tortura. Deve ainda existir um resumo e as conclusões do exame geral. (Observação: é melhor separar as constatações e a opinião em seções específicas, facilitando para o leitor a identificação de cada seção.)

Ao coletar informações para a preparação de um relatório, é importante não super-interpretar as constatações, pois isso pode prejudicar a qualidade das provas. Em outras palavras, independente da simpatia do profissional da saúde em relação ao indivíduo, o relatório ou certificado não deve relatar mais do que pode ser apoiado pelas provas e o nível de competência do redator do relatório em interpretar tais provas, ou o caso pode vir a ser subestimado.

Dependendo do tribunal competente, pode ser necessário um resumo das constatações de outros membros da equipe, ou cada membro apresentará seu relatório separadamente. O tribunal competente pode ainda solicitar a apresentação de seções específicas, como o motivo da entrevista, os documentos de referência lidos anteriormente, o currículo detalhado do autor, bem como uma declaração da obrigação em relação ao tribunal. As qualificações profissionais relevantes devem ser listadas. O relatório consiste em um documento de perícia, e seu redator deve identificar os níveis de experiência do profissional da área da saúde, se clínico geral ou se profissional legista, mas sem experiência com sobreviventes de tortura, por exemplo.

4.5.4 Inconsistências

É muito provável que possa haver pontos conflitantes quando alguém dá mais de uma descrição de suas experiências. Portanto, o entrevistador deve evitar tópicos que não sejam diretamente relevantes para o relatório. Quando em uma entrevista, é fundamental que o entrevistador esclareça estes pontos ou explique as discrepâncias (consulte a seção 6.2.3).

Algumas vezes a descrição pode conflitar com outra dada anteriormente, por exemplo, para um consultor jurídico ou para outro entrevistador que não seja da área médica. O relatório médico-legal deve investigar estas inconsistências e, se relevantes esclarecê-las. O relatório consiste em um registro legal das entrevistas e não deve ser alterado para minimizar estas inconsistências se tal ato puder reduzir sua acuidade.

4.5.5 Glossário

Muitos termos possuem um significado específico em relatórios médico-legais que é diferente de sua aplicação no dia-a-dia, como 'histórico' ou 'laceração'. Pode ser necessário anexar um glossário ao relatório, para que os leitores não interpretem erroneamente alguns dos termos ao atribuir sua significação fora do contexto específico.

4.6 Parecer

Qualquer profissional de saúde deve ser capaz de documentar lesões e outras constatações físicas e psicológicas. Ao tentar auxiliar os tribunais ou outros órgãos judiciais ou administrativos, sempre que possível, deve haver um parecer sobre a consistência entre estas constatações e a acusação de maus-tratos. Esta seção tem como objetivo apresentar os procedimentos básicos para este processo. Contudo, é importante que o profissional de saúde não exceda suas capacidades. Uma descrição bem documentada das constatações pode ser bastante útil para um perito, se necessário.

4.6.1 Lesões individuais

Para cada lesão individual, o profissional de saúde deve determinar se a mesma é congênita, bem como as conseqüências de um processo degenerativo ou traumático. Para cada lesão atribuída a um trauma e para o padrão geral das lesões, o relatório deve indicar o nível de consistência entre a lesão e a atribuição dada pelo indivíduo.

É mais importante focar nas lesões que sejam diferentes ao invés de se ater em seu número ou tamanho. Poucos ferimentos que sejam altamente consistentes com uma acusação de tortura são mais relevantes no âmbito médico-legal do que aqueles que não sejam específicos. Outras possíveis causas de ferimentos devem ser documentadas. Por exemplo, um esportista pode ter várias cicatrizes em suas pernas, sendo impossível dizer quais foram causadas por esportes de contato e quais, se houver, foram causadas por chutes de soldados na detenção. Um ferimento resultante de facada no tronco, entretanto, não pode ter sido causado por atividades esportivas.

Se o sobrevivente de tortura tiver muitas outras cicatrizes em seu corpo, estas cicatrizes podem ter sido causadas provavelmente devido à impunidade das forças de segurança no país em que foi a tortura foi infligida. Quando os juízes forem incentivados a considerar seriamente acusações de que as confissões foram extraídas sob tortura, os interrogadores tendem a ser cuidados para não deixarem marcas, e podem não molestar um detendo por vários dias antes de seu comparecimento em juízo a fim de que os hematomas desapareçam.

Alguns sobreviventes de tortura não possuem cicatrizes ou outros sinais físicos. Tal fato deve ser documentado, devendo ainda ser salientado que a ausência de constatações físicas não invalida a denúncia de tortura por parte de um indivíduo.

Alguns destes termos relacionados à descrição de lesões atribuídas à tortura são apresentados no Quadro 1.

Termos recomendados para descrever lesões atribuídas à tortura

Não consistente: A lesão pode não ter sido causada pelo trauma descrito. (Se este termo for utilizado em um relatório médico-legal, o redator deve explicar por que a denúncia do indivíduo goza de credibilidade, a despeito desta inconsistência (consulte a seção 4.6.3 sobre verdade dos fatos e falsificação).

Consistente: A lesão pode ter sido causada pelo trauma descrito, mas não é específica e podem haver possíveis causas comuns alternativas. (A maioria das cicatrizes não são específicas e é importante que não sejam sujeitas a uma super-interpretação. No relatório final poderá somente ser atribuído peso as cicatrizes quando estas forem significantes em numero e distribuição.

Bastante consistente: A lesão pode ter sido causada pelo trauma descrito, havendo ainda outras possíveis causas. (Dependendo do nível de prova exigido pelo tribunal, tais cicatrizes podem ser suficientes para corroborar o testemunho do indivíduo.)

Tipicamente de: Este termo é utilizado para lesões que sejam ‘altamente consistentes’ com a atribuição dada, e tenham a aparência geralmente verificada neste tipo de trauma (queimaduras de cigarro, por exemplo).

Diagnóstico de: Esta lesão não poderia ter sido causada senão da forma descrita. (Esta definição dá sustentação relevante à denúncia do indivíduo, mas não é o bastante para confirmar a ocorrência de tortura, já que a condição do perpetrador e o propósito do abuso também são relevantes).

A avaliação geral de todas as lesões é fundamental na investigação de uma acusação, e não a consistência de cada lesão com uma forma particular de tortura.

QUADRO 1 (adaptado do Protocolo de Istambul, conforme a seção 8.2)

Cicatrizes diferentes devem ser descritas com precisão. Por exemplo: ‘Há uma laceração de 3 cm de largura na parte externa da mão esquerda.’ Pequenos ferimentos não precisam ser documentados individualmente, salvo se forem relevantes para a acusação.

Algumas vezes o paciente pode alegar que a cicatriz tenha sido causada por ato de tortura, mesmo sendo seja claro que não foi esse o ocorrido. Isto pode ser o resultado de um entendimento falho. Por exemplo, a pessoa pode não estar ciente de cicatrizes na parte superior das costas resultantes de catapora na infância. Quando estas cicatrizes forem identificadas por um profissional de saúde, o paciente pode dizer que as mesmas são resultantes de tortura, assumindo que todas as cicatrizes são conseqüentes da tortura. Outro paciente pode alegar deliberadamente que um ferimento tenha sido causado por atos de tortura, mesmo sabendo que isso não é verdade. Talvez o paciente não tenha cicatrizes de tortura, mas acha que não acreditarão nele se não houver evidências físicas. Em ambos os casos o profissional de saúde enfrenta um dilema. Nunca deve ser dada qualquer opinião falsa que apóie a alegação do paciente. A alternativa seria documentar a lesão, a acusação do paciente e a opinião do profissional de saúde, mesmo que isso prejudique a credibilidade do paciente. Entretanto, se as palavras do profissional de saúde relatarem sensivelmente e enfatizarem outros aspectos do exame que sustenta a alegação de tortura, o impacto negativo pode ser minimizado. Mesmo assim, o profissional da saúde nunca deve desviar sua conduta, sempre agindo em busca da objetividade.

Podes-se sugerir que as cicatrizes e outras lesões sejam auto-infligidas. Existem dois tipos de ferimentos auto-infligidos. Um deles é quando a pessoa deliberadamente se fere para sustentar uma acusação falsa de abuso. Estes ferimentos são geralmente superficiais e facilmente alcançados pela mão dominante. Muito raramente um cúmplice pode ser requisitado a causar um ferimento em um local que não possa ser alcançado pela pessoa, como no meio das costas, por exemplo. A outra forma de ferimentos auto-infligidos ocorre quando a pessoa possui problemas mentais. Estes ferimentos podem ser complexos, mas geralmente o problema de saúde envolvido pode ser identificado durante a entrevista. Algumas vezes uma pessoa pode apresentar ferimentos resultantes de uma tentativa frustrada de suicídio enquanto em detenção, talvez uma resposta desesperada a uma situação insuportável. Embora a pessoa possa se recusar a revelar a verdadeira causa dos ferimentos no início, é muito provável que acabe dizendo o que realmente ocorreu com um questionamento sensível.

4.6.2 Avaliação psiquiátrica

Ao redigir relatórios os profissionais da saúde devem comentar sobre o estado emocional da pessoa durante a entrevista, sintomas, histórico da detenção e tortura, bem como histórico pessoal e da família antes da tortura. Fatores como o início de sintomas específicos em relação ao trauma, a particularidade de constatações psicológicas específicas, bem como padrões do comportamento psicológico devem ser observados. Outros fatores como migração forçada, realocação, choque cultural, problemas de idioma, perda da moradia, família, condição social, bem como desemprego, devem ser descritos. Se um diagnóstico psiquiátrico formal for apresentado, os motivos devem ser elucidados (consulte as seções 6 e 6.3.1).

4.6.3 Análise geral da situação

No final, o profissional da saúde deve dar seu parecer sobre a totalidade de suas constatações físicas e mentais. Ele/a pode dizer o quanto suas constatações apóiam, ou não, as acusações. O relatório pode fortalecer as alegações quando for adicionado a outras provas do caso.

Todas as informações disponíveis devem ser coletadas para que o relatório final seja preparado, incluindo:

- Cópias de quaisquer decisões judiciais anteriores sobre o indivíduo
- Correspondências de outros profissionais da saúde a quem o paciente tenha sido encaminhado
- Informações de suporte sobre a situação no país ao qual se referem as acusações de tortura (do UNHCR (sigla do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados) ou da Anistia Internacional, por exemplo)
- O relato do(s) evento(s) conforme descrito pelo indivíduo
- Notas sobre a descrição do indivíduo sobre sua saúde física e mental
- Registros das constatações psicológicas e médicas da(s) entrevista(s)
- Resultados de quaisquer investigações clínicas
- Recomendações para outros tratamentos.

Isto permitirá que o profissional da saúde dê seu parecer sobre a probabilidade do paciente ter sido submetido a tortura como por ele/a descrito, de acordo com o padrão de provas exigidas pelo tribunal competente. Basicamente, o tribunal deve decidir se o indivíduo está dizendo a verdade ou não, mas os profissionais da saúde não devem ignorar o assunto. A credibilidade não é um conceito de tudo ou nada – existe um continuum entre a verdade absoluta e a fabricação completa de eventos, com pelo menos três aspectos a serem considerados:

-
- a) Uma mescla de mentira e verdade, como por exemplo uma história inventada sobre uma detenção recente adicionada a uma que tenha de fato ocorrido no passado
 - b) Exagero consciente ou inconsciente – alegar que os maus-tratos foram mais freqüentes e mais intensos do que o ocorrido
 - c) Erros genuínos oriundos de falhas e compreensões errôneas.

O profissional da saúde deve chegar a uma declaração final que resuma sua opinião.

5 Entrevista

5.1 Introdução

A documentação sobre tortura e outros maus-tratos depende da coleta de informações detalhadas e precisas junto ao indivíduo e relacionadas às circunstâncias do evento, inclusive detalhes de qualquer prisão, detenção, condições de detenção e tratamento específico quando passando por interrogatório. O nível de detalhes obtido depende de vários fatores, como o objetivo da entrevista/exame (inclusão de nota em um relatório médico de constatações incidentais durante uma visita médica de rotina, em comparação ao fato de ser solicitado a apresentar um relatório médico para um órgão judicial), local e circunstâncias da entrevista (em uma clínica de saúde, por exemplo; em uma delegacia ou prisão ou em um centro de reabilitação para sobreviventes de tortura), bem como o nível de acesso ao indivíduo e o tempo disponível. Assim, os princípios aplicáveis ao procedimento de entrevista definidos neste capítulo podem ser adaptados e aplicados em várias circunstâncias nas quais um sobrevivente de tortura ou outros maus-tratos pode ser encontrado.

Como na maioria das práticas clínicas, a entrevista ou o ‘histórico’ são essenciais para o processo. A tortura geralmente envolve aspectos físicos e psicológicos durante o mau-trato e prisão ou detenção, de forma que a entrevista deve considerar estes aspectos físicos e psicológicos das experiências e eventos.

Deve haver uma descrição detalhada do mau-trato o mais recente possível em relação a ocasião do evento. Em caso de prisão ou qualquer período de detenção, a descrição deve incluir detalhes das condições de detenção, principalmente a natureza da acomodação (incluindo seu tamanho, formato, espaço, iluminação natural e artificial, temperatura, ventilação e higiene), a rotina diária e o acesso à água, alimentação, saneamento, cuidados médicos e espaços abertos. Todos estes elementos de prisão e detenção podem produzir manifestações físicas e psicológicas (por exemplo, desnutrição, presença de vetores de doenças, ansiedade, etc.). O entrevistador deve então fazer uma descrição detalhada dos métodos específicos de maus-tratos utilizados durante os interrogatórios ou enquanto o paciente estiver sob o poder da autoridade. Não se deve super-valorizar o fato de ser insuficiente documentar apenas maus-tratos físicos e quaisquer lesões ou cicatrizes resultantes. Os métodos psicológicos também devem ser anotados detalhadamente, já que geralmente produzem reações psicológicas e sintomas físicos. Para a documentação das seqüelas psicológicas, o entrevistador deve produzir um histórico psicológico detalhado e realizar um exame psíquico e psicológico (consulte a seção 6.3.1). Em caso de seqüelas físicas, a entrevista deve ser seguida por um exame físico detalhado e por uma descrição das constatações por escrito. As constatações escritas podem ser complementadas por diagramas do corpo com notas e, se possível, fotos (consulte a seção 6.6).

O entrevistador tomará notas da entrevista, podendo recorrer a dispositivos de gravação. Os motivos para tal procedimento devem ser explicados ao entrevistado, a quem será explicada a forma como as notas e outros registros serão utilizados e também será feito o pedido de consentimento (consulte a seção 3.2.8). A forma em que os registros de tais entrevistas serão armazenados pode ser importante na proteção da segurança do entrevistador e entrevistado (consulte a seção 3.2.9). Em muitos países em que prevalece a tortura há registros de invasão a clínicas por parte da polícia, seguida pela busca ou apreensão dos registros médicos. Assim, para proteger os pacientes em tais condições, os registros não devem conter qualquer informação direta de identificação sobre qualquer documento interno (como as iniciais ou data de nascimento), e os próprios arquivos devem ser numerados com um registro mantido em outro local

seguro. Os pacientes podem receber cartões com números de identificação para que o tratamento possa continuar mesmo se o registro não estiver disponível. Em alguns casos, pode ser necessário manter registros em locais diferentes, ou mesmo em um outro país para garantir sua segurança.

Se as informações sobre um indivíduo precisar ser transmitida a outro órgão (consulte a seção 2.4.2), a transmissão via fax é mais segura do que por e-mail, já que o e-mail pode ser armazenado no computador de envio ou mantido no servidor do provedor da internet. Em alguns países as autoridades vasculham todas as mensagens de saída.

5.2 Vulnerabilidade da testemunha

5.2.1 Proteção de sobreviventes e testemunhas

Em muitos casos, os sobreviventes e testemunhas precisam de proteção contra as partes que estão acusando. Não podem ser feitas promessas, por exemplo, de prestação de segurança para as testemunhas ou parentes que possam estar sob risco, salvo se o entrevistador estiver certo de que tais promessas serão cumpridas. As testemunhas podem acreditar que as organizações internacionais ou outros órgãos de investigação de acusações de tortura têm mais poder de protegê-los do que realmente ocorre. É parte do processo de consentimento informado que os indivíduos estejam cientes de todos os aspectos antes de consentirem que um profissional de saúde faça um relatório formal (consulte a seção 3.2.8).

5.2.2 Vulnerabilidade

Como sobreviventes e testemunhas de tortura, é inevitável que muitos entrevistados fiquem vulneráveis psicologicamente. Eles podem ainda estar vulneráveis em vários outros sentidos, como, por exemplo, em relação de eles próprios e seus familiares estarem sujeitos a represálias por parte dos perpetradores.

Isto significa que o sobrevivente ou a testemunha que estiver vulnerável precisa ser entrevistado com certa sensibilidade, mas de forma detalhada. Segurança, reafirmação e tato são muito importantes.

Pode ser terapêutico para um sobrevivente de tortura poder relatar suas experiências em um ambiente de apoio e confiança. Isto não significa que tudo deve ser levado em conta. Perguntas devem ser feitas para verificar e esclarecer pontos que pareçam incertos, inconsistentes ou contraditórios; isto deve ser feito de forma que não prejudique a relação de confiança necessária para uma entrevista eficaz, como o objetivo de obter um relatório o mais completo possível para que a documentação seja precisa.

É fundamental que o entrevistado seja capaz de se considerar sob controle durante a entrevista, já que um dos principais elementos da tortura é justamente a perda forçada de controle e autonomia da pessoa. O indivíduo deve se sentir capaz de responder apenas às perguntas que sentir confortável no início, passando outras perguntadas para que sejam respondidas depois. Algumas testemunhas podem desejar adiar a discussão de pontos mais sensíveis talvez para uma outra entrevista, se possível, quando se sentirão mais à vontade com o entrevistador. Outros por terem se preocupado com a entrevista talvez queiram iniciar discutindo os detalhes da tortura. Muita atenção deve ser dada às necessidades físicas do entrevistado – deve haver água para beber e intervalos sempre que julgado necessário.

5.2.3 Entrevista de crianças

As crianças têm o direito de ter seu consentimento e sigilo respeitados. Salvo em casos de emergência, crianças não devem receber tratamento médico sem a presença de um dos pais ou responsável. Da mesma forma, um relato detalhado das causas de lesões só pode ser tomado de uma criança se ela estiver na presença de um dos pais ou responsável ou, se isso não for possível, na presença de alguém que represente seus melhores interesses.

Crianças mais velhas podem ser torturadas para oprimir atividades políticas. Elas devem receber o mesmo tratamento dado aos jovens adultos e a abordagem deve ser bastante simpática. A tortura de crianças é geralmente praticada para pressionar os pais. Sempre que possível, a família deve ser tratada conjuntamente e as lesões da criança devem ser documentadas e administradas por pediatras.

A criança deve estar em um ambiente em que se sinta confortável antes de se prontificar a divulgar informações sensíveis. Ao discutir temas traumáticos, a criança pode preferir fazer um desenho e então explicá-lo. A atenção da criança pode durar pouco, podendo ser necessário fazer intervalos regulares durante a entrevista.

5.3 Ambiente da entrevista

5.3.1 Ambiente físico

Em muitos casos não é possível controlar o ambiente da entrevista (em delegacias e prisões, por exemplo), e o entrevistador terá de fazer o melhor em situações bem abaixo das ideais. Contudo, como já declarado, os princípios básicos do processo de entrevista devem ser adaptados e aplicados sempre que possível nos diferentes contextos. Quando os profissionais da saúde e outros entrevistadores estiverem utilizando suas próprias dependências, o ambiente físico poderá ser controlado. Sempre que possível, é essencial evitar qualquer coisa que possa lembrar quando o entrevistado era interrogado caso isso possa vir a desencadear sintomas psicológicos (consulte a seção 6.2.2). Sons de passos, chaves e portas devem ser minimizados. As salas devem ter uma temperatura confortável e boa iluminação. A maioria dos sobreviventes não se sentem constrangidos em ambientes clínicos, mas algumas pessoas podem ter sido expostas a procedimentos médicos durante maus-tratos, tendo certa desconfiança de cenários médicos e equipes médicas.

Sempre que possível, o entrevistador deve se encontrar com o indivíduo onde quer que seja que este esteja esperando pela entrevista. Isto não somente é educado como permite que o entrevistador observe o comportamento do indivíduo quando agindo naturalmente, bem como a forma que se comporta na cadeira ou como anda até a sala de entrevista. Geralmente o indivíduo deve sentar próximo à porta da sala de entrevista, para que não se sinta encurralado, mas, por motivos de segurança pessoal, se aconselha que a saída para o profissional de saúde não esteja obstruída.

5.3.2 Considerações de sexo

Pelo menos no primeiro encontro, as mulheres entrevistadas devem, sempre que possível, ser entrevistadas por entrevistadoras. Se necessário, o intérprete deve ser uma mulher também (consulte a seção 5.5). Em muitas culturas, as mulheres se recusam a revelar detalhes de maus-tratos na frente de um homem, fazendo com que o relato seja incompleto. Isto é particularmente verdadeiro se a mulher tiver sido estuprada ou molestada sexualmente (consulte a seção 6.4). Uma abordagem que pode ser levada em conta consiste em perguntar à mulher se, além da equipe médica, ela gostaria da presença de algum parente ou amigo para apoio. Paradoxalmente, a presença de um parente ou amigo pode na verdade inibir a entrevistada de revelar eventos mais íntimos ou traumáticos, principalmente sexuais, portanto a pergunta deve ser feita quando não houver terceiros na sala. Pode ser que a paciente precise ter seu corpo examinado

pelo profissional de saúde em entrevistas clínicas, e a maioria das mulheres preferem que tal procedimento não seja feito por um homem (consulte a alusão aos acompanhantes na seção 6.2.1). Esta relutância natural é consideravelmente maior em sobreviventes de tortura e é mais provável ainda que os torturadores tenham sido homens.

No caso de homens sobreviventes de tortura, principalmente vítimas de abuso sexual na detenção, a situação pode ser ainda mais complexa. Geralmente os homens são entrevistados por entrevistadores/intérpretes do sexo masculino, mas alguns preferem falar sobre abuso sexual na frente de mulheres. Em algumas culturas e sociedades isto pode ocorrer devido à vergonha ou constrangimento de descrever um abuso sexual para outro homem, ou pode ser que a descrição de tal abuso para um homem, principalmente com o mesmo histórico do torturador, possa lembrar suas experiências.

De acordo com os parágrafos acima, fica claro que a equipe médica deve idealmente incluir profissionais da saúde e intérpretes de ambos os sexos, permitindo que o indivíduo faça a escolha que lhe seja a mais confortável. Em muitos casos como em organizações e hospitais em cidades grandes este deve ser o padrão e, não deve ser afastado. Entretanto, algumas vezes isto nem sempre é possível, como em pequenas equipes em missões de campo. Nestes casos, principalmente quando mulheres forem entrevistadas, se o profissional de saúde não for do mesmo sexo do indivíduo deve haver um intérprete (se for o caso) ou outro membro da equipe que seja do mesmo sexo, ou outra pessoa escolhida pela entrevistada, minimizando assim seu desconforto. Embora provas e informações essenciais não devam ser perdidas devido ao fato de não haver um entrevistador do mesmo sexo, o indivíduo deve sempre dar seu consentimento para a realização da entrevista pelo profissional da saúde (e para outras pessoas presentes), e qualquer desigualdade ou desconforto em relação a diferença de sexo deve ser incluído nas notas.

5.3.3 Percepção cultural e religiosa

A percepção cultural e religiosa é de fundamental importância. O profissional de saúde deve sempre agir de forma que não ofenda aspectos culturais ou religiosos, tendo um entendimento de como a cultura ou religião podem afetar o comportamento ou respostas do entrevistado. A falta de tal percepção pode alienar o indivíduo e/ou fazer com que se sinta desconfortável, fazendo com que a entrevista seja menos eficiente.

5.3.4 Tempo e espaço

O ritmo da entrevista deve ser ditado pelo indivíduo. Mesmo se houver um tempo limitado para a entrevista (com em uma delegacia ou prisão, por exemplo), o entrevistado não deve se apressar. É melhor focar em pontos específicos do que tentar cobrir vários pontos em pouco tempo. Se houver muitos entrevistados para serem visitados no decorrer de vários dias, cada um deve ser visitado uma ou duas vezes por um período de tempo substancial, e não em várias sessões curtas. Entretanto, como regra, as entrevistas não devem ser planejadas para durar mais de uma hora e meia (embora tal período seja considerado uma extravagância), já que depois deste tempo o entrevistado e o intérprete (se houver) podem se cansar. Pode ser necessário permitir estender a sessão se, por exemplo, o indivíduo estiver quase concluindo o relato quando o tempo tiver acabado. Em um contexto clínico, o entrevistador deve ter tempo suficiente entre as sessões para que possa preparar suas notas. É uma boa prática tomar as notas de cada entrevista no final da sessão, já que vários aspectos dos relatos dos indivíduos podem se confundir se o entrevistador tentar escrever a respeito todas as entrevistas em uma única sessão posterior, quando alguns detalhes podem ser esquecidos.

5.4 Da entrevista

Ao iniciar a entrevista, o entrevistador e o intérprete, se houver, deve(m) se apresentar e explicar o propósito da entrevista e a respeito da autonomia e sigilo. Existem três partes na entrevista, e o entrevistador deve decidir a ordem na qual estas partes serão exploradas, dependendo da maneira em que o entrevistado responder. É fundamental lembrar que o bem-estar do indivíduo é mais importante do que as informações a serem coletadas. Ele/a pode querer discutir assuntos domésticos antes de discutir detalhes dos maus-tratos para se ambientar e aprender a ter confiança no entrevistador.

As três partes são as seguintes:

- O estado físico e psicológico atual, que é o que o entrevistado estará antecipando na discussão com o profissional de saúde
- Relato cronológico do mau-trato, iniciando pelo primeiro episódio de conflito com as autoridades, o que pode ser o que o entrevistado estava tinha preparado psicologicamente para discutir
- Histórico passado, pessoal, familiar e social do entrevistado, que forma o contexto da(s) experiência(s) de maus-tratos.

Alguns sobreviventes de tortura ou outros maus-tratos que tenham sido entrevistados antes a respeito de suas experiências podem ter desenvolvido um resumo, que pode ser por eles recitado sem um desgaste excessivo. Por exemplo: ‘Fui preso, detido por cinco dias, espancado e torturado.’ É necessário considerar este relato e então pedir por detalhes substanciais da experiência. Os detalhes sobre as circunstâncias da prisão e detenção ajudam a demonstrar a autenticidade do histórico e podem fornecer dados mais específicos úteis para os promotores.

Alguns sobreviventes de tortura tiveram pouca ou nenhuma instrução, o que pode levar a contradições ou exigir abordagens alternativas para a coleta de informações. Por exemplo, um indivíduo que não tenha noção de números não pode dar respostas precisas a perguntas de quantos soldados o/a prenderam, ou por quantos dias ficou detido/a. A pessoa pode dar respostas diferentes para a mesma pergunta de ordem numérica feita em ocasiões diferentes. É melhor formular a pergunta com termos mais genéricos (por exemplo, ‘Havia muitos deles?’). O mesmo vale para datas, já que várias sociedades rurais não seguem calendários rotineiramente. Pode ser melhor perguntar, por exemplo, ‘Qual era a estação’ ao invés de ‘Qual era o mês?’.

5.4.1 Tipos de perguntas

Geralmente devem ser feitas perguntas abertas, como, por exemplo, “Você pode me contar o que aconteceu?” ou “Fale mais a respeito”. O indivíduo deve poder contar sua história com o mínimo de interrupções possível. Maiores detalhes podem ser obtidos com as devidas perguntas subseqüentes, como: ‘Qual era o tamanho da cela?’, ‘Havia iluminação?’ e ‘Como era seu acesso ao banheiro?’. Fazer muitas perguntas rapidamente pode confundir o indivíduo, ou mesmo lembrá-lo de quando era interrogado.

Perguntas orientadas devem ser evitadas sempre que possível, já que os indivíduos podem responder o que eles acham que o profissional da saúde deseja ouvir. Isto é especialmente importante ao fazer a entrevista para fins médico-legais, onde o testemunho pode ser contestado em juízo. Perguntas fechadas proporcionam ao indivíduo um número limitado de opções e principalmente uma lista de perguntas pode confundir o indivíduo e criar inconsistências desnecessárias. Por exemplo, pode ser perguntado a um indivíduo, ‘Você foi preso pela polícia ou pelas forças armadas?’, limitando a resposta em duas opções. Caso a pessoa tenha sido presa por uma força-tarefa especial de soldados e policiais em

conjunto, pode ser difícil dar uma resposta precisa sem demonstrar alguma contradição para o profissional da saúde. Isto pode criar inconsistências entre as declarações (consulte a seção 4.5.4).

5.4.2 Técnicas de Cognição

Pesquisas psicológicas demonstram que a habilidade de lembrar incidentes importantes pode ser melhorada através de algumas técnicas cognitivas básicas. Depois de estabelecida uma harmonia com o indivíduo, deve-se permitir que ele/a inicie a sua narrativa sobre os eventos. O entrevistador deve permitir que o indivíduo, sempre que possível, tenha tempo para descrever o ocorrido com suas próprias palavras. O esclarecimento de pontos é permitido, mas não deve ser feito qualquer questionamento direto que possa interromper o relato do indivíduo. Somente após o indivíduo tiver concluído sua narrativa as perguntas podem ser feitas para esclarecer quaisquer pontos. O sobrevivente de tortura deve saber que pode dizer: 'Não entendi a pergunta', ou 'Não sei responder'. Ao concluir a entrevista, os passos seguintes do processo devem ser concordados com o indivíduo.

A qualidade das informações obtidas pode ser melhorada através de algumas técnicas específicas. Em primeiro lugar, em um ambiente clínico com tempo suficiente, deve-se pedir ao indivíduo uma descrição de todos os fatores presentes na época dos maus-tratos (descrição dos eventos e do processo de detenção, por exemplo), mesmo que isso a princípio não pareça relevante para o indivíduo. Isto pode se relacionar a eventos que podem ser mais importantes do que o indivíduo possa perceber. Em segundo lugar, conforme o indivíduo faz seu relato, ele/a pode lembrar de outros eventos ainda mais importantes. Isto ajuda se o indivíduo for estimulado a lembrar o contexto em que o evento ocorreu.

Tendo estimulado o entrevistado a descrever os eventos em uma narrativa livre, em ordem cronológica, o entrevistador podem tentar obter mais detalhes ao fazer perguntas em uma ordem diferente, invertendo a ordem, por exemplo, 'Você estava me dizendo..., o que aconteceu antes disso?'

Outra técnica consiste em mudar a perspectiva, que significa tentar descrever os eventos a partir de um outro ponto de vista, por exemplo, se o entrevistado for suficientemente letrado, o entrevistador pode perguntar: 'Como um alfaiate descreveria a roupa que o homem vestia?' ou 'Quando você foi preso na demonstração, o que os espectadores podem ter visto?'

É importante lembrar que culturas diferentes possuem conceitos diferentes de comportamento em uma entrevista. Em algumas sociedades é considerado educado não olhar diretamente nos olhos de uma pessoa em posição de relativa autoridade (como o entrevistador, por exemplo), enquanto em outras culturas este comportamento pode ser considerado como sinal de desonestidade. Pessoas de culturas diferentes consideram movimentos de mão constantes como uma parte normal da comunicação, enquanto outras pessoas podem considerar isto perturbador. A distância mantida entre as pessoas varia de acordo com cada cultura, e o que pode ser considerado normal entre amigos pode parecer muito perto num ambiente de entrevista. Isto pode fazer com que o indivíduo se sinta ansioso, e se comporte de forma que o entrevistador possa considerar com não colaborativa.

5.4.3 Resumo e esclarecimento

Durante a entrevista, é sempre útil esclarecer pontos a fim de garantir que as informações sejam precisas. Por exemplo: 'Quando você disse que foi suspenso pelos braços, em que posição eles se encontravam?'. Como alternativa, o indivíduo

pode ser solicitado para simular a posição, mas deve ser levado em conta que este tipo de solicitação pode fazer com que a pessoa se sinta desconfortável ou mesmo provocar outras reações.

Geralmente ajuda resumir todos os pontos principais no final de cada sessão, a fim de garantir que todos fiquem bem claros. Isto também ajuda a fazer com que a pessoa se lembre de detalhes complementares à narrativa.

Se um relatório médico for produzido, é sempre bom, sempre que possível, visitar o indivíduo mais uma vez depois que o relatório tiver sido concluído para que o mesmo seja lido de volta para ele com o propósito de verificar sua exatidão e consistência. Isto dá ainda a oportunidade de acompanhar quaisquer problemas clínicos identificados na entrevista.

5.5 Trabalho com intérpretes

Bons intérpretes, principalmente aqueles com o mesmo histórico do indivíduo, não são capazes apenas de interpretar palavras, mas sim de identificar e explicar fatores culturais, históricos e sociais relevantes, bem como idiomas lingüísticos para o entrevistador. Entretanto, deve-se ter cuidado com o excesso de confiança depositado nos intérpretes, já que estes não são peritos nas áreas fora de seu próprio campo.

Os intérpretes são uma parte importante da equipe de investigação. Eles precisam ser treinados para lidar com sobreviventes de tortura e outros maus-tratos mesmo se tiverem experiência substancial como intérpretes em outros contextos. A maioria dos intérpretes profissionais possui seu próprio código de ética. Se não tiverem, devem ser orientados que tudo o que ouvirem e traduzirem em uma entrevista é *estritamente confidencial*.

Os profissionais que trabalharem com intérpretes devem ter em mente que se não compartilharem o idioma com o indivíduo, a qualidade do intérprete utilizado terá impacto sobre todos os aspectos da entrevista, do exame e do relatório.

5.5.1 Segunda e terceira línguas

Em situações em que o profissional da saúde estiver visitando o indivíduo durante suas atividades de rotina, geralmente ambos falarão a mesma língua. Em situações em que houver vários grupos étnicos em um país, poderá haver barreiras lingüísticas entre a população. Em alguns casos alguém fala a língua de outro indivíduo, ou podem falar ainda uma terceira língua. O problema é que se o domínio da pessoa em relação à segunda ou terceira língua for fraco, podem haver discrepâncias e inconsistências no relatório. Podem ainda haver dificuldades relacionadas aos intérpretes de etnias ou de regiões diferentes da etnia/região do indivíduo. O sotaque e vocabulário podem ser diferentes.

5.5.2 Sexo e idade dos intérpretes

Em muitos casos é preciso usar a um intérprete para uma ou todas as entrevistas. Os aspectos de sexo discutidos acima (consulte a seção 5.3.2) podem ser ainda mais importantes nestes casos, já que o entrevistado pode se relacionar mais com o intérprete do que com o entrevistador. Alguns indivíduos se preocupam menos com o sexo do entrevistador do que com o sexo do intérprete. A idade também pode ser relevante. Um homem jovem pode ser capaz de discutir sobre tortura sexual com uma mulher mais velha à qual ele possa se dirigir como uma tia, e não como uma mulher de sua idade. Da mesma maneira, uma mulher jovem pode ter mais facilidade em conversar com um homem mais velho do que com um homem de sua idade. Vale sempre lembrar que a melhor prática no caso de entrevista de mulheres é que o entrevistador e intérprete sejam do sexo feminino (consulte a seção 5.3.2).

5.5.3 Intérpretes locais e internacionais

Quando uma equipe internacional faz visita um país ela pode incluir seus próprios intérpretes ou pode preferir contratar intérpretes locais. Há dois aspectos a serem considerados nestes casos. O primeiro, deve ser esclarecido ao intérprete local que ele/a pode estar se sujeitando a risco ao trabalhar com entrevistadores visitantes para a documentação de tortura. O segundo o indivíduo não deve confiar no intérprete local e não deve dar o relato completo do ocorrido.

5.5.4 Uso do intérprete

Os entrevistadores devem lembrar de falar com o indivíduo e de manter contato visual com ele/a mesmo que a tendência natural seja falar com o intérprete. Ajuda fazer perguntas diretamente para o indivíduo, por exemplo: ‘O que foi você fez em seguida?’ ao invés de perguntar indiretamente através do interprete, por exemplo: ‘Pergunte a ele o que aconteceu sem seguida’. Observar a linguagem corporal, gestos e expressões faciais, bem como comunicações não-verbais, é essencial para intensificar a quantidade das informações obtidas e para passar ao indivíduo confiança de que os profissionais da saúde estão interessados no que está sendo dito. Acima de tudo, isto estimula o indivíduo a acreditar que foi ouvido e tratado como uma testemunha confiável. Quando o indivíduo estiver dando um relato longo e ininterrupto, o profissional da saúde deve pausar a entrevista regularmente para tomar notas sobre as informações. Isto ajuda o intérprete a não esquecer pontos-chave e permite que o profissional de saúde esclareça pontos ainda recentes na memória do indivíduo.

5.5.5 Familiares

Como regra, os familiares e amigos não devem ser utilizados para interpretação por dois motivos. O primeiro diz respeito à qualidade da interpretação, geralmente inadequada, e o segundo, podem haver tópicos que o indivíduo não discutiria na frente de um parente, portanto o risco de falha no relato de tortura fica elevado. Muitos pais, por exemplo, não revelariam detalhes de sua tortura na frente de seus filhos. Além disso, a revelação destes detalhes na sua presença pode trazer efeitos psicológicos negativos para a criança.

5.6 Pós-entrevista

5.6.1 Reunião da equipe

Toda equipe trabalhando em conjunto deve se reunir após a(s) entrevista(s), preferencialmente todos os dias em que os membros estiverem trabalhando. Isto é necessário para a saúde mental dos integrantes da equipe e para maximizar o uso das informações (consulte as seções 4.4 e 4.5).

Em primeiro lugar, pessoas que trabalham com sobreviventes de tortura precisam discutir como se sentem a respeito de seu trabalho. Quando membros de equipes admitem estarem estressados, eles ajudam outros membros que estão se sentindo da mesma forma, mas não desejam revelar o fato. Ajudam ainda os membros das equipes a identificar colegas que estão sob risco de exaustão e que podem precisar um descanso da situação.

Pessoas que trabalham com sobreviventes de tortura e outros maus-tratos devem estar cientes de várias armadilhas psicológicas. Eles podem idealizar pacientes, os vendo apenas como indivíduos vulneráveis ao invés de personalidades complexas com bons e maus aspectos. Assim eles talvez possam se envolver mais do que o apropriado, podendo ficar desiludidos se o paciente vir a ser revelado como nem tanto honesto. Se o profissional tivesse agido de forma mais

equilibrada com o paciente, talvez isto não tivesse acontecido. Uma abordagem em equipe com revisão regular dos casos com colegas ajuda a identificar este tipo de problema.

Em segundo lugar, o entrevistador pode generalizar para o lado oposto, vendo todas as acusações de torturas como mentiras ou desonestas. Alguns dos acusadores de tortura podem estar inventando histórias por algum motivo. Outros podem exagerar seu relato, mais isso necessariamente não indica que a pessoa não seja um sobrevivente de tortura. Novamente, uma abordagem em equipe com uma revisão regular dos casos com colegas ajuda a identificar este problema.

Um terceiro problema é o fato da pessoa se acostumar a ouvir relatos semelhantes com o passar do tempo ou de ouvir relatos tão diferentes que um relato pode ser considerado fraco se comparado com outro. Geralmente os sobreviventes de tortura em um determinado país ou contexto podem contar relatos bem semelhantes já que os torturadores utilizam métodos ou técnicas bastante consistentes. Os entrevistadores devem estar preparados para estas eventualidades, abordando cada caso de forma objetiva, ao invés de fazer uma comparação com outros casos.

O quarto problema consiste no estresse. Sempre movido por ideais elevados, o processo de ajuda a sobreviventes de tortura pode se tornar moroso e frustrante. O profissional pode ficar deprimido e cínico sobre o processo, sendo incapaz de agir. Ele/a deve ser ajudado para entender que o processo é lento e que quase não há sucesso nas primeiras fases. É importante que os colegas de equipe compartilhem seus sentimentos e experiências, e que celebrem o sucesso quando obtido. Quando qualquer membro de equipe estiver sob o risco de estresse, ele/a deve ser afastado por um período e receber suporte psicológico e emocional.

6 Exame Médico e Documentação

A tortura envolve o infligir deliberado de grande dor, seja física ou mentalmente. Assim, o exame de um indivíduo que alega ter sido vítima de tortura possui duas partes distintas, mas relacionadas entre si; o exame físico e o exame psicológico. Não se pode atribuir valor excessivo ao exame físico, pois isso pode reforçar a percepção de que a falta de quaisquer marcas ou cicatrizes indica que não houve tortura.

Enquanto o sofrimento físico é um conceito amplamente conhecido, refletindo o entendimento do profissional de saúde sobre a fisiologia dos agredidos, o caminho dos nervos e o funcionamento cerebral, talvez o sofrimento psicológico seja mais difícil de quantificar. Contudo, é possível chegar a uma medida objetiva ao se avaliar os níveis de desgaste psicológico e os efeitos psicopatológicos de experiências específicas. Obviamente, existem influências individuais subjetivas tanto no sofrimento físico quanto no mental, mas o profissional de saúde deve tentar apresentar provas objetivas de alta qualidade sobre o grau de sofrimento. Em última instância, cabe ao juiz considerar tais provas, bem como outras, e decidir se o limiar da tortura foi ultrapassado ou não, valendo lembrar que os profissionais de saúde podem ser úteis ao prestar informações para os tribunais.

O impacto da tortura será sempre psicológico, e geralmente físico também. O conceito da severidade da dor deve ser aplicado à totalidade das experiências do indivíduo. Portanto, considerar apenas o sofrimento físico é insuficiente. Uma alfinetada geralmente não causa muita dor, mas se for repetida por longos períodos, com ameaças de ser dada nos órgãos genitais ou quando for sugerido que a agulha está infectada com HIV, o nível de sofrimento da experiência pode ser muito maior. O fato de ser detido arbitrariamente, sem saber o porquê ou por quanto tempo e sem direito a contestar a detenção, pode produzir sofrimento psicológico e efeitos psicopatológicos, mesmo sem qualquer abuso físico.

Assim, em casos onde há acusações de tortura, a documentação médica pode ter várias finalidades. Ela pode corroborar ou refutar as alegações de tortura. Um profissional da saúde pode realizar um exame físico e mental de um indivíduo que alega ter sido vítima de tortura, dando um parecer se as seqüelas físicas ou psicológicas verificadas são consistentes com as acusações feitas. Ainda, por exemplo, se um sobrevivente de tortura alegar que determinada lesão tenha sido causada por espancamento mas o advogado de defesa sugerir que tal lesão é resultante da prática de esportes, um profissional da saúde experiente pode dizer qual das duas afirmações é mais provável.

Em geral, o exame médico não prova a prática de tortura conclusivamente, embora ajude a identificar lesões consistentes com a tortura. O exame trata-se apenas de umas das peças do quebra-cabeça montado pela autoridade investigadora. Ele não é capaz de identificar o perpetrador, nem se o perpetrador estava em serviço ou fora dele, agindo sob ordens de outrem ou não. Também não pode determinar conclusivamente a causa de uma lesão em particular, salvo em termos gerais. Entretanto, se o detento apresentar um histórico de boa saúde na época de sua prisão, as autoridades responsáveis pela detenção devem explicar qualquer deterioração na saúde mental ou física durante ou logo após a detenção.

6.1 Experiência

O profissional de saúde pode ser requisitado a examinar uma pessoa que alega ter sido vítima de tortura em vários contextos diferentes (consulte a seção 2.4). Em todos os casos, é necessário fazer uma abordagem sistemática da documentação das alegações e constatações. E já que qualquer documentação pode ter implicações médico-legais, o exame deve ser considerado como de caráter legista. Esta seção é destinada aos profissionais de saúde nesta posição, com pouca ou nenhuma experiência em medicina legal. No final deste Manual consta uma lista mais detalhada com outros materiais de pesquisa. . Em geral, os examinadores médicos com experiência no trabalho com sobreviventes de tortura ou outros maus-tratos estão dispostos a ajudar os colegas se forem apresentados à situação detalhada e tiverem tempo suficiente para responder.

Sempre que possível, o profissional de saúde que examinar um sobrevivente de tortura ou outros maus-tratos deve ter acesso às instalações básicas para o tratamento dos problemas clínicos imediatos identificados, estando a par de outros colegas ou instalações de saúde para os quais a pessoa possa ter sido encaminhada, se necessário.

6.1.1 Preparação do histórico médico

Se possível, o indivíduo deve fazer um relato cronológico do(s) incidente(s) em questão (consulte a seção 5.4). Algumas vezes isto pode não ser possível, por exemplo, se a educação do indivíduo for limitada ou se o mesmo apresentar certo grau de dificuldade de aprendizado. Um sobrevivente que tiver passado por vários episódios de detenção e maus-tratos ao longo dos anos pode sentir dificuldade em lembrar quais episódios ocorreram, e em quais ocasiões. Nestes casos, pode ser melhor criar um relato genérico e então elaborar um relato específico sobre os incidentes que se destacam.

Outros motivos pelos quais alguns relatos podem ser incompletos ou incoerentes incluem:

(adaptado do Protocolo de Istambul, conforme a seção 8.2)

- Fatores durante a própria tortura, como vendar os olhos, drogar, lapsos de consciência

-
- Medo de se colocar ou colocar outrem em risco
 - Falta de confiança no profissional de saúde responsável pelo exame ou no intérprete
 - O impacto psicológico da tortura e do trauma, como crise emocional e memória debilitada, seguido por distúrbios mentais relacionados ao trauma, como depressão e transtorno de estresse pós-traumático (consulte a seção 6.2.2)
 - Memória debilitada devido a pancadas na cabeça, epilepsia pós-traumática (consulte a seção 6.2.6), sufocação, quase-afogamento ou inanição
 - Mecanismos de auto-proteção, como negação e escape
 - Normas culturais que permitem que certas experiências traumáticas sejam reveladas somente em contextos específicos, se houver
 - Esquecimento ou confusão dentro do limite da capacidade da memória humana.

Estas possibilidades devem ser exploradas detalhadamente. Por exemplo, o questionamento sobre o relato de perda de consciência deve tentar diferenciar uma verdadeira perda de consciência causada por um golpe na cabeça, por exemplo, dos efeitos causados pela dor e exaustão.

Para cada incidente relevante, o histórico deve incluir:

- As circunstâncias da prisão
- As condições da detenção
- Detalhes específicos de quaisquer acusações de maus-tratos durante a detenção
- Descrição subjetiva do estado mental da pessoa, bem como de quaisquer mudanças, durante o período da detenção
- Descrição, pelo indivíduo, da aparência de quaisquer lesões na época, bem como de sua cicatrização (com ou sem tratamento)
- Formas de soltura ou fuga.

Deve haver uma descrição do histórico médico anterior do indivíduo, se aplicável, incluindo experiências prévias de trauma e qualquer histórico psiquiátrico anterior. O histórico social também pode ser relevante.

Se o indivíduo tiver qualquer formação educacionais, elas podem ser utilizadas como indicadores do estado intelectual pré-mórbido (o estado psicológico do sobrevivente antes do trauma). Tais realizações podem ser comparadas à avaliação do estado atual do indivíduo, e julgamentos podem ser feitos a respeito de suas mudanças e possíveis causas.

A profissão do indivíduo é em algumas vezes relevante para a documentação de tortura, já que pode afetar o diagnóstico diferencial de quaisquer lesões. Por exemplo, alguém que já trabalhou em uma cozinha profissional pode ter cicatrizes de queimaduras e escaldaduras ocasionadas no ambiente de trabalho. Neste caso, a distribuição e forma das lesões podem ajudar a diferenciar estas lesões acidentais das lesões causadas deliberadamente (embora freqüentemente o profissional de saúde possa dizer apenas que qualquer uma das causas é possível: consulte a seção 4.6).

A profissão pode também ser o indicador do nível educacional, bem como prova de qualquer mudança no sistema cognitivo e/ou psicossocial. Declarações de outros colegas ou documentações de avaliações de trabalhos podem corroborar este ponto.

6.2 Patologias Comuns

6.2.1 Introdução

O exame do indivíduo que alegar ter sido vítima de tortura deve ser detalhado e ao mesmo tempo sensível, devendo incluir uma avaliação física e psicológica. É necessário explicar tudo o que vai acontecer. O estado mental atual deve ser avaliado durante a entrevista, incluindo uma avaliação específica do estado mental como parte do exame (consulte a seção 6.3.1). Geralmente todo o corpo é inspecionado no exame físico, já que o indivíduo pode ter lesões sem mesmo saber, como na parte superior das costas, por exemplo. Podem haver cicatrizes relacionadas a um incidente que o indivíduo possa ter esquecido, como ao esbarrar no arame farpado quando em fuga.

A avaliação se inicia assim que o profissional da saúde se encontra com o indivíduo, começando pela aparência geral. A pessoa está devidamente vestida e arrumada? Se não, pode ser um sinal de depressão ou existe algum motivo prático? As roupas da pessoa estão muito grandes, ou a pessoa emagreceu? Como a pessoa reage à apresentação do profissional da saúde? O comportamento é apropriado devido às circunstâncias? A pessoa parece agitada ou retraída? Como ela se move? Pode sair da cadeira? Existe algum modo de andar normal? (consulte a seção 5.3.1)

O profissional de saúde deve examinar o paciente sistematicamente, e é importante garantir que todo o corpo seja cuidadosamente examinado, mesmo onde o indivíduo achar que não há marcas. Também pode ser necessário um exame neurológico para avaliar o dano motor e sensorial nos nervos periféricos (consulte a seção 6.2.9). Se o profissional da saúde não for do mesmo sexo do indivíduo sendo examinado, deve haver um acompanhante presente, salvo se o paciente determinar o contrário. A presença de um acompanhante serve primeiramente para garantir a dignidade do paciente e para amenizar o desconforto do indivíduo, e também para proteger o profissional de saúde de qualquer sugestão posterior de conduta indevida. O acompanhante deve ser um membro da equipe e do mesmo sexo da pessoa sendo examinada, e esta função pode ser exercida pelo intérprete se concordado pelo indivíduo. Além disso, conforme mencionado na seção 5.3.2, o paciente deve ter a possibilidade de escolher entre a presença de um parente ou amigo para apoiá-lo durante o exame. Entretanto, deve-se ter em mente que a presença de um parente ou amigo pode inibir o indivíduo de revelar determinados detalhes íntimos. A decisão final obviamente fica a cargo do paciente. Para preservar a dignidade da pessoa e para prevenir memórias intrusivas de nudez na detenção, deve-se tomar muito cuidado e não pedir para o paciente se despir completamente, mas para descobrir apenas a área do corpo a ser examinada. É importante observar a mobilidade das articulações quando a pessoa tirar as roupas.

6.2.2 Diagnósticos psicológicos

Ansiedade e depressão são comuns entre sobreviventes de tortura e outros maus-tratos. O uso indevido de drogas ou álcool são mais presentes do que na população em geral, provavelmente como uma forma de evitar sensações e memórias desagradáveis. Devem ser feitas perguntas sobre estes sintomas.

Ansiedade e depressão são comuns nesta população e geralmente recorrentes. Estas pessoas tiveram experiências, principalmente inesperadas, que os deixaram receosos. A ansiedade se apresenta com sentimentos como desesperança e impotência. As pessoas estão constantemente preocupadas com a possibilidade da ocorrência de outros eventos inesperados, e se sentem desconfortáveis e nervosas, propensas a terem um ataque de pânico. Assim, é importante evitar situações que possa deixá-las nervosas.

A depressão se manifesta com tristeza, dificuldade de concentração, cansaço e letargia, perda da libido, incapacidade de se divertir, insônia e despertar cedo, mudanças no hábito alimentar, principalmente perda de apetite e algumas vezes ingestão compulsiva e descontrolada de alimentos, medo e apreensão, sentimentos de desespero e culpa. Quando severa pode haver uma preocupação com morte, pensamentos sobre suicídio e algumas vezes auto-flagelação.

Reações de estresse agudo e o fenômeno do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) são observados em vítimas de tortura, e surgem como consequência de um evento que representa a ameaça de morte ou lesão grave para si e para outras pessoas, levando a uma resposta intensa de medo, desespero ou horror. Ambos são caracterizados por um conjunto de sintomas específicos. Enquanto a reação aguda a estresse ocorre imediatamente após o evento traumático, o TEPT geralmente ocorre depois de algumas semanas. Os critérios necessários para realizar o diagnóstico estão apresentados no Quadro 2 a seguir.

Os sobreviventes de tortura geralmente se queixam de dor em diferentes partes do corpo; algumas vezes a descrição da dor pode variar. A dor pode ser descrita como mais ou menos intensa e sua localização pode mudar com o tempo. Geralmente não há o que se detectar no exame físico. Estes sintomas são somáticos e podem ser a consequência direta de atos de tortura ou puramente psicológicos.

Alucinações não são raras, principalmente as de natureza auditiva, e não representam necessariamente sintomas de psicose. Estes sintomas não podem ser sempre diferenciados do TEPT (conforme descrito acima).

A dissociação, que é o sentimento de estar desconectado de si próprio, pode ser observada em vítimas de tortura. Ela ocorre quando uma pessoa vive experiências que não podem fazer parte de sua memória (memória auto-biográfica), devido ao seu caráter intenso, como ocorre durante a tortura. Existe um colapso na integração da consciência, percepção e comportamento. A pessoa pode se sentir como se observando a si próprio de fora. (Consulte a seção 6.2.3)

Pode ainda ser identificada psicose no indivíduo, mas antes do diagnóstico os sintomas devem ser avaliados considerando o contexto cultural do indivíduo. Por exemplo, a pessoa pode ter idéias de estar possuída ou outras formas de idéias sobrenaturais, que podem ser culturalmente apropriadas. Outro fator complicador, independente da cultura, é que o indivíduo poderá descrever memórias intrusivas de uma maneira que possam parecer alucinações.

Reação à Estresse Grave e Transtornos de Adaptação

Esta categoria difere das outras na medida em que sua definição não repousa exclusivamente sobre a sintomatologia e a evolução, mas igualmente sobre a existência de um ou outro dos dois fatores causais seguintes: um acontecimento particularmente estressante desencadeia uma reação de estresse aguda, ou uma alteração particularmente marcante na vida do sujeito, que comporta conseqüências desagradáveis e duradouras e levam a um transtorno de adaptação. Embora fatores de estresse psicossociais ('eventos da vida') possam precipitar a ocorrência de um grande número de transtornos classificados em outra parte neste capítulo ou influenciar-lhes o quadro clínico, nem sempre é possível atribuir-lhes um papel etiológico, quanto mais que é necessário levar em consideração fatores de vulnerabilidade, freqüentemente idiossincráticos, próprios de cada indivíduo; em outros termos, estes fatores não são nem necessários nem suficientes para explicar a ocorrência e a natureza do transtorno observado. Em contraste, para os transtornos reunidos no presente, admite-se que sua ocorrência é sempre a conseqüência direta de um "stress" agudo importante ou de um traumatismo persistente. O acontecimento estressante ou as circunstâncias penosas persistentes constituem o fator causal primário e essencial, na ausência do qual o transtorno não teria ocorrido. Os transtornos reunidos neste capítulo podem assim ser considerados como respostas mal adaptadas a um estresse grave ou persistente, na medida em que eles interferem com mecanismos adaptativos eficazes e entram assim o funcionamento social.

F43.0 Reação Aguda a Estresse

Transtorno transitório que ocorre em indivíduo que não apresenta nenhum outro transtorno mental manifesto, em seguida a um estresse físico e psíquico excepcional, e que desaparece habitualmente em algumas horas ou em alguns dias. A ocorrência e a gravidade de uma reação aguda ao estresse são influenciadas por fatores de vulnerabilidade individuais e pela capacidade do sujeito de fazer face ao traumatismo. A sintomatologia é tipicamente mista e variável e comporta de início um estado de aturdimento caracterizado por um certo estreitamento do campo da consciência e dificuldades de manter a atenção ou de integrar estímulos, e uma desorientação. Este estado pode ser seguido quer por um distanciamento do ambiente (podendo tomar a forma de um estupor dissociativo - ver F44. 2) ou de uma agitação com hiperatividade (reação de fuga). O transtorno se acompanha freqüentemente de sintomas neurovegetativos de uma ansiedade de pânico (taquicardia, transpiração, ondas de calor). Os sintomas se manifestam habitualmente nos minutos que seguem a ocorrência do estímulo ou do acontecimento estressante e desaparecem no espaço de dois a três dias (freqüentemente em algumas horas). Pode haver uma amnésia parcial ou completa (F44. 0) do episódio. Quando os sintomas persistem, convém considerar uma alteração do diagnóstico.

Aguda:

- reação à crise
- reação ao estresse

Combate à fadiga

Estado de crise

Choque psíquico

F43.1 Transtorno de estresse pós-traumático

Este transtorno constitui uma resposta retardada ou prolongada a uma situação ou evento estressante (de curta ou longa duração), de natureza excepcionalmente ameaçadora ou catastrófica, e que provocaria sintomas evidentes de perturbação na maioria dos indivíduos. Fatores predisponentes, tais como certos traços de personalidade (por exemplo compulsiva, de caráter estético) ou antecedentes do tipo neurótico, podem diminuir o limiar para a ocorrência da síndrome ou agravar sua evolução; tais fatores, contudo, não são necessários ou suficientes para explicar a ocorrência da síndrome. Os sintomas típicos incluem a revivescência repetida do evento traumático sob a forma de lembranças invasivas ("flashbacks"), de sonhos ou de pesadelos que ocorrem num contexto persistente de "anestesia psíquica" e de embotamento emocional, de retraimento com relação aos outros, insensibilidade ao ambiente, anedonia, e evitando atividades ou de situações que possam despertar a lembrança do traumatismo. Os sintomas precedentes se acompanham habitualmente de uma hiperatividade neurovegetativa, com hipervigilância, reação de surpresa intensificada e insônia, associadas freqüentemente a uma ansiedade, depressão ou ideação suicida. O período que separa a ocorrência do traumatismo do transtorno pode variar de algumas semanas a alguns meses. A evolução é flutuante, mas a cura pode ser esperada na maioria dos casos. Em uma pequena proporção de casos, o transtorno pode apresentar uma evolução crônica durante numerosos anos e levar a uma alteração duradoura da personalidade (F62.0)

QUADRO 2

6.2.3 Memória

Auto-relatórios de trauma e tortura geralmente não são levados a sério ou são tidos como distorções ou exageros com segundas intenções. Sintomas físicos e psicológicos auto-identificados também podem ser interpretados como invenções ou exageros.

Contudo, há provas que os distúrbios cognitivos podem seguir uma série de tipos de trauma. Muitos sobreviventes de tortura foram submetidos a lesões físicas no cérebro provenientes de golpes na cabeça, sufocação (inclusive quase-afogamento), bem como inanição e outras formas de deficiências nutricionais prolongadas. Estes procedimentos podem levar a uma debilitação cognitiva. Além disso, depressão e TEPT afetam a cognição.

A debilitação da memória como resultado destes fatores pode afetar a precisão dos detalhes do relato de um indivíduo sobre sua tortura. A incapacidade consistente de reproduzir lembranças detalhadas e precisas sobre horários, lugares e incidentes pode refletir negativamente na credibilidade do indivíduo. Entretanto, a maioria destes fatores é suficientemente bem pesquisada para permitir que os motivos de tais discrepâncias sejam compreendidos se forem devidamente explicados a um tribunal. O perito tem como função auxiliar o tribunal fazendo referência à pesquisa relevante e a qualquer outro material que seja de sua área de conhecimento.

6.2.3.1 Inconsistências normais no testemunho

Quando uma pessoa faz vários relatos do mesmo incidente, é inevitável que não haja variações nas descrições. Podem haver vários motivos para este fato. Primeiramente, o indivíduo pode ter compreendido erradamente o que ocorreu. Por exemplo, um tiro pode ter sido disparado contra a pessoa enquanto a mesma fugia, e uma dor na panturrilha na hora pode fazer a pessoa pensar que foi ferida por uma bala. Se o ferimento for muito pequeno para ter sido causado por uma bala, ele pode ter sido causado por estilhaços. O indivíduo não podia saber disso na época do incidente.

Em segundo lugar, a memória diminui com o tempo, e as pessoas lembram vagamente de eventos, embora geralmente os pontos mais periféricos sejam esquecidos, enquanto os pontos principais são preservados. Em terceiro lugar, com o passar do tempo, alguns aspectos ganham maior importância na memória de uma pessoa, enquanto outros tendem a ficar menos significantes. Finalmente, as pessoas relacionam seus relatos de acordo com suas expectativas do que seu interlocutor quer ouvir. Assim, um médico pode ouvir um relato focado em aspectos totalmente diferentes se comparado ao mesmo incidente sendo descrito para um advogado.

6.2.3.2 Processos patológicos

Qualquer lesão na cabeça pode resultar na perda de memória episódica (memória de eventos ou incidentes do passado da pessoa), mesmo não havendo perda de consciência (consulte a seção 6.2.6). Haverá um certo grau de amnésia retrógrada (perda da memória de eventos imediatamente anteriores ao trauma), já que as informações armazenadas na memória de curto prazo não são transferidas para onde são armazenadas as memórias permanentes. Haverá, por conseguinte, alguma perda de memória prospectiva (perda da memória do período imediatamente após o trauma) até que os processos relacionados à memória voltem a funcionar normalmente. O período de perda da memória é mais longo do que o período de inconsciência, e classicamente existem porções isoladas de memória de períodos em que o indivíduo estiver mais alerta.

Alguns sobreviventes de tortura passam por episódios em que parecem afastados e indiferente por um período curto, e quando voltam ao normal não têm qualquer memória do episódio. Um possível diagnóstico podem ser as crises parciais complexas (consulte a seção 6.2.6), mas há várias alternativas possíveis para as causas psicológicas (embora possam coexistir com a epilepsia). Uma destas causas são os ataques de pânico, embora estes ataques geralmente durem mais do que alguns minutos, e a pessoa normalmente sabe que não perdeu a consciência. As crises parciais complexas (também conhecidas como epilepsia do lóbulo temporal, “ELT”) têm sido diagnosticadas erradamente como ataques de pânico e vice-versa. Tumores cerebrais podem simular as duas síndromes. Os problemas psiquiátricos como depressão e TEPT também podem interferir nos processos normais de memória (conforme descrito acima).

Falhas associadas à perda de memória também são observadas em estados de dissociação (consulte a seção 6.2.2). São estados psicológicos que geralmente começam durante um estresse grave (talvez como um mecanismo psicológico de proteção) e voltam com memórias do incidente. Os sintomas podem ser semelhantes àqueles raramente sentidos na aura de crises parciais complexas, como *déjà vu* (a sensação de já haver estado em determinado lugar ou em certa situação), experiências místicas e consciência da ausência de pensamentos. A principal diferença é que os episódios de dissociação são mais longos do que as crises parciais complexas, durando pelo menos quinze minutos, normalmente se estendendo por várias horas.

6.2.4 Lesões de pele anteriores

Quando a pele for lesionada, pode ser de uma ou mais formas, entre as seguintes:

- Contusões (comumente conhecidas como hematomas)
- Abrasões (ou arranhões)
- Incisões (incluindo ferimentos de apunhaladas)
- Lacerações (também, e confusamente, conhecidas como cortes)
- Queimaduras e escaldaduras.

6.2.4.1 Hematomas

Um hematoma pode surgir após um golpe que não rasgue a pele. O sangue vaza por pequenas veias, fazendo com que a área fique sensível e algumas vezes manchada. Se a pele e os tecidos subcutâneos forem finos, o hematoma se torna aparente de forma relativamente rápida, podendo até apresentar o formato da arma utilizada, embora isto possa não ficar tão evidente em peles mais escuras. Por exemplo, um golpe com um bastão ou porrete geralmente deixa duas linhas paralelas de hematomas (hematoma paralelo), causadas pelo sangue empurrado para o lado com o contato. O ideal seria que os hematomas fossem fotografados o mais breve possível (consulte a seção 6.6), antes que se espalhem ou desapareçam.

Quando o hematoma é profundo, o sangue sobe até a superfície vagarosamente, podendo levar várias horas ou mesmo dias até que algo possa ficar visível. Nestes casos, é sempre bom reexaminar o paciente um ou dois dias depois. Assim, o sangue extravasado (sangue perdido pelas veias) segue por planos de tecido, podendo emergir a uma certa distância do local original da lesão e, geralmente sem sensibilidade.. Por exemplo, hematomas em qualquer parte do rosto podem aparecer sob os olhos. Portanto, o local do hematoma não é o mesmo local da lesão, mas o tamanho do hematoma pode ser uma prova da força utilizada no golpe. Isto deve ser esclarecido em qualquer relatório.

Pessoas mais velhas e aquelas sob algum tipo de medicação apresentam coagulação deficiente e os hematomas são bem maiores do que o usual. Trata-se do caso em áreas nas quais a pele é solta. Nestes pacientes, por exemplo, uma pequena lesão no pescoço pode resultar em um hematoma grande. Deficiências alimentares, como por exemplo de vitamina C (escorbuto) podem causar hematomas espontâneos e generalizados. Isto pode ser um sinal de negligência com os detentos. Em caso de muitos hematomas não explicados no histórico, tal ocorrência, se possível, deve ser investigada caso for resultante de uma dada doença. Estas possibilidades devem ser levadas em conta ao redigir o relatório.

Os hematomas mudam de cor e desaparecem em questão de horas ou em alguns dias, conforme os pigmentos de sangue são metabolizados e absorvidos, em períodos diferentes em diferentes partes do corpo logo após um incidente isolado. Entretanto, caso haja hematomas em estágios diferentes de resolução no mesmo local, tal fato pode sustentar as acusações de abusos repetidos por vários dias.

6.2.4.2 Abrasões

As abrasões são causadas por um golpe de objeto não-cortante ou queda em superfície áspera. Partes da epiderme são raspadas, algumas vezes em linhas, mostrando a direção do impacto. As abrasões geralmente tendem a ocorrer se os tecidos superficiais forem finos, como em cima de um osso, por exemplo.

Durante os dois ou três dias após a lesão, as abrasões produzem um fluido que forma uma camada. Isto torna os ferimentos bastante suscetíveis à infecção, com delongas e problemas no processo de cura. Salvo se as abrasões estiverem bastante grossas, elas curarão com poucas marcas remanescentes, embora possam deixar a área com hiperpigmentação (consulte a seção 6.2.5.2) ou hipo-pigmentação.

As abrasões podem mostrar um padrão que reflete os contornos do instrumento ou superfície que causou a lesão. Por exemplo, cordas podem causar abrasão mais largas do que a própria corda. Quando a força não-cortante é direcionada perpendicularmente à pele sobre as proeminências dos ossos, ela geralmente esmagará a pele naquele ponto. Algumas vezes, se houver algo entre o objeto e a pele, é possível que sua impressão seja observada na pele. Em casos de enforcamento e outros tipos de asfixia por meio de constrição, muitas vezes é possível observar no pescoço uma padronagem nas abrasões..

Muitas vezes, os sobreviventes de tortura podem ser empurrados para fora de veículos em movimento para que deslizem pela rodovia ou para que sejam arrastados pelo chão durante a prisão ou captura. Abrasões extensas podem ser observadas nestes casos, e partículas de sujeira, areia, etc. podem contribuir com uma infecção da abrasão. As mesmas partículas podem ficar incrustadas na pele, deixando uma espécie de efeito ‘tatuagem’ que pode durar anos.

Arranhões são causados por objetos cortantes que produzem cortes superficiais lineares. Padrões identificáveis de arranhões podem ser observados, por exemplo, a partir de unhas.

6.2.4.3 Incisões

As incisões são causadas por objetos cortantes, como garrafas quebradas e lâminas que provocam um ferimento mais ou menos profundo, cortante e bem demarcado. Estes ferimentos devem ser diferenciados das lacerações, quando a pele é rasgada (conforme explicado a seguir). O termo ‘corte’ nunca deve ser utilizado em um relatório, já que coloquialmente significa uma laceração.

Os ferimentos incisionais possuem limites claramente definidos e, em uma inspeção detalhada, pode ser possível verificar que cabelos/pêlos foram cortados. Não existem pontes de tecido (conforme explicado a seguir). O ferimento pode, algumas vezes, apresentar um padrão irregular, o que sugere que não tenha sido causado por um único golpe. Entretanto, como a pele se estica quando é cortado, o tamanho do ferimento não é necessariamente relacionado ao tamanho do implemento utilizado.

Pequenos ferimentos e ferimentos sustentados por tecidos adjacentes cicatrizam na superfície, podendo dificultar sua identificação poucos dias depois do evento. Se o ferimento estiver em uma parte da pele que não possa dar este tipo de sustentação, ele se abrirá. Se não for suturado ou fechado, irá cicatrizar de dentro para fora.

Os ferimentos causados por apunhaladas consistem em incisões profundas, não tão extensas. Devem ser examinados cuidadosamente devido ao risco de lesão em estruturas mais internas.

6.2.4.4 Lacerações

As lacerações são causadas por uma força tangencial, como um golpe ou queda, e produz o rasgamento da pele. As bordas do ferimento tendem a ser irregulares, podendo ainda estar com hematomas e/ou arranhadas. Podem haver pontes de tecido (quando a pele não se separa ao longo da extensão do ferimento).

6.2.4.5 Queimaduras e escaldaduras

As queimaduras geralmente são causadas por calor a seco, mas a pele também pode ser escaldada com líquidos quentes ou queimada com substâncias químicas. As queimaduras são uma das formas de tortura que mais deixa marcas permanentes na pele.

Algumas vezes, mas nem sempre, o formato da lesão revela o formato do objeto que causou a queimadura. O dano causado pelo calor é proporcional à temperatura e duração da exposição. As queimaduras são classificadas em três níveis, de acordo com sua gravidade.

- Superficiais (primeiro grau), onde não há dano permanente na epiderme. Deixam vermelhidões na pele
- Parcialmente profundas (segundo grau), onde parte da epiderme é destruída e pode haver danos a tecidos mais profundos. Deixam lesões úmidas, vermelhas e bolhas, geralmente bastante doloridas
- Profundas (terceiro grau), onde ocorre a destruição completa da epiderme e dano significativo dos tecidos mais profundos. Podem ser tão doloridas quanto as queimaduras de segundo grau. Se as queimaduras cobrirem uma área extensa, o indivíduo pode morrer devido à perda de fluido e ao choque.

Os cigarros são muito utilizados pelos torturadores para infligir dor. A maioria das queimaduras de cigarro são superficiais e somem após algumas horas ou em poucos dias. Elas tendem a ser circulares, com diâmetro de até 1 cm. Causam eritema (vermelhidão da pele) e um círculo edematoso que pode formar uma bolha. Queimaduras mais profundas são causadas quando o cigarro aceso é pressionado contra a pele por um longo período. Neste caso, a lesão é mais profunda e pode haver uma queimadura profunda no centro, com bolhas ao seu redor. Se o cigarro for esfregado na pele, ele deixa uma lesão maior e mais irregular.

Queimaduras de objetos quentes tendem a apresentar o formato da superfície que causou a queimadura. O ferimento se contrai conforme cicatriza, de forma que a lesão pode ser menor que o objeto. Existe um fluxo de fluidos em contato com a pele, e isto pode deixar um padrão distintivo que reflete a postura do sobrevivente na época do incidente. As escaldaduras perdem o calor rapidamente, de forma que a lesão diminui depois do primeiro contato, enquanto as queimaduras com substâncias químicas geralmente são mais extensas. Várias lesões de escaldadura em diferentes partes do corpo indicam a prática de tortura. Uma única queimadura pode ter sido causada por tortura, mas também pode ter sido causada acidentalmente no trabalho, por exemplo, ou em outra circunstância. Um bom histórico profissional do indivíduo é fundamental.

6.2.4.6 Lesões complexas

Muitas lesões apresentam áreas com diferentes tipos de ferimentos. Por exemplo, como observado acima, muitas lacerações apresentam hematomas e arranhões nas extremidades. Ferimentos causados por vidro quebrado podem apresentar indícios de incisão e laceração.

Mordidas tendem a apresentar indícios de laceração e lesão por esmagamento:

1. Mordidas humanas, principalmente de natureza sexual, podem apresentar petéquias devido à sucção. A petéquias ficam óbvias nas 24 horas após o abuso. Marcas de mordidas humanas possuem um formato semi-circular e sem cortes.
2. As mordidas de animais causam ferimentos mais profundos e cortantes. É importante procurar por lacerações causadas pelas presas.

6.2.4.7 Interpretação

Devem ser evitados julgamentos especulativos na avaliação da natureza e idade das lesões traumáticas, já que uma lesão pode variar de acordo com a idade, sexo, condição e saúde do indivíduo, bem como com as características do tecido e gravidade do trauma. Lesões recentes e antigas podem ser observadas em pessoas que tenham um longo histórico de casos de tortura.

Infecção, radiação, corticosteróides, escorbuto (falta de vitamina C), diabete, cirrose hepática, uremia, perda de sangue, frio e choque inibem a cicatrização do ferimento. Os ferimentos cicatrizam mais rapidamente em pessoas mais novas. Os hematomas somem em períodos variáveis, podendo levar dias ou em semanas. Estimar a idade dos hematomas é um dos maiores desafios da medicina legal.

6.2.5 Cicatrização

É comum o profissional de saúde examinar um sobrevivente de tortura meses ou anos depois dos incidentes. Nestes casos, os ferimentos possivelmente já estão cicatrizados, seja em grande ou pequena escala. A cicatrização é influenciada e geralmente prejudicada por vários fatores que podem ocorrer nos locais de detenção, incluindo infecção persistente e sem tratamento; trauma repetido na mesma área; e inanição. Em caso de exame de lesões antigas, é importante obter um histórico detalhado do indivíduo sobre o aspecto agudo da lesão, sobre qualquer tratamento recebido (como suturas, antibióticos) e uma descrição de como o ferimento curou e em quanto tempo. Estas descrições por parte de uma pessoa leiga podem ajudar a corroborar as acusações, já que indicam um fenômeno médico que uma pessoa leiga geralmente não teria conhecimento. Tal descrição da cicatrização pode ainda revelar elementos da detenção que também são deliberadamente negligenciados, como, por exemplo:

- Cuidados médicos inadequados

-
- Instalações precárias de saneamento e higiene
 - Dieta insuficiente ou nutricionalmente deficiente

A cicatrização é uma das constatações físicas mais comuns após o exame tardio de sobreviventes de tortura. A maioria não é específica, mas algumas cicatrizes individuais podem ser úteis na sustentação de um histórico de tortura, bem como o padrão da cicatrização. Algumas vezes o indivíduo pode fotografar as lesões graves, o que pode ser muito útil, permitindo um parecer sobre a causa dos sinais tardios. Entretanto, antes de citar tais fotografias em um parecer, é essencial certificar-se sobre a data das fotos, e de que as mesmas apresentam o indivíduo em questão (consulte a seção 6.6).

Ferimentos profundos (que passam a epiderme) têm duas formas de cicatrização. Quando o ferimento é pequeno e suas bordas são opostas, ele cicatriza de fora para dentro (pela intenção primária). Isto tende a deixar uma cicatriz pequena e regular. Pontos internos de infecção podem se tornar abscessos.

Se este processo não ocorrer, principalmente se o ferimento se abrirá, a cicatrização ocorrerá de dentro para fora (pela intenção secundária). Trata-se de um processo lento e suscetível à infecção, deixando uma cicatriz grande. Quando a cicatriz original estava reta, e principalmente no caso de incisão, a tendência é que ela fique simétrica e com as extremidades curvas, sendo mais larga no meio (cicatriz biconvexa).

A quantidade, posição e tamanho das lesões podem indicar outros aspectos das condições em que o indivíduo estava detido. Por exemplo, se o chão da cela fica alagado por qualquer motivo e se não há acesso a um banheiro e o indivíduo tem que fazer suas necessidades na cela, os detentos terão que sentar ou ficar em pé na água de esgoto. . Nestes casos, pequenos ferimentos, sejam causados por abuso ou acidentalmente, podem se infectar seriamente e deixar muitas cicatrizes pequenas ao redor das pernas ou nádegas. Estas lesões se diferenciam de lesões deixadas por infecções de pele na infância. Todas as cicatrizes devem ser documentadas, inclusive aquelas que o indivíduo tiver certeza que foram causadas em incidentes que não envolvam tortura. Se aqueles detidos em determinados centros apresentarem muito mais lesões com estas do que outros indivíduos com o mesmo histórico social, tal fato deve ser documentado.

Deve ser documentado se a cicatriz tiver marcas de sutura, já que isso demonstra que o indivíduo recebeu tratamento médico. Da mesma maneira, também deve ser documentada a existência de quaisquer cicatrizes que obviamente não receberam cuidados médicos, ou que tenham sido seriamente infectadas. Cicatrizes de cirurgias também devem ser observadas, principalmente se houver qualquer alegação de associação com tortura, como, por exemplo, a remoção de um baço rompido.

As cicatrizes também podem ser auto-infligidas para apoiar um caso médico-legal fraco, mas geralmente são aparentes (consulte a seção 4.6.1), sendo superficiais e facilmente alcançadas pela mão dominante.

Pequenos padrões regulares de cicatrização, principalmente, mas não exclusivamente, em descendentes de africanos, podem representar marcações tribais ou podem ter sido causadas por curandeiros. As marcações geralmente são feitas no rosto. As causadas por curandeiros tendem a ser várias, simétricas e em partes dolorosas do corpo. Contudo, algumas torturas podem produzir pequenos padrões simétricos de cicatrização.

Ferimentos de bala raramente são causados durante a tortura, mas podem ocorrer antes da prisão ou durante uma fuga. Geralmente, conforme a bala entra no corpo, ela deixa um ferimento pequeno e regular, deixando um ferimento maior e irregular ao sair do corpo. Sua aparência depende do tipo e distância da arma. Se houver um ferimento de entrada e não houver de saída da bala, pode ser conveniente providenciar uma radiografia para descobrir se a bala ainda está alojada no corpo (consulte a seção 6.5). Uma foto ou, se uma câmera não estiver disponível, um desenho dos ferimentos pode ser útil no caso da necessidade de um parecer de perito.

6.2.5.1 Quelóide

Quelóides são cicatrizes que ultrapassam os limites do ferimento original. São muito mais comuns em determinados tipos de pele. A patogênese exata é incerta, mas a tendência é provavelmente atribuída à herança hereditária. Pessoas com tendência a quelóide provavelmente terão várias cicatrizes espessas em seus corpos. Estas cicatrizes são mais difíceis de serem atribuídas a acusações específicas de tortura.

6.2.5.2 Hiper-pigmentação pós-inflamatória

A hiper-pigmentação pode ocorrer após a inflamação de peles mais escuras, independentemente da causa. Não ocorre tanto em peles mais claras, nem em peles muito escuras. A hiper-pigmentação retém o formato da inflamação original, o que pode ser importante para fins legais. Por exemplo, hematomas paralelos clássicos (linhas paralelas de hematomas após um golpe de bastão ou objeto semelhante, por exemplo – consulte a seção 6.2.4) ou a inflamação de queimaduras podem deixar padrões distintivos de hiper-pigmentação. A hiper-pigmentação pode durar entre cinco e dez anos.

Chicotadas podem deixar marcas de hiper-pigmentação, principalmente em peles mais escuras. Estas lesões são raramente confundidas com *estrias* (consulte a seção 6.3.4). As *estrias* são causadas por um ganho ou perda repentino de peso, também observadas em alguns ex-detentos. Tendem a ser irregulares, e não lineares, possuindo uma distribuição bem reconhecida.

Padrões menos regulares de hiper-pigmentação são observados depois de abrasões, principalmente, mais uma vez, em peles mais escuras. Cordas ou algemas podem deixar marcas ao redor dos punhos, e as marcas deixadas por queimaduras causadas por cordas podem ser observadas em outras partes do corpo que o indivíduo foi amarrado ou suspenso. Estas lesões são raramente patognômicas individualmente, mas os locais e a distribuição das marcas podem sustentar o histórico de tortura.

Como a hiper-pigmentação pode ocorrer logo após uma inflamação, qualquer outra causa de inflamação pode causar um padrão semelhante. Por exemplo, linhas de pigmentação acentuada ocorridas após uma dermatite irritante do contato com galhos de plantas podem ser confundidas com linhas semelhantes ocorridas depois de chicotadas (embora não seja desconhecido que vítimas são chicoteadas com galhos de plantas irritantes como forma de maus-tratos).

6.2.6 Lesões na cabeça e epilepsia pós-traumática

Traumas na cabeça são uma das formas mais comuns de tortura. Até pequenos traumas repetitivos na cabeça podem causar lesões permanentes nos tecidos cerebrais. Isto pode causar uma deficiência física permanente. Lacerações e abrasões na cabeça e suas conseqüências devem ser documentadas.

Os sobreviventes de tortura geralmente relatam que estavam inconscientes em alguns momentos, sendo impossível para eles poder saber o que aconteceu, salvo se houver uma testemunha confiável. É necessário tentar fazer uma diferenciação entre perda de consciência depois de golpes na cabeça, epilepsia pós-traumática (conforme explicado a seguir), asfixia (consulte a seção 6.3.4), dor e exaustão ou qualquer combinação.

Muitas vítimas de tortura sofreram golpes na cabeça, e muitos reclamam de dores de cabeça persistentes ou recorrentes, tenham eles sofrido lesões na cabeça ou não. Em geral, as dores de cabeça são psicossomáticas ou oriundas de dor de cabeça tensional (consulte a seção 6.2.2). Em alguns casos com histórico de golpes repetidos na cabeça, é possível haver áreas de hiperestesia (sensibilidade excessiva da sensação neurológica) e algum engrossamento do escalpo do tecido da cicatriz.

A agitação violenta da parte superior do corpo tem sido relatada como uma forma de tortura (tanto quanto uma forma de abuso infantil). Os sobreviventes se queixam de fortes dores de cabeça e mudanças persistentes na função cognitiva. Nestes casos não há lesões visíveis. A agitação pode levar à morte como consequência de edema cerebral e sangramento subdural. Hemorragias retinianas foram observadas em exames post mortem e quando observadas em crianças, são um forte indício de lesões por agitação.

Pode haver concussões convulsivas logo após uma lesão grave na cabeça, sem que isso necessariamente implique em epilepsia. As convulsões nas primeiras semanas após uma lesão grave na cabeça tendem a ser tônicas-clônicas. Elas podem voltar por até um ano ou mais, mas geralmente não são permanentes. Lesões graves na cabeça que levam a lesões cerebrais, principalmente no lóbulo temporal, podem causar convulsões que se iniciam meses ou anos após o incidente. Estas convulsões consistem nas crises parciais complexas.

Tipicamente (mais de 90% dos casos), as crises parciais complexas se iniciam com uma aura (uma sensação estranha que precede a convulsão). Esta sensação é seguida por uma ausência que pode durar até dois minutos. Movimentos automáticos e coordenados, principalmente estalos com os lábios, foram relatados. Geralmente depois destes eventos há um período de alguns minutos de desorientação. A aura é geralmente descrita como uma sensação estranha no estômago, ou a sensação de aromas ou gostos bizarros. Estas sensações devem ser diferenciadas do fenômeno do TEPT (consulte a seção 6.2.2), onde a pessoa sempre pode ser despertada e nunca perde a consciência totalmente.

Na maioria dos países a prevalência da epilepsia na população é de 2%. Aproximadamente 65% dos casos de epilepsia se devem a crises parciais complexas. A causa das crises parciais complexas é desconhecida em 45% dos casos. Eventos traumáticos incluindo aqueles ocorridos no nascimento respondem por 3%. A probabilidade de se adquirir epilepsia após uma lesão na cabeça depende da gravidade da lesão (consulte a tabela).

Nível da Lesão	Perda de consciência	Risco relativo de epilepsia	Duração de risco aumentado
Baixo	< 30 minutos	1,5 (50% de aumento)	5 anos
Moderado	< 24 horas	2,9 (três vezes)	
Alto	> 24 horas	17,2 (17 vezes)	20 anos

Sobreviventes de tortura raramente dão um relato preciso de suas lesões na cabeça, e salvo haja uma referência externa, não podem saber por quanto tempo ficaram inconscientes. Um dos problemas de se atribuir a epilepsia a um trauma na cabeça é que raramente existem informações sobre o estado neurológico do indivíduo antes do incidente.

6.2.7 Fraturas

Espancamentos e quedas podem resultar em fraturas de ossos. No pior caso, é geralmente possível diagnosticar uma fratura clinicamente se não houver equipamentos de raio-x disponíveis.

As fraturas podem ser causadas por um golpe direto, caso em que a fratura ocorre no lugar do impacto, ou por torção ou esmagamento, caso em que a fratura tende a ocorrer na parte mais fraca do osso. As fraturas mais comuns em sobreviventes de tortura são nos ossos nasais; no rádio e ulna (ossos do antebraço); no carpo, metacarpo e nos ossos das falanges da mão; nas costelas; nos processos transversos das vértebras e no cóccix, abaixo da pelve. (Para maiores informações, consulte o Protocolo de Istambul, seção 8.2)

Se as fraturas tiverem uma boa cicatrização, não há como saber se foram causadas por tortura ou acidentalmente. Entretanto, o fato da lesão poder ser demonstrada pode fortalecer o relato do indivíduo. Pode ainda ser relevante se houver várias fraturas em diferentes fases de cicatrização. Se a fratura tiver uma cicatrização irregular, ou se ficou cronicamente infectada, pode sustentar a alegação de tratamento inapropriado na época da lesão original. Se houver qualquer raio-x da época, as imagens atuais (se houver equipamento de raio-x disponível) podem ajudar a determinar há quanto tempo ocorreu a lesão.

Se uma pessoa alegar que um osso foi fraturado durante tortura e houver um calo palpável, tal fato deve ser suficiente para a documentação. As imagens de raio-x normalmente não adicionam muito. Em geral, mesmo com o raio-x, só é possível afirmar que um osso foi fraturado em um intervalo de tempo relativamente grande, e raramente a fratura é causada por tortura. Fraturas mal-unidas são um bom sustento para o relato de história de tortura sem tratamento médico imediato.

6.2.8 Lesões nas articulações

Muitas formas de tortura envolvem lesões nas articulações. De fato, a palavra ‘tortura’ vem do latim *torquere* (torcer), pois muitas torturas envolviam a distensão e torção de articulações.

A suspensão também é uma forma de tortura, onde o indivíduo é levantado e pendurado pelos braços ou punhos. O peso do corpo distende as articulações do ombro, causando dor. Em uma outra versão, a ‘suspensão palestina’ (também conhecida como ‘enforcamento palestino’), os braços ficam atrás das costas, aumentando a força nas articulações dos ombros e estirando os nervos que correm até os braços (conforme descrito a seguir).

Outras formas de lesões nas articulações são específicas em determinadas partes do mundo. Por exemplo, os joelhos podem ser forçosamente dobrados para trás em volta de um rolo pesado, por exemplo, causando lesões permanentes nos ligamentos; ou as coxas podem ser forçosamente afastadas uma da outra, lesionando os tendões adutores (tendões que correm pelos músculos que separam as coxas), que podem ficar sensíveis por muito tempo.

6.2.9 Lesões dos nervos

Muitas formas de tortura podem causar lesões nos nervos, inclusive lesões por distensão associadas a lesões das articulações e lesões físicas de fraturas e incisões. A velocidade de resolução da lesão do nervo é relativamente previsível, de forma que um perito pode determinar a época aproximada da lesão original a partir de uma série de exames durante vários meses.

A ‘suspensão palestina’ pode levar a uma neuropatia do plexo braquial, principalmente se tiver sido prolongada. Pode haver sinais residuais desta prática, se ainda estiverem presentes depois de dois anos provavelmente serão permanentes. O ‘arqueamento’ da escápula deve ser observado (a pessoa deve ficar contra a parede e os ombros devem ser observados por trás). Os sobreviventes podem relatar estar sentido fraqueza nos músculos associada a uma perda de certos movimentos, que se recuperaram progressivamente durante um período de tempo. Se o indivíduo não tiver acesso a informações sobre os processos clínicos envolvidos, esta descrição pode ser bastante substancial para as alegações de tortura. Geralmente fica alguma dor ao redor do peito e das articulações dos ombros, que pode ser parcialmente ou completamente física, ou ainda psicossomática.

As lesões dos nervos periféricos das mãos e pés também podem ser identificadas após o uso prolongado de meios de restrição (fios, cordas, algemas, etc.) nos punhos ou tornozelos. Podem haver alterações de ordem motora e sensorial, temporárias ou mesmo permanentes, no caso de aperto excessivo e prolongado. Estas lesões costumam ser denominadas ‘neuropatias’ relacionadas ao uso de algemas.

6.2.10 Lesões elétricas

Durante anos os choques elétricos vêm sendo amplamente utilizados pelos torturadores, pois causam dor incômoda e raramente deixam sinais físicos visíveis. O equipamento utilizado pode variar desde um simples magneto de um antigo telefone militar ou um par de fios desencapados em uma tomada elétrica, até complexas máquinas de choque.

Os magnetos geralmente são dispositivos estimulados manualmente e que criam uma corrente contínua (CC) relacionada à velocidade em que o rotor gira – dando oportunidade de ameaçar a vítima. Fontes de corrente elétrica podem ser transmitidas por fios desencapados em contato com a pele que antes fora coberta com água. Algumas vezes são utilizados cliques, que podem causar pequenas lacerações quando puxados, já que a vítima se sacode com a força da corrente. Alguns torturadores utilizam sistemas fixos com comutadores ou alavancas que também podem ser utilizados para aumentar a ameaça de tortura.

Dispositivos operados por baterias, mesmo sendo portáteis, podem transmitir uma alta voltagem em corrente contínua ou alternada. Bastões de choque elétrico estão sendo substituídos por vários instrumentos, como escudos de choque, cintos de choque por controle remoto e *tasers*, muitos dos quais originalmente desenvolvidos para as forças de polícia.

A tortura elétrica usa a propriedade da corrente elétrica para causar dor: no corpo, a corrente percorre os nervos e vasos sanguíneos, por serem caminhos de menor resistência. Conforme a corrente circula, ela causa contrações nos músculos envolvidos e grande dor. Estas contrações podem deslocar articulações e, se os músculos do peito forem envolvidos, causar dificuldades de respiração. Se a corrente passar pelo coração pode haver arritmias (batimento cardíaco irregular) e até mesmo morte súbita. Os torturadores aplicam a eletricidade nas partes mais vulneráveis e íntimas do corpo. Órgãos genitais e seios são alvo comum e as vítimas têm sua capacidade reprodutiva ameaçada. Quando a corrente envolve os

músculos que controla a urinação e defecação, estas funções podem ocorrer sem que a pessoa possa exercer qualquer controle. A boca é muito sensível e também outro alvo freqüente.

Áreas de vermelhidão podem persistir por semanas. Ocasionalmente os eletrodos podem deixar pequenas queimaduras, provavelmente devido às faíscas. Estas lesões tendem a ser circulares e com menos de 0,5 cm de diâmetro, também podendo criar hiper-pigmentação (consulte a seção 6.2.5.2). Entretanto, como estas lesões são pequenas, sua identificação pode ser difícil. Embora não sejam específicas, elas podem corroborar as alegações de tortura com choque elétrico, principalmente se forem verificadas em determinadas partes do corpo. Estudos demonstram mudanças distintivas nas células sob o local do choque, vistas através de microscópio, mas tais investigações somente devem ser conduzidas se forem essenciais para o caso jurídico.

6.3 Pedido de exame

Sempre que possível, é conveniente realizar um exame completo do paciente, incluindo os sinais vitais e um exame antropométrico e físico, onde sejam documentadas as lesões causadas por maus-tratos como parte do procedimento.

6.3.1 Avaliação psicológica

A tortura sempre apresenta um componente psicológico, bem como físico, e em muitos casos o estado psicológico consistirá na parte mais importante do exame. Embora muitos perpetradores deliberadamente tentem destruir a estabilidade mental do sobrevivente, algumas vezes o dano psicológico é uma conseqüência não planejada da criação de medo através do abuso físico. Parte do sofrimento psicológico é causado por fatores como perda de controle, desconfiança, falta de crença no mundo como um lugar justo, bem como sentimentos de culpa quando outras pessoas também são submetidas a tortura.

Durante a preparação do histórico, o estado mental anterior e atual do indivíduo deve ser avaliado. Peça, por exemplo, para ele/a falar sobre um dia típico, visitas a médicos, sobre a ida para a escola ou trabalho e socialização. O sofrimento pode ser visível em alguns indivíduos, exibido abertamente, enquanto outros podem tentar esconder, geralmente ao ponto de se apresentar de forma indiferente.

A tortura tem diferentes efeitos nas pessoas, pois os contextos sociais, culturais e políticos variam muito (conforme elucidado acima). Os efeitos podem ser influenciados por muitos fatores inter-relacionados, que incluem, mas sem limitação, os seguintes (adaptado da publicação *The Medical Documentation of Torture* – consulte a seção 8.2):

- Circunstâncias, gravidade e duração da tortura
- Significado cultural da tortura/trauma e significado cultural dos sintomas
- Idade e fase de desenvolvimento do indivíduo
- Vulnerabilidades genéticas e biológicas do indivíduo
- Percepções e interpretações de tortura por parte do indivíduo
- Contexto social antes, durante e depois da tortura
- Valores comunitários e atitudes
- Fatores políticos
- Histórico anterior ao trauma
- Personalidade pré-existente
- Consumo indevido de álcool ou drogas.

A avaliação psicológica de um sobrevivente de tortura, como todas as avaliações clínicas, tem duas partes. Primeiramente, deve haver uma discussão sistemática dos sintomas, incluindo distúrbios do sono, mudanças de comportamento e humor. Alguns destes elementos podem ser corroborados por parentes ou por aqueles que moram junto com o indivíduo. Em segundo lugar, o profissional da saúde deve estar sempre ciente do comportamento do indivíduo e de como ele pode mudar quando determinados tópicos são discutidos. Assim, é possível chegar a um nível de objetividade na avaliação psicológica.

A maioria dos sobreviventes de tortura descreve uma diversidade de sintomas psicológicos, embora não percebam tais sintomas como complicações médicas. Os sintomas psicossomáticos são particularmente comuns, mas muitos sobreviventes vêm de culturas em que o conceito ocidental de divisão entre corpo e mente não existe. Os sintomas incluem distúrbios do sono, principalmente ficar deitado acordado e preocupando-se, acordando com pesadelos quando finalmente conseguem dormir. Algumas vezes pode ser difícil diferenciar pesadelos de memórias intrusivas. Sentimentos de depressão e ansiedade são comuns, embora possam ser uma consequência de experiências pós-tortura ou de não-tortura, como de se tornar um refugiado. Podem ocorrer mudanças no comportamento para evitar estímulos que lembrem o trauma. Com base nos sintomas descritos pelo indivíduo, é muito possível estabelecer o fator que desencadeou o problema.

A tortura nem sempre produz problemas psicológicos persistentes. Assim, da mesma forma que sobreviventes de tortura podem não ter problemas físicos identificáveis, se um indivíduo não tiver problemas mentais, isto não significa que a tortura não ocorreu. A ausência de constatações físicas ou psicológicas não pode sustentar nem declinar as acusações de tortura de um indivíduo.

O impacto psicológico dos maus-tratos depende muito da consciência anterior do indivíduo. Uma pessoa politicamente ativa pode ser capaz de passar por uma tortura substancial sem necessariamente desenvolver sintomas psicológicos persistentes, já que pode ter antecipado a experiência, colocando o episódio em um contexto pessoal e político. Entretanto, uma pessoa que tenha sido presa simplesmente por estar no lugar errado na hora errada pode não sofrer tantos maus-tratos, mas mesmo assim pode ficar devastada com a experiência, já que o incidente não foi antecipado e a pessoa não tinha o amparo de uma ideologia política ou motivo religioso.

Um aspecto da tortura difícil de vencer é a completa imprevisibilidade dos eventos. Alguns perpetradores deliberadamente mudam a rotina para que os sobreviventes nunca saibam o que esperar. O método contrário também é utilizado, com os torturadores abusando das vítimas sempre nas mesmas horas de cada dia.

Os mesmos sintomas provavelmente ocorrem em sobreviventes de tortura com perfis sócio-culturais diferentes, mas a tortura tem significados sociais e políticos exclusivos para cada indivíduo. Isto afetará a habilidade do indivíduo em descrever as experiências e o impacto psicológico causado pela tortura. Portanto, os sintomas que o profissional de saúde está buscando podem não ser os sintomas que preocupam o indivíduo, e ele/a podem não interpretar tais sintomas de forma biomédica. Por exemplo, memórias intrusivas podem ser interpretadas como uma experiência sobrenatural. Portanto, o questionamento do profissional de saúde deve incluir a crença do indivíduo em suas experiências e nos significados de seus sintomas.

O exame do estado mental se inicia no momento em que o profissional da saúde se encontra com o sujeito. O entrevistador deve reparar a aparência da pessoa (sinais de desnutrição, falta de limpeza), mudanças na atividade motora durante a entrevista, uso do idioma, presença de contato visual, bem como a habilidade de se relacionar com o entrevistador (consulte o Quadro 3 abaixo).

Breve exame de estado mental

- Aparência – da pessoa, roupas, marcas
- Comportamento sob observação (a pessoa parece perplexa, por exemplo)
- Avalie o discurso – forma, conteúdo, fluidez
- Procure sinais de presença de álcool, drogas, doenças
- Humor, subjetivo conforme descrito pelo paciente, objetivo (afeto) conforme observado pelo examinador
- Processos mentais (ilusão, obsessões, idéias de desespero, ruminações mórbidas, etc.)
- Percepção, ilusões e alucinações (auditivas, visuais, olfativas e somáticas)
- Função cognitiva (por exemplo, orientação, tempo, lugar, pessoas, memória de curto e longo prazos)
- Consciência (quão ciente está o paciente de seus problemas psicológicos)

QUADRO 3

A interpretação das constatações clínicas é uma tarefa complicada. As perguntas a seguir podem ajudar a chegar a conclusões (adaptadas do Protocolo de Istambul, conforme a seção 8.2):

1. As constatações psicológicas são consistentes com as alegações de tortura?
2. Há alguma expectativa quanto a constatações psicológicas ou reações típicas ao estresse extremo no contexto cultural e social do indivíduo?
3. Devido ao curso flutuante dos transtornos mentais traumatológicos ao longo do tempo, qual é o intervalo de tempo em relação aos eventos de tortura? Qual é o estágio de recuperação em que está o indivíduo?
4. Quais são os estresses co-existentes que assolam o indivíduo (por exemplo, perseguição, migração forçada, exílio, perda da família e papel social)? Quais os impactos destes fatores sobre o indivíduo?
5. Quais condições físicas contribuem com o quadro clínico? Dê atenção especial a lesões da cabeça sofridas durante a tortura e/ou detenção.
6. O quadro clínico sugere uma alegação falsa de tortura?

6.3.2 Membros superiores

Pequenos ferimentos no dorso das mãos podem ter sido causados por socos ou golpes. Ferimentos na parte externa do antebraço podem indicar lesões de defesa. A parte interna do antebraço não-dominante é o local mais comum em que os ferimentos auto-infligidos são realizados. (Consulte a seção 4.6.1). Abrasões superficiais ou vermelhidão ao redor dos punhos podem ter sido causados por algemas ou cordas muito apertadas. Em um estágio mais avançado, há perda de cabelo/pêlos e pode haver hiper-pigmentação (consulte a seção 6.2.5.2).

As unhas das mãos e dos pés podem ser arrancadas ou esmagadas durante a tortura, sendo a última de aparência indistinguível se decorrente de infecção ou trauma acidental. Cicatrizes de vacinação devem ser registradas para garantir que não sejam atribuídas a maus-tratos.

6.3.3 Cabeça e pescoço

Lesões no rosto são particularmente estressantes para sobreviventes de tortura, pois são uma lembrança constante do episódio. A maioria das cicatrizes traumáticas no rosto tendem a ser relativamente pequenas, e as cicatrizes de acne e catapora, bem como marcas tribais, não devem ser confundidas.

As lesões são comuns em pontos mais proeminentes, principalmente nas sobrancelhas e bochechas. Estas lesões podem ser associadas a uma fratura do osso malar (bochecha). Hemorragias subconjuntivais (sangramento verificado na parte branca do olho) devem ser anotadas. Algumas vezes as vítimas podem se queixar de inflamação no olho após um histórico de detenção por longo período em celas escuras; nos exames geralmente fica aparente apenas uma vermelhidão dos olhos.

Hematomas e cicatrizes no escalpo podem ser difíceis de serem encontradas, principalmente se o cabelo for grosso. Os hematomas normalmente tendem a ser sensíveis ao toque. Dentes quebrados ou faltantes também são mostrados como prova de abuso, mas onde a higiene bucal é precária, tal sinal é de pouca valia. Petéquias do palato pode ser indicio de sexo oral forçado (consulte a seção 6.4). Tapas na orelha podem lesionar o tímpano. Entretanto, a constatação de cicatrizes na membrana do tímpano não exclui a possibilidade de infecções na infância do paciente.

6.3.4 Peito, costas e abdômen

As lesões no tronco, como em todas as partes do corpo, podem ser acidentais ou auto-infligidas, ou resultantes de tortura. Os efeitos tardios de golpes como chicotadas e espancamento com porretes podem incluir linhas de hiper-pigmentação bem como cicatrizações. Muitas vezes os torturadores colocam pequenos pedaços de metal nos chicotes ou pregos nos porretes, e estes podem deixar uma aparência distinta.

As *striae ditensae* (estrias) são mais comuns no abdômen (principalmente após a gravidez), parte inferior das costas, parte superior das coxas e ao redor das axilas. São linhas hiper-pigmentadas nas quais a pele pode ficar dobrada. Não devem ser confundidas com cicatrizes de chicotadas. Nas estrias a pele está intacta. Elas podem ser um indicio de perda de peso considerável, como na detenção, por exemplo, (consulte a seção 6.2.5.2)

Os sobreviventes de tortura normalmente se queixam de dores não-específicas, e o peito é um local comum de dor. Dificilmente há algo relevante para ser constatado em um exame, salvo talvez algumas áreas mais sensíveis nas articulações das cartilagens costais (articulação entre a costela e o esterno). A dor é geralmente amenizada com fisioterapia. Os pacientes com fraturas graves nas costelas devem ser cuidadosamente examinados para garantir que os tecidos adjacentes não estejam lesionados.

Dores nas costas são comuns em sobreviventes de tortura, podendo haver alguns locais mais sensíveis na coluna lombar. Entretanto, estas constatações não são específicas e ocorrem amplamente na população em geral. Fraturas nos pedículos vertebrais (partes da vértebra que saem do corpo principal) podem ser resultantes de força não-cortante e, em alguns casos, a radiografia das vértebras pode indicar fraturas recentes ou cicatrizadas.

A asfixia parcial é muito assustadora para a vítima e os torturadores possuem muitas maneiras de empregá-la. Podem ser utilizados sacos plásticos ou outros objetos fechados na cabeça da pessoa, submersão da cabeça em água, forçar objetos na boca, como um pano molhado, por exemplo. Algumas vezes usam pimenta, petróleo ou esgoto. As vítimas podem ser expostas em um espaço confinado com fumaça ou gás lacrimogênio. Muitos sobreviventes dão relatos de uma tosse seca persistente por alguns dias ou mesmo semanas, provavelmente resultante de pneumonia por inalação (inflamação dos pulmões). Alguns sobreviventes alegam que contraíram asma desde o incidente, mas fica muito difícil demonstrar a causa. O exame dos pulmões e testes da função respiratória geralmente são normais.

Ferimentos causados por incisão podem ser confundidos com ferimentos cirúrgicos, incluindo drenos cirúrgicos, e vice-versa. Se o ferimento não tiver sido devidamente suturado, aumenta a probabilidade não ter sido realizado cirurgicamente. O local do ferimento sempre ajuda. Falha renal devido à síndrome do esmagamento pode ser claramente observada após vários espancamentos, queimaduras graves e tortura elétrica.

6.3.5 Membros inferiores

Cicatrizes nos joelhos e canelas são comuns em muitas pessoas, principalmente em quem praticou esportes de contato. Portanto, lesões nesta parte do corpo raramente são relevantes, embora possam ser consistentes com as alegações de tortura (consulte a seção 4.6). Além disso, úlceras tropicais na infância podem deixar cicatrizes grandes e irregulares geralmente na parte inferior das pernas. Lesões na parte superior das coxas e principalmente na parte interior são bem mais importantes, pois são menos prováveis de terem sido causados por doença ou acidente.

A falaca (instrumento para espancamento dos pés) é um método comum de tortura, principalmente na região do Mediterrâneo e no Oriente Médio. Os sobreviventes geralmente descrevem dor e pés inchados por dias ou semanas depois da tortura. Alguns ainda descrevem dores ao andar vários anos depois, ou queimação dos pés até a panturrilha ou mesmo coxa, quando deitados. Pode ainda haver sensibilidade na sola do pé e palpitação. Entretanto, as síndromes reconhecidas da lesão permanente no pé provavelmente ocorrem somente nos pés que foram espancados mais severamente.

6.4 Abuso sexual

O abuso sexual é provavelmente comum em todo o mundo como forma de tortura, só que menos amplamente discutido. Os perpetradores geralmente alegam que a tortura é necessária para a obtenção de informações, mas o abuso sexual sugere um motivo para rebaixar, humilhar e intimidar não apenas a vítima, mas geralmente a família e até mesmo uma comunidade maior. Os sobreviventes de abuso sexual geralmente não desejam revelar o abuso abertamente. Em muitas culturas, as vítimas são culpabilizadas, mesmo considerando que estavam impotentes na hora do incidente. Isto torna ainda mais improvável que elas testemunhem contra seus torturadores.

Todas as formas de tortura incluem um elemento de humilhação. Embora o número de mulheres detidas seja muito menor do que o de homens, as mulheres que foram submetidas à tortura na detenção são desproporcionalmente suscetíveis a abusos sexuais e estupro. Caso não tenha havido outro tipo de tortura, isto pode ser muito difícil de documentar, já que o parecer deve se basear no sofrimento da mulher e em sua descrição do que ocorreu com ela e dos sintomas psicológicos. Cerca de 25% dos sobreviventes homens de tortura foram vítimas de abuso sexual. Se existirem sinais físicos conclusivos de outras formas de tortura, o sobrevivente pode não revelar o abuso sexual. É necessário estar

sensível a isto durante a obtenção do histórico, uma vez que é importante para o profissional de saúde que tratou o indivíduo ter conhecimento do abuso.. (consulte a seção 5.3.2 sobre as considerações de sexo).

Crianças também podem ser vítimas de estupro e abuso sexual. Até crianças mais velhas podem não ter consciência do que ocorreu com elas, não podendo ser capazes de dar um relato coerente de sua experiência. Desenhos e, se possível, bonecos podem ajudá-las a explicar o ocorrido quando a criança ainda não tiver a comunicação necessária ou o devido entendimento do fato. É ainda mais importante que os exames sejam feitos por alguém experiente na área.

O abuso sexual geralmente ocorre no contexto da detenção e de maus-tratos. Vários padrões podem ser observados. Em um deles, os órgãos genitais são tratados como qualquer outra parte do corpo, sendo agredidos juntamente com as outras partes com o objetivo de causar dor e sofrimento. A aplicação de choques elétricos nos órgãos genitais é apenas outra forma de causar forte dor.

Em outro padrão, principalmente em sociedades em que a atividade sexual extra-matrimonial é um tabu, a vítima pode ser criticada pelo ato sexual, mesmo se perpetrado quando a pessoa estava inconsciente. Isto já é um impedimento para que a pessoa revele o assunto, e uma ameaça de divulgar o estupro por parte do perpetrador pode representar um grande sofrimento para a vítima. O abuso sexual e o estupro têm como objetivo maximizar as humilhações e a dor da tortura.

Um terceiro padrão ocorre quando os detentos são tratados como prêmios. Os guardas, geralmente embriagados, abusam e estupram os detentos. Embora esta atividade seja considerada como se os guardas estivessem agindo para sua própria gratificação, ela é geralmente sistemática e generalizada, fazendo parte da humilhação dos detentos.

O abuso sexual obviamente não se trata de um simples abuso físico do indivíduo, e em muitos casos é o dano psicológico que deixa as piores seqüelas. Em geral os abusos sexuais são acompanhados por ameaças diretas ou indiretas. No caso de mulheres, a ameaça pode ser de gravidez. Para os homens, os perpetradores podem ameaçar (incorretamente, mas geralmente deliberadamente) que a vítima ficará impotente ou estéril. Para ambos os sexos existe a ameaça de contração de HIV ou outras doenças sexualmente transmissíveis (DST) e normalmente a ameaça ou medo de que a humilhação ou abuso sexual ou estupro resultarão no seu afastamento da sociedade ou até mesmo no impedimento do indivíduo de se casar e começar uma família.

Os abusos sexuais podem ser classificados como:

- Agressão aos órgãos genitais
- Choques elétricos nos órgãos genitais e no ânus
- Atos sexuais forçados em si ou em/com outrem
- Objeto inserido na vagina (em mulheres)
- Objeto inserido meato uretral (em homens)
- Objeto inserido no ânus
- Pênis inserido à força na boca
- Pênis inserido à força no ânus
- Pênis inserido à força na vagina (em mulheres).

O termo ‘estupro’ sempre significa o último caso listado acima, mas em muitas jurisdições pode ter mais de um desses significados. Se este termo for utilizado, o ato deve ser especificado.

Assim, ao examinar um indivíduo que possa ter sido vítima de abuso sexual, o profissional de saúde deve estar ciente e ter sensibilidade em relação ao desconforto que o indivíduo pode estar passando, devendo anotar considerações sobre sexo e cultura e sobre a possibilidade de acompanhantes (consulte as seções 5.2.2, 5.3.2, 5.3.3, 5.5.2 e 6.2.1).

6.4.1 Exame de mulheres

Lesões nos seios, principalmente de mordidas, devem ser questionadas em mulheres que tiverem sido vítimas de abuso sexual. Ao examinar as pernas, a parte interna das coxas deve ser verificada cuidadosamente. Quando as mulheres tiverem suas pernas forçosamente afastadas uma da outra, podem existir hematomas, arranhões, queimaduras de cigarro, incisões e outros ferimentos, ou suas conseqüências tardias.

O exame vaginal é geralmente realizado na última parte do exame físico. O médico deve obter o consentimento específico antes do exame genital, mesmo se já houver consentimento para o exame físico. Uma notificação prévia sobre a intenção de realizar um exame físico detalhado, que pode incluir um exame genital, pode tranquilizar o indivíduo e ajudar a obter seu consentimento com conhecimento de causa. Uma explicação clara e direta do motivo do exame genital deve ser dada enquanto a vítima ainda estiver vestida. As vítimas de estupro em particular podem se sentir impotentes e talvez sintam que não podem recusar um pedido do médico, que deve envidar seus melhores esforços para garantir que qualquer consentimento dado seja real e com conhecimento de causa.

Se a vítima recusar o consentimento, o médico deve registrar quaisquer observações relevantes sobre o sofrimento da vítima, como constrangimento ou medo. Não é aconselhável tirar conclusões sobre uma recusa de consentimento para exame genital. Deitar de bruços em uma mesa de exame, exposta e com as pernas abertas na frente de um estranho, pode desencadear fortes lembranças do estupro. A vítima pode ficar ansiosa, e a vergonha pode ser profunda, fazendo com que o exame fique insuportável para a pessoa.

Se o consentimento com conhecimento de causa for obtido, a mulher deve se sentir confortável e confiante e os procedimentos a serem realizados devem ser esclarecidos. O órgão genital deve ser examinado para a verificação da presença de hímen, probabilidade de gravidez, bem como quaisquer indícios de mutilação genital. Existe descarga ou sensibilidade vaginal, ou espasmo dos músculos vaginais?

É importante discutir assuntos de gravidez e contracepção de emergência se a mulher estiver sendo examinada logo após o estupro, e independentemente do período passado desde o abuso, doenças sexualmente transmissíveis (principalmente gonorréia, clamídias, sífilis e tricomoníase) e outras doenças infecciosas, como hepatite B (HBV) e HIV (conforme descritas a seguir), devem ser consideradas e tratadas, se presentes, e se as dependências necessárias estiverem disponíveis. No caso de ocorrência de estupro nas últimas setenta e duas horas, deve ser considerada a administração de profilaxia pós-exposição (PEP) e anti-retroviral (ARV) para a prevenção de infecção por HIV, e isto depende de uma avaliação detalhada da natureza do abuso sexual. O risco de infecção por HBV deve ser avaliado e a necessidade de imunização determinada.

Algumas mulheres são estupradas persistentemente por longos períodos, o que aumenta a probabilidade de gravidez; em alguns casos as mulheres são detidas até que seja muito tarde para considerar a interrupção da gravidez (se for uma

opção). Nestes casos, exames pré-natais de rotina devem ser realizados, inclusive ultra-sons, se possível. Isto permite que seja estimado o tempo de concepção.

6.4.2 Exame de homens

Como as mulheres, os genitais masculinos devem ser examinados por último. . A pele do órgão masculino é grossa e ferimentos são indícios de que força considerável foi utilizada. Os ferimentos podem apresentar cicatrizes relativamente pequenas. Portanto, é necessário examinar a área cuidadosamente se houver qualquer histórico de lesão, ou no caso de eletricidade aplicada através de cliques. No caso das mulheres, a parte interna das coxas também pode apresentar lesões.

Homens vítimas de abuso sexual na detenção podem desenvolver ereção e algumas vezes ejacular. Isto geralmente é muito constrangedor. Pode ser uma resposta psicológica a um estímulo na próstata depois da penetração anal e/ou a uma consequência do despertar emocional de raiva, medo e dor. Os sobreviventes devem ser esclarecidos que isto pode acontecer a qualquer um, independentemente de sua orientação sexual.

Como nos abusos sexuais de mulheres descritos acima, os homens vítimas de abuso sexual também devem ser examinados para a profilaxia de doenças sexualmente transmissíveis, hepatite B e HIV.

6.4.3 Exame perianal

O exame do paciente que alega ter sido vítima de tortura sexual não é tecnicamente diferente de um exame ano-genital geral. O aspecto essencial, até maior do que para outras finalidades médicas, é ganhar a confiança do indivíduo. Nesta altura o profissional de saúde já deve ter realizado uma entrevista e um exame físico geral.

Seguindo um histórico mais genérico, as perguntas devem ser feitas sobre a função urinária após o(s) evento(s). Alguns sobreviventes de tortura descrevem hematúria por aproximadamente dois dias, geralmente depois de espancamentos ou choques elétricos nos órgãos genitais, embora algumas pessoas possam apresentar hemoglobinúria (hemoglobina na urina) de espancamentos em outras partes do corpo. No caso de inserção de objeto no ânus, inclusive estupro anal, geralmente há sangramento e dor por alguns dias depois do evento, mas estes sintomas normalmente não duram mais do que duas semanas.

Em geral, a inspeção visual da região ano-genital é suficiente para a identificação de cicatrizes e outras lesões da pele. O foco do exame depende do histórico.

O estupro anal ou a introdução de objetos no ânus em qualquer um dos sexos pode algumas vezes deixar cicatrizes. Cicatrizes de hemorróidas ou fissuras anais são observáveis em uma proporção da população geral, mas também podem ser relacionadas à constipação devido a uma pobre dieta prisional. Se o profissional da saúde observar cicatrizes em uma parte incomum do ânus ou cicatrizes que sejam maiores do que o normal em fissuras anais, tais sintomas devem ser enfatizados.

É melhor examinar o ânus com o paciente deitado sobre seu lado esquerdo. As nádegas podem ser gentilmente separadas para verificar a presença de qualquer cicatrizaçã perianal. Só é necessário examinar o tônus do esfíncter anal se o sobrevivente tiver sido vítima de abuso anal repetidamente. Se o paciente apresentar sangramento persistente após a

introdução de um objeto em seu ânus, podem haver cicatrizes na mucosa retal, o que pode ser examinado através de retoscopia.

A possibilidade de doenças sexualmente transmissíveis depois do estupro deve ser considerada e os protocolos locais devem ser seguidos. Se houver qualquer possibilidade de incriminação do perpetrador, as amostras anais internos e externos secados a ar podem durar até cinco dias após o estupro, mesmo se o sobrevivente tiver defecado, podendo ser armazenados para teste de DNA.

6.5 Investigações

A realização de investigações clínicas sobre alegações de tortura pode ocorrer de duas formas. Na primeira, os profissionais de saúde que examinarem um sobrevivente de tortura durante uma consulta de rotina podem precisar realizar investigações como parte de seu papel terapêutico. Enquanto estas investigações são primariamente parte do diagnóstico e do processo de tratamento, elas podem servir como formas de documentação para futura referência. A segunda forma de investigação pode ser aquela conduzida durante o exame dedicado à documentação médica da tortura. Estas investigações têm como objetivo específico a produção de evidências médicas que possam corroborar ou refutar as acusações de tortura.

A investigação de acusações de tortura depende de vários fatores. Primeiro, os recursos disponíveis podem ser limitados em alguns países menos desenvolvidos, e seria falta de ética desviar os recursos clínicos de valor para fins médico-legais. Entretanto, os resultados das investigações, como radiografias tiradas para fins clínicos, podem se tornar importantes provas.

Em segundo lugar, a natureza das investigações dependerá do nível de prova necessário para a situação. Radiografias desnecessárias, por exemplo, aumentam a exposição à radiação do indivíduo e da comunidade, devendo ser evitadas. Estas investigações só podem ser justificadas se puderem fazer alguma diferença significativa ao caso.

Além disso, alguns sobreviventes podem ter sido torturados com aparelhos de choque elétrico, por exemplo, e o exame do indivíduo com algum equipamento médico pode desencadear memórias intrusivas.

Quando as investigações forem indicadas e o indivíduo tiver dado seu consentimento, as possíveis investigações incluirão radiografias, ultra-sons, tomografia computadorizada, ressonância magnética e cintilografia. Os estudos ainda demonstram mudanças patognômicas na biópsia da pele por vários meses depois de choques elétricos (consulte a seção 6.2.10). Em muitos destes casos, as constatações diminuem depois de cerca de um ano, devendo sempre ser lembrado que constatações negativas após uma investigação não podem ser interpretadas como prova de que a alegação de tortura não ocorreu (para maiores informações sobre a investigação de alegação de tortura, consulte o *The Medical Documentation of Torture*, seção 8.2).

6.6 Fotografia médica

Uma ferramenta útil na documentação de abusos físicos é a fotografia. Pode ser possível pedir que peritos dêem seu parecer sobre as fotografias se não houver um perito disponível no local para interpretá-las. Pessoas que realizarem entrevistas em contextos de custódia podem não ter permissão para utilizar tal equipamento, mas muitas vezes é possível

algum tipo de negociação com as autoridades prisionais. Se não houver acordo, desenhos e diagramas podem ser úteis (conforme no Anexo).

Ao trabalhar com uma pessoa que alega ter sido torturada recentemente, é muito importante poder documentar as lesões o mais rápido possível, antes de quaisquer mudanças. Qualquer equipamento fotográfico pode ser utilizado para registrar um ferimento no primeiro momento, com outras fotos sendo tiradas posteriormente, com uma câmera de melhor qualidade, se possível.

O objeto de uma foto clínica deve consentir com as fotos tiradas e entrar em um acordo sobre como as fotos serão armazenadas e utilizadas.

A primeira foto deve mostrar o indivíduo claramente e, se possível, as lesões visivelmente para permitir uma identificação em tribunal se eventualmente necessária. A primeira página de um jornal recente (ou outro objeto que possa confirmar a data) pode demonstrar que a foto não foi tirada anteriormente. Se a câmera contar com opções de configuração de data, tal recurso deve ser utilizado corretamente. Deve sempre haver um indicativo da escala para imagens de perto. Uma fita métrica seria ideal mas, se necessário, qualquer objeto bem conhecido e de tamanho padronizado pode ser utilizado, como um rolo de filme fotográfico ou uma moeda, por exemplo. As cicatrizes tendem a ficar escurecidas em fotografias tiradas com flash embutido. É melhor tirar as fotos de dia ou usar uma iluminação de fundo.

Câmeras digitais permitem tirar várias fotos em ângulos e condições de iluminação diferentes, tendo um melhor resultado para a produção de provas, entretanto cada imagem deve ser salva em local seguro (por exemplo, em um computador seguro, com senha de proteção). Filmes também podem ser úteis, já que os tribunais geralmente não estipulam como imagens digitais devem ser tratadas como evidência. As imagens digitais e impressões podem ser úteis se forem enviadas por e-mail para que peritos possam dar seu parecer. Se necessário, as imagens podem ser cortadas ou aumentadas, mas a versão original deve sempre ser mantida. Outras interferências devem ser evitadas, já que as alegações de manipulação são difíceis de refutar.

Assim que as fotos forem tiradas, a cadeia de custódia das imagens deve ser garantida. A 'cadeia de custódia' consiste em um registro detalhado da data, hora e local exatos em que uma dada prova chegou à posse de indivíduos diferentes. A cadeia de custódia tem como objetivo prevenir qualquer interferência externa sobre a prova. Pode ser útil adicionar a uma declaração de testemunha alguma frase como: 'Tirei fotos de [nome da pessoa] em [data] com minha câmera digital [tipo]. Fiquei com as fotos em meu poder até que as transferi para o diretório [X] do computador [X]. De acordo com meu melhor conhecimento não houve qualquer manipulação e as fotos contidas no presente relatório foram extraídas de tal arquivo.'

7 Visita a locais de detenção

7.1 Por que visitar locais de detenção?

As visitas a locais de detenção são normalmente consideradas como um dos elementos fundamentais na prevenção da tortura, primeiro por terem um efeito dissuasivo direto e, segundo, porque os membros das equipes de visita podem observar, documentar e relatar diretamente as condições de detenção e de tratamento dos detentos. As visitas servem para derrubar a idéia de que prisões e outros locais de detenção são ‘instituições fechadas’, aumentando assim a transparência de seu funcionamento.

Uma terceira função das visitas, não menos importante, consiste no apoio psicológico que pode ser levado aos detentos. Este apoio não é através de procedimentos terapêuticos, mas freqüentemente na simples presença de alguém de fora que pode reconhecer a existência do indivíduo, criando assim um elo com o mundo externo. As visitas aos locais de detenção ainda facilitam o restabelecimento do contato do detento com sua família, ou do detento e um consultor jurídico ou outra fonte externa de suporte ou assistência.

7.1.1 Locais e estágios de detenção propensos à tortura

Conforme descrito nas seções anteriores, a tortura comumente ocorre durante a fase após o momento da prisão. Portanto, é mais comum que a tortura ocorra nas mãos de forças de segurança (polícia, gendarmaria, forças armadas, etc.), em locais de detenção temporária, podendo incluir locais oficiais e reconhecidos e também locais secretos ou não-oficiais. As equipes de visita podem ter pouco ou nenhum acesso a estes locais ou, se o acesso for permitido, os detentos podem ser removidos ou escondidos antes da chegada da equipe.

O acesso geralmente costuma ser permitido em penitenciárias regulares, onde são mantidos os detentos que aguardam a sentença (re-encarcerados) e prisioneiros já condenados. Nestas prisões, a equipe de visita e os detentos podem estar mais preocupados com as condições de detenção e outros aspectos, como as garantias judiciais básicas. Entretanto, vale lembrar que principalmente em penitenciárias de re-encarceramento, os detentos que foram vítimas de tortura e outros maus-tratos em um outro local de detenção anterior e ao qual a equipe de visita pode não ter acesso ainda podem estar presentes e as circunstâncias e eventos dos maus-tratos ainda podem ser obtidas através de entrevistas detalhadas com o indivíduo. Um desenho do layout do local em que a tortura foi praticada, as condições gerais de alimentação, higiene, cuidados médicos, bem como os métodos específicos de maus-tratos, podem ser construído através de declarações do maior número de pessoas possíveis que estiveram no mesmo local.

7.1.2 Restrições à documentação durante visitas a locais de inspeção

As visitas a locais de detenção geralmente não contam com as condições ideais para a documentação de alegações de tortura ou outros maus-tratos que tenham sido descritas nas seções anteriores deste documento. Isto geralmente se relaciona a restrições sobre quanto tempo pode ser passado dentro de uma penitenciária e o número de prisioneiros que estão presentes. Os medos e temores dos prisioneiros (por exemplo, de represálias, do sigilo mantido pelo entrevistador, etc.) e a presença de guardas ou de outros prisioneiros podem inibir qualquer relato. Embora possa parecer que a realização de entrevistas sob condições controladas como em prisões possa obstruir seriamente o processo, é muito

comum que informações detalhadas e úteis podem ser obtidas após a identificação da equipe, sua organização, objetivos e finalidade das entrevistas e esclarecimento sobre como as informações serão utilizadas.

7.2 O que deve ser avaliado em um local de detenção?

Conforme descrito no Capítulo 2 deste Manual, ao descrever ou determinar o que é tortura e outros maus-tratos, é importante lembrar que estes termos não se aplicam apenas a tratamentos infligidos durante um interrogatório, mas também incluem as condições gerais de detenção nas quais as pessoas são mantidas. Se as condições de detenção forem deliberadamente precárias com o intuito de causar maior sofrimento aos indivíduos, ou se simplesmente houver omissão intencional das necessidades básicas diárias, tal situação por si já pode ser considerada como tortura ou outros tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes e mesmo tortura. Formas específicas de detenção, como confinamento prolongado em solitária, podem ser consideradas como uma forma de maus-tratos.

7.2.1 Condições gerais de detenção

Uma descrição precisa do local de detenção inclui a compilação de informações de três fontes principais: prisioneiros, autoridades e as próprias observações. É importante documentar não apenas métodos físicos e psicológicos específicos do interrogatório, mas também as condições de sobrevivência, incluindo a higiene do local, acesso à alimentação e água, qualidade da alimentação e água, acesso à higiene pessoal, incluindo banheiros e seu estado, bem como acesso a cuidados médicos. Fica evidente que condições gerais precárias de detenção, especialmente uma má nutrição, tratamento médico precário, exposição a insetos e outros vetores de doenças, etc., podem levar a males de saúde, sejam físicos ou psicológicos. Está bem documentado que o confinamento prolongado em solitária pode causar seqüelas psicológicas específicas e algumas físicas.

7.2.2 Duração das visitas

O nível das informações que a equipe de visita é capaz de obter depende parcialmente do tipo de local sendo visitado, do tamanho e das habilidades da equipe de visita e do tempo disponível para a visita. Geralmente, as delegacias mantêm um número reduzido de detentos em instalações menores, fazendo com que uma visita dure um dia ou até menos. Já as penitenciárias em diferentes contextos podem manter de cinquenta prisioneiros até vários milhares, fazendo com que a visita possa durar vários dias.

No caso de uma penitenciária de grande porte, deve ser feito um planejamento delicado da visita, com a divisão das tarefas e seleção dos indivíduos a serem visitados. Ao visitar locais de detenção em que os indivíduos possam estar sendo submetidos a maus-tratos (centros de interrogação, delegacias, instalações militares e para-militares), a equipe de visita não deve pressionar os detentos para a obtenção de informações, já que eles podem estar extremamente receosos sobre represálias se forem vistos reclamando da forma como são tratados. Informações mais detalhadas podem ser obtidas dos detentos em um estágio mais avançado quando chegam em uma penitenciária de grande porte ou outro local de detenção para penas mais longas.

7.2.3 Documentação de métodos específicos de tortura ou outros maus-tratos

Tanto quanto a documentação das condições de detenção, também é crucial documentar métodos específicos de interrogação que podem ser usados de formas diferentes para cada indivíduo. É importante compreender que os métodos utilizados podem ser físicos ou psicológicos, ou geralmente uma combinação de ambos. Em muitos casos, é a

combinação de métodos (físicos, psicológicos ou ambos) que é considerada como tortura ou outros maus-tratos. A duração da exposição do indivíduo a um determinado tratamento também pode ajudar a determinar se houve tortura ou não. Novamente, por estes motivos, é importante documentar todos os eventos sofridos pelo indivíduo com a máxima precisão e completude possível, bem como suas conseqüências, sem se preocupar tanto nesta fase com os limites ou definições legais.

Se as acusações de tortura se relacionarem a um local de detenção anterior ao local em que a entrevista está sendo realizada, o mesmo detalhe de informações sobre as condições e métodos específicos de interrogatório deve ser obtido.

A mesma metodologia descrita nas seções anteriores deste Manual deve ser aplicada, mas as restrições quanto ao local (em uma penitenciária ou em uma delegacia) e tempo significam que a equipe terá que abreviar boa parte do processo. Mesmo assim, a equipe deve obter uma descrição das condições de detenção, principalmente da cela, bloco ou unidade em que a pessoa estava detida, observando qualquer indício de superlotação e outros elementos, como banheiros e instalações sanitárias, tempo permitido fora da cela; freqüência, quantidade e qualidade da comida e água; nível dos cuidados médicos disponíveis. Ao descrever aspectos como instalações de higiene e cuidados médicos, a descrição das estruturas não é suficiente, sendo preciso verificar como a pessoa teme acesso a estas instalações e quais são os obstáculos a tal acesso. Por exemplo, pode haver discriminação de acesso aos cuidados de saúde, alimentação ou mesmo exercício para algumas minorias, estrangeiros ou grupos políticos.

Portanto, em relação ao interrogatório, deve haver uma descrição dos métodos (físicos ou psicológicos), dos efeitos imediatos ou agudos na pessoa, de qualquer tratamento médico (inclusive psicológico) recebido na época, bem como do processo de cicatrização imediata ou da fase de recuperação após os eventos. O profissional de saúde deve então perguntar sobre transtornos físicos ou psicológicos persistentes ou crônicos que podem estar relacionados à detenção ocorrida, bem como sobre qualquer outro cuidado médico, psicológico ou psiquiátrico e como tal cuidado afetou a evolução de quaisquer sintomas. Este procedimento deve ser concluído com um breve exame físico focado não apenas nos sistemas relacionados aos sintomas da pessoa, mas também os sistemas que o profissional de saúde acredita que possam apresentar sinais relacionados à detenção ou interrogatório descrito. A pessoa deve ainda passar por um breve exame de seu estado mental, mas muitos elementos deste exame podem ser anotados durante a própria entrevista.

7.3 Composição da equipe de visita

O monitoramento de locais de detenção pode ocorrer no âmbito nacional e internacional. A composição da equipe de visita pode variar, dependendo, em parte, do mandato da equipe. De acordo com a descrição feita acima sobre os aspectos a serem avaliados, é possível notar que a 'saúde', no sentido mais amplo da palavra, consiste em um aspecto fundamental da avaliação. Um médico deve fazer parte da equipe idealmente e certamente nos casos aplicáveis de documentação de sobreviventes de tortura.

No caso de equipe formada por membros estrangeiros, geralmente é necessário o uso de intérpretes. Para garantir o sigilo e para obter a confiança dos prisioneiros, recomenda-se que sejam utilizados intérpretes expatriados que possam auxiliar fornecendo à equipe informações de cunho e contexto cultural (consulte a seção 5.5, sobre intérpretes). Se, durante uma visita que não houver intérprete presente, fique clara a necessidade de um intérprete, o próprio prisioneiro deverá indicar um outro prisioneiro para que preste atue como intérprete. A equipe deve sempre lembrar que o uso de

outros prisioneiros como intérpretes pode implicar no risco de transmissão de informações confidenciais para terceiros, portanto tal prática deve sempre ser feita com cautela.

Os órgãos nacionais de visita podem incluir um sistema de ‘visitantes leigos’ (geralmente com acesso apenas a prisões); o Gabinete do Ombudsman ou a Comissão Nacional dos Direitos Humanos; comissões parlamentares; ONGs independentes, etc.

Os órgãos internacionais de visita podem cobrir regiões geográficas específicas ou podem realizar visitas mundialmente. O Comitê Europeu para a Prevenção da Tortura (CPT) possui um mandato para visitar locais de detenção (que inclui, além de penitenciárias e delegacias, instituições como hospitais psiquiátricos, asilos, orfanatos, etc.) na Europa, mesmo se não houver quaisquer queixas ou acusações. O Comitê Internacional da Cruz Vermelha (ICRC) possui um mandato para trabalhar em áreas de conflito armado em todo o mundo, bem como para visitar locais de detenção (acampamentos militares, delegacias, centros de interrogação, penitenciárias, etc.) nestes contextos. No caso de conflito armado internacional, o ICRC tem o direito de visitar os prisioneiros de guerra (POWs) e civis internados de ambos os lados; ou seja, os estados têm a obrigação de permitir acesso. No caso de conflito armado não-internacional ou em situações de distúrbio interno em um país, o ICRC pode oferecer seus serviços visitando pessoas privadas de sua liberdade; ou seja, só podem visitar locais de detenção com a autorização das autoridades do estado, o que ocorre na grande maioria dos estados. O objetivo das visitas em todos estes contextos é de prevenir ou acabar com a tortura e maus-tratos, desaparecimentos e assassinatos extra-judiciais, bem como de abordar as condições gerais de detenção, inclusive em relação aos cuidados de saúde.

O Protocolo Opcional da Convenção das Nações Unidas Contra a Tortura (OPCAT) incorpora um sistema duplo para a prevenção da tortura através do estabelecimento de órgãos internacionais e nacionais de visita a locais de detenção. Ambas as categorias do mecanismo de monitoramento devem incluir um médico na equipe.

7.4 Segurança nas visitas

As visitas a prisioneiros para a documentação de tortura dependem de certas condições e garantias, sem as quais não podem ser realizadas. Em qualquer visita a prisioneiros, é fundamental poder entrevistar todas as pessoas envolvidas, que aceitem ser entrevistadas, em condições seguras e privadas. A inobservância destas condições pode prejudicar a segurança das partes entrevistadas. Sempre que possível, a equipe de visita deve escolher o local para a realização da entrevista, bem como os prisioneiros que serão entrevistados. Além disso, a equipe ou outras pessoas atuando em seu nome devem realizar outra visita no futuro para verificar se houve represálias, e para conferir se todos os prisioneiros ainda estão lá.

7.4.1 Seleção dos prisioneiros

É óbvio que na maioria das penitenciárias será impossível entrevistar cada prisioneiro, portanto a equipe deve selecionar um grupo de prisioneiros. Não existe uma fórmula exclusiva para a seleção dos prisioneiros, mas durante a visita à penitenciária, a equipe deve procurar por determinados indivíduos obviamente doentes, indivíduos mais retraídos prisioneiros que aparentam ser particularmente velhos ou jovens. Pode haver prisioneiros de seções específicas da penitenciária que a equipe pode querer entrevistar, como prisioneiros em celas de castigo/solitárias, nas alas femininas, na ala juvenil, no hospital da penitenciária, etc. Se a equipe tiver uma boa experiência sobre os padrões de tortura do país e souber que determinadas delegacias ou centros de interrogatório são responsáveis, a equipe pode selecionar os

prisioneiros que passaram por estes lugares, ou que possam ser destas regiões ou cidades específicas (embora toda a precaução deve ser tomada, já que este procedimento pode claramente indicar às autoridades o propósito das entrevistas). Da mesma forma, a equipe pode decidir entrevistar uma quantidade de prisioneiros que tenha chegado na penitenciária no último mês. Com isto, a equipe pode perguntar sobre o tempo que passaram na penitenciária bem como sobre eventos em outros locais de detenção.

7.4.2 Privacidade das entrevistas

São esperadas algumas medidas de segurança por parte das autoridades, mas a privacidade das entrevistas é fundamental para ganhar a confiança do indivíduo e para a obtenção de informações seguras. Se as autoridades insistirem na presença de guardas, estes guardas devem permanecer a uma distância que não possam ouvir a entrevista. Além disso, a privacidade da entrevista exclui a presença de outros prisioneiros, já que estes podem informar as autoridades sobre o teor da conversa. Em geral, se as entrevistas estiverem sendo realizadas em um lugar seguro na penitenciária, o uso de instrumentos de segurança (algemas, etc.) não pode ser aceito pelos visitantes. Obviamente, quando a visita envolver qualquer exame médico, o indivíduo não deve estar restringido por meio algum (consulte a seção 3.2.6).

7.4.3 Informando e obtendo o consentimento dos prisioneiros

As informações sobre as condições da detenção podem ser sensíveis, e as informações sobre tortura podem ser ainda mais sensíveis, pelo menos quando o prisioneiro ainda estiver detido no local onde ocorreu a tortura; de forma que os prisioneiros podem relutar em revelar tais detalhes. Os visitantes não devem presumir que os prisioneiros irão necessariamente confiar neles. Por outro lado, alguns prisioneiros podem ter uma percepção exagerada dos poderes da equipe de visita (já que obtiveram permissão do governo para entrar no local de detenção, algo geralmente negado para outras organizações). Isto geralmente reflete uma sensação de que a equipe de visita pode proteger o indivíduo contra qualquer outro mau, incluindo qualquer mau que possa resultar de suas queixas sobre a situação atual. Em alguns casos, o prisioneiro pode achar que a equipe pode libertá-los.

Assim, é crucial explicar, desde o início, o propósito, mandato e limitações da visita, bem como obter o consentimento e colaboração dos prisioneiros, o que pode ser facilitado pela produção de cartilhas, panfletos, etc. A equipe de visita tem um certo grau de responsabilidade de não causar mais sofrimento aos prisioneiros durante a visita. Assim, as explicações do propósito da visita não devem destacar apenas os possíveis benefícios, mas também os possíveis prejuízos, razão pela qual o consentimento da pessoa deve ser obtido antes de qualquer outra coisa. A equipe deve fazer um julgamento sensato ao decidir quais informações, se alguma, serão utilizadas, e como serão utilizadas.

É importante explicar para os prisioneiros o papel do profissional de saúde na equipe de visita, que consiste em avaliar as condições gerais e o impacto na saúde da população carcerária como um todo e, se apropriado, em documentar as causas das alegações de tortura e outros maus-tratos, sempre que possível. Da mesma forma, o profissional de saúde deve explicar suas limitações, dentre as quais a principal é que eles não estão substituindo o serviço médico atual e não estão necessariamente realizando uma atividade terapêutica (embora isto não exclua a necessidade de comunicar as autoridades carcerárias e de buscar tratamento para casos especialmente graves que não tenham recebido qualquer atenção). Antes de proceder, deve ser obtido o consentimento para a realização do processo. Se os indivíduos não quiserem se encontrar ou conversar com a equipe, tal decisão deve ser respeitada, mas a equipe deve estar ciente de que os prisioneiros enfrentam intimidação para não falar ou para descrever tudo como bom e aceitável.

7.4.4 Visita às instalações

Sempre que possível, antes de começar as entrevistas, a equipe deve tentar conhecer as instalações para observar diretamente as condições e também para garantir que não existam prisioneiros escondidos em locais remotos das instalações. Tal apresentação às instalações deve incluir as celas ou unidade prisional, áreas de exercício/recreação, cozinhas e refeitórios, banheiros e instalações sanitárias, serviço médico, quaisquer locais de trabalho e áreas destinadas às visitas de parentes. Se o tempo permitir, o profissional de saúde da equipe deve visitar quaisquer centros de saúde externos para os quais os pacientes/detentos possam ser encaminhados, já que isto pode ajudar a compreender o nível dos cuidados de saúde disponíveis para a comunidade, permitindo ainda que a equipe determine um nível ‘equivalente’ de cuidados de saúde para os prisioneiros.

7.4.5 Serviços de saúde no local de detenção

Do ponto de vista dos serviços de saúde, o profissional de saúde deve conseguir tempo para falar em particular com a equipe médica da penitenciária, principalmente com o médico, a fim de obter suas perspectivas sobre o serviço médico disponível. É importante lembrar que ao cuidar do prisioneiro-paciente, os médicos da penitenciária geralmente enfrentam dilemas profissionais e éticos que incluem conflitos entre a segurança prisional e a prestação do cuidado médico (consulte a seção 3.2.4, dualidade de obrigações). Portanto, parte da discussão pode envolver uma conscientização sobre os aspectos éticos, sobre as normas internacionais, bem como sobre as formas de como resolver tais conflitos.

No caso de tortura, o médico da penitenciária pode ainda ser pressionado pelas autoridades responsáveis, seja para ignorar queixas de prisioneiros ou até mesmo para falsificar relatórios médicos. Talvez não existam mecanismos no sistema prisional, ou mesmo no âmbito nacional, para que o médico da penitenciária obtenha apoio ou faça queixas, ou o médico algumas vezes nem tendo conhecimento da existência de tais mecanismos. Portanto, a equipe de visita talvez possa fornecer informações sobre mecanismos e organizações nacionais e internacionais de suporte (por exemplo, a Associação Médica Nacional; Associação Médica Mundial – consulte as seções 3.2.11 e 8.1)

7.5 O que fazer com as informações?

As informações obtidas durante uma visita a local de detenção podem ser utilizadas de várias formas e em diferentes níveis de autoridade, desde as autoridades responsáveis pela administração de determinada penitenciária, até o nível dos ministérios governamentais competentes.

7.5.1 Uso de acusações identificadas ou anônimas

Ao compilar relatórios ou intervenções para as autoridades responsáveis por um local de detenção, a equipe de detenção pode incluir alegações de fontes identificadas e anônimas. Enquanto as alegações de fontes identificadas geralmente são consideradas de maior credibilidade, a decisão de identificar os indivíduos é feita pelos próprios prisioneiros, com base nas explicações dadas pelos visitantes sobre os possíveis benefícios e riscos potenciais. Deve ser deixado claro que não há quaisquer garantias contra represálias.

7.5.2 Compilação e utilização do relatório da visita

No final da visita, a equipe pode decidir por uma resposta verbal imediata e apresentar pontos específicos para as autoridades responsáveis pela administração da penitenciária. Um relatório que resuma as constatações e discussões deve

ser então enviado para a penitenciária. Da mesma forma, um relatório pode ser entregue para a autoridade prisional regional ou central, e/ou para o ministro responsável, com reuniões subseqüentes para discutir os assuntos. A publicação, ou não, de tais informações dependerá do acordo havido antes da entrada na penitenciária. Alguns organismos de visita, como o ICRC, têm uma sólida política de sigilo no que tange às visitas a locais de detenção. O mecanismo de monitoramento internacional do OPCAT em princípio também só opera na base do sigilo, enquanto o mecanismo nacional não adota qualquer tipo de sigilo.

7.5.3 Repetição de visitas

Uma forma de garantir que os prisioneiros não estão sendo molestados ou sendo alvo de represálias por terem falado com pessoas de fora consiste em visitar e entrevistar estes prisioneiros mais de uma vez. O intervalo entre as visitas obviamente dependerá do risco de perigo por parte das autoridades de detenção. Para se poder localizar cada pessoa apropriadamente e para realizar a entrevista reservadamente sobre tais represálias, é necessário que exista um sistema para a coleta e registro de informações pessoais que garanta uma identificação precisa dos mesmos indivíduos em visitas posteriores. Estes dados podem ainda servir para acompanhar o prisioneiro ao longo de sua detenção, podendo ainda ajudar a prevenir ‘desaparecimentos’, ao verificar se o mesmo está presente ou se foi transferido ou liberado. As informações sobre como entrar em contato com indivíduos libertados podem ser úteis se caso necessário.

Relatório para o Governo Russo sobre a visita à Federação Russa, realizada pelo Comitê Europeu para a Prevenção da Tortura e Tratamentos ou Punições Desumanos ou Degradantes (CPT), de 2 a 17 de dezembro de 2001

O Comitê visitou um grande número de locais de detenção, identificando vários níveis de observância das normas esperadas. As condições físicas dos locais de detenção estiveram entre os focos da inspeção. Como mencionado neste manual, condições extremamente precárias podem ser prejudiciais à saúde física e mental dos indivíduos em custódia.

Do relatório do CPT:

‘Celas medindo 7,5m², geralmente com 3 a 4 prisioneiros, dormitórios medindo 20m² e acomodando entre 17 e 20 detentos, bem como dormitórios medindo 33m² com até 30 detentos. Em várias celas nem todos os prisioneiros tinham suas próprias camas (o caso mais extremo foi verificado em uma cela medindo 20m² e que continha 8 camas e acomodava 25 pessoas), e havia um rodízio para dormir nas camas disponíveis, ou alguns detentos dormiam no chão.

‘Os efeitos negativos da superlotação foram exacerbados pelo fato de que as janelas das celas (inclusive das celas nas alas que acomodam prisioneiros com tuberculose) foram cobertas com grades de metal que limitam severamente o acesso de luz natural e ar fresco. Já a iluminação artificial – presente 24 horas por dia – é muito precária em várias celas. O nível de higiene também era dúbio: a delegação verificou baratas em algumas celas, e os prisioneiros também mencionaram a presença de ratos e camundongos.’

8 Outras informações

8.1 Organizações

Organizações Inter-Governamentais (OIGs)

Comissão Africana dos Direitos Humanos e dos Povos

Kairaba Avenue
P.O. Box 673
Banjul
Gâmbia
Telefone: +220 4392 962
Fax: +220 4390 764
E-mail: achpr@achpr.org
<http://www.achpr.org>

Tribunal Europeu dos Direitos Humanos

67075 Strasborg-Cedex
França
Telefone: +33-3-88 41 20 18
Fax: +33-3-88 41 27 30
<http://www.echr.coe.int/>

Comitê Europeu para a Prevenção da Tortura

Human Rights Building
Council of Europe
F-67075 Strasborg Cedex
França
Telefone: +33 3 88 41 39 39
Fax: +33 3 88 41 27 72
E-mail: cptdoc@coe.int
www.cpt.coe.int

Comissão Interamericana de Direitos Humanos

1889 F St., NW,
Washington, D.C.
USA 20006.
Telefone: +1-202-458 6002
Fax: +1-202-458 3992.
E-mail: cidhoea@oas.org
<http://www.cidh.oas.org/>

Escritório do Alto Comissariado dos Direitos Humanos das Nações Unidas

OHCHR-UNOG
CH 1211 Geneva 10, Switzerland
Telefone: +41-22-917 9000
Fax: +41-22-917 9022
E-mail: tb-petitions@ohchr.org
<http://www.unhchr.ch/>

Comitê das Nações Unidas Contra a Tortura

a/c Escritório do Alto Comissariado dos Direitos Humanos (acima)
www.ohchr.org/english/bodies/cat/

Relator Especial das Nações Unidas para o Direito à Saúde

a/c Escritório do Alto Comissariado dos Direitos Humanos (acima)
Fax: +41 22 917 9003
E-mail para pedidos urgentes: urgent-action@ohchr.org
www.ohchr.org/english/issues/health/right/index.htm

Relator Especial da ONU sobre Tortura

a/c Escritório do Alto Comissariado dos Direitos Humanos (acima)
E-mail para pedidos urgentes: urgent-action@ohchr.org
www.ohchr.org/english/issues/torture/rapporteur/index.htm

Fundo Voluntário das Nações Unidas para Vítimas de Tortura

Secretaria do Fundo Voluntário das Nações Unidas para Vítimas de Tortura
a/c Escritório do Alto Comissariado dos Direitos Humanos
Trust Funds Unit/Support Services Branch
CH-1211 Geneva 10
Switzerland
Telefone: +41 22 917 93 15
Fax: +41 22 917 90 17
E-mail: unvfvt@ohchr.org
www.unhchr.ch/html/menu2/9/vftortur.htm

Organizações Não-Governamentais (ONGs) e Associações Profissionais

Anistia Internacional (AI)

International Secretariat
1 Easton St
London WC1X 0DW
UK
Telefone: + 44 20 7413 5500
Fax: +44 20 7956 1157
E-mail: amnestyis@amnesty.org
<http://www.amnesty.org/>

Associação para a Prevenção da Tortura (“APT”)

Route de Ferney 10
Case postale 2267
CH-1211 Geneva 2
Switzerland
Telefone: +41-22-919 21 70
Fax: +41-22-919 21 80
E-mail: apt@apt.ch
<http://www.apt.ch/>

Associação Médica Britânica

BMA House
Tavistock Square
London WC1H 9JP
UK
Telefone: 020 7387 4499
Fax: 020 7383 6400
E-mail: <http://www.bma.org.uk/ap.nsf/Content/Hubcontactus> (pela rede)
<http://www.bma.org.uk/ap.nsf/Content/Hubethics>

Centro para Vítimas de Tortura (Minnesota)

Minneapolis Healing Center
717 East River Road
Minneapolis, MN 55455
USA
Telefone: +1 612.436.4800
Fax: +1 612.436.2600
E-mail: cvt@cvt.org
www.cvt.org/main.php

Fundação Turca dos Direitos Humanos

Menekşe 2 Sokak No: 16/5,
06440 Kızılay, Ankara
Turkey
Telefone: +90 312 417 71 80
Fax: +90 312 425 45 52
E-mail: tihv@tr.net
www.tihv.org.tr/eindex.html

Human Rights Watch (HRW)

350 Fifth Avenue, 34th Floor
New York, NY
10118-3299 USA
Telefone: +1-212-290 4700
Fax: +1-212-736 1300
E-mail: hrwnyc@hrw.org
<http://www.hrw.org/>

Comitê Internacional da Cruz Vermelha

19 Avenue de la Paix
CH 1202 Geneva
Switzerland
Telefone: +41-22-734 60 01
Fax: +41-22-733 20 57
E-mail: webmaster.gva@icrc.org
<http://www.icrc.org/>

Centro Internacional para Reabilitação de Vítimas de Tortura (“IRCT”)

Borgergade 13
P.O. Box 9049
DK-1022 Copenhagen K
Denmark
Telefone: +45-33-76 06 00
Fax: +45-33-76 05 00
E-mail: irct@irct.org
<http://www.irct.org>
(inclui os detalhes de contato dos centros para vítimas de tortura em vários países)

Fundação Médica para o Tratamento de Vítimas de Tortura

111 Isledon Road
London N7 7JW
UK
Telefone: +44 20 7697 7777
Fax: +44 20 7697 7799
E-mail: através de formulário na página eletrônica
www.torturecare.org.uk

Médicos pelos Direitos Humanos (“PHR”)

Two Arrow Street
Suite 301
Cambridge, MA 02138
USA
Telefone: +1-617- 695-0041
Fax: +1-617-301-4250
E-mail: phrusa@phrusa.org
<http://www.phrusa.org/>

REDRESS

87 Vauxhall Walk
London SE11 5HJ
UK
Telefone: +44 207 7793 1777
Fax: +44 207 7793 1719
E-mail: info@redress.org
<http://www.redress.org/>

Organização Mundial da Saúde

Avenue Appia 20
1211 Geneva 27
Switzerland
Telefone: + 41 22 791 21 11
Fax: + 41 22 791 3111
E-mail: info@who.int
<http://www.who.int/ethics/en/>

Associação Médica Mundial (“WMA”)

13 ch. du Levant
CIB - Bâtiment A
01210 Ferney-Voltaire
France
Telefone: +33 4 50 40 75 75
Fax: +33 4 50 40 59 37
E-mail: wma@wma.net
<http://www.wma.net/>

Organização Mundial Contra Tortura (“OMCT”)

PO Box 21
8 rue du Vieux-Billard
CH-1211 Geneva 8
Switzerland
Telefone: + 41 22 809 4939
Fax: + 41 22 809 4929
E-mail: omct@omct.org
<http://www.omct.org/>

8.2 Outras publicações

Manual para a Investigação e Documentação Eficazes da Tortura e Outras Penas ou Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes (**Protocolo de Istambul**). Enviado ao Alto Comissariado dos Direitos Humanos das Nações Unidas, 09 de agosto de 1999. Publicação das Nações Unidas. <http://www.unhchr.ch/pdf/8istprot.pdf>

Amnesty International, Danish Medical Group. Examining Torture Survivors. Articles and Guidelines. A reference book. *Torture* 1992; 4 Supp 1: 1-46.

Basoglu M., *Torture and its consequences: current treatment approaches*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.

British Medical Association, *The Medical Profession and Human Rights: Handbook for a changing agenda*. London: Zed Books, 2001.

Dual Loyalty and Human Rights in Health Professional Practice. Proposed Guidelines and Institutional Mechanisms. Physicians for Human Rights and the School of Public Health and Primary Care, University of Cape Town, Health Science Faculty, 2002.

Foley, C., *Combating Torture: A Manual for Judges and Prosecutors*. Colchester: Human Rights Centre, University of Essex, 2003. Disponível online no endereço http://www2.essex.ac.uk/human_rights_centre/publications/index.shtml

Forrest, D. and Hutton, F., *Guidelines for the Examination of Survivors of Torture*. 2nd edn., Medical Foundation for the Care of Victims of Torture, UK, 2000.

Giffard C., *The Torture Reporting Handbook*. Colchester: Human Rights Centre, University of Essex, 2000. Disponível online no endereço http://www2.essex.ac.uk/human_rights_centre/publications/index.shtml

ICRC, *The Missing and their Families: Documents of Reference* International Conference of Governmental and Non-Governmental Experts (19-21 February 2003) and 28th International Conference of the Red Cross and Red Crescent (2-6 December 2003).

McLay W.D.S. (ed.), *Clinical Forensic Medicine*. London: Greenwich Medical Media, 1996.

Peel M. and Iacopino V. (eds.), *The Medical Documentation of Torture*. London: Greenwich Medical Media, 2002.

Peters E., *Torture: expanded edition*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1996.

Rasmussen O.V., Medical aspects of torture. *Danish Medical Bulletin* 1990; 37 Supp. 1: 1-88.

Rodley, N., *The Treatment of Prisoners Under International Law*, 2nd edn. Oxford: Oxford University Press, 1999.

Thompson, K. and Giffard, C., *Reporting Killings as Human Rights Violations* Colchester: Human Rights Centre, University of Essex, 2002. Disponível online no endereço http://www2.essex.ac.uk/human_rights_centre/publications/index.shtml

8.3 Artigos

8.3.1 Geral

Association for the Prevention of Torture, *Monitoring Places of Detention: a practical guide*. Association for the Prevention of Torture: Geneva, 2004.

Bischoff A. et al, Language barriers between nurses and asylum seekers: their impact on symptom reporting and referral. *Social Science and Medicine* 2003; 57:503-12

Burnett A. and Peel M., The health of survivors of torture and organised violence. *British Medical Journal* 2001; 322: 606-9

Sironi F. and Branche R., Torture and the borders of humanity. *International Social Science journal*, 2002; 54(4): 539-48

8.3.2 Exame físico

Altun G. and Durmus-Altun G., Confirmation of alleged falanga torture by bone scintigraphy – Case report. *International Journal of Legal Medicine* 2003; 117: 365–6.

Forrest D., Examination for the late physical after effects of torture. *Journal of Clinical Forensic Medicine* 1999; 6: 4-13.

Moisander P.A. and Edston E., Torture and its sequel—a comparison between victims from six countries. *Forensic Science International* 2003; 137: 133–40.

Moreno A. and Peel M., Posttraumatic Seizures in Survivors of Torture: Manifestations, Diagnosis, and Treatment. *Journal of Immigrant Health* 2004; 6(4), 179-86.

Oosterhoff P., Zwanikken P. and Ketting E., Sexual Torture of Men in Croatia and Other Conflict Situations: An Open Secret. *Reproductive Health Matters* 2004; 12(23): 68–77.

Papinen P., Children of bad memories. *Lancet* 2003; 362: 825–6

Peel M. (ed.), *Rape as a Method of Torture*. Medical Foundation for the Care of Victims of Torture, London: 2004.

Peel M., Hinshelwood G. and Forrest D., ‘The Physical and Psychological Findings Following the Late Examination of Victims of Torture.’ *Torture* 2000; 10:12-15.

Peel M., Hughes J. and Payne-James J.J., Postinflammatory hyperpigmentation following torture. *Journal of Clinical Forensic Medicine* 2003; 10:193–6.

Thomsen A.B., Eriksen J. and Smidt-Nielsen K., Chronic pain in torture survivors. *Forensic Science International* 2000; 108: 155–63

Clinical Management of Rape Survivors (Revised Edition), World Health Organisation/United Nations High Commissioner for Refugees 2004. ISBN 92 4 159263 X. www.who.int/reproductive-health/index

Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. WHO, 2003. www.who.int/violence_injury_prevention/publications

8.3.3 Avaliação psicológica

Allodi F.A., Post-Traumatic Stress Disorder in Hostages and Victims of Torture. *Psychiatric Clinics of North America* 1994; 17(2): 279-87.

Basoglu M. and Paker M., Severity of Trauma as a Predictor of Long-term Psychological Status in Survivors of Torture. *Journal of Anxiety Disorders* 1995; 9(4): 339-50.

Ekblad S., Prochazka H. and Roth G., Psychological impact of torture: a 3-month follow-up of mass-evacuated Kosovan adults in Sweden. Lessons learnt for prevention. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2002; 106 (Supplement 412): 30–6.

Peel M. (ed.), *Recent Research into Memory and its Relevance to Asylum Seek e* Medical Foundation for the Care of Victims of Torture 2005.

Van Ommeren M. et al., The Relationship Between Somatic and PTSD Symptoms Among Bhutanese Refugee Torture Survivors: Examination of Comorbidity With Anxiety and Depression. *Journal of Traumatic Stress* 2002; 15(5): 415–21.

Wenzel T., Forensic evaluation of sequels to torture. *Current Opinion in Psychiatry* 2002; 15: 611-15.

Wesseley S. et al, Stability of recall of military hazards over time of military: Evidence from the Persian Gulf War of 1991. *British Journal of Psychiatry* 2003; 183: 314-22.

8.4 Documentos que estabelecem normas internacionais

Documentos de Direitos Humanos:

Nações Unidas (todos disponíveis em <http://222.ohchr.org/english/law/>):

- Declaração Universal dos Direitos Humanos
- Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos
- Declaração sobre a Proteção de Todas as Pessoas Contra Tortura e Outros Tratamentos ou Punições Cruéis, Desumanos ou Degradantes
- Convenção Contra Tortura e Outros Tratamentos ou Punições Cruéis, Desumanos ou Degradantes
- Normas Mínimas para o Tratamento de Prisioneiros
- Conjunto de Princípios para a Proteção de Todas as Pessoas Sujeitas a Qualquer forma de Detenção ou Prisão
- Regras das Nações Unidas para Proteção de Jovens Privados de Liberdade
- Regras Mínimas das Nações Unidas para a Administração da Justiça Juvenil (Regras de Beijing)

Regionais (disponíveis nas páginas da internet dos escritórios regionais das organizações listadas acima):

- Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos
- Declaração Americana dos Direitos e Deveres Do Homem
- Convenção Americana sobre Direitos Humanos
- Convenção Interamericana para a Prevenir e Punir a Tortura
- Convenção Europeia dos Direitos Humanos
- Convenção Europeia para a Prevenção de Tortura
- Normas Prisionais Europeias

Normas Profissionais:

Nações Unidas:

- Manual da ONU sobre a Prevenção Efetiva e Investigação de Execuções Extra-Legais, Arbitrárias e Sumárias
- Procedimentos de Autopsia
- Código de Conduta para Autoridades de Execução da Lei
- Princípios Básicos sobre o Uso da Força e Armas de Fogo por Autoridades de Execução da Lei
- Princípios de Ética Médica relevantes para o Papel de Profissionais de Saúde, principalmente Médicos, na Proteção de Presos e Detentos contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes

Associação Médica Mundial (disponíveis no endereço eletrônico <http://www.wma.net>):

- Declaração de Genebra (1948, 1968, 1983, 1994)
- Código Internacional de Ética Médica (1949, 1968, 1983)

-
- Declaração de Tóquio: Normas para Médicos com Respeito à Tortura e outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes em Relação à Detenção ou Prisão (1975)
 - Declaração de Hamburgo sobre o Apoio aos Médicos que se Negam a Participar ou a Tolerar a Tortura e outras Formas de Tratamento Cruéis, Desumanos ou Degradantes (1997)
 - Resolução sobre a Responsabilidade dos Médicos em Denunciarem Atos de Tortura e Crueldade (2003)

Conselho Internacional de Enfermeiras (disponível no endereço eletrônico <http://www.icn.ch/psdetainees.htm>):

- Papel das Enfermeiras no Tratamento de Prisioneiros e Detentos (1998)

Associação Psiquiátrica Mundial (disponível no endereço eletrônico <http://www.wpanet.org/generalinfo/ethic1.html>)

- Declaração de Madri sobre Normas Éticas para a Prática Psiquiátrica (1996, 2002)

Anexo: Desenhos anatômicos

Reproduzidos do Protocolo de Istambul (consulte a seção 8.2)



DESENHOS ANATÔMICOS PARA A DOCUMENTAÇÃO DE TORTURA E MAUS-TRATOS

CORPO INTEIRO – MULHER – VISTAS ANTERIOR E POSTERIOR

CORPO INTEIRO – MULHER – VISTA LATERAL

BRAÇO ESQUERDO – BRAÇO DIREITO

[Figuras]

Nome _____ Caso No. _____
Data: _____

Nome _____ Caso No. _____
Data: _____

PERÍNEO – MULHER

TÓRAX – ABDÔMEN – MULHER – VISTAS ANTERIOR E POSTERIOR

[figuras]

Nome _____ Caso No. _____
Data:

Nome _____ Caso No. _____
Data:

CORPO INTEIRO – HOMEM – VISTAS ANTERIOR E POSTERIOR (VENTRAL E DORSAL)

CORPO INTEIRO – HOMEM – VISTA LATERAL

BRAÇO ESQUERDO – BRAÇO DIREITO

[Figuras]

Nome _____ Caso No. _____
Data:

Nome _____ Caso No. _____
Data:

TÓRAX – ABDÔMEN – HOMEM – VISTAS ANTERIOR E POSTERIOR

PÉS – SUPERFÍCIES DAS PLANTAS ESQUERDA E DIREITA

[figuras]

Nome _____ Caso No. _____
Data:

Nome _____ Caso No. _____
Data:

MÃO DIREITA – PALMAL E DORSAL

MÃO ESQUERDA – PALMAL E DORSAL

[figuras]

Nome _____ Caso No. _____
Data:

Nome _____ Caso No. _____
Data:

CABEÇA – ANATOMIA DA SUPERFÍCIE E ÓSSEA VISTA SUPERIOR – VISTA INFERIOR DO PESCOÇO

CABEÇA – ANATOMIA DA SUPERFÍCIE E ÓSSEA, VISTA LATERAL

[figuras]

Nome _____ Caso No. _____
Data: _____

Nome _____ Caso No. _____
Data: _____

ESQUELETO – VISTAS ANTERIOR E POSTERIOR

Nome _____

Caso No. _____

Data:

MARCAR TODAS AS OBTURAÇÕES EXISTENTES
E DENTES FALTANTES NESTE GRÁFICO

Estimativa

Idade _____

Sexo _____

Raça _____

Circular o termo descritivo

Presença de Próteses

Maxila

Dentadura Completa

Dentadura Parcial

Ponte Fixa

DIREITA

ESQUERDA

Mandíbula

Dentadura Completa

Dentadura Parcial

Ponte Fixa

Descrever completamente todas as Próteses ou Pontes

Fixas _____

Manchas nos dentes

Fraco

Moderado

Avançado

MARCAR TODAS AS CÁRIES NESTE GRÁFICO

Circule as cáries e marque dentes faltantes com um "X"

Circular o termo descritivo

Relação

Normal

Avanço Inferior

"Overbite"

DIREITA

ESQUERDA

Condição Periodontal

Excelente

Mediana

Precária

Tártaro

Fraco

Moderado

Avançado

Este Manual oferece orientação específica para a documentação médica e investigação de tortura. O Manual foi desenvolvido para auxiliar os profissionais da saúde, como médicos, enfermeiras e outros clínicos, que trabalham com indivíduos que possam ter sofrido tortura e outros maus-tratos. É abordada a existência e natureza da tortura e sua proibição pelo direito internacional, com suporte sobre como reconhecer e documentar a tortura, principalmente para profissionais de saúde com pouca ou nenhuma experiência em medicina legal. Depois de explicar os princípios éticos e legais envolvidos, segue orientações práticas sobre como coletar provas e compilar relatórios. Dá-se orientação sobre como realizar entrevistas com indivíduos que tenham sido submetidos à tortura, com uma explicação detalhada e extensa dos efeitos físicos e psicológicos da tortura e de outros maus-tratos, e de como documentar tais efeitos.

O Manual é parte de uma série de publicações do Centro de Direitos Humanos da Universidade de Essex, sendo complementar às publicações anteriores. Estas publicações incluem *The Torture Reporting Handbook*; *Combating Torture: A Manual for Judges and Prosecutors*; e *Reporting Killings as Human Rights Violations*.