

Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos

GENÈBRA



Protocolo de Istambul

MANUAL PARA A INVESTIGAÇÃO
E DOCUMENTAÇÃO EFICAZES DA TORTURA
E OUTRAS PENAS OU TRATAMENTOS CRUÉIS,
DESUMANOS OU DEGRADANTES



NAÇÕES UNIDAS

Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos
GENEVA



Protocolo de Istambul

MANUAL PARA A INVESTIGAÇÃO
E DOCUMENTAÇÃO EFICAZES DA TORTURA
E OUTRAS PENAS OU TRATAMENTOS CRUÉIS,
DESUMANOS OU DEGRADANTES



NAÇÕES UNIDAS

Nova Iorque e Genebra, 2001

nota *

Os conceitos utilizados e a apresentação do material constante da presente publicação não implicam a manifestação de qualquer opinião, seja de que natureza for, da parte do Secretariado das Nações Unidas, relativamente ao estatuto jurídico de qualquer país, território, cidade ou região, ou das suas autoridades, ou em relação à delimitação das suas fronteiras ou limites territoriais.

*
* *

O material constante da presente publicação pode ser livremente citado ou reproduzido, desde que indicada a fonte e que um exemplar da publicação contendo o material reproduzido seja enviado para o Alto Comissariado/Centro para os Direitos Humanos, Nações Unidas, 1211 Genebra 10, Suíça.

HR/P/PT/8

PUBLICAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS

N.º de Venda E.OI.XIV.1

ISBN 92-1-154136-0

ISSN 1020-1688

^{N.T.} As notas do tradutor (N.T.) constantes da presente publicação são da responsabilidade do Gabinete de Documentação e Direito Comparado da Procuradoria-Geral da República e não responsabilizam a Organização das Nações Unidas.

Co-autores e outros participantes

Coordenadores do projecto

Dr. Vincent Iacopino, Physicians for Human Rights USA, Boston
Dr. Önder Özkaliç, Fundação de Direitos Humanos da Turquia,
Istambul
Caroline Schlar, Action for Torture Survivors (HRFT), Genebra

Comité de redacção

Dr. Kathleen Allden, Indochinese Psychiatric Clinic, Boston, e Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina de Dartmouth, Lebanon, New Hampshire
Dr. Türkcan Baykal, Fundação de Direitos Humanos da Turquia, Esmirna
Dr. Vincent Iacopino, Physicians for Human Rights USA, Boston
Dr. Robert Kirschner, Physicians for Human Rights USA, Chicago
Dr. Önder Özkaliç, Fundação de Direitos Humanos da Turquia, Istambul
Dr. Michael Peel, The Medical Foundation for the Care of Victims of Torture, Londres
Dr. Hernan Reyes, Center for the Study of Society and Medicine, Universidade de Columbia, Nova Iorque
James Welsh, Amnistia Internacional, Londres

Relatores

Dr. Kathleen Allden, Indochinese Psychiatric Clinic, Boston, e Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina de Dartmouth, Lebanon, New Hampshire
Barbara Frey, Institute for Global Studies, Universidade do Minnesota, Minneapolis
Dr. Robert Kirschner, Physicians for Human Rights USA, Chicago
Dr. _ebnem Korur Fincanci, Sociedade de Especialistas de Medicina Legal, Istambul

Dr. Hernan Reyes, Center for the Study of Society and Medicine,
Universidade de Columbia, Nova Iorque
Ann Sommerville, British Medical Association, Londres
Dr. Numfondo Walaza, The Trauma Centre for Survivors of Violence
and Torture, Cidade do Cabo

Autores que contribuíram

Dr. Suat Alptekin, Departamento de Medicina Legal, Istambul
Dr. Zuhail Amato, Departamento de Ética, Faculdade de Medicina
Dokuz Eylül, Esmirna
Dr. Alp Ayan, Fundação de Direitos Humanos da Turquia, Esmirna
Dr. Semih Aytaçlar, Sonomed, Istambul
Dr. Metin Bakkalci, Fundação de Direitos Humanos da Turquia,
Ancara
Dr. Ümit Biçer, Sociedade de Especialistas em Medicina Legal,
Istambul
Dr. Yeşim Can, Fundação de Direitos Humanos da Turquia, Istambul
Dr. John Chisholm, British Medical Association, Londres
Dr. Lis Danielsen, Conselho Internacional de Reabilitação para Víti-
mas de Tortura, Copenhaga
Dr. Hanan Diab, Physicians for Human Rights Palestine, Gaza
Jean-Michel Diez, Association for the Prevention of Torture, Genebra
Dr. Yusuf Do ar, Fundação de Direitos Humanos da Turquia,
Istambul
Dr. Morten Ekstrom, Conselho Internacional de Reabilitação para Víti-
mas de Tortura, Copenhaga
Professor Ravindra Fernando, Department of Forensic Medicine and
Toxicology, Universidade de Colombo, Colombo
Dr. John Fitzpatrick, Cook County Hospital, Chicago
Camille Giffard, Universidade de Essex, Inglaterra
Dr. Jill Glick, Hospital Pediátrico da Universidade de Chicago,
Chicago
Dr. Emel Gökmen, Departamento de Neurologia, Universidade de
Istambul, Istambul
Dr. Norbert Gurriss, Behandlungszentrum für Folteropfer, Berlim
Dr. Hakan Gürvit, Departamento de Neurologia, Universidade de
Istambul, Istambul
Dr. Karin Helweg-Larsen, Associação Médica Dinamarquesa,
Copenhaga
Dr. Gill Hinshelwood, The Medical Foundation for the Care of
Victims of Torture, Londres
Dr. Uwe Jacobs, Survivors International, São Francisco
Dr. Jim Jaranson, The Center for Victims of Torture, Minneapolis
Cecilia Jimenez, Association for the Prevention of Torture, Genebra
Karen Johansen Meeker, University of Minnesota Law School,
Minneapolis

Dr. Emre Kapkin, Fundação de Direitos Humanos da Turquia, Esmirna

Dr. Cem Kaptano lu, Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina da Universidade Osmangazi, Eski,ehir

Professora Ioanna Kuçuradi, Centro para a Pesquisa e Aplicação da Filosofia e dos Direitos Humanos, Universidade de Hacettepe, Ancara

Basem Lafi, Programa de Saúde Mental da Comunidade de Gaza, Gaza

Dr. Elizabeth Lira, Instituto Latinoamericano de Salud Mental, Santiago

Dr. Veli Lök, Fundação de Direitos Humanos da Turquia, Esmirna

Dr. Michèle Lorand, Cook County Hospital, Chicago

Dr. Ruchama Marton, Physicians for Human Rights Israel, Tel Aviv

Elisa Massimino, Lawyers Committee for Human Rights, Nova Iorque

Carol Mottet, consultora jurídica, Berna

Dr. Fikri Öztop, Departamento de Patologia, Faculdade de Medicina da Universidade Ege, Esmirna

Alan Parra, Gabinete do Relator Especial sobre Tortura, Genebra

Dr. Beatrice Patsalides, Survivors International, São Francisco

Dr. Jean Pierre Restellini, Unidade para a Divulgação dos Direitos Humanos, Direcção de Direitos Humanos, Conselho da Europa, Estrasburgo

Nigel Rodley, Relator Especial sobre Tortura, Genebra

Dr. Füsün Sayek, Associação Médica Turca, Ancara

Dr. Françoise Sironi, Centre Georges Devereux, Universidade de Paris VIII, Paris

Dr. Bent Sorensen, Conselho Internacional de Reabilitação para Vítimas de Tortura, Copenhaga, e Comité contra a Tortura, Genebra

Dr. Nezir Suyugül, Departamento de Medicina Legal, Istambul

Asmah Tareen, University of Minnesota Law School, Minneapolis

Dr. Henrik Klem Thomsen, Departamento de Patologia, Hospital Bispebjerg, Copenhaga

Dr. Morris Tidball-Binz, Programa para a Prevenção da Tortura, Instituto Interamericano de Direitos Humanos, São José, Costa Rica

Dr. Nuray Türksoy, Fundação de Direitos Humanos da Turquia, Istambul

Hülya Üçpınar, Gabinete de Direitos Humanos, Associação Izmir Bar, Esmirna

Dr. Adriaan van Es, Fundação Johannes Wier, Amesterdão

Ralf Wiedemann, University of Minnesota Law School, Minneapolis

Dr. Mark Williams, The Center for Victims of Torture, Minneapolis

Participantes

Alessio Bruni, Comité contra a Tortura, Genebra

Dr. Eyad El Sarraj, Programa de Saúde Mental da Comunidade de Gaza, Gaza

Dr. Rosa Garcia-Peltoniemi, The Center for Victims of Torture,
Minneapolis
Dr. Ole Hartling, Associação Médica Dinamarquesa, Copenhaga
Dr. Hans Petter Hougen, Associação Médica Dinamarquesa, Cope-
nhaga
Dr. Delon Human, World Medical Association, Ferney-Voltaire
Dr. Dario Lagos, Equipo Argentino de Trabajo e Investigación Psi-
cosocial, Buenos Aires
Dr. Frank Ulrich Montgomery, Associação Médica Alemã, Berlim
Daniel Prémont, Fundo Voluntário das Nações Unidas para as Víti-
mas de Tortura, Genebra
Dr. Jagdish C. Sobti, Associação Médica Indiana, Nova Deli
Trevor Stevens, Comité Europeu para a Prevenção da Tortura, Stras-
burgo
Turgut Tarhanli, Departamento de Relações Internacionais e Direi-
tos Humanos, Universidade Bo azici, Istanbul
Wilder Taylor, Human Rights Watch, Nova Iorque
Dr. Joergen Thomsen, Conselho Internacional de Reabilitação para
Vítimas de Tortura, Copenhaga

Este projecto foi financiado com o generoso apoio do Fundo Volun-
tário das Nações Unidas para as Vítimas de Tortura, da Divisão de Direi-
tos Humanos e Política Humanitária do Departamento Federal dos
Negócios Estrangeiros, Suíça, do Gabinete para as Instituições Demo-
cráticas e Direitos Humanos (ODIHR) da Organização para a Segur-
ança e Cooperação na Europa, da Cruz Vermelha Suíça, da Fundação
de Direitos Humanos da Turquia e da organização *Physicians for
Human Rights*. Concederam também o seu apoio as seguintes enti-
dades: The Center for Torture Victims, Associação Médica Turca,
Conselho Internacional de Reabilitação para Vítimas de Tortura,
Amnistia Internacional – Suíça e Associação Cristã para a Abolição
da Tortura – Suíça.

Para os efeitos do presente manual, a tortura é definida nos termos constantes da Convenção das Nações Unidas contra a Tortura, de 1984:

“Tortura significa qualquer acto por meio do qual uma dor ou sofrimentos agudos, físicos ou mentais, são intencionalmente causados a uma pessoa com os fins de, nomeadamente, obter dela ou de uma terceira pessoa informações ou confissões, a punir por um acto que ela ou uma terceira pessoa cometeu ou se suspeita que tenha cometido, intimidar ou pressionar essa ou uma terceira pessoa, ou por qualquer outro motivo baseado numa forma de discriminação, desde que essa dor ou esses sofrimentos sejam infligidos por um agente público ou qualquer outra pessoa agindo a título oficial, a sua instigação ou com o seu consentimento expresso ou tácito. Este termo não compreende a dor ou os sofrimentos resultantes unicamente de sanções legítimas, inerentes a essas sanções ou por elas ocasionados.”¹

A tortura é objecto de grande preocupação para a comunidade internacional. Visa deliberadamente destruir, não apenas o bem-estar físico e mental do indivíduo, mas também, em determinados casos, a dignidade e vontade de comunidades inteiras. Diz respeito a todos os membros da família humana, uma vez que põe em causa o próprio significado da nossa existência e compromete as nossas esperanças num futuro melhor.²

Embora as normas internacionais de direitos humanos e direito humanitário proibam reitera-

damente a prática da tortura em quaisquer circunstâncias (vide capítulo I), a tortura e os maus tratos acontecem em mais de metade dos países do mundo.³ ⁴ A flagrante disparidade entre a proibição absoluta da tortura e a sua subsistência no mundo contemporâneo demonstra a necessidade de que os Estados identifiquem e ponham em prática medidas eficazes de protecção das pessoas contra a tortura e os maus tratos. O presente manual foi elaborado com o objectivo de auxiliar os Estados a dar resposta a uma das exigências mais fundamentais na protecção dos indivíduos contra a tortura: a documentação eficaz. Esta documentação permite recolher provas da prática da tortura e maus tratos, assim possibilitando a responsabilização dos infractores pelos seus actos e servindo os interesses da justiça. Os métodos de documentação indicados no presente manual são também aplicáveis a outros contextos, nomeadamente actividades de investigação e supervisão em matéria de direitos humanos, avaliação de situações de asilo político, defesa de indivíduos que “confessam” a prática de crimes sob tortura e avaliação das necessidades de tratamento das vítimas de tortura, entre outros.

Ao longo das últimas duas décadas, muito se aprendeu a respeito da tortura e suas consequências, mas não existiam quaisquer directrizes internacionais para a sua documentação antes da elaboração do presente manual. O *Manual sobre a Investigação e Documentação Eficazes da Tortura e Outras Penas ou Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes* (Protocolo de Istambul) pretende funcionar como um documento de refe-

¹ O Conselho de Administração do Fundo Voluntário das Nações Unidas para as Vítimas de Tortura decidiu recentemente utilizar no seu trabalho a Declaração sobre a Protecção de Todas as Pessoas contra a Tortura e Outras Penas ou Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes.

² Vide Iacopino, “Treatment of survivors of political torture: commentary” [em português: Tratamento dos sobreviventes de tortura política: comentário], *The Journal of Ambulatory Care Management*, 21 (2), 1998, pp. 5 a 13.

³ *Amnistia Internacional*, Relatório de 1999 da Amnistia Internacional (Londres, AIP, 1999).

⁴ M. Ba_o_lu, “Prevention of torture and care of survivors: an integrated approach” [em português: Prevenção da tortura e tratamento dos sobreviventes: uma abordagem integrada], *The Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 270 1993: 606-611).

rência internacional para a avaliação da situação das pessoas alegadamente vítimas de tortura e maus tratos, para a investigação dos presumíveis casos de tortura e para a comunicação dos factos apurados ao poder judicial ou outros órgãos com competência no domínio da investigação. O manual inclui os Princípios para a investigação e documentação eficazes da tortura e outras penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes (*vide* anexo I). Estes Princípios consagram normas mínimas a aplicar pelos Estados a fim de garantir uma documentação eficaz da tortura⁵. As directrizes enunciadas no presente manual não devem ser vistas como um protocolo rígido.

⁵ Os Princípios sobre a Investigação e Documentação Eficazes da Tortura e Outras Penas ou Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes foram anexados à resolução 55/89 da Assembleia Geral (4 de Dezembro de 2000) e à resolução 2000/43 da Comissão dos Direitos do Homem, ambas adoptadas por consenso.

Representam antes normas mínimas elaboradas com base nos Princípios acima referidos e deverão ser utilizadas tendo em conta os recursos disponíveis. O manual e os princípios são o resultado de três anos de análise, pesquisa e redacção, levadas a cabo por mais de 75 peritos nas áreas do direito, medicina e direitos humanos em representação de 40 organizações ou instituições de 15 países. A concepção e preparação do presente manual resultou de um esforço conjunto de especialistas em medicina e medicina legal, psiquiatras, psicólogos, observadores de direitos humanos e juristas a trabalhar na África do Sul, Alemanha, Chile, Costa Rica, Dinamarca, Estados Unidos da América, França, Holanda, Índia, Israel, Sri Lanka, Suíça, Reino Unido, Turquia e territórios palestinianos ocupados.

Índice

	<i>Página</i>
Co-autores e outros participantes	III
Introdução	VII
	<i>Parágrafos</i>
Cap. 01 Normas jurídicas internacionais aplicáveis	1-46 1
a. Direito internacional humanitário	2-6 1
b. As Nações Unidas	7-23 2
1. OBRIGAÇÕES JURÍDICAS NO DOMÍNIO DA PREVENÇÃO DA TORTURA	10 3
2. ÓRGÃOS E MECANISMOS DAS NAÇÕES UNIDAS	11-23 4
c. Organizações regionais	24-45 7
1. COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS E TRIBUNAL INTERAMERICANO DE DIREITOS HUMANOS	25-31 7
2. TRIBUNAL EUROPEU DOS DIREITOS DO HOMEM	32-37 9
3. COMITÉ EUROPEU PARA A PREVENÇÃO DA TORTURA E DAS PENAS OU TRATAMENTOS DESUMANOS OU DEGRADANTES	38-42 10
4. COMISSÃO AFRICANA DOS DIREITOS DO HOMEM E DOS POVOS E TRIBUNAL AFRICANO DOS DIREITOS DO HOMEM E DOS POVOS	43-45 11
d. Tribunal Penal Internacional	46 12
Cap. 02 Códigos éticos aplicáveis	47-72 13
a. Ética dos profissionais da área da justiça	48-49 13
b. Ética médica	50-55 14
1. DECLARAÇÕES DAS NAÇÕES UNIDAS APLICÁVEIS AOS PROFISSIONAIS NA ÁREA DA SAÚDE	51-52 14
2. DECLARAÇÕES DOS ORGANISMOS PROFISSIONAIS INTERNACIONAIS	53-54 15
3. CÓDIGOS NACIONAIS DE ÉTICA MÉDICA	55 16
c. Princípios comuns a todos os códigos de ética médica	56-64 16
1. O DEVER DE ASSISTÊNCIA	57-61 16
2. CONSENTIMENTO ESCLARECIDO	62-63 17
3. SIGILO PROFISSIONAL	64 18

	<i>Parágrafos</i>	<i>Página</i>
d. Profissionais de saúde com dualidade de obrigações	65-72	19
1. PRINCÍPIOS ORIENTADORES DE TODOS OS MÉDICOS COM DUALIDADE DE OBRIGAÇÕES	66	19
2. DILEMAS RESULTANTES DA DUALIDADE DE OBRIGAÇÕES	67-72	19
Cap.03 Inquéritos legais sobre a prática da tortura	73-118	23
a. Objectivos de um inquérito de tortura	76	23
b. Princípios sobre a Investigação e Documentação Eficazes da Tortura e Outras Penas ou Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes	77-83	24
c. Procedimentos a adoptar na investigação da tortura	84-105	26
1. DETERMINAÇÃO DO ORGANISMO RESPONSÁVEL PELA REALIZAÇÃO DO INQUÉRITO	84-86	26
2. RECOLHA DE DEPOIMENTOS DA ALEGADA VÍTIMA E OUTRAS TESTEMUNHAS	87-100	26
3. RECOLHA E PRESERVAÇÃO DAS PROVAS MATERIAIS	101-102	31
4. PROVAS MÉDICAS	103-104	31
5. FOTOGRAFIAS	105	32
d. Comissões de inquérito	106-118	32
1. DEFINIÇÃO DO ÂMBITO DO INQUÉRITO	106	32
2. COMPETÊNCIAS DA COMISSÃO	107	33
3. CRITÉRIOS PARA A SELECÇÃO DOS MEMBROS DA COMISSÃO	108-109	33
4. PESSOAL DA COMISSÃO	110	33
5. PROTECÇÃO DAS TESTEMUNHAS	111	34
6. PROCEDIMENTO	112	34
7. DIVULGAÇÃO DO INQUÉRITO	113	34
8. RECOLHA DE PROVAS	114	34
9. DIREITOS DAS PARTES	115	34
10. AVALIAÇÃO DAS PROVAS	116	35
11. RELATÓRIO DA COMISSÃO	117-118	35
Cap.04 Considerações gerais para as entrevistas	119-159	37
a. Objectivos do inquérito, exames e documentação	120-121	37
b. Salvaguardas processuais relativamente aos detidos	122-125	38
c. Visitas oficiais a centros de detenção	126-133	39
d. Técnicas de interrogatório	134	41
e. Documentação dos antecedentes	135-140	41
1. PERFIL PSICOSSOCIAL E SITUAÇÃO ANTERIOR À DETENÇÃO	135	41
2. RESUMO DA DETENÇÃO E DOS MAUS TRATOS	136	41
3. CIRCUNSTÂNCIAS DA DETENÇÃO	137	42
4. LOCAL E CONDIÇÕES DE DETENÇÃO	138	42
5. MÉTODOS DE TORTURA E MAUS TRATOS	139-140	42
f. Avaliação dos antecedentes	141-142	43
g. Análise dos métodos de tortura	143-144	43
h. Risco de re-traumatização das pessoas interrogadas	145-148	44
i. Utilização de intérpretes	149-152	45
j. Questões de género	153-154	46
k. Encaminhamento para outros serviços	155	47
l. Interpretação dos factos e conclusões	156-159	47

	<i>Parágrafos</i>	<i>Página</i>
Cap.05 Indícios físicos da tortura	160-232	49
a. Estrutura das entrevistas	162-166	49
b. Historial médico	167-171	50
1. SINTOMAS AGUDOS	169	51
2. SINTOMAS CRÔNICOS	170	51
3. RESUMO DA ENTREVISTA	171	51
c. Exame físico	172-185	52
1. PELE	175	52
2. ROSTO	176-181	52
3. PEITO E ABDÔMEN	182	54
4. SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO	183	54
5. SISTEMA GENITO-URINÁRIO	184	54
6. SISTEMAS NERVOSOS CENTRAL E PERIFÉRICO	185	55
d. Exame e avaliação subsequentes a formas específicas de tortura	186-231	55
1. ESPANCAMENTOS E OUTRAS CONTUSÕES	188-201	55
2. ESPANCAMENTO DOS PÉS	202-204	58
3. SUSPENSÃO	205-208	60
4. OUTRAS FORMAS DE TORTURA POSICIONAL	209-210	61
5. TORTURA POR CHOQUES ELÉTRICOS	211	61
6. TORTURA DENTÁRIA	212	62
7. ASFIXIA	213	62
8. TORTURA SEXUAL, INCLUINDO A VIOLAÇÃO	214-231	62
e. Testes de diagnóstico especializados	232	67
Cap.06 Indícios psicológicos da tortura	233-314	69
a. Considerações gerais	233-238	69
1. O PAPEL FUNDAMENTAL DA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA	233-236	69
2. CONTEXTO DA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA	237-238	70
b. Consequências psicológicas da tortura	239-258	71
1. ADVERTÊNCIAS	239	71
2. REAÇÕES PSICOLÓGICAS COMUNS	240-248	71
3. CLASSIFICAÇÕES DE DIAGNÓSTICO	249-258	73
c. Avaliação psicológica/psiquiátrica	259-314	76
1. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E CLÍNICAS	259-261	76
2. PROCESSO DE ENTREVISTA	262-273	77
3. COMPONENTES DA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA/PSIQUIÁTRICA	274-290	80
4. AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA	291-308	84
5. CRIANÇAS E TORTURA	309-314	88

ANEXOS

I. PRINCÍPIOS SOBRE A INVESTIGAÇÃO E DOCUMENTAÇÃO EFICAZES DA TORTURA E OUTRAS PENAS OU TRATAMENTOS CRUÉIS, DESUMANOS OU DEGRADANTES	91
II. TESTES DE DIAGNÓSTICO	95
III. ESQUEMAS ANATÔMICOS PARA A DOCUMENTAÇÃO DA TORTURA E DOS MAUS TRATOS	101
IV. DIRECTRIZES PARA A AVALIAÇÃO MÉDICA DA TORTURA E DOS MAUS TRATOS	109

Normas jurídicas internacionais aplicáveis

1. A proibição da tortura encontra-se firmemente consagrada no direito internacional. A Declaração Universal dos Direitos do Homem, o Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos e a Convenção contra a Tortura e Outras Penas ou Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes proíbem expressamente a tortura. De forma semelhante, diversos instrumentos regionais estabelecem a mesma proibição. A Convenção Americana sobre Direitos Humanos, a Carta Africana dos Direitos do Homem e dos Povos e a Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e das Liberdades Fundamentais do Conselho da Europa contêm disposições que proíbem expressamente a prática da tortura.

a. Direito internacional humanitário

2. Os tratados internacionais que regulamentam os conflitos armados estabelecem o direito internacional humanitário ou direito da guerra. A proibição da tortura ao abrigo do direito internacional humanitário é apenas uma parte, pequena mas importante, da ampla protecção que estes tratados conferem a todas as vítimas da guerra. As quatro Convenções de Genebra de 1949 foram ratificadas por 188 Estados^{N.T.1}. Estabelecem regras

N.T.1 A 13 de Novembro de 2002, o número de Estados Partes ascendia já a 190. Portugal aprovou para ratificação as quatro Convenções de Genebra pelo Decreto-Lei n.º 42 991, de 26 de Maio de 1960, tendo depositado os respectivos instrumentos de ratificação a 14 de Março de 1961. Estes tratados entraram em vigor na ordem jurídica portuguesa a 14 de Setembro de 1961.

para a condução dos conflitos armados internacionais e, em especial, para o tratamento de pessoas que não tomam parte nas hostilidades ou deixaram de o fazer, nomeadamente feridos, prisioneiros e civis. Cada uma das quatro convenções proíbe a prática da tortura e outras formas de maus tratos. Os dois Protocolos de 1977 Adicionais às Convenções de Genebra alargam a protecção conferida por estas convenções e o respectivo âmbito de aplicação. O Protocolo I (ratificado até à data por 153 Estados^{N.T.2}) abrange os conflitos armados internacionais e o Protocolo II (ratificado até ao momento por 145 Estados^{N.T.3}) os conflitos armados não internacionais.

N.T.2 A 13 de Novembro de 2002, o número de Estados Partes no Protocolo I ascendia a 160.

N.T.3 154 até 13 de Novembro de 2002.

3. O chamado “Artigo 3.º comum”, que se repete nas quatro convenções, assume particular importância neste domínio. O artigo 3.º comum aplica-se aos conflitos armados “que não apresente[m] um carácter internacional”, não sendo dada qualquer outra definição. Considera-se que estabelece as obrigações fundamentais a respeitar em todos os conflitos armados, e não apenas nas guerras internacionais entre países. Em geral, entende-se que isto significa que, seja qual for a natureza da guerra ou do conflito, existem determinadas regras básicas que não podem ser afastadas. A proibição da tortura é uma delas e

representa um elemento comum ao direito internacional humanitário e aos direitos humanos.

4. O Artigo 3.º comum estipula o seguinte:

[...] são e manter-se-ão proibidas, em qualquer ocasião e lugar [...] as ofensas contra a vida e integridade física, especialmente o homicídio sob todas as formas, as mutilações, os tratamentos cruéis, torturas e suplícios; [...] as ofensas à dignidade das pessoas, especialmente os tratamentos humilhantes e degradantes [...]

5. Nas palavras do Relator Especial sobre Tortura, Nigel Rodley:

*A proibição da tortura e outros maus tratos dificilmente poderia ser formulada em termos mais peremptórios. De acordo com o comentário oficial ao texto elaborado pelo Comité Internacional da Cruz Vermelha (CICV), não existe qualquer excepção; não existem quaisquer circunstâncias atenuantes*⁶.

6. Uma outra ligação entre o direito internacional humanitário e os direitos humanos pode ser encontrada no preâmbulo do Protocolo II, que rege os conflitos armados não internacionais (tais como as guerras civis declaradas) e onde se afirma o seguinte: “[...] os instrumentos internacionais relativos aos direitos do homem oferecem à pessoa humana uma protecção fundamental.”⁷

b. As Nações Unidas

7. Para assegurar a protecção adequada de todas as pessoas contra a tortura e outras penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes, as Nações Unidas trabalham desde há muitos anos na elaboração de normas de aplicação universal. As convenções, declarações e resoluções adoptadas pelos Estados Membros das Nações Unidas afirmam claramente que não pode existir qualquer excepção para a proibição da tortura e estabelecem outras obrigações para garantir a protecção das

pessoas contra tais abusos. Entre os mais importantes destes instrumentos, contam-se: a Declaração Universal dos Direitos do Homem (DUDH)⁸, N.T.4, o Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos (PIDCP)⁹, N.T.5, as Regras Mínimas para o Tratamento dos Reclusos (RMTR)¹⁰, N.T.6, a Declaração das Nações Unidas sobre a Protecção de Todas as Pessoas contra a Tortura e Outras Penas ou Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes (Declaração contra a Tortura)¹¹, N.T.7, o Código de Conduta para os Funcionários Responsáveis pela Aplicação da Lei (CCFRAL)¹², N.T.8, os Princípios de Deontologia Médica aplicáveis à actuação do pessoal dos serviços de saúde, especialmente aos médicos, para a protecção de pessoas presas ou detidas contra a tortura e outras penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes (Princípios de Deontologia Médica)¹³, N.T.9, a Convenção contra a Tortura e Outras Penas ou Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes (Convenção contra a Tortura)¹⁴, N.T.10, o Conjunto de Princípios para a Protecção de Todas as Pessoas Sujeitas a Qualquer Forma de Detenção ou Prisão (Conjunto de Princípios sobre Detenção)¹⁵, N.T.11 e os Princípios Básicos Relativos ao Tratamento de Reclusos (PBTR)¹⁶, N.T.12.

8. A Convenção contra a Tortura não se aplica à dor ou aos sofrimentos resultantes unicamente de sanções legítimas, inerentes a essas sanções ou por elas ocasionados.¹⁷

⁸ Resolução 217 A (III) da Assembleia Geral, de 10 de Dezembro de 1948, artigo 5.º; vide General Assembly Official Documents, Third Session (A/810), p.71.

N.T.4 A Declaração Universal dos Direitos do Homem foi publicada no Diário da República, I Série A, n.º 57/78, de 9 de Março de 1978, mediante aviso do Ministério dos Negócios Estrangeiros. O seu texto integral em português pode ser encontrado na página INTERNET do GDCC: www.gddc.pt.

⁹ Resolução 2200 A (XXI) da Assembleia Geral, de 16 de Dezembro de 1966, anexo, artigo 7.º; vide General Assembly Official Documents, Twenty First Session, GAOR Supplement (No. 16) (A/6316), p.56 e United Nations Treaty Series, volume 999, p.171. O PIDCP entrou em vigor na ordem jurídica internacional a 23 de Março de 1976.

N.T.5 Aprovado para ratificação por Portugal pela Lei n.º 29/78, de 12 de Junho, publicada no Diário da República, I Série A, n.º 133/78. O instrumento de ratificação foi depositado junto do Secretário-Geral das Nações Unidas a 15 de Junho de 1978, tendo o PIDCP entrado em vigor na ordem jurídica interna portuguesa a 15 de Setembro de 1978. Para o texto integral em português, consulte a webpage do GDCC.

¹⁰ Adoptadas a 30 de Agosto de 1955 pelo Primeiro Congresso das Nações Unidas sobre a Prevenção do Crime e o Tratamento dos Delinquentes e aprovadas pelo Conselho Económico e Social das Nações Unidas através das suas resoluções 663 C (XXIV), de 31 de Julho de 1957 e 2076 (LXII), de 13 de Maio de 1977; vide documento da Nações Unidas com a cota A/CONF/611, anexo I, artigo 31.º; resolução 663 C (XXIV), Economic and Social Council Official Documents, Twenty-Fourth Session, Supplement No. 1 (E/3048), p.12, emendada pela resolução 2076 (LXII), Economic and Social Council Official Documents, Sixty-Second Session, Supplement No.1 (E/5988), p.37.

N.T.6 O texto integral em português está também disponível na webpage do GDCC.

¹¹ Resolução 3452 (XXX) da Assembleia Geral, de 9 de Dezembro de 1975, anexo, artigos 2.º e 4.º; vide General Assembly Official Documents, Thirtieth Session, Supplement No. 34 (A/10034), p. 96.

N.T.7 Para o texto em português, consulte a página do GDCC na INTERNET.

9. Outros organismos e mecanismos de direitos humanos do sistema das Nações Unidas têm vindo a tomar iniciativas com o objectivo de desenvolver normas para a prevenção da tortura, bem como normas que obriguem os Estados a investigar os alegados casos de tortura. De entre estes organismos e mecanismos, destacamos o Comité contra a Tortura, o Comité dos Direitos do Homem, a Comissão dos Direitos do Homem, o Relator Especial sobre Tortura, a Relatora Especial sobre Violência contra Mulheres e os Relatores Especiais nomeados pela Comissão dos Direitos do Homem para acompanhar a situação de direitos humanos de determinados países.

I. OBRIGAÇÕES JURÍDICAS NO DOMÍNIO DA PREVENÇÃO DA TORTURA

10. Os instrumentos jurídicos *supra* citados estabelecem determinadas obrigações que os Estados devem cumprir a fim de assegurar protecção contra a tortura. Eis algumas:

a) A adopção das medidas legislativas, administrativas, judiciais ou quaisquer outras que se afigurem eficazes para impedir a ocorrência de actos de tortura. Nenhuma circunstância excepcional, incluindo a guerra, poderá ser invocada para justificar a tortura (artigo 2.º da Convenção contra a Tortura e artigo 3.º da Declaração sobre a Protecção contra a Tortura);

b) A proibição de expulsar, entregar (*refouler*) ou extraditar

¹² Resolução 34/169 da Assembleia Geral, de 17 de Dezembro de 1979, anexo, artigo 5.º; vide General Assembly Official Documents, Thirty-Fourth Session, Supplement No. 46 (A/34/46), p. 209.

N.T.8 Texto em português disponível na webpage do GDCC (www.gdcc.pt).

¹³ Resolução 37/194 da Assembleia Geral, de 18 de Dezembro de 1982, anexo, princípios 2 a 5; vide General Assembly Official Documents, Thirty-Seventh Session, Supplement No. 51 (A/37/51), p. 262.

N.T.9 Veja o texto em português na página do GDCC.

¹⁴ Entrada em vigor na ordem jurídica internacional a 26 de Junho de 1987; vide resolução 39/46 da Assembleia Geral, de 10 de Dezembro de 1984, anexo, artigo 2.º, General Assembly Official Documents, Thirty-Ninth Session, Supplement No. 51 (A/39/51), p. 206.

N.T.10 Aprovada para ratificação pela resolução da Assembleia da República n.º 11/88, de 21 de Maio, publicada no Diário da República, I Série, n.º 118/88 e ratificada pelo decreto do Presidente da República n.º 57/88, de 20 de Julho, publicado no Diário da República, I Série, n.º 166/88. O instrumento de ratificação foi depositado junto do Secretário-Geral das Nações Unidas a 9 de Fevereiro de 1989, tendo esta convenção entrado em vigor na ordem jurídica portuguesa a 11 de Março de 1989. O seu texto oficial em português pode ser encontrado na webpage do GDCC.

¹⁵ Resolução 43/173 da Assembleia Geral, de 9 de Dezembro de 1998, anexo, princípio 6; vide General Assembly Official Documents, Forty-Third Session, Supplement No. 49 (A/43/49), p. 311.

N.T.11 Também este documento está disponível, em português, no endereço www.gdcc.pt.

¹⁶ Resolução 45/111 da Assembleia Geral, de 14 de Dezembro de 1990, anexo, princípio 1; vide General Assembly Official Documents, Forty-Fifth Session, Supplement No. 49 (A/45/49), p. 216.

N.T.12 Texto em português disponível na webpage do GDCC.

¹⁷ Para uma interpretação acerca do que se consideram "sanções legítimas", vide o relatório apresentado pelo Relator Especial sobre Tortura à Comissão dos Direitos do Homem na sua 53.ª sessão (E/CN.4/1997/7,

uma pessoa para um outro Estado quando existam motivos sérios para crer que possa ser submetida a tortura (artigo 3.º da Convenção contra a Tortura);

c) A criminalização de todos os actos de tortura, incluindo a cumplicidade ou a participação nos mesmos (artigo 4.º da Convenção contra a Tortura, princípio 7 do Conjunto de Princípios sobre Detenção, artigo 7.º da Declaração sobre a Protecção contra a Tortura e parágrafos 31 a 33 das Regras Mínimas para o Tratamento dos Reclusos);

d) A adopção das medidas necessárias para que a tortura constitua um crime passível de extradição e a colaboração com os outros Estados Partes no âmbito dos processos criminais instaurados relativamente a casos de tortura (artigos 8.º e 9.º da Convenção contra a Tortura);

e) Limitação do recurso à detenção em regime de incomunicabilidade; garantia de que os detidos são mantidos em locais oficialmente reconhecidos como locais de detenção; garantia de que os nomes das pessoas responsáveis pela detenção são inscritos em registos facilmente disponíveis e acessíveis a todos os interessados, incluindo família e amigos; registo do local, hora e data de todos os interrogatórios, juntamente com os nomes de todas as pessoas presentes; e garantia de acesso aos detidos por parte de médicos, advogados e familiares (artigo 11.º da Convenção contra a Tortura; princípios 11 a 13, 15 a 19 e 23 do Conjunto de Princípios sobre Detenção; parágrafos 7, 22 e 37 das Regras Mínimas para o Tratamento dos Reclusos);

f) Garantia de que a educação e informação relativas à proibição da tortura constituam parte integrante da formação do pessoal (civil ou militar) encarregado da aplicação da lei, do pessoal médico, dos agentes da função pública e de quaisquer outras pessoas interessadas (artigo 10.º da Convenção contra a Tortura; artigo 5.º da Declaração

parágrafos 3 a 11), no qual o Relator Especial defendeu que a aplicação de penas tais como a morte por lapidação, flagelação e amputação de membros não pode ser considerada legítima unicamente devido ao facto de a pena ter sido autorizada na sequência de um procedimento formalmente legítimo. A interpretação avançada pelo Relator Especial, que coincide as posições do Comité dos Direitos do Homem e outros mecanismos das Nações Unidas, foi endossada pela resolução 1998/38 da Comissão dos Direitos do Homem, a qual "recorda aos Governos que os castigos corporais podem resultar em tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes ou mesmo em tortura".

sobre a Protecção contra a Tortura; parágrafo 54 das Regras Mínimas para o Tratamento dos Reclusos);

g) Garantia de que qualquer declaração que se prove ter sido obtida através da tortura não possa ser invocada como elemento de prova num processo, salvo se for utilizada contra a pessoa acusada da prática de tortura para provar que a declaração foi feita (artigo 15.º da Convenção contra a Tortura; artigo 12.º da Declaração sobre a Protecção contra a Tortura);

h) Garantia de que as autoridades competentes do Estado procedem imediatamente a um rigoroso inquérito sempre que existam motivos razoáveis para crer que foi praticado um acto de tortura (artigo 12.º da Convenção contra a Tortura; princípios 33 e 34 do Conjunto de Princípios sobre Detenção; artigo 9.º da Declaração sobre a Protecção contra a Tortura);

i) Garantia de que as vítimas de tortura dispõem do direito de obter reparação e uma indemnização adequada pelos danos sofridos (artigos 13.º e 14.º da Convenção contra a Tortura; artigo 11.º da Declaração sobre a Protecção contra a Tortura; parágrafos 35 e 36 das Regras Mínimas para o Tratamento dos Reclusos);

j) Garantia de que seja instaurado processo penal contra o presumível autor ou autores do acto de tortura caso um inquérito revele indícios da prática de um acto deste tipo. Caso pareçam existir indícios sólidos da aplicação de penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes, o presumível infractor ou infractores deverão ser submetidos a processo penal, disciplinar ou outro processo adequado (artigo 7.º da Convenção contra a Tortura; artigo 10.º da Declaração sobre a Protecção contra a Tortura).

2. ÓRGÃOS E MECANISMOS DAS NAÇÕES UNIDAS

(a) COMITÉ CONTRA A TORTURA

11. O Comité contra a Tortura controla a aplicação da Convenção contra a Tortura e Outras Penas ou Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes. Este Comité é composto por 10 peritos

independentes “de elevado sentido moral e reconhecida competência no domínio dos direitos do homem”. Nos termos do artigo 19.º da Convenção contra a Tortura, os Estados Partes apresentam ao Comité, através do Secretário Geral, relatórios sobre as medidas por si adoptadas para dar cumprimento às obrigações assumidas em virtude da Convenção. O Comité analisa a forma como as disposições da Convenção são incorporadas na lei nacional de cada Estado Parte e verifica a respectiva aplicação prática. Cada relatório é examinado pelo Comité, que poderá formular comentários gerais e recomendações e incluir esta informação no seu relatório anual aos Estados Partes e à Assembleia Geral. Estes procedimentos são levados a cabo no âmbito de reuniões públicas.

12. Nos termos do artigo 20.º da Convenção, caso o Comité receba informações idóneas que pareçam conter indicações bem fundadas de que a tortura é sistematicamente praticada no território de um Estado parte, poderá convidar o referido Estado a colaborar consigo na

¹⁸ Deverá salientar-se, porém, que a aplicação do artigo 20.º pode ser limitada em virtude de reserva do Estado Parte, caso em que o citado artigo não se aplicará.

^{N.T.13} Portugal não formulou qualquer reserva ao artigo 20.º da Convenção (nem a qualquer outra disposição da mesma), pelo que se encontra sujeito à jurisdição do Comité nos termos deste artigo.

análise da informação em causa e, para este fim, a apresentar os seus comentários relativamente à mesma. O Comité pode, se o julgar necessário, designar um ou mais dos seus membros para procederem a um inquérito confidencial e apresentarem as suas conclusões ao Comité com a máxima urgência. Com o acordo do Estado Parte em causa, este inquérito poderá incluir uma visita ao respectivo território. Após examinar as conclusões do seu membro ou membros designados para conduzir o inquérito, o Comité transmite-as ao Estado Parte em questão, juntamente com quaisquer sugestões ou comentários que lhe pareçam adequados face à situação. Todas as diligências efectuadas ao abrigo do artigo 20.º são confidenciais, procurando-se obter a colaboração do Estado Parte em todas as fases do processo. Uma vez concluídos estes trabalhos, o Comité pode, após consultas com o Estado Parte interessado, decidir incluir um resumo dos resultados do inquérito no seu relatório anual aos outros Estados Partes e à Assembleia Geral^{18, N.T.13}.

13. Em conformidade com o artigo 22.º da Convenção contra a Tortura, um Estado Parte pode, a todo o momento, reconhecer a competência do Comité para receber e analisar comunicações apresentadas por ou em nome de particulares sujeitos à sua jurisdição e que afirmem terem sido vítimas de violação, por um Estado Parte, das disposições da Convenção contra a Tortura. O Comité considera então estas comunicações em sessões à porta fechada e comunica as suas conclusões ao Estado Parte interessado e ao particular. Apenas 39 dos 112 Estados Partes na Convenção reconheceram já a aplicabilidade do artigo 22.º^{N.T.14}.

^{N.T.14} A 30 de Maio de 2002, já 51 Estados haviam reconhecido a competência do Comité ao abrigo do artigo 22.º, entre os quais Portugal, que apresentou declaração nesse sentido no momento do depósito do instrumento de ratificação da Convenção (9 de Fevereiro de 1999, com efeitos a partir de 11 de Março do mesmo ano) – juntamente com declaração reconhecendo a competência do Comité ao abrigo do artigo 21.º (para o exame de comunicações apresentadas por outros Estados Partes).

14. Nos seus relatórios anuais apresentados à Assembleia Geral, o Comité insiste regularmente na necessidade de cumprimento, pelos Estados Partes, das obrigações impostas pelos artigos 12.º e 13.º da Convenção, garantindo que todas as alegações de tortura são imediatamente objecto de um inquérito rigoroso. Por exemplo, o Comité declarou considerar que um atraso de 15 meses na investigação de um alegado caso de tortura é excessivamente longo e viola o disposto no artigo 12.º da Convenção¹⁹. O Comité sublinhou também que o artigo 13.º não exige a apresentação formal de uma queixa de tortura, “bastando que uma pessoa alegue ter sido submetida a tortura para que [o Estado Parte] esteja obrigado a proceder de imediato ao exame rigoroso do caso”²⁰.

¹⁹ Vide Comunicação 8/1991, parágrafo 185, relatada no relatório do Comité contra a Tortura à Assembleia Geral (A/49/44) de 12 de Junho de 1994.

²⁰ Vide Comunicação 6/1990, parágrafo 10.4, relatada no relatório do Comité contra a Tortura à Assembleia Geral (A/50/44) de 26 de Julho de 1995.

(b) COMITÉ DOS DIREITOS DO HOMEM

15. O Comité dos Direitos do Homem foi instituído ao abrigo do artigo 28.º do Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos, com a função de controlar a aplicação, pelos Estados Partes, das disposições deste instrumento. O Comité é composto por 18 peritos independentes que deverão ser pessoas de alta autoridade moral e possuidoras de reconhecida competência no domínio dos direitos humanos.

16. De cinco em cinco anos, os Estados Partes no Pacto deverão apresentar relatórios nos quais indicam as medidas por si adoptadas para tornar efectivos os direitos reconhecidos no Pacto e os progressos alcançados no gozo destes mesmos direitos. O Comité dos Direitos do Homem examina os relatórios em diálogo com representantes do Estado Parte em causa, após o que adopta observações finais que resumem as suas principais preocupações e contêm as sugestões e recomendações que considere pertinente dirigir ao Estado Parte. O Comité elabora também comentários gerais interpretativos de determinados artigos do Pacto em particular, a fim de orientar os Estados Partes no processo de elaboração dos relatórios, bem como nos seus esforços para aplicar as disposições do PIDCP. Num desses comentários gerais, o Comité propôs-se clarificar o sentido do artigo 7.º do Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos, que declara que ninguém será submetido a tortura nem a penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes. Nos seus comentários gerais ao citado artigo 7.º que constam do relatório do Comité, este observou especificamente que a proibição da tortura ou a sua criminalização não são suficientes para garantir a plena aplicação do artigo 7.º²¹. O Comité declarou o seguinte: “[...] os Estados deverão garantir uma protecção efectiva através de um qualquer mecanismo de controlo. As denúncias de maus tratos deverão ser investigadas de forma eficaz pelas autoridades competentes.”

²¹ Documento das Nações Unidas com a cota A/37/40 (1982).

17. A 10 de Abril de 1992, o Comité adoptou um novo comentário geral ao artigo 7.º do Pacto, desenvolvendo as suas anteriores observações. O Comité reforçou a sua leitura do artigo 7.º considerando que “as denúncias deverão ser imediatamente investigadas de forma imparcial pelas autoridades competentes de forma a garantir a eficácia do mecanismo de recurso”. Caso o Estado Parte haja ratificado o primeiro Protocolo Facultativo referente ao Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos^{N.T.15}, o particular pode apresentar uma comu-

^{N.T.15} Portugal aprovou este primeiro Protocolo para adesão através da Lei n.º 13/82, de 15 de Junho, publicada no Diário da República, I Série A, n.º 135/82, tendo o instrumento de adesão sido depositado junto do Secretário-Geral das Nações Unidas a 3 de Maio de 1983. Este Protocolo entrou em vigor na ordem jurídica portuguesa a 3 de Agosto de 1983.

nicação ao Comité queixando-se da violação de qualquer dos seus direitos consagrados no Pacto. Se esta comunicação for considerada admissível, o Comité profere decisão sobre o mérito da questão, decisão essa que é tornada pública no seu relatório anual.

(c) COMISSÃO DOS DIREITOS DO HOMEM

18. A Comissão dos Direitos do Homem (CDH) é o principal órgão das Nações Unidas com competência no domínio dos direitos humanos. É composta por 53 Estados Membros eleitos pelo Conselho Económico e Social para mandatos de três anos. A Comissão reúne anualmente durante seis semanas em Genebra para tratar de questões de direitos humanos, podendo iniciar estudos e missões de inquérito, elaborar convenções e declarações para aprovação pelos órgãos superiores das Nações Unidas e discutir determinadas violações de direitos humanos em particular, em sessões públicas ou privadas. A 6 de Junho de 1967, o Conselho Económico e Social, na resolução 1235 (XLII), autorizou a Comissão a examinar alegações de graves violações de direitos humanos e a “proceder a um estudo rigoroso de situações que revelem a existência de violações sistemáticas de direitos humanos”²². Com este mandato, a Comissão tem vindo, designadamente, a adoptar resoluções nas quais manifesta preocupação pela ocorrência de violações de direitos humanos e a nomear relatores especiais que se ocupam de violações de direitos humanos em determinados domínios temáticos específicos. A Comissão adopta também resoluções dedicadas ao problema da tortura e outras penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes. Na sua resolução 1998/38, a CDH sublinhou que “todas as alegações de tortura ou penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes deverão ser imediatamente examinadas, de forma imparcial, pela autoridade nacional competente”.

(d) RELATOR ESPECIAL SOBRE TORTURA

19. Em 1985, a Comissão decidiu, na sua resolução 1985/33, criar o mandato de Relator Especial sobre Tortura. O Relator Especial tem por função

procurar e recolher informação credível e fidedigna sobre questões relevantes no domínio da tortura, e responder sem demora a tal informação. A CDH tem vindo a renovar o mandato de Relator Especial em ulteriores resoluções.

20. A competência de controlo do Relator Especial abrange todos os Estados Membros das Nações Unidas e todos os Estados com estatuto de observador, independentemente do facto de terem ou não ratificado a Convenção contra a Tortura. O Relator Especial estabelece contacto com os Governos, solicita-lhes informação sobre medidas legislativas e administrativas adoptadas a fim de prevenir a tortura, convida-os a remediar quaisquer consequências que daí tenham advido e pede-lhes que respondam a informação que alegue a ocorrência de qualquer caso de tortura. O Relator Especial recebe também pedidos de acção urgente, que leva ao conhecimento dos Governos interessados a fim de garantir a protecção do direito à integridade física e mental da pessoa. Para além disso, o Relator Especial reúne-se com representantes dos governos que o desejem contactar e, em conformidade com o seu mandato, efectua visitas ao terreno em determinadas partes do mundo. O Relator Especial apresenta relatórios à Comissão dos Direitos do Homem e à Assembleia Geral. Estes relatórios enunciam as iniciativas tomadas pelo Relator Especial no exercício do seu mandato e chamam reiteradamente a atenção para a importância de investigar imediatamente quaisquer alegações de tortura. No relatório do Relator Especial sobre Tortura de 12 de Janeiro de 1995, o Relator Especial, Nigel Rodley^{N.T16}, formulou uma série de recomendações. No parágrafo 926 (g) deste relatório, pode ler-se o seguinte:

N.T16 Nigel Rodley (Reino Unido) ocupou o cargo de Relator Especial sobre Tortura entre 1993 e 2001. Foi substituído a 15 de Outubro de 2001 por Theo van Boven (Holanda). O mandato de Relator Especial sobre tortura foi renovado por mais três anos pela CDH, na sua resolução 2001/62.

Quando um detido, seu familiar ou advogado apresenta uma queixa de tortura, deverá sempre realizar-se um inquérito [...] Deverão ser criadas autoridades nacionais independentes, como uma comissão nacional ou provedor de justiça com competências de investigação e/ou exercício de acção penal, para receber e investigar tais queixas. As queixas de tortura deverão ser tramitadas

imediatamente e deverão ser investigadas por uma autoridade independente sem qualquer relação com a que procede ao inquérito ou instrução do caso contra a presumível vítima²³.

²³ Documento das Nações Unidas com a cota E/CN.4/1995/34.

21. O Relator Especial destacou esta recomendação no seu relatório de 9 de Janeiro de 1996²⁴. Referindo a sua preocupação pelas práticas de tortura, o Relator Especial lembrou no parágrafo 136 que “tanto nos termos do direito internacional geral como nos da Convenção contra a Tortura e Outras Penas ou Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes, os Estados têm a obrigação de investigar as denúncias de tortura”.

²⁴ Documento das Nações Unidas com a cota E/CN.4/1996/35.

(e) RELATORA ESPECIAL SOBRE VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES

22. O mandato de Relatora Especial sobre Violência contra Mulheres foi criado em 1994 pela resolução 1994/45 da Comissão dos Direitos do Homem e renovado pela resolução 1997/44^{N.T.17}. A Relatora Especial instituiu procedimentos para solicitar aos Governos, num espírito humanitário, informações e esclarecimentos sobre casos concretos de alegada violência, a fim de identificar e investigar situações e denúncias concretas de violência contra mulheres em qualquer país. Estas comunicações podem dizer respeito a um ou mais indivíduos identificados pelo nome ou a informação de natureza mais geral relativa a situações em que a violência contra mulheres continua a ser perpetrada ou tolerada. A Relatora Especial recorre à definição de violência contra mulheres com base no género, constante da Declaração das Nações Unidas sobre a Eliminação da Violência contra Mulheres, adoptada pela Assembleia Geral na sua resolução 48/104, de 20 de Dezembro de 1993. A Relatora Especial pode transmitir apelos urgentes nos casos de violência contra mulheres com base no género que suponham ou possam supor uma ameaça iminente ou receio de ameaça ao direito à vida ou à integridade física da pessoa. A Relatora

^{N.T.17} O cargo de Relator Especial é ocupado, desde a criação do mandato, pela senhora Radhika Coomaraswamy, do Sri Lanka. Por este motivo, optou-se por referir a designação do mandato no feminino na língua portuguesa. Na resolução 2000/45, a CDH renovou este mandato por mais três anos. No final de Julho de 2002, Radhika Coomaraswamy manteve a titularidade do cargo.

Especial insta as autoridades nacionais competentes, não apenas a fornecer informação completa sobre o caso, mas também a levar a cabo um inquérito independente e imparcial sobre o mesmo e a tomar medidas imediatas com vista a assegurar que não voltem a suceder violações dos direitos humanos das mulheres.

23. A Relatora Especial apresenta relatórios anuais à Comissão dos Direitos do Homem, nos quais dá conta das comunicações transmitidas aos Governos e respostas recebidas. Com base na informação recebida dos Governos e outras fontes fidedignas, a Relatora Especial formula recomendações dirigidas aos Estados em causa com o objectivo de encontrar soluções duradouras para a erradicação da violência contra mulheres em qualquer país. Caso não receba qualquer resposta ou esta seja insuficiente, a Relatora Especial pode enviar nova comunicação ao Governo em causa. Se, em determinado país, se continuar a verificar uma situação concreta de violência contra mulheres e a informação recebida pela Relatora Especial indicar que nenhuma medida foram ou estão a ser tomadas pelo Governo para assegurar a protecção dos direitos humanos das mulheres, a Relatora Especial pode considerar a possibilidade de pedir autorização ao Governo em causa para visitar o país a fim de levar a cabo uma missão de inquérito no terreno.

C. Organizações regionais

24. Os organismos regionais contribuem também para o desenvolvimento de normas destinadas a prevenir a tortura. É o caso, entre outros, da Comissão Interamericana de Direitos Humanos, do Tribunal Interamericano de Direitos Humanos, do Tribunal Europeu dos Direitos do Homem, do Comité Europeu para a Prevenção da Tortura e da Comissão Africana dos Direitos do Homem e dos Povos.

1. COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS E TRIBUNAL INTERAMERICANO DE DIREITOS HUMANOS

25. A 22 de Novembro de 1969, a Organização de Estados Americanos (OEA) adoptou a Convenção

Americana sobre Direitos Humanos, que entrou em vigor a 18 de Julho de 1978²⁵, N.T.18. O artigo 5.º desta Convenção dispõe o seguinte:

1. Toda a pessoa tem o direito de que se respeite a sua integridade física, psíquica e moral.

2. Ninguém deve ser submetido a torturas, nem a penas ou tratos cruéis, desumanos ou degradantes. Toda a pessoa privada da liberdade deve ser tratada com o respeito devido à dignidade inerente ao ser humano.

26. O artigo 33.º da Convenção prevê a criação da Comissão Interamericana de Direitos Humanos e do Tribunal Interamericano de Direitos Humanos. Conforme estipulado no respectivo regulamento, a principal função da Comissão consiste em promover a observância e a defesa dos direitos humanos e servir de órgão consultivo da Organização de Estados Americanos nesta área²⁶. No desempenho desta função, a Comissão tem em conta a Convenção Interamericana para Prevenir e Punir a Tortura para orientar a sua interpretação de tortura ao abrigo do artigo 5.º²⁷. A Convenção Interamericana para Prevenir e Punir a Tortura foi adoptada pela OEA a 9 de Dezembro de 1985 e entrou em vigor a 28 de Fevereiro de 1987²⁸. O seu artigo 2.º define tortura nos seguintes termos:

[...] *todo acto pelo qual são infligidos intencionalmente a uma pessoa penas ou sofrimentos físicos ou mentais, com fins de investigação criminal, como meio de intimidação, como castigo pessoal, como medida preventiva, como pena ou com qualquer outro fim. Entender-se-á também como tortura a aplicação sobre uma pessoa, de métodos tendentes a anular a personalidade da vítima, ou a diminuir sua capacidade física ou mental, embora não causem dor física ou angústia psíquica.*

²⁵ Organização de Estados Americanos, *Série de Tratados N.º 36*, e United Nations Treaty Series, vol. 1144, p.123. O texto foi reimpresso na obra *Basic Documents Pertaining to Human Rights in the Inter-American System* [em português: "Documentos Básicos Relativos aos Direitos Humanos no Sistema Interamericano"], OEA/Ser.L.V/II.82, documento 6, rev.1, a pp.25 (1992).

N.T.18 O texto em português deste instrumento está disponível no website do GDCC: www.gdcc.pt.

²⁶ Regulamento da Comissão Interamericana de Direitos Humanos, Organização de Estados Americanos, OEA/Ser.L.V/II.92, documento 31, revisão 3 de 3 de Maio de 1996, artigo 1.º, n.º 1.

²⁷ Vide processo 10.832, relatório n.º 35/96, Relatório anual de 1997 da Comissão Interamericana de Direitos Humanos, parágrafo 75.

²⁸ Vide *Série de Tratados da Organização de Estados Americanos*, N.º 67.

27. De acordo com o artigo 1.º, os Estados Partes obrigam-se a prevenir e punir a tortura, nos termos da Convenção. Os Estados Partes na Convenção deverão investigar imediatamente e de forma adequada quaisquer alegações de tortura ocorrida no âmbito da sua jurisdição.

28. O artigo 8.º estabelece que "os Estados Partes assegurarão a qualquer pessoa que denunciar haver sido submetida a tortura, no âmbito de sua jurisdição, o direito de que o caso seja examinado de maneira imparcial". Da mesma forma, sempre que haja qualquer denúncia ou razão fundada para supor que tenha sido cometido um acto de tortura no âmbito da sua jurisdição, os Estados Partes deverão garantir que as suas autoridades investiguem imediatamente o caso de forma adequada e instaurem, se for caso disso, o correspondente processo penal.

29. Num dos seus relatórios de 1998 dedicado à situação de determinado país em concreto, a Comissão observou que um dos obstáculos à efectiva punição dos autores de tortura reside na falta de independência dos inquéritos, uma vez que a realização das diligências de investigação compete a organismos federais susceptíveis de terem ligações com os presumíveis autores dos actos de tortura²⁹. A Comissão citou o artigo 8.º para sublinhar a importância de um "exame imparcial" de todos os casos³⁰.

30. O Tribunal Interamericano de Direitos Humanos tem sublinhado a necessidade de investigar alegadas violações da Convenção Americana sobre Direitos Humanos. Na sua sentença de 29 de Julho de 1988 relativa ao processo Velásquez Rodríguez, o tribunal formulou as seguintes considerações:

"O Estado está obrigado a investigar qualquer situação de violação dos direitos protegidos pela Convenção. Se o aparelho do Estado agir de tal forma que a violação fique impune e o pleno gozo de tais direitos por parte da vítima não seja restabelecido logo que possível, o Estado está em incumprimento do seu dever de assegurar o livre e pleno exercício desses direitos às pessoas sujeitas à sua jurisdição." [parágrafo 176]

²⁹ Relatório da Situação de Direitos Humanos no México, 1998, Comissão Interamericana de Direitos Humanos, parágrafo 323.

³⁰ *Ibid.*, parágrafo 324.

31. O artigo 5.º da Convenção consagra a proibição da tortura. Embora o caso diga directamente respeito à questão dos desaparecimentos, um dos direitos referidos pelo Tribunal como estando garantidos pela Convenção Americana sobre Direitos Humanos é o direito de não ser sujeito a tortura ou outras formas de maus tratos.

2. TRIBUNAL EUROPEU DOS DIREITOS DO HOMEM

32. A 4 de Novembro de 1950, o Conselho da Europa adoptou a Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e das Liberdades Fundamentais, que entrou em vigor a 3 de Setembro de 1953³¹. O artigo 3.º da Convenção Europeia estabelece que “Ninguém pode ser submetido a torturas, nem a penas ou tratamentos desumanos ou degradantes”. A Convenção Europeia instituiu os seguintes mecanismos de controlo: o Tribunal Europeu e a Comissão Europeia dos Direitos do Homem. Desde a reforma que entrou em vigor a 1 de Novembro de 1998, um novo Tribunal permanente substituiu o anterior Tribunal e a Comissão. O direito de apresentar queixa perante o Tribunal é agora reconhecido a todos os particulares e todas as vítimas têm acesso directo ao Tribunal. Este último teve já a oportunidade de se pronunciar sobre a necessidade de investigar quaisquer alegações de tortura a fim de garantir o respeito dos direitos enunciados no artigo 3.º.

33. O Tribunal pronunciou-se pela primeira vez sobre esta questão na decisão do caso *Aksoy* contra Turquia, a 18 de Dezembro de 1996³². Neste caso, o Tribunal considerou que:

Sempre que um indivíduo está de boa saúde no momento em que fica sob custódia policial, mas aparece ferido no momento da libertação, cabe ao Estado apresentar uma explicação plausível para a causa dos ferimentos, na

*ausência da qual uma questão se coloca claramente nos termos do artigo 3.º*³³.

³³ Vide Tribunal Europeu dos Direitos do Homem, *Recueil des arrêts et décisions*, 1996-VI, parágrafo 61.

34. O Tribunal prosseguiu dizendo que as lesões apresentadas pelo queixoso resultavam de tortura e que tinha havido violação do artigo 3.º³⁴. Para além disso o Tribunal procedeu a uma interpretação do artigo 13.º da Convenção, que estabelece o direito a um recurso efectivo perante uma instância nacional, considerando que o mesmo impõe a obrigação de investigar rigorosamente todas as queixas de tortura. Considerando a “importância fundamental da proibição da tortura” e a vulnerabilidade das vítimas de tortura, o Tribunal defendeu que “o artigo 13.º impõe aos Estados, sem prejuízo de qualquer outra via de recurso disponível ao abrigo do direito interno, a obrigação de investigar de forma rigorosa e eficaz todos os incidentes de tortura”³⁵.

³⁴ *Ibid.*, parágrafo 64.

³⁵ *Ibid.*, parágrafo 98.

35. De acordo com a interpretação do Tribunal, a noção de “recurso efectivo” constante do artigo 13.º exige uma investigação rigorosa de qualquer “alegação verosímil” de tortura. O Tribunal observou que, embora a Convenção não contenha qualquer disposição expressa nesse sentido, como acontece com o artigo 12.º da Convenção contra a Tortura e Outras Penas ou Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes, “tal exigência está implícita na noção de ‘recurso efectivo’ do artigo 13.º”³⁶. O Tribunal considerou então que o Estado havia violado o artigo 13.º ao abster-se de investigar a denúncia de tortura apresentada pelo queixoso³⁷.

³⁶ *Ibid.*, parágrafo 98.

³⁷ *Ibid.*, parágrafo 100.

36. Na sentença proferida a 28 de Outubro de 1998 no processo *Assenov* e outros contra Bulgária (90/1997/874/1086), o Tribunal foi ainda mais longe, ao reconhecer que o Estado tem a obrigação de investigar as alegações de tortura, não apenas ao abrigo do artigo 13.º, mas também em virtude do artigo 3.º. Neste caso, um jovem cigano capturado pela polícia mostrava sinais de espancamento, mas era impossível avaliar, com base nas provas disponíveis, se as lesões haviam

sido causadas pelo seu pai ou pela polícia. O Tribunal reconheceu que “a intensidade dos ferimentos observados pelo médico que examinou o Senhor Assenov indica que as lesões deste último, quer houvessem sido causadas pelo seu pai ou pela polícia, eram suficientemente graves para serem consideradas maus tratos ao abrigo do artigo 3.^o”³⁸. Ao contrário da Comissão, que considerou não ter havido violação do artigo 3.^o, o Tribunal não ficou por aqui. Prosseguiu dizendo que “os factos levantam suspeitas razoáveis de que as lesões tenham sido causadas pela polícia”³⁹. Assim, o Tribunal declarou que:

*Nestas circunstâncias, quando um indivíduo apresenta uma queixa verosímil de ter sido seriamente mal tratado pela polícia ou outros agentes análogos do Estado, ilegalmente e em violação do artigo 3.^o, esta disposição, lida em conjunto com o artigo 1.^o da Convenção no qual os Estados Partes se obrigam a reconhecer “a qualquer pessoa dependente da sua jurisdição os direitos e liberdades definidos [na] presente Convenção”, implica a obrigatoriedade de levar a cabo um inquérito oficial eficaz. Este inquérito deverá permitir a identificação e punição dos responsáveis. A não ser assim, a interdição jurídica geral da tortura e das penas ou tratamentos desumanos ou degradantes, pese embora a sua importância fundamental, ficaria destituída de efeito prático e tornaria possível que, em determinados casos, os agentes do Estado violassem os direitos das pessoas à sua guarda com virtual impunidade*⁴⁰.

37. Pela primeira vez, o Tribunal concluiu pela violação do artigo 3.^o, não em virtude dos maus tratos em si mesmos, mas pelo facto de se não ter levado a cabo um inquérito oficial eficaz perante uma alegação de maus tratos. Para além disso, o Tribunal reiterou a sua posição no caso *Aksoy* e concluiu que também tinha havido violação do artigo 13.^o. O Tribunal considerou que:

Quando uma pessoa apresenta uma queixa verosímil de ter sido sujeita a maus tratos em violação do artigo 3.^o, a noção de recurso efectivo implica, para além da realização de um inquérito rigoroso e eficaz conforme exigido também pelo artigo 3.^o, o efectivo acesso do

*queixoso ao processo de inquérito e o pagamento de uma indemnização quando a ela houver lugar*⁴¹.

3. COMITÉ EUROPEU PARA A PREVENÇÃO DA TORTURA E DAS PENAS OU TRATAMENTOS DESUMANOS OU DEGRADANTES

38. Em 1987, o Conselho da Europa adoptou a Convenção Europeia para a Prevenção da Tortura e das Penas ou Tratamentos Desumanos ou Degradantes, que entrou em vigor a 1 de Fevereiro de 1989^{N.T.20},⁴². A 1 de Março de 1999, tinha já sido ratificada por todos os 40 Estados Membros do Conselho da Europa^{N.T.21}. Esta Convenção complementa, com um mecanismo preventivo, o aparelho judicial instituído pela Convenção Europeia dos Direitos do Homem. Intencionalmente, a Convenção não contém quaisquer disposições substantivas. Criou o Comité Europeu para a Prevenção da Tortura e das Penas ou Tratamentos Desumanos ou Degradantes, composto por um membro por cada Estado Parte. Os membros eleitos do Comité deverão ser pessoas de elevada condição moral, imparciais e independentes, e estar disponíveis para a realização de missões no terreno.

39. O Comité realiza visitas aos Estados Partes, algumas com carácter regular e periódico e outras quando considere que as circunstâncias o exigem. A delegação visitante do Comité será constituída por alguns dos seus membros, acompanhados de peritos nas áreas da medicina e do direito, entre outras, intérpretes e elementos do Secretariado. Estas delegações visitam pessoas privadas de liberdade pelas autoridades do país visitado⁴³. Os poderes destas delegações visitantes são bastante

⁴¹ *Ibid.*, parágrafo 117.

^{N.T.20} Para a versão oficial em português, consulte a webpage do GDDC.

⁴² *Série de Tratados Europeus*, n.º 126.

^{N.T.21} A 31 de Julho de 2002, o Conselho da Europa contava já com 44 Estados Membros, na sequência das adesões da Arménia (25.01.2001), Azerbeijão (25.01.2001), Bósnia e Herzegovina (24.04.2002) e Geórgia (27.04.1999), dos quais apenas esta última procedeu à ratificação desta Convenção, que conta assim com 41 Estados Partes dos actuais 44 Membros do Conselho da Europa. Portugal aprovou a Convenção para ratificação pela resolução da Assembleia da República n.º 3/90, de 30 de Janeiro, publicada no Diário da República, I Série, n.º 25/90 e ratificou-a mediante Decreto do Presidente da República, n.º 8/90, de 20 de Fevereiro, publicado no Diário da República, I Série, n.º 43/90. O instrumento de ratificação foi depositado junto do Secretário-Geral do Conselho da Europa a 29 de Março de 1990, tendo a Convenção entrado em vigor na ordem jurídica portuguesa a 1 de Julho de 1990.

⁴³ Entende-se por “pessoa privada de liberdade” qualquer pessoa privada de liberdade à ordem de uma autoridade pública, como, embora não exclusivamente, pessoas capturadas ou sujeitas a qualquer forma de detenção, presos preventivos ou condenados e pessoas involuntariamente internadas em hospitais psiquiátricos.

vastos: podem visitar livremente qualquer local onde se encontrem pessoas privadas de liberdade; fazer visitas sem aviso prévio a qualquer destes locais; voltar a visitar os mesmos; falar em privado com as pessoas privadas de liberdade; visitar quaisquer pessoas que se encontrem nesses locais ou todas elas; e observar todas as instalações (e não apenas as celas de detenção), sem restrições. A delegação pode aceder a todos os documentos e ficheiros relativos às pessoas visitadas. Todo o trabalho do Comité se baseia nos princípios da confidencialidade e da cooperação.

40. Após a visita, o Comité elabora um relatório. Com base nos factos observados durante a visita, o relatório comenta as condições detectadas, formula recomendações concretas e coloca quaisquer questões que necessitem de ser esclarecidas. O Estado Parte responde por escrito ao relatório, assim se estabelecendo um diálogo com o Comité que se mantém até à visita seguinte. Os relatórios do Comité e as respostas do Estado Parte são documentos confidenciais, mas o Estado Parte (e não o Comité) pode decidir tornar público qualquer deles. Até à data, quase todos os Estados Partes têm divulgado tanto os relatórios como as respectivas respostas.

41. No desenrolar das suas actividades ao longo dos últimos dez anos, o Comité desenvolveu gradualmente um conjunto de critérios para o tratamento das pessoas privadas de liberdade que constituem normas gerais. Estas normas dizem respeito, não apenas às condições materiais de detenção, mas também às garantias processuais. Por exemplo, o Comité defende o reconhecimento, às pessoas privadas de liberdade à ordem de autoridades policiais, dos seguintes direitos:

- a) O direito de informar imediatamente uma terceira parte (membro da família) da detenção, se a pessoa detida assim o desejar;
- b) O direito da pessoa privada de liberdade de ter imediatamente acesso a um advogado;
- c) O direito da pessoa privada de liberdade de ter acesso a um médico, incluindo, se assim o desejar, a médico da sua escolha.

42. Para além disso, o Comité lembra repetidamente que um dos meios mais eficazes para prevenir os maus tratos de detidos por parte de funcionários responsáveis pela aplicação da lei consiste no exame cuidadoso, pelas autoridades competentes, de todas as queixas de tais abusos de que tenham conhecimento e, se for caso disso, na imposição da sanção adequada. Isto tem um forte efeito dissuasor.

4. COMISSÃO AFRICANA DOS DIREITOS DO HOMEM E DOS POVOS E TRIBUNAL AFRICANO DOS DIREITOS DO HOMEM E DOS POVOS

43. Ao contrário dos sistemas Europeu e Interamericano, África não dispõe de uma convenção relativa à tortura e à sua prevenção. A questão da tortura é posta no mesmo plano das restantes violações de direitos humanos. A tortura é abordada, em primeiro lugar, na Carta Africana dos Direitos do Homem e dos Povos, adoptada pela Organização de Unidade Africana (OUA) a 27 de Junho de 1981 e entrada em vigor a 21 de Outubro de 1986⁴⁴, N.T.22. O artigo 5.º da Carta Africana dispõe o seguinte:

Todo o indivíduo tem direito ao respeito da dignidade inerente à pessoa humana e ao reconhecimento da sua personalidade jurídica. Todas as formas de exploração e de aviltamento do homem, nomeadamente a escravatura, o tráfico de pessoas, a tortura física ou moral e as penas ou os tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes são interditas.

44. A Comissão Africana dos Direitos do Homem e dos Povos foi estabelecida em Junho de 1987, em conformidade com o artigo 30.º da Carta Africana, com a missão de “promover os direitos do homem e dos povos e de assegurar a respectiva protecção em África”. Nas suas sessões regulares, a Comissão tem vindo a adoptar diversas resoluções sobre matérias relativas à situação de direitos humanos em África, algumas das quais abordam a questão da tortura, entre outras violações. Em algumas das suas resoluções

⁴⁴ Documento da OUA com a cota CAB/LEG/67/3, rev.5 (21 I.L.M.58 (1982)).

N.T.22 Para a versão em português, consulte a webpage do GDDC.

sobre os direitos humanos em determinados países específicos, a Comissão tem manifestado preocupação acerca da degradação da situação de direitos humanos, incluindo a prática da tortura.

45. A Comissão criou novos mecanismos, como o Relator Especial sobre as Prisões, o Relator Especial sobre as Execuções Sumárias e Arbitrárias e o Relator Especial sobre Mulheres, cujo mandato compreende a apresentação de relatórios à Comissão durante as sessões públicas da mesma. Estes mecanismos permitem que as vítimas e organizações não governamentais enviem informações directamente aos relatores especiais. Simultaneamente, a vítima ou a organização não governamental pode apresentar queixa à Comissão por actos de tortura conforme definida no artigo 5.º da Carta Africana. Na pendência de uma queixa individual perante a Comissão, a vítima ou a organização não governamental pode enviar a mesma informação aos relatores especiais para inclusão nos relatórios públicos que estes apresentam à Comissão. Com o objectivo de criar uma instância para decidir sobre queixas de violação dos direitos garantidos na Carta Africana, a Assembleia da Organização de Unidade Africana adoptou, em Junho de 1998, um protocolo que visa o estabelecimento do Tribunal Africano dos Direitos do Homem e dos Povos.

d. Tribunal Penal Internacional

46. O Estatuto de Roma do Tribunal Penal Internacional, adoptado a 17 de Julho de 1998, estabeleceu um tribunal penal internacional permanente para julgar indivíduos responsáveis pela prática do genocídio, crimes contra a Humanidade e crimes de guerra (A/CONF.183/9). Este Tribunal (TPI) tem jurisdição sobre casos de alegada tortura que sejam elemento constitutivo de um crime de genocídio ou de um crime contra a Humanidade, caso a tortura seja cometida no quadro de um ataque generalizado ou sistemático, ou de um crime de guerra nos termos definidos nas Convenções de Genebra de 1949. O Estatuto de Roma define a tortura como o acto por meio do qual uma dor ou sofrimentos graves, físicos ou mentais, são intencionalmente causados a uma pessoa que esteja sob a custódia ou o controlo do arguido. Até 25 de Setembro de 2000, o Estatuto de Roma havia sido assinado por 113 Estados e ratificado por 21^{N.T.23}. O Tribunal terá a sua sede na Haia. A competência do TPI está limitada aos casos em que os Estados não podem ou não querem exercer acção penal contra as pessoas responsáveis pelos crimes descritos no Estatuto.

^{N.T.23} O Estatuto de Roma do TPI (cuja versão oficial integral está disponível na webpage do GDDC), considerado como o instrumento jurídico internacional mais importante desde a Carta das Nações Unidas, entrou em vigor no dia 1 de Julho de 2002, 1.º dia do mês seguinte ao termo de 60 dias após o depósito do 60.º instrumento de ratificação. Até 7 de Janeiro de 2003, havia já sido ratificado por 87 Estados. Portugal foi o 51.º Estado a ratificar o Estatuto (aprovado para ratificação pela Resolução da Assembleia da República n.º 3/2002 e ratificado pelo Decreto do Presidente da República n.º 2/2002, ambos publicados no Diário da República I-A, n.º 15, de 18.01.2002), tendo depositado o respectivo instrumento de ratificação a 5 de Fevereiro de 2002.

Códigos éticos aplicáveis

47. Todas as profissões utilizam como referência códigos de ética profissional, que enunciam valores comuns e reconhecem os deveres dos profissionais, ao mesmo tempo que definem os padrões morais a que estes devem obedecer. As normas éticas são definidas sobretudo de duas maneiras: através de instrumentos internacionais elaborados por órgãos como as Nações Unidas, e através de códigos de princípios elaborados pelos próprios profissionais, através das associações que os representam, a nível nacional ou internacional. Os princípios fundamentais são sempre os mesmos e centram-se nas obrigações dos profissionais perante os seus clientes ou pacientes individualmente considerados, perante a sociedade em geral e perante os colegas, tendo por objectivo a defesa da honra da classe no seu conjunto. Estas obrigações reflectem e complementam os direitos de que todos devem gozar ao abrigo dos instrumentos internacionais.

a. Ética dos profissionais da área da justiça

48. Enquanto árbitros supremos da justiça, os juízes desempenham um papel especial na protecção dos direitos dos cidadãos. As normas internacionais impõem-lhes o dever ético de zelar pela protecção dos direitos dos indivíduos. O Princípio 6 dos Princípios Básicos Relativos à Independên-

cia da Magistratura^{N.T.24} estabelece que “os magistrados têm o direito e o dever de garantir que os procedimentos judiciais são conduzidos em conformidade com a lei e que os direitos das partes são respeitados”⁴⁵. De forma semelhante, os magistrados do Ministério Público têm o dever ético de investigar e instaurar acção penal relativamente a crimes de tortura cometidos por funcionários públicos. O artigo 15.º dos Princípios Orientadores Relativos à Função dos Magistrados do Ministério Público^{N.T.25} declara: “Os magistrados do Ministério Público obrigam-se em especial a encetar investigações criminais no caso de delitos cometidos por agentes do Estado, nomeadamente actos de corrupção, de abuso de poder, de violações graves dos direitos do homem e outras infracções reconhecidas pelo direito internacional e, quando a lei ou a prática nacionais a isso os autoriza, a iniciar procedimento criminal por tais infracções”⁴⁶.

49. As normas internacionais impõem também aos advogados o dever de, no exercício das suas funções profissionais, promover e proteger os direitos humanos e as liberdades fundamentais. O princí-

^{N.T.24} Consulte o texto integral em português na página do GDDC na INTERNET.

⁴⁵ Adoptados pelo Sétimo Congresso das Nações Unidas para a Prevenção do Crime e o Tratamento dos Delinquentes, realizado em Milão de 26 de Agosto a 6 de Setembro de 1985, e endossados pela Assembleia Geral das Nações Unidas nas suas resoluções 40/32, de 29 de Novembro de 1985 e 40/146, de 13 de Dezembro de 1985.

^{N.T.25} Consulte o texto integral em português na página do GDDC na INTERNET.

⁴⁶ Adoptados pelo Oitavo Congresso das Nações Unidas para a Prevenção do Crime e o Tratamento dos Delinquentes, realizado em Havana, Cuba, de 27 de Agosto a 7 de Setembro de 1990.

pio 14 dos Princípios Básicos Relativos à Função dos Advogados^{N.T.26} dispõe o seguinte: “Ao protegerem os direitos dos seus clientes e ao promoverem a causa da justiça, os advogados devem respeitar os direitos do homem e as liberdades fundamentais reconhecidas pelo direito nacional e internacional, e devem, em todo o momento, actuar com liberdade e diligência, em conformidade com a lei e com as normas e regras deontológicas reconhecidas da sua profissão.⁴⁷”

^{N.T.26} O texto integral em português está disponível na webpage do GDCC.

⁴⁷ Vide nota de rodapé 46, *supra*.

b. Ética médica

50. Existem ligações muito claras entre os conceitos de direitos humanos e os enraizados princípios de ética médica. As obrigações éticas dos profissionais de saúde articulam-se a três níveis diferentes e estão reflectidas nos documentos das Nações Unidas, da mesma forma que as obrigações dos profissionais na área da justiça. Encontram-se também consagradas em declarações proclamadas pelas organizações profissionais representativas dos profissionais de saúde, como a Associação Médica Mundial, a Associação Psiquiátrica Mundial e o Conselho Internacional de Enfermagem⁴⁸. As associações médicas nacionais e organizações de profissionais de enfermagem adoptam também códigos deontológicos que os respectivos membros devem respeitar. O princípio básico de toda a ética médica, qualquer que seja a sua formulação, consiste no dever fundamental de agir sempre no melhor interesse do paciente, independentemente de quaisquer limitações, pressões ou obrigações contratuais. Em determinados países, os princípios de ética médica, como o sigilo profissional entre médico e paciente, foram incorporados na respectiva legislação nacional. Mesmo que o não tenham sido, todos os profissionais de saúde têm o dever moral de obedecer às normas estabelecidas pelos respectivos organismos profissionais. Se lhes desobedecerem sem motivo justificado, incorrem em responsabilidade disciplinar.

⁴⁸ Diversas associações de âmbito regional, como a Associação Médica da Commonwealth e a Conferência Internacional das Associações Médicas Islâmicas elaboram também importantes declarações de ética médica e direitos humanos destinadas aos seus membros.

1. DECLARAÇÕES DAS NAÇÕES UNIDAS APLICÁVEIS AOS PROFISSIONAIS NA ÁREA DA SAÚDE

51. Os profissionais de saúde, como todas as outras pessoas que trabalham nos estabelecimentos prisionais, deverão observar as Regras Mínimas para o Tratamento dos Reclusos^{N.T.27}, que exigem que todos os detidos sem discriminação tenham acesso a serviços médicos, incluindo serviços de medicina psiquiátrica, e que todos os detidos doentes ou que solicitem tratamento sejam examinados diariamente⁴⁹. Estas exigências reforçam a obrigação ética dos médicos, abaixo desenvolvida, de ministrar tratamento e agir no melhor interesse do seu paciente. Para além disso, as Nações Unidas debruçaram-se especificamente sobre as obrigações éticas dos médicos e outros profissionais de saúde nos Princípios de Deontologia Médica aplicáveis à actuação do pessoal dos serviços de saúde, especialmente aos médicos, para a protecção de pessoas presas ou detidas contra a tortura e outras penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes⁵⁰,^{N.T.28}. Estes Princípios estabelecem claramente que os profissionais de saúde têm o dever moral de proteger a saúde física e mental dos detidos. Estão explicitamente proibidos de utilizar os seus conhecimentos e competências médicas de qualquer forma contrária às declarações internacionais de garantia dos direitos da pessoa⁵¹. Em particular, constitui grave violação dos princípios de ética médica a participação, activa ou passiva, em actos de tortura ou a sua tolerância seja de que forma for.

^{N.T.27} O texto integral destas Regras, em português, está disponível na webpage do GDCC.

⁴⁹ Regras Mínimas para o Tratamento dos Reclusos e Procedimentos para a Aplicação Efectiva das Regras Mínimas para o Tratamento dos Reclusos, adoptados pelas Nações Unidas em 1955.

⁵⁰ Adoptados pela Assembleia Geral das Nações Unidas na sua resolução 37/194, de 18 de Dezembro de 1982.

^{N.T.28} Texto em português disponível na webpage do GDCC.

⁵¹ Em particular a Declaração Universal dos Direitos do Homem, os Pactos Internacionais sobre Direitos Humanos e a Declaração sobre a Protecção de Todas as Pessoas contra a Tortura e Outras Penas ou Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes.

52. A “participação em actos de tortura” inclui a avaliação das capacidades do indivíduo para suportar os maus tratos; estar presente, supervisionar ou infligir maus tratos; reanimar o indivíduo para que possa continuar a ser sujeito a maus tratos ou ministrar-lhe tratamento médico imediatamente antes, durante ou depois do acto de tortura no

seguimento de instruções dos presumíveis responsáveis; transmitir conhecimentos profissionais ou os dados clínicos da pessoa aos torcionários; ignorar deliberadamente as provas de tortura e falsificar relatórios, como relatórios de autópsia ou certidões de óbito⁵². Os princípios das Nações Unidas incorporam também uma das regras fundamentais de deontologia médica ao sublinhar que a única relação conforme à ética entre o recluso e o profissional de saúde é a que se destina a avaliar, proteger e melhorar a saúde do primeiro. Assim, a avaliação do estado de saúde do detido com o objectivo de facilitar a sua punição ou tortura é claramente contrária às normas éticas.

⁵² Os profissionais de saúde devem, contudo, ter em conta o seu dever de sigilo perante os pacientes e a obrigação de obter consentimento esclarecido para a divulgação de informação a eles relativa, em particular quando tal divulgação possa comportar riscos para a pessoa (vide capítulo II.C.3).

2. DECLARAÇÕES DOS ORGANISMOS PROFISSIONAIS INTERNACIONAIS

53. Muitas declarações emanadas dos organismos profissionais internacionais articulam-se em torno de princípios relevantes no domínio da protecção dos direitos humanos e traduzem um claro consenso da comunidade médica internacional sobre estas questões. As declarações da Associação Médica Mundial definem aspectos internacionalmente acordados dos deveres deontológicos a que todos os médicos estão subordinados. A Declaração de Tóquio da Associação Médica Mundial reitera a proibição de qualquer forma de participação dos médicos em actos de tortura ou a sua assistência aos mesmos⁵³. Esta disposição é reforçada pelos princípios das Nações Unidas que se referem explicitamente à Declaração de Tóquio. Os médicos estão claramente proibidos de fornecer informação ou qualquer instrumento ou substância médica susceptível de facilitar os maus tratos. A mesma regra se aplica expressamente à psiquiatria de acordo com a Declaração do Hawaii da Associação Psiquiátrica Mundial, que proíbe a utilização indevida dos conhecimentos psiquiátricos para violar os direitos humanos de qualquer indivíduo ou grupo⁵⁴. A Conferência Internacional de Medicina Islâmica insistiu no

⁵³ Adoptada pela Associação Médica Mundial em 1975.

⁵⁴ Adoptada em 1977.

mesmo ponto na sua Declaração do Koweit, que proíbe que os médicos permitam que os seus conhecimentos especiais sejam utilizados para “lesionar, destruir ou causar danos ao corpo, à mente ou a espírito, qualquer que seja a razão política ou militar”⁵⁵. A directiva sobre o Papel do Pessoal de Enfermagem no Tratamento dos Detidos e Presos⁵⁶ consagra disposições semelhantes em relação aos enfermeiros.

⁵⁵ Adoptada em 1981 (1401 no Calendário Islâmico).

⁵⁶ Adoptada pelo Conselho Internacional de Enfermagem em 1975.

54. Os profissionais de saúde têm também o dever de apoiar os colegas que se opõem às violações de direitos humanos. A quebra deste dever pode implicar, não só a violação dos direitos do paciente e das Declarações acima enunciadas, mas também o descrédito da classe médica no seu conjunto. Os atentados à dignidade da profissão são considerados graves infracções deontológicas. A resolução da Associação Médica Mundial relativa aos direitos humanos apela a todas as associações médicas nacionais para que avaliem a situação de direitos humanos nos respectivos países e se assegurem de que os médicos não ocultam provas, mesmo temendo represálias⁵⁷. Exige que os organismos nacionais formulem directrizes claras, destinadas em especial aos médicos que trabalham no âmbito do sistema prisional, para a denúncia de alegadas violações de direitos humanos, e que instituem mecanismos eficazes para a investigação de todas as actividades contrárias à deontologia médica com influência no domínio dos direitos humanos. Exige-lhes ainda que apoiem os médicos que chamam a atenção para a ocorrência de violações de direitos humanos. A posterior Declaração de Hamburgo da Associação Médica Mundial reafirma a responsabilidade individual e colectiva de todos os médicos do mundo de encorajarem os seus colegas a resistir à tortura ou a qualquer pressão para agir contrariamente aos princípios deontológicos⁵⁸. Apela também a todos os médicos para que se manifestem contra os maus tratos e insta as organizações médicas nacionais e internacionais a apoiar os médicos que resistem às ditas pressões.

⁵⁷ Adoptada pela Associação Médica Mundial em 1990.

⁵⁸ Adoptada pela Associação Médica Mundial em 1997.

3. CÓDIGOS NACIONAIS DE ÉTICA MÉDICA

55. Os princípios de ética médica encontram-se consagrados, a um terceiro nível, nos códigos nacionais. Estes reflectem os mesmos valores fundamentais acima expostos, uma vez que a ética médica consiste na expressão dos valores comuns a todos os médicos. Em praticamente todas as culturas e códigos, podemos encontrar as mesmas premissas básicas, tais como os deveres de evitar o sofrimento, ajudar os doentes, proteger os vulneráveis e não discriminar entre os pacientes senão com base na urgência das suas necessidades clínicas. Idênticos valores estão presentes nos códigos que disciplinam a enfermagem. Os princípios éticos apresentam, contudo, o problema de não estabelecerem regras definitivas para todos os problemas, exigindo alguma interpretação. Ao serem confrontados com dilemas morais, é fundamental que os profissionais de saúde tenham presentes as suas obrigações deontológicas fundamentais dadas pelos valores comuns da sua profissão, mas também que as apliquem de forma a reflectir o seu dever essencial de evitar o sofrimento dos seus pacientes.

c. Princípios comuns a todos os códigos de ética médica

56. O princípio da independência profissional exige que os técnicos de saúde se concentrem sempre no objectivo fundamental da medicina, que consiste em aliviar o sofrimento e a angústia e evitar causar dano ao paciente, independentemente de quaisquer pressões. Vários outros princípios éticos, dada a sua importância fundamental, constam invariavelmente de quaisquer códigos e declarações deontológicas. Os principais são as obrigações de prestar assistência a quem dela necessite, de não prejudicar o paciente e de respeitar os seus direitos. Estes são os deveres fundamentais de todos os profissionais de saúde.

1. O DEVER DE ASSISTÊNCIA

57. O dever de assistência encontra-se consagrado de diversas formas nas declarações e códigos adoptados a nível nacional e internacional.

Uma das suas decorrências é ⁵⁹ Adoptado pela Associação Médica Mundial em 1949.

dar resposta a todos quantos tenham necessidade de cuidados médicos. O Código Internacional de Ética Médica da Associação Médica Mundial reflecte esta obrigação, ao reconhecer o dever moral dos médicos de prestar cuidados de emergência enquanto imperativo humanitário⁵⁹. O dever de dar resposta às necessidades e ao sofrimento dos pacientes encontra eco nas declarações tradicionais de praticamente todas as culturas.

58. As actuais normas de ética médica baseiam-se nos princípios estabelecidos nas primeiras declarações de valores profissionais que exigiam que os médicos prestassem assistência mesmo que isso comportasse alguns riscos para si próprios. Por exemplo, o Caraka Samhita, um código hindu datado do primeiro século da era cristã, ordenava aos médicos o seguinte: “entrega-te de corpo e alma ao alívio dos teus pacientes; não abandones nem magoes os teus pacientes para salvar a tua própria vida ou pelo teu bem-estar”. Os primeiros códigos islâmicos contêm instruções semelhantes e a moderna Declaração do Koweit exige que os médicos tratem dos necessitados, estejam eles “próximo ou longe, sejam virtuosos ou pecadores, amigos ou inimigos”.

59. Os valores médicos ocidentais são fortemente influenciados pelo Juramento de Hipócrates e outras profissões de fé semelhantes, como a Oração de Maimónides. O Juramento de Hipócrates representa uma promessa solene de solidariedade para com os colegas e um compromisso de fazer o bem e assistir os pacientes, poupar-lhes o sofrimento e respeitar o sigilo profissional. Estes quatro conceitos encontram-se reflectidos, de diversas formas, em todos os códigos de ética médica contemporâneos. A Declaração de Genebra da Associação Médica Mundial representa uma reafirmação moderna dos valores hipocráticos⁶⁰. Consiste numa promessa segundo a qual os médicos se comprometem a fazer da saúde dos seus pacientes a sua principal preocupação e a dedicar-se ao serviço da Humanidade com consciência e dignidade.

60. Diversos aspectos do dever de assistência estão inscritos em muitas das declarações da Associação Médica Mundial, que indicam claramente que os médicos devem fazer sempre o que for melhor para os seus pacientes, incluindo detidos e presumíveis criminosos. Este dever é muitas vezes expresso através da noção de independência profissional, que exige que os médicos façam sempre uso das melhores práticas clínicas, independentemente de quaisquer pressões a que possam estar sujeitos. O Código Internacional de Ética Médica da Associação Médica Mundial sublinha o dever do médico de ministrar tratamento “em plena independência técnica e moral, com compaixão e respeito pela dignidade humana”. Salienta também o dever de agir apenas no interesse do paciente e declara que os médicos devem lealdade total aos seus pacientes. A Declaração de Tóquio e a Declaração sobre a Independência e Liberdade Profissional dos Médicos, ambas adoptadas pela Associação Médica Mundial, afirmam inequivocamente que os médicos devem reivindicar a liberdade de agir no melhor interesse dos seus doentes, independentemente de quaisquer outras considerações, nomeadamente instruções de entidades empregadoras, autoridades prisionais ou forças de segurança⁶¹. A última das declarações exige que os médicos se assegurem de que “dispõem da independência profissional para representar e defender as necessidades de saúde dos pacientes contra todos quantos pretendam negar ou restringir os cuidados necessários aos doentes ou feridos”. Relativamente aos enfermeiros, encontram-se consagrados princípios semelhantes no Código do Conselho Internacional de Enfermagem.

61. A Associação Médica Mundial exprime ainda o dever de assistência através do reconhecimento dos direitos do paciente. Na sua Declaração de Lisboa sobre os Direitos dos Pacientes, reconhece que todas as pessoas têm direito, sem discriminação, a cuidados de saúde adequados e reitera que o médico deve agir sempre no melhor interesse do paciente⁶². De acordo com esta declaração, aos

⁶¹ Adoptada pela Associação Médica Mundial em 1986.

⁶² Adoptada pela Associação Médica Mundial em 1981; alterada pela Assembleia Geral da Associação na sua quadragésima sétima sessão, em Setembro de 1995.

pacientes deve ser garantida autonomia e justiça e tanto os médicos como os prestadores de cuidados de saúde devem defender os direitos do paciente. “Sempre que a legislação, a acção do governo ou de qualquer outra administração ou instituição negue aos pacientes tais direitos, os médicos devem procurar formas adequadas para os garantir ou restabelecer”. Os indivíduos têm direito a cuidados de saúde adequados, independentemente de factores como a respectiva origem étnica, opiniões políticas, nacionalidade, sexo, religião ou mérito pessoal. As pessoas acusadas ou condenadas pela prática de crimes têm igual direito a beneficiar de cuidados médicos ou de enfermagem adequados. A Declaração de Lisboa da Associação Médica Mundial sublinha que o único critério de discriminação aceitável reside na urgência relativa das necessidades clínicas dos pacientes.

2. CONSENTIMENTO ESCLARECIDO

62. Embora todas as declarações que consagram o dever de assistência salientem a obrigação de agir no melhor interesse do indivíduo examinado ou tratado, tal pressupõe que os profissionais de saúde saibam qual é o melhor interesse do paciente. Um dos preceitos absolutamente fundamentais da moderna ética médica é o que considera serem os próprios pacientes os melhores juizes dos seus interesses pessoais. Isto exige que os profissionais de saúde dêem normalmente prioridade aos desejos de um paciente adulto e capaz, sobre as opiniões de qualquer outra pessoa, por mais competente que esta seja para se pronunciar acerca do melhor interesse do paciente em causa. Caso o paciente esteja inconsciente ou por qualquer outro motivo incapaz de prestar consentimento válido, os profissionais de saúde deverão avaliar qual a melhor forma de proteger e promover os melhores interesses dessa pessoa. Os médicos e enfermeiros deverão actuar em defesa dos seus pacientes, conforme claramente indicado em documentos como a Declaração de Lisboa da Associação Médica Mundial e a declaração sobre o Papel dos Enfermeiros na Salvaguarda dos Direitos Humanos, do Conselho Internacional de Enfermagem⁶³.

63. A Declaração de Lisboa da Associação Médica Mundial estabelece expressamente o dever dos médicos de obterem o consentimento voluntário e esclarecido dos pacientes mentalmente capazes para a realização de qualquer exame ou intervenção. Isto significa que os interessados devem ter consciência das consequências da sua concordância, bem como da sua recusa. Antes de examinarem os pacientes, os médicos devem, assim, explicar francamente o objectivo do exame ou tratamento. O consentimento obtido sob coacção ou com base em falsas informações prestadas ao paciente é inválido, e os médicos que procedam a qualquer intervenção com base nele são susceptíveis de violar as normas deontológicas. Quanto mais graves forem as potenciais consequências da intervenção, mais imperiosa será a obrigação moral de obter um consentimento devidamente esclarecido. Ou seja, quando o exame ou o tratamento apresentam benefícios terapêuticos claros para a pessoa, pode ser suficiente o seu consentimento implícito ao colaborar no processo. Nos casos em que o exame não tem como objectivo principal a prestação de cuidados terapêuticos, é necessário um maior cuidado para assegurar que o paciente está ciente desse facto e concorda com a intervenção, e que ela não é de forma alguma contrária aos melhores interesses da pessoa. Tal como dissemos anteriormente, os exames que se destinam a verificar se o indivíduo está em condições de suportar a sujeição a determinados castigos, tortura ou coacção física no decurso de um interrogatório violam as normas éticas e são contrários aos fins da medicina. A única avaliação do estado de saúde de um detido permitida pelas regras deontológicas é aquela que se destina a manter ou melhorar esse mesmo estado de saúde – e não a que visa facilitar o castigo. Os exames físicos para fins probatórios no âmbito de um processo de inquérito exigem o consentimento esclarecido do paciente, no sentido de que este compreenda, por exemplo, de que forma os elementos recolhidos por intermédio do exame vão ser utilizados e preservados, e quem terá acesso aos mesmos. Se estas e outras questões relevantes para a decisão do paciente não lhe forem explicadas antecipadamente de forma clara, um consentimento eventualmente prestado para o exame ou registo de dados será inválido.

3. SIGILO PROFISSIONAL

64. Todos os códigos de ética, desde o Juramento de Hipócrates até aos dias de hoje, consagram o dever de sigilo profissional como um dos respectivos princípios fundamentais. As declarações da Associação Médica Mundial, como por exemplo a Declaração de Lisboa, dão também enorme destaque a este dever. Determinados sistemas jurídicos atribuem tal importância à obrigação de sigilo profissional que a mesma foi incorporada nas respectivas legislações nacionais. O dever de sigilo não é absoluto e pode ser afastado de acordo com as normas deontológicas em determinadas circunstâncias excepcionais, caso a sua manutenção possa previsivelmente dar origem a sérios danos a terceiros ou graves perversões da justiça. Em geral, contudo, a obrigação de sigilo relativamente a dados clínicos pessoais e identificáveis apenas pode ser afastada com o consentimento esclarecido do paciente⁶⁴. A informação não identificável relativa aos pacientes pode ser livremente utilizada para outros fins e deverá optar-se por ela sempre que a revelação da identidade do paciente não seja essencial. Pode ser o caso, por exemplo, da recolha de dados sobre a prática sistemática da tortura ou dos maus tratos. As dúvidas surgem quando os profissionais de saúde são obrigados por lei ou pressionados para revelar informações identificáveis e susceptíveis de pôr os seus pacientes em risco. Nestes casos, prevalecem os princípios éticos fundamentais de respeito da autonomia e do interesse superior do paciente e de lhe prestar assistência e evitar causar-lhe dano. Os médicos deverão deixar claro ao tribunal ou à autoridade requisitante da informação que estão vinculados à obrigação de sigilo profissional. Os profissionais de saúde que assim procedam têm direito ao apoio da sua associação profissional e dos seus colegas. Para além disso, em período de conflito armado, o direito internacional humanitário confere protecção específica ao sigilo entre médico e paciente, proibindo que os técnicos de saúde sejam obrigados a divulgar informações sobre feridos e doentes que tratem ou tenham tratado⁶⁵.

⁶⁴ Excepto no caso de imperativos comuns de saúde pública, como a comunicação do nome de pessoas com doenças infecciosas, toxicodependentes ou que sofram de doenças mentais, entre outras.

⁶⁵ Artigo 16.º do Protocolo I (1977) e artigo 10.º do Protocolo II (1977) adicionais às Convenções de Genebra de 1949.

d. Profissionais de saúde com dualidade de obrigações

65. Os profissionais de saúde têm uma dupla obrigação: por um lado, a obrigação primordial de servir da melhor forma os interesses do seu paciente; por outro, o 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 colocam-se com particular acuidade nos casos dos profissionais de saúde que trabalham para a polícia, forças armadas ou outros serviços de segurança, ou no âmbito do sistema prisional. Os interesses da sua entidade empregadora e dos seus colegas não médicos podem estar em conflito com os melhores interesses dos detidos seus pacientes. Qualquer que seja a sua situação laboral, todos os profissionais de saúde têm, antes de mais nada, o dever primordial de zelar pelo bem-estar das pessoas que são chamados a examinar ou a tratar. Não podem ser obrigados, por contrato ou em obediência a qualquer outra consideração, a comprometer a sua independência profissional. Deverão proceder a uma avaliação imparcial dos interesses médicos dos seus pacientes e agir em conformidade.

1. PRINCÍPIOS ORIENTADORES DE TODOS OS MÉDICOS COM DUALIDADE DE OBRIGAÇÕES

66. Sempre que os médicos estejam ao serviço de um terceiro, têm a obrigação de assegurar que o paciente compreende esse facto⁶⁶. Os médicos devem identificar-se perante o paciente e explicar o objetivo de qualquer exame ou tratamento. Mesmo que sejam nomeados ou pagos por uma terceira parte, continuam claramente vinculados pelo dever de assistir qualquer paciente que lhes caiba examinar ou tratar. Têm a obrigação de se recusar a fazer qualquer intervenção que cause dano ao paciente ou o torne física ou psicologicamente vulnerável a qualquer lesão. Os médicos devem assegurar-se de que o seu contrato de trabalho não prejudica a sua independência profissional para formular juízos clínicos. Devem também assegurar-se de que todas as pessoas sujeitas a

⁶⁶ Estes princípios são extraídos da obra *Doctors with Dual Obligations* [em português: "Médicos com Dualidade de Obrigações"], publicada pela Associação Médica Britânica em 1995.

detenção têm acesso a qualquer exame ou tratamento médico de que necessitem. Sempre que o detido seja menor de idade ou um adulto vulnerável, os médicos têm obrigações acrescidas para assegurar a sua protecção. Mantém-se o dever geral de sigilo, não devendo qualquer informação relativa ao paciente ser divulgado sem o conhecimento do mesmo. Os médicos devem zelar pela confidencialidade dos ficheiros clínicos. Sempre que, no âmbito das suas funções, observem acções ou comportamentos contrários à ética, abusivos, inadequados ou que coloquem em risco a saúde dos pacientes, deverão denunciá-los e tomar todas as medidas necessárias, o mais rapidamente possível, uma vez que qualquer atraso poderá tornar mais difícil o protesto. Deverão comunicar o caso às autoridades competentes ou a instâncias internacionais capazes de investigar a situação, mas sem expor os pacientes, as suas famílias ou a si próprios a qualquer risco grave e previsível. Os médicos e respectivas associações profissionais deverão apoiar os colegas que assim procedam com base em provas razoáveis.

2. DILEMAS RESULTANTES DA DUALIDADE DE OBRIGAÇÕES

67. Os dilemas podem surgir caso as normas éticas e jurídicas estejam em contradição. Pode dar-se o caso, por exemplo, de as regras deontológicas obrigarem os profissionais de saúde a desobedecer a determinada disposição legal, como a obrigação legal de divulgar informação médica confidencial relativa aos seus pacientes. As declarações nacionais e internacionais de ética médica convergem na ideia de que nenhum imperativo, incluindo os imperativos legais, pode obrigar os profissionais de saúde a agir em violação das normas de deontologia médica e contra a sua consciência. Em tais circunstâncias, os profissionais de saúde devem recusar-se a cumprir a lei ou o regulamento em causa, em lugar de comprometer determinados preceitos éticos fundamentais ou expor os seus pacientes a grave perigo.

68. Em determinados casos, duas obrigações éticas podem colidir entre si. Os códigos e princípios éticos internacionais exigem a comunicação aos

organismos responsáveis de todos os incidentes de tortura ou maus tratos. Em determinados sistemas jurídicos, esta é também uma exigência legal. Em certos casos, porém, os pacientes podem recusar submeter-se a exame para esse fim ou negar o consentimento para a divulgação a terceiros da informação recolhida através do exame. Isto pode suceder, por exemplo, por receio de represálias contra si ou contra a sua família. Nestas situações, os profissionais de saúde têm dois tipos de responsabilidades: perante o paciente e perante a sociedade no seu conjunto a qual tem interesse em assegurar a realização da justiça e que os autores de actos de tortura seja levados a julgamento. O princípio fundamental de evitar o dano deve ser a consideração primordial na solução destes dilemas. Os profissionais de saúde devem procurar soluções que promovam a justiça sem violar o direito do paciente à confidencialidade dos seus dados médicos. Deverão aconselhar-se junto organismos fidedignos – por exemplo, a associação médica nacional ou organizações não governamentais. É também possível que, com apoio e encorajamento, alguns pacientes receosos acabem por concordar na divulgação da informação, dentro de determinados limites previamente acordados.

69. As obrigações éticas de um médico podem variar de acordo com o contexto em que se estabelece a sua relação com o paciente e a possibilidade de este ter ou não liberdade de escolha quanto à divulgação da informação. Por exemplo, quando médico e doente se encontram numa situação claramente terapêutica, como aquando da prestação de cuidados médicos num hospital, sobre o médico recai um forte imperativo moral de respeitar as habituais regras de sigilo que em geral prevalecem nas relações terapêuticas. A revelação de provas de tortura obtidas nesse contexto é, contudo, inteiramente adequada desde que o paciente o não proíba. Os médicos devem revelar essas provas caso os pacientes o solicitem ou dêem o seu consentimento esclarecido para tal. O médico deverá apoiar o paciente na decisão que este tome.

70. Os médicos legistas têm uma relação diferente com os indivíduos que examinam e sobre eles impende em geral a obrigação de relatar factual-

mente as suas observações. Em tais situações, o paciente tem menos poder e capacidade de escolha e pode não estar em condições de falar abertamente sobre o que aconteceu. Antes do início de qualquer exame, os médicos legistas devem explicar a sua função ao paciente e deixar claro que o sigilo médico não faz habitualmente parte das suas funções, como faria num contexto terapêutico. Determinados regulamentos podem não permitir que o paciente se recuse a ser examinado, mas pode optar por não divulgar a causa das lesões. Os médicos legistas não devem falsificar os seus relatórios mas antes incluir provas imparciais, dando conta claramente da existência de quaisquer indícios de maus tratos, se for caso disso⁶⁷.

⁶⁷ Vide V. Iacopino et al., "Physician complicity in misrepresentation and omission of evidence of torture in post-detention medical examinations in Turkey" [em português: Cumplicidade dos médicos na falsificação e omissão de provas de tortura nos exames médicos subsequentes à detenção, na Turquia], *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 276, 1996, pp. 396 a 402.

71. Os médicos dos estabelecimentos prisionais têm como principal função a prestação de cuidados terapêuticos aos detidos, mas cabe-lhes também examinar os reclusos que dão entrada no estabelecimento prisional após passagem pelas mãos da polícia. No desempenho destas funções, podem detectar sinais evidentes de violência inaceitável que os próprios reclusos não estão realisticamente em posição de denunciar. Em tais situações, os médicos devem tomar em consideração o melhor interesse do paciente e o seu dever de sigilo perante este, mas existem também fortes argumentos morais para que o médico denuncie indícios manifestos de maus tratos, uma vez que o recluso não está muitas vezes em condições efetivas de o fazer. Se o recluso concorda na divulgação, não existe qualquer conflito e cria-se uma clara obrigação moral. Contudo, se o recluso não consente que a informação seja divulgada, o médico deverá avaliar os riscos reais e potenciais em que o paciente incorre, em comparação com os benefícios que daí advêm para a população prisional em geral e para o interesse da sociedade em prevenir a repetição de tais abusos.

72. Os profissionais de saúde devem também ter presente que a comunicação da ocorrência de abusos às autoridades sob cuja jurisdição se presume que os factos tenham tido lugar pode implicar ris-

cos para o paciente ou para terceiros, incluindo o próprio denunciante. Os médicos não devem, de forma consciente, colocar os pacientes em risco de represálias. Não se devendo abster de tomar medidas, devem agir com discrição e considerar a possibilidade de comunicar o caso a uma autoridade fora da jurisdição imediata da estrutura directamente em causa ou, se isto não comportar previsíveis riscos para o médico ou paciente, apresentar uma denúncia anónima. É evidente que, se optar

por esta última solução, o profissional de saúde deve ter em conta que será provavelmente sujeito a pressões para que divulgue dados identificáveis ou que poderá ver os seus ficheiros clínicos apreendidos. Embora não existam soluções fáceis, os profissionais de saúde devem orientar-se pela premissa básica de evitar o dano, sobre quaisquer outras considerações, devendo procurar aconselhamento, sempre que possível, junto de organismos médicos nacionais ou internacionais.

Inquéritos legais sobre a prática da tortura

73. O direito internacional impõe aos Estados a obrigação jurídica de investigar imediatamente e de forma imparcial todos os alegados casos de tortura que ocorram em territórios sob a sua jurisdição. Sempre que os elementos de prova o justifiquem, o Estado em cujo território se encontra uma pessoa suspeita da prática da tortura ou de participação num acto deste tipo deverá extraditar o presumível autor para outro Estado com competência para julgar o caso ou submeter o caso às suas próprias autoridades competentes para exercício da acção penal em conformidade com o direito criminal nacional ou local. Competência, imparcialidade, independência, prontidão e rigor são os princípios fundamentais de qualquer inquérito eficaz sobre incidentes de tortura. Estes elementos podem adaptar-se a qualquer sistema jurídico e deverão orientar todas as investigações relativas a alegados casos de tortura.

74. Caso os procedimentos de inquérito se revelem inadequados devido a escassez de recursos ou falta de capacidade técnica, possível falta de imparcialidade, indícios da existência de abusos sistemáticos ou outros motivos relevantes, os Estados deverão garantir que as investigações sejam levadas a cabo por uma comissão de inquérito independente ou mecanismo análogo. Os membros desta comissão deverão ser seleccionados com base na sua reconhecida imparcialidade, compe-

tência e independência pessoal. Deverão, em particular, ser independentes de quaisquer suspeitos e das instituições ou agências a que estes pertençam.

75. A secção A do presente capítulo descreve os objectivos gerais de um inquérito de tortura. A secção B enuncia os princípios fundamentais de uma investigação e documentação eficazes da tortura e outras penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes. A secção C sugere procedimentos para a realização dos inquéritos sobre alegados casos de tortura, em primeiro lugar relativamente à determinação da autoridade responsável pela condução do inquérito, depois quanto à recolha de testemunhos orais da presumível vítima e testemunhas, bem como à recolha de provas materiais. A secção D fornece directrizes para o estabelecimento de uma comissão de inquérito independente. Estas directrizes foram formuladas com base na experiência de diversos países que procederam à criação de comissões independentes para investigar alegadas violações de direitos humanos, nomeadamente execuções extrajudiciais, tortura e desaparecimentos forçados.

a. Objectivos de um inquérito de tortura

76. O objectivo geral de um inquérito consiste em apurar os factos relativos a alegados casos de tor-

tura, a fim de identificar os responsáveis pelos mesmos e facilitar a sua acusação no âmbito de um processo penal, ou para utilização no âmbito de outros processos destinados a ressarcir as vítimas. As questões abordadas na presente secção podem também ser pertinentes para outros tipos de inquéritos em matéria de tortura. Para atingir tal objectivo, as pessoas responsáveis pelo inquérito deverão, no mínimo, tentar obter o depoimento da presumível vítima ou vítimas; recolher e conservar os elementos de prova, nomeadamente provas médicas, relativos ao caso de tortura, a fim de informar qualquer eventual processo penal que venha a ser instaurado contra os responsáveis; identificar possíveis testemunhas e obter os seus depoimentos relativamente ao alegado caso de tortura; e determinar como, quando e onde se produziram os alegados factos, bem como quais as circunstâncias ou práticas que lhes possam ter dado origem.

b. Princípios sobre a Investigação e Documentação Eficazes da Tortura e Outras Penas ou Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes

77. Os princípios que a seguir se enunciam são objecto de consenso entre os indivíduos e organizações com experiência na investigação da tortura. A investigação e documentação eficazes da tortura e outras penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes (de ora em diante designados por tortura ou outros maus tratos) têm, nomeadamente, os seguintes objectivos:

- a) Esclarecimento dos factos, bem como o estabelecimento e reconhecimento da responsabilidade individual e estadual perante as vítimas e suas famílias;
- b) Identificação das medidas necessárias para evitar que os factos se repitam;
- c) Facilitar o exercício da acção penal ou, sendo caso disso, a aplicação de sanções disciplinares, contra as pessoas cuja responsabilidade se tenha apurado na sequência do inquérito, e demonstrar a necessidade de plena reparação e ressarcimento por parte do Estado, incluindo a necessidade de atribuir uma indemnização justa e adequada e de dis-

ponibilizar os meios necessários ao tratamento médico e à reabilitação.

78. Os Estados deverão garantir que todas as queixas e denúncias de tortura ou maus tratos sejam pronta e eficazmente investigadas. Mesmo na ausência de uma denúncia expressa, deverá ser instaurado um inquérito caso existam outros indícios de que possam ter ocorrido actos de tortura ou maus tratos. Os investigadores, que deverão ser independentes dos suspeitos e dos organismos a que estes pertencem, devem ser competentes e imparciais. Deverão ter acesso a perícias efectuadas por médicos ou outros peritos independentes, ou dispor da faculdade de ordenar a realização de tais perícias. Os métodos utilizados para levar a cabo o inquérito deverão respeitar as mais exigentes normas profissionais, e os resultados obtidos deverão ser tornados públicos.

79. A autoridade responsável pelo inquérito deverá dispor de poderes para obter toda a informação necessária à investigação e estar obrigada a procurá-la⁶⁸. As pessoas que conduzem a investigação deverão ter ao seu dispor todos os recursos financeiros e técnicos necessários a uma investigação eficaz. Deverão dispor também de competência para obrigar todos os funcionários presumivelmente implicados na prática de tortura ou maus tratos a comparecer nos interrogatórios. O mesmo se aplicará relativamente a quaisquer testemunhas. Para este fim, a autoridade responsável pelo inquérito deverá estar habilitada a intimar as testemunhas, incluindo quaisquer funcionários alegadamente envolvidos, e a exigir a apresentação de provas. As alegadas vítimas de tortura ou maus tratos, testemunhas, investigadores e suas famílias deverão ser protegidos contra a violência, ameaças de violência ou qualquer outra forma de intimidação a que possam estar expostos em resultado do inquérito. Os suspeitos de implicação em actos de tortura ou maus tratos deverão ser afastados de qualquer posição de controlo ou comando, directo ou indirecto, sobre os queixosos, testemunhas ou suas famílias, bem como sobre as pessoas que realizam a investigação.

⁶⁸ Em determinadas circunstâncias, a deontologia profissional poderá obrigar a que a informação se mantenha confidencial, o que deve ser respeitado.

80. As alegadas vítimas de tortura ou maus tratos e seus representantes legais deverão ser informados da realização de qualquer audiência e ter acesso a ela, bem como a toda a informação relativa ao inquérito, e dispor do direito de apresentar outras provas.

81. Nos casos em que os pro- ⁶⁹ Vide nota 68. cedimentos de inquérito se revelem inadequados por falta de capacidade técnica, possível falta de imparcialidade, indícios da existência de abusos sistemáticos ou outros motivos relevantes, os Estados deverão garantir que as investigações sejam levadas a cabo por uma comissão de inquérito independente ou mecanismo análogo. Os membros desta comissão deverão ser seleccionados com base na sua reconhecida imparcialidade, competência e independência pessoal. Deverão, em particular, ser independentes de quaisquer suspeitos e das instituições ou agências a que estes pertençam. A comissão deverá ser dotada de competência para obter toda a informação necessária e deverá conduzir o inquérito em conformidade com os Princípios sobre a Investigação e Documentação Eficazes da Tortura e Outras Penas ou Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes⁶⁹. Num prazo razoável, deverá ser elaborado um relatório escrito do qual conste o âmbito do inquérito instaurado, os procedimentos e métodos utilizados na apreciação das provas, bem como as conclusões e recomendações elaboradas com base nos factos apurados e no direito aplicável. Este relatório deverá ser tornado público logo que se encontre concluído. O relatório deverá também descrever em detalhe os factos específicos que se provou terem acontecido e as provas com base nas quais foram apurados, bem como indicar os nomes das testemunhas que prestaram declarações, à excepção daquelas cuja identidade não tenha sido divulgada para sua própria protecção. O Estado deverá dar resposta ao relatório num prazo razoável e, se necessário, indicar as medidas a adoptar na sequência do mesmo.

82. Os peritos médicos envolvidos na investigação da tortura ou maus tratos deverão pautar a sua conduta, em todos os momentos, de acordo com os princípios éticos mais rigorosos, devendo, em

particular, obter o consentimento esclarecido da pessoa em causa antes da realização de qualquer exame. Os exames devem ser efectuados em conformidade com as regras estabelecidas de prática médica. Em particular, os exames deverão ser efectuados em privado, sob o controlo do perito médico e nunca na presença de agentes de segurança ou outros funcionários governamentais. O perito médico deverá elaborar imediatamente um relatório escrito rigoroso. Este relatório deverá incluir, no mínimo, os seguintes elementos:

- a) As circunstâncias em que decorre o exame - nome da pessoa examinada e nome e função de todos quantos estejam presentes no exame; hora e data exactas do exame; localização, natureza e morada (incluindo, se necessário, a sala) da instituição onde se realiza o exame (por exemplo, estabelecimento prisional, clínica, casa particular); condições em que se encontra a pessoa no momento do exame (por exemplo, natureza de quaisquer restrições que lhe tenham sido impostas aquando da chegada ao local do exame ou no decurso do mesmo, presença de forças de segurança durante o exame, comportamento das pessoas que acompanham o detido, ameaças proferidas contra a pessoa que efectua o exame) e quaisquer outros factores relevantes;
- b) Historial – registo detalhado dos factos relatados pela pessoa em causa no decurso do exame, incluindo os alegados métodos de tortura ou maus tratos, momento em que se alega ter ocorrido a tortura ou os maus tratos e todos os sintomas físicos ou psicológicos que a pessoa afirme sofrer;
- c) Observações físicas e psicológicas – registo de todos os resultados obtidos na sequência do exame, a nível físico e psicológico, incluindo os testes de diagnóstico apropriados e, sempre que possível, fotografias a cores de todas as lesões;
- d) Parecer – interpretação quanto à relação provável entre os resultados do exame físico e psicológico e a eventual ocorrência de tortura ou maus tratos. Deverá ser formulada uma recomendação quanto à necessidade de qualquer tratamento médico ou psicológico ou exame ulterior;
- e) Autoria – o relatório deverá identificar claramente as pessoas que procederam ao exame e deverá ser assinado.

83. Este relatório deverá ser confidencial e comunicado à pessoa examinada ou seu representante nomeado. A opinião da pessoa examinada ou seu representante quanto ao processo de exame deverá ser recolhida e incluída no relatório. O relatório escrito deverá também ser enviado, se for caso disso, à autoridade responsável pela investigação dos alegados actos de tortura ou maus tratos. Cabe ao Estado assegurar que o relatório seja enviado em segurança aos seus destinatários. O relatório não deverá ser divulgado a nenhuma outra pessoa, salvo com o consentimento do interessado ou autorização do tribunal competente para ordenar tal divulgação. Para mais detalhes quanto aos relatórios escritos relativos a alegados casos de tortura, *vide* o capítulo IV. Os capítulos V e VI descrevem em pormenor as avaliações físicas e psicológicas, respectivamente.

c. Procedimentos a adoptar na investigação da tortura

1. DETERMINAÇÃO DO ORGANISMO RESPONSÁVEL PELA REALIZAÇÃO DO INQUÉRITO

84. Nos casos em que se suspeite da implicação de funcionários públicos na prática da tortura, nomeadamente por esta ter sido ordenada ou tolerada por ministros, adjuntos ministeriais, funcionários que actuam com o conhecimento dos ministros, funcionários superiores dos departamentos governamentais ou oficiais superiores das forças armadas, pode não ser possível realizar um inquérito objectivo e imparcial a menos que seja estabelecida uma comissão de inquérito especial. Pode também ser necessária uma comissão deste tipo caso existam dúvidas quanto à capacidade técnica ou imparcialidade dos investigadores.

85. De entre os factores que podem sugerir o envolvimento do Estado em actos de tortura ou a existência de circunstâncias especiais que justifiquem a criação de um mecanismo *ad hoc* de inquérito imparcial, destacam-se os seguintes:

a) A vítima ter sido vista pela última vez ileso e sub custódia policial ou detida à guarda da polícia;

b) O *modus operandi* ser característico dos métodos de tortura encorajados pelo Estado;

c) Tentativas de obstrução ou atraso do inquérito por parte de representantes do Estado ou pessoas associadas com o Estado;

d) O interesse público poder ser prosseguido da melhor maneira através de um inquérito independente;

e) A investigação realizada pelos órgãos de inquérito habituais ser posta em causa devido a falta de competência técnica, falta de imparcialidade ou outras razões, nomeadamente a importância do caso, a possível existência de um padrão de violações sistemáticas, queixas da pessoa ou qualquer outro motivo ponderoso.

86. O Estado deverá ter em conta diversas questões ao decidir estabelecer uma comissão de inquérito independente. Em primeiro lugar, as pessoas sujeitas a investigação deverão beneficiar, em todas as fases do processo de inquérito, das salvaguardas processuais mínimas garantidas pelo direito internacional. Em segundo lugar, os investigadores deverão contar com o apoio de pessoal técnico e administrativo competente, e ter acesso a aconselhamento jurídico objectivo e imparcial de forma a garantir que os elementos de prova recolhidos no decorrer do inquérito sejam admissíveis em processo penal. Em terceiro lugar, os investigadores deverão dispor de toda a panóplia de recursos e competências à disposição do Estado. Por último, os investigadores deverão ter a possibilidade de recorrer à ajuda de peritos internacionais nas áreas do Direito e da medicina.

2. RECOLHA DE DEPOIMENTOS DA ALEGADA VÍTIMA E OUTRAS TESTEMUNHAS

87. Devido à natureza dos casos de tortura e dos traumas que os mesmos provocam e que incluem muitas vezes um devastador sentimento de impotência, é particularmente importante dar mostras de sensibilidade perante as alegadas vítimas e outras testemunhas. O Estado deverá proteger as alegadas vítimas de tortura, testemunhas e suas famílias, contra a violência, ameaças de violência e qualquer outra forma de intimidação a que tais pessoas se encontrem expostas em resultado do

inquérito. Os investigadores deverão alertar as testemunhas para as consequências do seu envolvimento no inquérito e informá-las de quaisquer desenvolvimentos subsequentes no caso que as possam afectar.

(a) CONSENTIMENTO ESCLARECIDO E OUTRAS
SALVAGUARDAS DA PRESUMÍVEL VÍTIMA

88. Desde o início, a alegada vítima deverá ser informada, sempre que possível, da natureza do procedimento, das razões pelas quais é solicitado o seu depoimento e da utilização que poderá eventualmente ser dada às provas apresentadas. Os investigadores deverão explicar à pessoa quais os elementos do inquérito que serão tornados públicos e quais permanecerão em sigilo. A vítima tem o direito de se recusar a cooperar na totalidade ou em parte da investigação. Deverão ser feitos todos os esforços para ir ao encontro da sua disponibilidade e dos seus desejos. A alegada vítima de tortura deverá ser regularmente informada acerca dos progressos da investigação, devendo também ser notificada das principais audiências que se realizem no âmbito do inquérito ou julgamento do caso. Os investigadores deverão informar a alegada vítima da detenção do presumível autor do crime. Às alegadas vítimas deverão também ser fornecidos os contactos de grupos de apoio e tratamento que lhes possam ser úteis. Os investigadores deverão colaborar com as associações e grupos envolvidos na luta contra a tortura a nível nacional e local, a fim de assegurar o intercâmbio recíproco de informação e experiência neste domínio.

(b) SELECÇÃO DO INVESTIGADOR

89. As autoridades responsáveis pela condução do processo de inquérito deverão designar uma pessoa como principal responsável pelo interrogatório da presumível vítima. Embora esta última possa ter necessidade de discutir o seu caso com profissionais das áreas do Direito e da saúde, a equipa de investigação deverá envidar todos os esforços para evitar que a pessoa se veja obrigada a repetir desnecessariamente a sua história. Ao seleccionar um investigador como principal res-

ponsável pelo interrogatório da alegada vítima de tortura, dever-se-á prestar particular atenção às preferências manifestadas por esta quanto a um interlocutor do mesmo sexo, com as mesmas origens culturais ou com a capacidade de comunicar na sua língua materna. O investigador em causa deverá ter formação ou experiência prévia na documentação da tortura e no trabalho com vítimas de traumas, nomeadamente de tortura. Caso não seja possível designar um investigador com formação ou experiência nestas áreas, a pessoa escolhida deverá fazer tudo quanto esteja ao seu alcance para se informar a respeito da tortura e respectivas consequências físicas e mentais, antes de proceder ao interrogatório da presumível vítima. Para isso, poderá recorrer a inúmeras fontes, nomeadamente o presente manual, diversas obras de formação profissional, cursos de formação e conferências profissionais. O investigador deverá também ter acesso ao aconselhamento e à assistência de peritos internacionais, ao longo de todo o inquérito.

(c) CONTEXTO DA INVESTIGAÇÃO

90. Os investigadores deverão analisar cuidadosamente o contexto em que se desenvolve o seu trabalho, tomar as necessárias precauções e garantir o respeito das salvaguardas que se impõem. Ao interrogar pessoas que se encontram ainda detidas ou em situações análogas que as tornam vulneráveis a represálias, o investigador deverá ter o cuidado de não as colocar em perigo. Nos casos em que o simples facto de falar com o investigador seja susceptível colocar alguém em risco, poderá ser preferível optar por uma “entrevista de grupo” em vez de uma conversa individual. Sempre que a entrevista se realize em privado, o investigador deverá escolher um local onde a pessoa se sinta à vontade para falar livremente.

91. Os inquéritos podem decorrer em contextos políticos muito díspares, o que implica importantes diferenças na forma como as investigações devem ser conduzidas. As normas jurídicas que enquadram o processo de inquérito também variam em função do contexto. Por exemplo, uma investigação que culmine no julgamento do alegado

autor exige provas muito mais sólidas da prática da tortura do que um relatório destinado a fundamentar um pedido de asilo político num país terceiro. As directrizes que a seguir se enunciam deverão ser adaptadas pelo investigador em função da situação concreta e dos objectivos do inquérito. Eis alguns exemplos de contextos em que a vítima se pode encontrar e que são susceptíveis de influir no processo de investigação:

- (i) Sob prisão ou detenção no seu próprio país;
- (ii) Sob prisão ou detenção num outro país;
- (iii) Em liberdade no seu próprio país mas num ambiente opressivo e hostil;
- (iv) Em liberdade no seu próprio país num clima de paz e segurança;
- (v) Num país estrangeiro, amigável ou hostil;
- (vi) Num campo de refugiados;
- (vii) Num tribunal de crimes de guerra ou comissão de apuramento dos factos.

92. O contexto político poderá ser hostil à vítima e ao investigador, por exemplo, caso as pessoas sejam entrevistadas enquanto se encontram presas por ordem do seu próprio governo ou detidas num país estrangeiro a fim de serem deportadas. Nos países em que os requerentes de asilo são examinados para detectar indícios de tortura, a relutância em reconhecer a verdade das alegações de maus tratos e tortura pode ter motivações políticas. A possibilidade de agravar a situação do detido é muito real e deverá ser tida em conta em todas as avaliações efectuadas. Mesmo que as alegadas vítimas não se encontrem em situação de perigo iminente, os investigadores deverão usar de grande cuidado no seu contacto com elas. A língua utilizada pelo investigador e a sua atitude condicionarão em larga medida a capacidade e a vontade da vítima em depor. O local escolhido para a entrevista deverá ser tão seguro e confortável quanto possível, com acesso a instalações sanitárias, devendo também ser providenciadas algumas bebidas refrescantes. Deverá disponibilizar-se tempo suficiente para a recolha do depoimento da presumível vítima de tortura. Os investigadores não devem esperar obter a história completa logo na primeira entrevista. As perguntas sobre questões do foro íntimo serão traumatizantes para a pessoa.

O investigador deverá demonstrar sensibilidade no tom, formulação e sequência das perguntas, dado o efeito traumático que a prestação de depoimento tem para a vítima de tortura. A pessoa deverá ser informada do seu direito de interromper o interrogatório em qualquer momento, para fazer uma pausa se assim o desejar, ou de recusar responder a qualquer questão.

93. Serviços de assistência psicológica ou aconselhamento com experiência no trabalho com vítimas de tortura deverão, se possível, ser postos à disposição destas pessoas, bem como das testemunhas no processo e dos membros da equipa de investigação. O repetido relato dos factos poderá fazer a pessoa reviver a experiência de tortura ou dar origem a outros sintomas pós-traumáticos (*vide* capítulo IV, secção H). Escutar os pormenores do caso de tortura pode provocar nos investigadores sintomas de trauma secundário, devendo estas pessoas ser encorajadas a discutir as suas reacções entre si, dentro do respeito das normas de sigilo profissional. Sempre que possível, estas discussões devem ser feitas com a ajuda de um moderador experiente. Há que ter consciência de dois perigos muito concretos: em primeiro lugar, existe o risco de que o entrevistador se identifique com a presumível vítima e perca a objectividade na análise do caso; em segundo lugar, o entrevistador pode habituar-se de tal forma a ouvir relatos de tortura que acabe por menosprezar a experiência da vítima.

(d) SEGURANÇA DAS TESTEMUNHAS

94. O Estado é responsável pela protecção de todas as presumíveis vítimas, testemunhas e suas famílias contra a violência, ameaças de violência e qualquer outra forma de intimidação a que essas pessoas possam ser expostas em resultado do inquérito. Os suspeitos de implicação em actos de tortura deverão ser afastados de qualquer posição de controlo ou comando, directo ou indirecto, sobre os queixosos, testemunhas e suas famílias, bem como sobre as pessoas que realizam a investigação. Os investigadores deverão ter permanentemente em conta as possíveis consequências do inquérito sobre as presumíveis vítimas de tortura e demais testemunhas.

95. Um dos métodos que se podem utilizar para garantir alguma segurança às pessoas entrevistadas, incluindo pessoas detidas em países em situação de conflito, consiste em registar de forma segura as identidades das pessoas contactadas, de forma a que os investigadores se possam certificar da respectiva segurança em ulteriores visitas. Os investigadores devem ter a possibilidade de falar com qualquer pessoa, livremente e em privado, e devem poder voltar a visitar as mesmas pessoas (daí a necessidade de registar as respectivas identidades) sempre que necessário. Nem todos os Estados aceitam estas condições e os investigadores podem encontrar dificuldades para fazer valer estas garantias. Caso pareça provável que a prestação de depoimento coloque em perigo as testemunhas, o investigador deverá tentar obter meios de prova alternativos.

96. Os reclusos estão potencialmente expostos a maiores perigos do que as pessoas em liberdade e a sua reacção pode variar segundo as circunstâncias. Nalguns casos, os reclusos podem colocar-se em perigo inadvertidamente, ao falar com excessiva veemência, pensando que estão protegidos pela mera presença de um investigador “externo”, o que pode não ser o caso. Noutras situações, os investigadores podem deparar-se com um “muro de silêncio”, uma vez que o recluso está demasiado assustado para confiar em qualquer pessoa, mesmo depois de lhe terem sido dadas garantias de confidencialidade. Neste último caso, pode ser preciso começar com “entrevistas de grupo”, para explicar claramente o âmbito e objectivos da investigação, oferecendo depois a oportunidade de uma conversa em privado com as pessoas que desejem falar. Se o medo de represálias, justificado ou não, for demasiado grande, pode ser necessário entrevistar todos os reclusos de um determinado estabelecimento, para não chamar a atenção para nenhum deles em particular. Sempre que o inquérito conduzir à instauração de processo criminal ou outra forma de divulgação pública dos factos, o investigador deverá recomendar medidas para garantir a segurança da presumível vítima, por exemplo suprimindo o seu nome e outros elementos de identificação pessoal dos registos públicos e dando à pessoa a oportunidade de depor

através de dispositivos de distorção da imagem ou da voz ou em circuito fechado de televisão. Estas medidas deverão ser compatíveis com os direitos do arguido.

(e) UTILIZAÇÃO DE INTÉRPRETES

97. Trabalhar com intérpretes no âmbito de processos de investigação da tortura não é fácil, mesmo tratando-se de profissionais. Nem sempre é possível dispor de intérpretes para todas as diferentes línguas e dialectos, podendo por vezes ser necessário recorrer à interpretação de pessoas da mesma família ou grupo cultural da pessoa em causa. Esta não é a melhor solução, uma vez que a pessoa pode não se sentir à-vontade para falar acerca da sua experiência de tortura através de alguém que conheça. O melhor seria que o intérprete pertencesse sempre à equipa de investigação e estivesse familiarizado com as questões relativas à tortura (*vide* capítulos IV, secção I, e VI, secção C.2).

(f) INFORMAÇÃO A OBTER DA PRESUMÍVEL VÍTIMA

98. O investigador deverá tentar obter, através do depoimento da presumível vítima, o máximo de elementos possível quanto aos aspectos que a seguir se indicam (*vide* capítulo IV, secção E):

- i) Circunstâncias conducentes à tortura, nomeadamente a captura ou o rapto e a detenção;
- ii) Data e hora aproximada da ocorrência dos actos de tortura, incluindo o mais recente. Pode não ser fácil estabelecer com precisão estes elementos, uma vez que a tortura pode ter sido perpetrada em diversos locais e por diferentes pessoas (ou grupos de pessoas). Por vezes será necessário recolher depoimentos separados sobre cada um dos locais. É natural que as sequências cronológicas sejam pouco exactas e por vezes mesmo confusas: sob tortura, dificilmente se conserva a noção do tempo. A recolha de depoimentos separados relativamente a cada um dos locais pode ajudar a obter uma imagem global da situação. Muitas vezes, os sobreviventes de tortura não sabem para onde foram levados, pois estavam de olhos vendados ou semi-inconscientes. Reunindo depoimentos

convergentes, poder-se-á facilitar a identificação de locais concretos, métodos de tortura ou mesmo dos seus autores;

iii) Descrição pormenorizada dos intervenientes na captura, detenção e actos de tortura, incluindo o facto de serem ou não conhecidos da vítima antes da ocorrência dos factos, vestuário que usavam, cicatrizes, marcas de nascença, tatuagens, altura, peso (pode ser mais fácil à pessoa descrever o autor do acto por comparação com seu próprio tamanho), algo de insólito na anatomia dos autores do crime, língua falada e pronúncia, bem como quaisquer sinais de estarem sob a influência de álcool ou drogas;

iv) Conteúdo de quaisquer conversas mantidas com a pessoa, o que lhe foi dito ou perguntado. Esta informação pode conter indícios relevantes para a identificação de locais de detenção secretos ou não reconhecidos;

v) Descrição da rotina habitual no local de detenção e características dos maus tratos infligidos;

vi) Descrição dos actos de tortura, incluindo os métodos utilizados. Compreensivelmente, muitas vezes é difícil à vítima falar sobre isto e os investigadores não devem esperar obter a história completa numa só entrevista. É importante recolher informação precisa, mas quaisquer questões relativas a humilhações ou sevícias íntimas serão traumáticas, muitas vezes extremamente traumáticas;

vii) Qualquer agressão sexual que a vítima tenha sofrido. A maior parte das pessoas entende por agressão sexual a violação ou sodomia. Os investigadores deverão ter consciência de que muitas vezes a vítima não considera agressão sexual os insultos verbais, o desnudar do corpo, os toques íntimos, os actos obscenos ou humilhantes e por vezes mesmo os choques eléctricos nos órgãos genitais. Todos estes actos violam a intimidade da pessoa e devem ser considerados agressões sexuais. É muito frequente que as vítimas de abuso sexual nada digam ou neguem mesmo terem sido submetidas a tal tipo de agressão. Muitas vezes, apenas começam a revelar a história numa segunda ou terceira visita, depois de terem estabelecido alguma empatia com o entrevistador e de este se ter revelado sensível à cultura ou personalidade da vítima;

viii) Lesões físicas provocadas pela tortura;

ix) Descrição de quaisquer armas ou outros objectos materiais utilizados;

x) A identidade de quaisquer testemunhas dos factos relativos à tortura. O investigador deverá tomar precauções para proteger a segurança das testemunhas, eventualmente anotando as suas identidades em código ou mantendo os seus nomes separados dos registos substantivos da entrevista.

(g) DEPOIMENTO DA PRESUMÍVEL VÍTIMA

99. O investigador deverá proceder à gravação do depoimento detalhado da vítima e transcrevê-lo em seguida. Esse depoimento dever-se-á basear em respostas a perguntas não tendenciosas. Por perguntas não tendenciosas entendem-se questões isentas de suposições ou conclusões e que permitam à pessoa oferecer o testemunho mais completo e objectivo possível. Por exemplo, dever-se-á perguntar “O que lhe aconteceu e quando?” e não “Foi torturado na prisão?”. Esta última pergunta parte do princípio de que a pessoa foi sujeita a tortura e limita o local dos factos a uma prisão. Evite formular perguntas de resposta múltipla, uma vez que podem obrigar o indivíduo a dar respostas pouco precisas caso o que lhe tenha acontecido não corresponda exactamente a nenhuma das opções. Permita que a pessoa lhe conte a sua própria história, mas auxilie-a, colocando questões que ajudem a tornar o relato mais preciso. A pessoa deverá ser encorajada a usar todos os sentidos para descrever o que lhe aconteceu. Pergunte-lhe o que viu, cheirou, ouviu e sentiu. Isto é importante, por exemplo, caso a pessoa tenha estado de olhos vendados ou a agressão tenha tido lugar no escuro.

(h) DEPOIMENTO DO PRESUMÍVEL AUTOR DO ACTO DE TORTURA

100. Os investigadores deverão interrogar os alegados autores da tortura, sempre que possível. É importante que lhes sejam garantidas todas as salvaguardas jurídicas consagradas no direito interno e internacional.

3. RECOLHA E PRESERVAÇÃO DAS PROVAS MATERIAIS

101. O investigador deverá recolher tantos elementos de prova material quantos possível para documentar um caso ou padrão sistemático de tortura. Um dos aspectos mais importantes de uma investigação rigorosa e imparcial é a recolha e análise de provas materiais. Os investigadores deverão documentar todas as diligências efectuadas na recolha e preservação das provas materiais a fim de poderem utilizar as mesmas em processos judiciais subsequentes, nomeadamente de índole penal. A maior parte dos casos de tortura ocorre em locais onde as pessoas se encontram sujeitas a qualquer forma de detenção. É muitas vezes difícil, senão impossível, ter inicialmente acesso irrestrito a esses locais e aí proceder à recolha de provas. Os investigadores deverão ser autorizados pelo Estado a ter livre acesso a quaisquer locais ou instalações e a observar o local onde se suspeita que a tortura tenha acontecido. Todas as pessoas e autoridades com competência para investigar o caso deverão coordenar os seus esforços para realizar uma inspecção cuidadosa do alegado local de tortura. Os investigadores deverão ter livre acesso a todos os presumíveis cenários de tortura. Nomeadamente, dever-lhes-á ser garantido o acesso a todas as áreas abertas ou fechadas, por exemplo edifícios, veículos, gabinetes, celas de prisão ou outras instalações onde se suspeita que a tortura tenha tido lugar.

102. Qualquer área ou edifício sob investigação deverá ser encerrado a fim de evitar a destruição ou o desaparecimento de quaisquer provas materiais. Apenas os investigadores e seus auxiliares deverão ter acesso às áreas designadas como locais sob investigação, que deverão ser cuidadosamente examinadas a fim de recolher todas as provas materiais existentes. Todos os elementos de prova deverão ser devidamente recolhidos, manuseados, embalados, etiquetados e armazenados em local seguro para evitar qualquer eventual contaminação, alteração ou extravio. Deverão também ser colhidas, etiquetadas e devidamente acondicionadas quaisquer amostras de fluidos corporais (por exemplo, sangue ou sémen), cabelos, fibras e fios

que sejam encontrados, caso a alegada situação de tortura seja suficientemente recente para que tais elementos de prova possam ser relevantes. Quaisquer dispositivos que possam ter sido utilizados para infligir a tortura, quer especificamente concebidos para esse fim quer usados circunstancialmente, deverão também ser recolhidos e preservados. Dever-se-ão ainda recolher e preservar quaisquer impressões digitais encontradas no local, caso o alegado acto de tortura seja suficientemente recente para que as mesmas possam ser relevantes. Deverá ser elaborada uma planta à escala das instalações ou locais onde se supõe que os actos de tortura tenham ocorrido, na qual devem ser assinalados todos os detalhes pertinentes, tais como a localização de cada um dos andares do edifício, salas, entradas, janelas, mobília e terreno circundante. Dever-se-ão tirar fotografias a cores de cada um destes elementos. Deverá ser registada a identidade de todas as pessoas presentes no alegado cenário de tortura, incluindo os seus nomes completos, moradas, números de telefone e outros contactos. Se possível e desde que os factos alegados sejam suficientemente recentes para o justificar, as roupas usadas pela presumível vítima aquando do acto de tortura deverão ser inventariadas e testadas em laboratório, a fim de detectar eventuais vestígios de fluidos corporais e outras provas materiais. Dever-se-ão interrogar todas as pessoas presentes nas instalações ou áreas sob investigação, a fim de determinar se presenciaram ou não os alegados actos de tortura. Quaisquer papéis, registos ou documentos relevantes deverão ser guardados para utilização como prova e sujeição a análise grafológica.

4. PROVAS MÉDICAS

103. O investigador deverá providenciar para que a alegada vítima seja sujeita a exame médico. É de particular importância que este exame se realize atempadamente. O exame médico deverá ter sempre lugar, independentemente do lapso de tempo decorrido desde o acto de tortura mas, se este tiver supostamente ocorrido nas seis semanas anteriores, dever-se-á proceder ao exame com a máxima urgência a fim de evitar o desaparecimento de

eventuais sinais agudos. Este exame deverá incluir uma avaliação das eventuais necessidades da vítima em matéria de tratamento de quaisquer ferimentos ou doenças, apoio psicológico, aconselhamento e seguimento (*vide* capítulo V para uma descrição do exame físico e avaliação médico-legal). A avaliação e exame psicológico da vítima é indispensável e pode ter lugar em simultâneo com o exame físico ou, caso não existam sinais físicos, em separado (*vide* capítulo VI para uma descrição da avaliação psicológica).

104. Para estabelecer a existência de provas físicas e psicológicas da prática da tortura, é necessário colocar seis importantes questões:

- a) Os dados apurados na observação física e psicológica corroboram a alegação de tortura?
- b) Que condições físicas contribuem para o quadro clínico?
- c) As reacções observadas em sede de exame psicológico são normais ou típicas de situações de tensão extrema no contexto cultural ou social da pessoa?
- d) Dado que os distúrbios psicológicos associados a situações traumáticas evoluem com o passar do tempo, qual seria a cronologia dos factos relativos à tortura? Em que ponto do processo de recuperação se encontra o indivíduo?
- e) Que outros factores de tensão afectam a pessoa (por exemplo, processo penal em curso, migração forçada, exílio, perda da família e do estatuto social, etc.)? Que impacto têm estas questões sobre a vítima?
- f) O quadro clínico sugere uma falsa alegação de tortura?

5. FOTOGRAFIAS

105. Deverão ser tiradas fotografias a cores das lesões apresentadas pela pessoa que alega ter sido torturada, das instalações onde a tortura tenha supostamente ocorrido (interior e exterior) e de quaisquer outras provas materiais aí encontradas. É essencial incluir na fotografia uma fita métrica ou qualquer outro dispositivo que indique a escala da imagem. As fotografias devem ser tiradas logo que possível, mesmo utilizando uma máquina

fotográfica rudimentar, uma vez que alguns indícios físicos se desvanecem rapidamente ou podem ser corrompidos. Deve ter-se em conta que as fotografias de revelação instantânea têm tendência a perder qualidade com o passar do tempo. São preferíveis fotografias de qualidade mais profissional, as quais devem ser tiradas logo que se disponha do necessário equipamento. Se possível, deve utilizar-se uma máquina de 35 mm com dispositivo de datação automático. Dever-se-á registar pormenorizadamente toda a sequência de pessoas e entidades com acesso aos rolos, negativos e impressões fotográficas.

d. Comissões de inquérito

1. DEFINIÇÃO DO ÂMBITO DO INQUÉRITO

106. Qualquer Estado ou organização que estabeleça uma comissão de inquérito deverá determinar o âmbito do inquérito a realizar através da definição precisa do mandato atribuído à comissão. A definição do mandato da comissão pode contribuir em muito para o êxito dos trabalhos desta, uma vez que confere legitimidade ao processo, facilita o consenso entre os membros da comissão quanto ao âmbito do inquérito e permite a avaliação do respectivo relatório final. Na definição do mandato da comissão de inquérito, deverão ser tidas em conta as seguintes recomendações:

- a) O mandato deverá ser formulado em termos neutros, que não sugiram antecipadamente qualquer resultado. Esta exigência de neutralidade implica que o mandato não exclua a competência da comissão para investigar em áreas susceptíveis de revelar a responsabilidade do Estado pelos actos de tortura;
- b) Deverá indicar com precisão que questões e factos deverão ser investigados e abordados no relatório final da comissão;
- c) Deverá permitir alguma flexibilidade no âmbito do inquérito a fim de que a comissão possa investigar os factos com rigor, sem que o seu trabalho seja entravado por um mandato excessivamente restritivo ou demasiado vago. Esta flexibilidade pode conseguir-se, por exemplo, mediante a inclusão de uma cláusula que permita

à comissão alterar o seu próprio mandato conforme necessário. É, contudo, importante que a comissão mantenha o público informado a respeito de quaisquer alterações introduzidas no seu mandato.

2. COMPETÊNCIAS DA COMISSÃO

107. Os Princípios sobre a Investigação e Documentação Eficazes da Tortura e Outras Penas ou Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes enunciam, em linhas gerais, as competências que devem ser atribuídas às comissões de inquérito. Concretamente, estas necessitam de dispor de autoridade para:

- a) Obter toda a informação necessária à investigação, incluindo autoridade para obter o depoimento de testemunhas sob cominação legal, ordenar a produção de prova documental, incluindo *dossiers* oficiais e registos médicos, e proteger testemunhas, familiares das vítimas e outras fontes de informação;
- b) Tornar públicas as suas conclusões;
- c) Realizar todas as visitas necessárias à investigação, incluindo aos locais onde se suspeita que a tortura tenha ocorrido;
- d) Recolher provas apresentadas por testemunhas ou organizações que se encontrem fora do país.

3. CRITÉRIOS PARA A SELECÇÃO DOS MEMBROS DA COMISSÃO

108. Os membros da comissão deverão ser seleccionados em função da sua reconhecida imparcialidade, competência e independência pessoal. Estes critérios definem-se da seguinte forma:

- a) Imparcialidade – os membros da comissão não devem ter relações próximas com qualquer indivíduo, entidade pública, partido político ou outra organização potencialmente implicados na prática da tortura. Não deverão também ser demasiado próximos de qualquer organização ou grupo de que a vítima seja membro, uma vez que isto poderá pôr em causa a credibilidade da comissão. Tal não deverá, contudo, servir de pretexto para

excluir liminarmente da composição da comissão, por exemplo, membros de grandes organizações a que a vítima também pertença ou pessoas associadas a organizações que se dedicam ao tratamento e reabilitação das vítimas de tortura;

- b) Competência – os membros da comissão deverão ser capazes de avaliar e ponderar os elementos de prova e de formular juízos fundamentados a respeito dos mesmos. Se possível, as comissões de inquérito deverão incluir na sua composição pessoas com conhecimentos especializados nos domínios do Direito, medicina e outras áreas relevantes;

- c) Independência – os membros da comissão deverão ser reconhecidos no seio da comunidade a que pertençam como pessoas honestas e justas.

109. A objectividade da investigação e as conclusões da comissão de inquérito podem depender, entre outros aspectos, do número de membros que compõem esta última. De forma geral, é preferível que a comissão seja composta por três ou mais membros e não por apenas um ou dois. Por princípio, um inquérito relativo a um caso de tortura não deverá ser realizado por um único investigador isolado, que não estará geralmente em condições de investigar o caso em profundidade. Para além disso, ser-lhe-á difícil tomar decisões controversas e importantes sem qualquer tipo de debate e estará particularmente vulnerável a pressões exteriores, nomeadamente do Estado.

4. PESSOAL DA COMISSÃO

110. As comissões de inquérito deverão poder contar com serviços de aconselhamento imparciais e especializados. Caso a investigação incida sobre factos que impliquem a responsabilização do Estado, poderá ser aconselhável fazer apelo a assessores independentes da estrutura do Ministério da Justiça. O principal responsável pela assessoria da comissão deverá estar à margem de qualquer influência política, por ter vínculo sólido à função pública ou ser um jurista totalmente independente. A investigação requer muitas vezes a assessoria de peritos especializados. A comissão deverá ter acesso aos serviços de peritos em áreas como a patologia, medicina legal, psiquiatria, psi-

ciologia, ginecologia e pediatria. Para que o inquérito seja verdadeiramente imparcial e rigoroso, será necessário, na maioria dos casos, que os investigadores da comissão sigam pistas e busquem elementos de prova pelos seus próprios meios. A credibilidade do inquérito depende em grande medida do facto de a comissão se poder basear no trabalho dos seus próprios investigadores.

5. PROTECÇÃO DAS TESTEMUNHAS

111. O Estado deverá proteger todos os queixosos, testemunhas, membros da equipa de investigação e suas famílias contra a violência, ameaças de violência ou qualquer outra forma de intimidação (*vide* secção C.2 d), *supra*). Se a comissão concluir que existem riscos razoáveis de perseguição, assédio ou agressão a qualquer testemunha actual ou potencial, pode considerar necessário ouvir a mesma à porta fechada, manter em sigilo a identidade da testemunha ou informador, utilizar apenas elementos de prova que não permitam a identificação da pessoa ou tomar outras medidas adequadas.

6. PROCEDIMENTO

112. Decorre dos princípios gerais de processo penal que as audiências sejam públicas, a menos que se torne necessário realizá-las à porta fechada a fim de proteger a segurança das testemunhas. Os procedimentos realizados à porta fechada deverão ser gravados e selados, devendo os respectivos registos confidenciais ser guardados em local conhecido. Ocasionalmente, pode ser necessário garantir sigilo absoluto para encorajar a prestação de depoimento, podendo a comissão decidir ouvir as testemunhas em privado, informalmente ou sem registo das declarações.

7. DIVULGAÇÃO DO INQUÉRITO

113. Deverá ser dada ampla publicidade à criação da comissão e ao objecto do inquérito. Das acções de divulgação deverá constar um convite à apresentação de informações e declarações escritas relevantes à comissão, bem como instruções para as pessoas que desejem testemunhar. A divulgação

poderá ser feita através de jornais, revistas, rádio, televisão, folhetos e cartazes.

8. RECOLHA DE PROVAS

114. As comissões de inquérito deverão dispor de autoridade para ordenar a prestação de depoimentos e a apresentação de provas documentais, bem como para ordenar a prestação de declarações por parte dos funcionários alegadamente implicados na prática da tortura. Em termos práticos, esta autoridade poder-se-á manifestar através da competência para a imposição de multas ou outras sanções aos funcionários ou outras pessoas que se recusem a cooperar. A comissão de inquérito deverá começar por convidar as pessoas a prestar declarações oralmente ou por escrito. Os depoimentos escritos podem fornecer importantes elementos de prova caso as pessoas em questão tenham medo de testemunhar, não possam deslocar-se até ao local onde decorre a audição ou estejam indisponíveis por qualquer outro motivo. As comissões de inquérito devem considerar a hipótese de adoptar outro tipo de procedimentos susceptíveis de fornecer informações relevantes.

9. DIREITOS DAS PARTES

115. As alegadas vítimas de tortura e seus representantes legais deverão ser informados da realização de qualquer audiência e ter acesso a ela, bem como a toda a informação relativa ao inquérito, e ter o direito de apresentar provas. Este reconhecimento à vítima da qualidade de parte no processo reflecte a especial importância atribuída à protecção dos seus interesses na condução do inquérito. Contudo, todas as restantes partes interessadas deverão ter também a oportunidade de serem ouvidas. O organismo encarregado do inquérito deverá dispor de competência para obrigar as testemunhas e os funcionários suspeitos de participação nos actos de tortura a prestar declarações, bem como para ordenar a apresentação de provas. Todos os depoentes deverão ter a possibilidade de obter patrocínio jurídico caso o inquérito seja susceptível de lesar os seus interesses, por exemplo, por poder vir a fazê-los incorrer em responsabilidade penal ou civil. As pessoas não

podem ser obrigadas a testemunhar contra si próprias. A comissão deverá ter a oportunidade de interrogar eficazmente todos os depoentes. As partes no inquérito deverão estar autorizadas a submeter perguntas escritas à comissão.

10. AVALIAÇÃO DAS PROVAS

116. A comissão deverá apreciar todas as informações e elementos de prova recebidos a fim de determinar a sua fiabilidade e probidade. Na avaliação dos testemunhos orais, a comissão deverá ter em conta a atitude e credibilidade geral do depoente, devendo ser sensível às questões sociais, culturais e de género que afectam o seu comportamento. Um elemento de prova corroborado por diversas fontes terá um valor probatório mais elevado e dará credibilidade a eventuais depoimentos indirectos. A comissão deverá avaliar cuidadosamente a fiabilidade dos depoimentos indirectos antes de os aceitar como prova. Dever-se-á também ter cuidado com os testemunhos não sujeitos a contra-interrogatório. Muitas vezes, os depoimentos feitos à porta fechada e preservados em registo fechado, ou pura e simplesmente não registados, não são sujeitos a contra-interrogatório, podendo por isso ter um valor probatório mais reduzido.

11. RELATÓRIO DA COMISSÃO

117. A comissão deverá produzir um relatório público num prazo razoável. Caso a comissão não

seja unânime nas suas conclusões, os membros em minoria deverão fazer constar a sua opinião divergente. O relatório da comissão de inquérito deverá conter, no mínimo, a seguinte informação:

- a) Âmbito do inquérito e mandato da comissão;
- b) Procedimentos e métodos utilizados na apreciação das provas;
- c) Lista de todas as pessoas que prestaram declarações, com indicação da respectiva idade e sexo, à excepção daquelas cuja identidade não tenha sido divulgada por razões de segurança ou que tenham prestado depoimento à porta fechada, e elementos de prova recolhidos;
- d) Momento e lugar de cada sessão (estes elementos pode constar de anexo ao relatório);
- e) Contexto em que se desenrola o inquérito, nomeadamente condições sociais, políticas e económicas relevantes;
- f) Factos concretos ocorridos e provas com base nas quais foram apurados;
- g) Legislação em que se baseia o trabalho da comissão;
- h) Conclusões tiradas pela comissão com base nos factos apurados e no direito aplicável;
- i) Recomendações formuladas com base nas conclusões da comissão.

118. O Estado deverá responder publicamente ao relatório da comissão e, se for caso disso, indicar as medidas que pretende tomar na sequência do mesmo.

Considerações gerais para as entrevistas

119. Ao entrevistar uma pessoa que alega ter sido vítima de tortura, é necessário ter em consideração uma série de questões e factores práticos. Estas considerações são válidas para todas as pessoas que contactam com a vítima, sejam advogados, médicos, psicólogos, psiquiatras, defensores de direitos humanos ou quaisquer outros profissionais. A secção seguinte passa em revista este “terreno comum” e tenta situá-lo nos diversos contextos que podem ser encontrados no âmbito da investigação da tortura e entrevista das presumíveis vítimas.

a. Objectivos do inquérito, exames e documentação

120. O objectivo geral do inquérito consiste em apurar os factos relativos ao alegado incidente de tortura (*vide* capítulo III, secção D). Os exames médicos podem fornecer importantes elementos de prova utilizáveis no âmbito de processos legais, nomeadamente:

- a) Identificação dos responsáveis pelo acto de tortura e sua apresentação à justiça;
- b) Fundamentação de pedidos de asilo político;
- c) Apuramento das condições sob as quais os funcionários públicos possam ter obtido falsas confissões;
- d) Averiguação de práticas de tortura regionais. Os exames médicos podem também servir para

identificar as necessidades terapêuticas dos sobreviventes e documentar investigações em matéria de direitos humanos.

121. O objectivo do depoimento escrito ou oral do médico consiste em proporcionar um parecer especializado sobre até que ponto as conclusões médicas corroboram ou não as alegações de maus tratos do paciente e transmitir eficazmente as conclusões e interpretações do perito médico ao poder judicial ou outras autoridades competentes. Para além disso, o depoimento do médico serve muitas vezes para informar as autoridades judiciais, outros funcionários públicos e as comunidades local e internacional a respeito das sequelas físicas e psicológicas da tortura. O médico que procede ao exame deverá estar apto a fazer o seguinte:

- a) Avaliar eventuais lesões e outros sintomas de maus tratos, mesmo na ausência de denúncias concretas apresentadas por particulares ou pelas autoridades policiais ou judiciais;
- b) Documentar os indícios físicos e psicológicos das lesões e outros sintomas de maus tratos;
- c) Avaliar a possível correlação entre as observações médicas e os maus tratos de que o paciente alega ter sido vítima;
- d) Avaliar a possível correlação entre as conclusões do exame efectuado ao paciente e as informações disponíveis quanto aos métodos de tortura

utilizados na região em causa e suas sequelas habituais;

e) Interpretar de forma avalizada as conclusões dos exames médico-legais e dar parecer quanto às possíveis causas dos maus tratos no âmbito de processos penais, civis e de concessão de asilo;

f) Utilizar a informação obtida de forma adequada a fim de facilitar o apuramento dos factos e a recolha de provas adicionais relativas ao caso de tortura.

***b.* Salvaguardas processuais relativamente aos detidos**

122. O exame médico-legal de um detido deverá ser realizado na sequência de um pedido escrito oficial do Ministério Público ou outra autoridade competente. Os pedidos de exame médico apresentados por funcionários responsáveis pela aplicação da lei deverão ser considerados inválidos a menos que resultem de ordens escritas do Ministério Público. Contudo, os próprios detidos, seu advogado ou familiares, têm o direito de requerer exame médico para estabelecer a existência de provas de tortura e maus tratos. O detido deverá ser conduzido até ao local onde se realizará o exame médico por outros funcionários que não membros da polícia ou das forças armadas, uma vez que a tortura pode ter ocorrido quando o indivíduo se encontrava à guarda de qualquer um destes mesmos agentes, pelo que a sua presença constituiria um factor de pressão inaceitável sobre o detido ou sobre o médico para evitar uma documentação eficaz da tortura ou dos maus tratos. Os funcionários que supervisionam o transporte do detido deverão ser responsáveis perante o Ministério Público e não perante qualquer outra autoridade pública. O advogado do detido deverá estar presente aquando da apresentação do pedido de exame médico e durante o transporte do detido depois da realização do exame. Os detidos têm o direito de ser sujeitos a um segundo exame ou contra-exame por um médico qualificado durante e após o período de detenção.

123. Todos os detidos deverão ser examinados em privado. Nenhum polícia ou outro funcionário responsável pela aplicação da lei deverá estar pre-

sente na sala de observação. Esta salvaguarda processual apenas poderá ser afastada caso o próprio médico considere que existem indícios sérios de que o detido constitui uma ameaça grave à segurança do pessoal de saúde. Nestas circunstâncias, deverá ser o pessoal de segurança do estabelecimento de saúde, e não a polícia ou outros funcionários responsáveis pela aplicação da lei, a assegurar a segurança do local, se o médico o entender necessário. Ainda assim, o pessoal de segurança não deverá ouvir o diálogo entre médico e paciente (isto é, deve estar colocado de forma a apenas poder estabelecer contacto visual com este último, sem ouvir o que diz). Os exames médicos de detidos deverão realizar-se no local que o médico considere mais apropriado. Em determinados casos, poderá ser preferível insistir para que o exame se realize em estabelecimentos de saúde oficiais e não na prisão ou cela de detenção. Noutras circunstâncias, os detidos podem preferir ser examinados na relativa segurança da sua cela, caso receiem, por exemplo, que as instalações médicas estejam sob vigilância. A determinação do local mais adequado depende de diversos factores, mas os investigadores devem sempre certificar-se de que os detidos não são obrigados a aceitar um local onde não se sentem confortáveis.

124. Caso quaisquer agentes policiais, soldados, guardas prisionais ou outros funcionários responsáveis pela aplicação da lei estejam presentes na sala de exame, seja qual for o motivo, esse facto deverá constar do relatório médico oficial. A presença de agentes policiais, soldados, guardas prisionais ou outros funcionários responsáveis pela aplicação da lei durante o exame pode ser fundamento para desacreditar um relatório médico negativo. A identidade e títulos de quaisquer outras pessoas presentes na sala de exame durante a observação médica deverá também ser indicada no relatório. Nos exames médico-legais de detidos, dever-se-á utilizar um formulário normalizado de relatório médico (vide anexo IV para directrizes a utilizar na elaboração destes formulários).

125. O relatório original e completo deverá ser transmitido directamente à pessoa que o solici-

tou, em geral um agente do Ministério Público. Sempre que o relatório seja solicitado pelo detido ou seu advogado, deverá ser fornecido. O médico que procede ao exame deverá guardar cópias de todos os relatórios. As associações médicas nacionais ou comissões de inquérito podem decidir inspecionar os relatórios médicos a fim de verificar se os médicos, em particular aqueles que são funcionários públicos, respeitam as garantias processuais aplicáveis e normas relativas à recolha de prova. Os relatórios devem ser enviados à organização em causa, desde que oferecidas as necessárias garantias de independência e sigilo. Nenhuma cópia do relatório deverá, em caso algum, ser enviada a funcionários responsáveis pela aplicação da lei. É obrigatório que o detido seja sujeito a exame médico no momento da detenção, bem como a novo exame e avaliação no momento em que é libertado⁷⁰. Deverá também ter acesso a um advogado no momento do exame médico. Na maioria das situações de detenção em estabelecimento prisional, não é admitida qualquer presença exterior durante o exame. Nestes casos, deve ficar estabelecido que o médico da prisão respeita rigorosamente a deontologia profissional, devendo ser capaz de desempenhar os seus deveres profissionais com independência face a quaisquer influências de terceiros. Caso o exame médico-legal corrobore a alegação de tortura, o detido não deverá regressar ao local de detenção, devendo antes comparecer perante o Ministério Público ou o juiz para determinação da sua situação jurídica⁷¹.

⁷⁰ Vide *Regras Mínimas para o Tratamento dos Reclusos* (capítulo I.B).

⁷¹ Anónimo, "Health care for prisoners: implications of Kalk's refusal" [em português: *Cuidados de saúde dos reclusos: as implicações da recusa de Kalk*], 1991, 337, pp. 647 e 648.

C. Visitas oficiais a centros de detenção

126. As visitas aos reclusos não devem efectuar-se de ânimo leve. Em determinados casos, pode ser muitíssimo difícil realizá-las de forma objectiva e profissional, particularmente em países onde ainda se pratica a tortura. Uma única visita, sem seguimento que garanta a ulterior segurança das pessoas contactadas, pode ser perigosa. Por vezes, uma visita não seguida pode ser mesmo pior do que nenhuma visita. Investigadores bem intencionados podem cair na armadilha de visitar

um estabelecimento prisional ou esquadra de polícia sem saberem exactamente o que estão a fazer. Arriscam-se a obter uma imagem falsa ou incompleta da realidade. Arriscam-se a colocar em perigo reclusos que podem nunca mais vir a visitar. Arriscam-se ainda a fornecer um alibi aos autores de tortura, que podem utilizar o argumento de que pessoas do exterior visitaram a sua prisão e nada detectaram.

127. As visitas devem ser deixadas para investigadores que as possam levar a cabo, e efectuar o respectivo seguimento, de forma profissional e que tenham reunido algumas garantias processuais para o seu trabalho. A ideia de que algumas provas são melhores do que provas nenhuma não é válida no trabalho com reclusos que podem ser colocados em risco por prestar depoimento. As visitas efectuadas a instalações de detenção por pessoas bem intencionadas em representação de instituições públicas e não governamentais podem ser difíceis e, pior ainda, podem ser contraproducentes. Relativamente à questão que nos interessa, há que distinguir entre uma visita realizada de boa fé e necessária ao inquérito, que não está em causa, e uma visita não essencial que vá além disso e que, se efectuada por não especialistas, pode ter mais desvantagens do que vantagens num país que pratica a tortura. Às comissões independentes constituídas por juristas e médicos deverá ser garantido acesso periódico às prisões e outros locais de detenção, para que possam efectuar visitas a tais locais.

128. As entrevistas com pessoas que estão ainda detidas, e possivelmente mesmo nas mãos daqueles que as torturaram, são evidentemente muito diferentes das entrevistas realizadas na privacidade e segurança de um estabelecimento de saúde externo e seguro. Nunca é demais salientar a importância de ganhar a confiança da pessoa em tais situações. Contudo, é ainda mais importante nunca trair essa confiança, mesmo involuntariamente. Devem ser tomadas todas as precauções para que os detidos se não coloquem a si próprios em perigo. Em particular, deve perguntar-se aos detidos vítimas de tortura se a informação obtida pode ser utilizada e de que maneira. Os detidos podem

ter demasiado medo para autorizar a divulgação do seu nome, por exemplo por receio de represálias. Os investigadores, pessoal médico e intérpretes são obrigados a respeitar tudo aquilo que tenham prometido à pessoa em causa.

129. Podem surgir claros dilemas, por exemplo, caso seja evidente que um grande número de reclusos foi sujeito a tortura num determinado local, mas todos se recusam a autorizar a utilização das suas histórias por receio de represálias. Perante a opção entre trair a confiança dos reclusos na tentativa de pôr fim à tortura e guardar silêncio relativamente à situação detectada, é necessário encontrar uma solução que permita conciliar as diversas obrigações em presença. Confrontados com uma situação em que diversos detidos apresentam sinais evidentes de, nomeadamente, espancamento, lacerações ou golpes provocados por objectos cortantes, mas todos se recusam a deixar mencionar o seu caso por medo de represálias, pode ser conveniente organizar uma “inspecção sanitária” a todo o recinto, no pátio e à vista de todos. Desta forma, o perito médico visitante, ao recorrer as filas de reclusos e observando directamente os sinais de tortura patentes nas suas costas, pode comunicar as suas observações sem ter de citar quaisquer queixas de tortura por parte das pessoas em causa. Este primeiro passo permitir-lhe-á ganhar a confiança dos reclusos para as ulteriores visitas de seguimento.

130. É evidente que as formas mais subtis de tortura, como por exemplo a tortura psicológica e sexual, não podem ser tratadas da mesma forma. Em determinados casos, poderá ser necessário que os investigadores se abstenham de qualquer comentário durante uma ou duas visitas, até que as circunstâncias mudem e permitam ou encorajem os reclusos a autorizar a utilização das suas histórias pessoais. O médico e o intérprete devem identificar-se e explicar o seu papel no exame. A documentação de provas médicas de tortura exige conhecimentos especializados de médicos credenciados. Pode obter-se informação relativa à tortura e suas consequências físicas e psicológicas através de publicações, cursos de formação, conferências profissionais e experiência profissional.

Para além disso, é necessário conhecer as formas de tortura e maus tratos praticados a nível regional, uma vez que esta informação pode corroborar os depoimentos recolhidos. A experiência na condução de entrevistas e realização de exames com vista à recolha de indícios físicos e psicológicos de tortura, bem como na documentação dos resultados destas operações, deve ser adquirida sob a supervisão de pessoal médico experiente.

131. Por vezes, as pessoas detidas podem manifestar uma confiança excessiva em situações em que o investigador pura e simplesmente não pode garantir que não irão haver represálias, por exemplo porque uma nova visita não foi negociada e plenamente aceite pelas autoridades ou porque a identidade da pessoa não ficou registada de forma a permitir o acompanhamento da sua situação. Deverão ser tomadas todas as precauções para assegurar que os reclusos não se exponham a riscos desnecessários, confiando ingenuamente na protecção de uma pessoa do exterior.

132. Em termos ideais, nas entrevistas a pessoas detidas os intérpretes deverão ser exteriores à comunidade local, sobretudo para evitar que eles próprios ou as suas famílias sejam sujeitos a eventuais pressões da parte de autoridades desejosas de saber que informação foi transmitida aos investigadores. A questão pode ser mais complexa quando os reclusos pertencem a um grupo étnico diferente do dos seus carcereiros. Deverá o intérprete local pertencer ao mesmo grupo étnico do recluso, de forma a ganhar a confiança deste, mas ser ao mesmo tempo objecto da desconfiança das autoridades e possivelmente de tentativas de intimidação? Para além disso, o intérprete poderá manifestar relutância quanto a trabalhar num ambiente hostil, assim se colocando potencialmente em risco. Ou deverá optar-se por um intérprete originário do mesmo grupo étnico dos captos, assim ganhando a confiança destes últimos mas perdendo a do recluso, e continuando o intérprete potencialmente vulnerável a tentativas de intimidação das autoridades? Obviamente, a solução ideal não é nenhuma das duas. Os intérpretes devem ser de fora da região e considerados por todos como tão independentes quanto os investigadores.

133. Uma pessoa entrevistada às oito horas da tarde merece

^{N.T.29} *Espancamento da planta dos pés, vide infra.*

tanta atenção como uma pessoa vista às oito horas da manhã. Os investigadores deverão assegurar-se de que dispõem de tempo suficiente e não se sobrecarregam a si próprios com trabalho. É injusto que a entrevista à pessoa das oito da noite (que além do mais aguardou durante todo o dia para poder contar a sua história) seja encurtada por motivos de tempo. Da mesma forma, o décimo nono relato de *falanga*^{N.T.29} merece tanta atenção como o primeiro. Os reclusos que raramente contactam pessoas do exterior podem nunca ter tido a oportunidade de contar a alguém o seu caso. É uma ideia errada pensar que os reclusos falam constantemente uns com os outros acerca das suas experiências de tortura. Os reclusos que não fornecem qualquer elemento novo à investigação merecem tanto tempo como os restantes.

d. Técnicas de interrogatório

134. Existem algumas regras básicas que deverão ser respeitadas (*vide* capítulo III, secção C.2, g)). A obtenção de informação é certamente importante, mas a pessoa entrevistada é-o ainda mais e ouvir é mais importante do que fazer perguntas. Se o entrevistador se limita a formular perguntas, apenas obterá respostas. Para o recluso, pode ser mais importante falar acerca da família do que da tortura. Há que ter em conta este aspecto, pelo que deverá ser disponibilizado algum tempo para a discussão de questões pessoais. A tortura, particularmente de natureza sexual, é um assunto muito íntimo e poderá não ser abordado antes da segunda visita ou mesmo mais tarde. Os indivíduos não devem ser forçados a falar sobre qualquer forma de tortura se não se sentirem à-vontade para o fazer.

e. Documentação dos antecedentes

1. PERFIL PSICOSSOCIAL E SITUAÇÃO ANTERIOR À DETENÇÃO

135. Caso a alegada vítima de tortura já não se encontre detida, o examinador deverá interrogá-la acerca da sua vida quotidiana, relações com ami-

gos e familiares, trabalho ou estudos, profissão, interesses, planos futuros e utilização de álcool ou drogas. Deverá também ser obtida informação que permita estabelecer o perfil psicossocial da pessoa posterior à detenção. Caso a pessoa se encontre ainda detida, será suficiente fazer um historial mais resumido do seu percurso pessoal, incidente sobre a profissão e habilitações literárias. Interrogue também acerca de quaisquer medicamentos que o detido tome por receita médica; esta informação é particularmente importante porque o detido pode ser privado dessa medicação, com consequências graves para a sua saúde. É importante obter dados acerca das actividades políticas, convicções e opiniões da pessoa na medida em que essa informação pode ajudar a explicar as causas da detenção ou tortura, mas será preferível formular questões indirectas, perguntando à pessoa do que foi acusada ou porque pensa ter sido detida ou torturada.

2. RESUMO DA DETENÇÃO E DOS MAUS TRATOS

136. Antes de entrar nos detalhes do caso, o investigador deverá procurar obter um resumo do mesmo, incluindo datas, locais e duração da detenção, frequência e duração das sessões de tortura. Este resumo permitirá utilizar o tempo da forma mais eficaz. Em determinados casos em que as vítimas são torturadas em diversas ocasiões, podem lembrar-se do que se passou mas não se conseguem recordar do local e momento exacto de cada uma das sessões de tortura. Nestas circunstâncias, pode ser aconselhável solicitar uma descrição dos factos por métodos de tortura e não a sequência de acontecimentos durante cada um dos incidentes de detenção. Da mesma forma, ao ouvir um relato convém muitas vezes determinar, tanto quanto possível, “o que aconteceu onde”. Os locais de detenção são administrados por diferentes forças de segurança, corpos policiais ou forças armadas, e os acontecimentos ocorridos em cada local podem dar uma ideia global do sistema de tortura. A determinação dos locais onde a tortura aconteceu pode ajudar a reconstruir as histórias de várias pessoas diferentes, o que poderá facilitar consideravelmente todo o inquérito.

3. CIRCUNSTÂNCIAS DA DETENÇÃO

137. Podem colocar-se as seguintes questões: Que horas eram? Onde estava? O que estava a fazer? Quem estava no local? Descreva a aparência das pessoas que efectuaram a detenção. Eram militares ou civis, fardados ou à civil? Que tipo de armas transportavam? O que foi dito? Houve testemunhas? Foi um caso de captura oficial, detenção administrativa ou desaparecimento? Foi usada violência ou proferidas ameaças? Houve alguma interacção com membros da família? Tome nota da utilização de meios de restrição de movimentos ou vendas nos olhos, meios de transporte, local de destino e nomes dos funcionários, se estes elementos forem do conhecimento da pessoa.

4. LOCAL E CONDIÇÕES DE DETENÇÃO

138. Inclua aqui o acesso da pessoa e sua descrição da comida e bebidas disponíveis, instalações sanitárias, iluminação, temperatura e ventilação. Recolha também informação acerca de quaisquer contactos com a família, advogados ou profissionais de saúde, condições de sobrelotação ou detenção em regime de isolamento, dimensões do local de detenção e quaisquer pessoas que possam confirmar a situação de detenção. Pode perguntar-se o seguinte: o que aconteceu em primeiro lugar? Para onde foi levado? Houve algum processo de identificação (registo de dados pessoais, recolha de impressões digitais, fotografias)? Foi-lhe pedido que assinasse alguma coisa? Descreva as condições da cela ou quarto (tome nota do respectivo tamanho, presença de outras pessoas, iluminação, ventilação, temperatura, presença de insectos ou roedores, descrição da cama e acesso a comida, água e casas de banho). O que ouviu, viu e cheirou? Teve algum contacto com pessoas do exterior ou acesso a cuidados de saúde? Qual era a disposição física do local onde ficou detido?

5. MÉTODOS DE TORTURA E MAUS TRATOS

139. Ao recolher informação sobre tortura e maus tratos, deve ter-se cuidado ao sugerir formas de maus tratos a que a pessoa possa ter sido sujeita, uma vez que a pessoa pode ser tentada a distorcer

os factos. A resposta negativa a perguntas sobre diversas formas de tortura pode, contudo, ajudar a estabelecer a credibilidade do testemunho. As questões devem ser formuladas de forma a obter um relato coerente do sucedido. Eis algumas sugestões de perguntas a colocar: Onde ocorreram os maus tratos, quando e durante quanto tempo? Foi vendado? Antes de passar à descrição dos métodos empregues, tome nota das pessoas presentes (com os respectivos nomes e posições). Descreva a sala ou outro local em causa. Que objectos viu? Se possível, descreva em detalhe cada um dos objectos de tortura; no caso de tortura eléctrica, indique a voltagem, aparelho, número e forma dos eléctrodos. Inquiria acerca do vestuário usado, se alguém se despiu ou mudou de roupa. Tome nota de tudo quanto tenha sido dito durante o interrogatório, nomeadamente injúrias e insultos à vítima e conversas dos torcionários entre si.

140. Para cada forma de maus tratos, tome nota dos seguintes pormenores: posição do corpo, imobilização, natureza do contacto, incluindo a respectiva duração, frequência e localização anatómica, bem como a zona do corpo afectada. Houve alguma hemorragia, traumatismo craniano ou perda de consciência? Em caso de perda de consciência, deveu-se a traumatismo craniano, asfixia ou dor? Deve-se perguntar também à pessoa como se sentia no fim da “sessão”. Podia andar? Foi preciso ajudá-lo ou carregá-lo de volta à cela? Conseguia levantar-se no dia seguinte? Durante quanto tempo ficaram os pés inchados? Este género de perguntas permite obter uma noção mais completa do acto de tortura do que o simples enunciado de métodos de tortura eventualmente utilizados. O testemunho deverá dar conta da data da tortura posicional, quantas vezes e durante quantos dias foi a pessoa sujeita a tortura, duração de cada uma das sessões e tipo de suspensão (linear-invertida, coberto com uma manta ou pano grosso, ou atado directamente com uma corda, com peso sobre as pernas ou em estiramento) ou posição utilizada. Nos casos de tortura por suspensão, há que apurar também o tipo de material usado (corda, arame e tecido deixam marcas diferentes na pele, ou mesmo nenhuma,

depois da suspensão). O examinador deverá ter presente que tudo quanto a vítima diga acerca da duração da sessão de tortura é subjectivo e pode não estar correcto, uma vez que a sujeição a tortura faz geralmente perder a noção do tempo e do espaço. Foi a pessoa sexualmente molestada de qualquer forma? Tente saber o que foi dito no decorrer da sessão de tortura. Por exemplo, ao torturar a vítima com choques eléctricos nos órgãos genitais, os autores do acto dizem muitas vezes à vítima que ela nunca mais vai poder ter relações sexuais normais ou algo semelhante. Para mais pormenores quanto às avaliações de casos de alegada tortura sexual, incluindo a violação, *vide* capítulo V, secção D.8.

f. Avaliação dos antecedentes

141. Os sobreviventes de actos de tortura podem ter dificuldade em contar os detalhes específicos do seu caso por diversos motivos importantes, nomeadamente os seguintes:

- a)* Factores que operaram durante o próprio acto de tortura, tais como o facto de a vítima ter tido os olhos vendados, estar drogada ou ter sofrido perdas de consciência;
- b)* Receio de se colocar a si própria ou a outros em perigo;
- c)* Falta de confiança no clínico que procede ao exame ou no intérprete;
- d)* Impacto psicológico da tortura e trauma – por exemplo, crises de hiperemotividade e perdas de memória provocadas por perturbações mentais relacionadas com o trauma, como a depressão ou perturbação de *stress* pós-traumático;
- e)* Perdas de memória de origem neuropsiquiátrica provocadas por pancadas na cabeça, sufocação, situações de quase afogamento ou privação de alimentos;
- f)* Mecanismos de defesa psicológica, como a negação dos acontecimentos ou o evitar falar deles;
- g)* Sanções impostas por tradições culturais que só permitem que as situações traumáticas sejam reveladas em ambientes de absoluta confidencialidade⁷².

⁷² R.F. Mollica e Y. Caspi-Yavin, "Overview: the assessment and diagnosis of torture events and symptoms" [Em português: Visão geral, a avaliação e o diagnóstico de incidentes e sintomas de tortura], *Torture and Its Consequences, Current Treatment Approaches*, M. Basoğlu, Cambridge, Cambridge University Press, 1992, pp. 38 a 55.

142. As incongruências no relato da pessoa podem dever-se a qualquer destes factores ou a todos eles. Se possível, o investigador deve pedir novos esclarecimentos. Se isto não for possível, deverá procurar outras provas que confirmem ou infirmem a história. Um conjunto de elementos coerentes em apoio das alegações da pessoa pode corroborar e esclarecer a história. Embora o indivíduo possa não estar em condições de fornecer todos os pormenores pretendidos pelo investigador, como a data, hora e frequência dos actos de tortura, e a exacta identidade dos seus autores, ao longo do tempo do seu testemunho acabarão por emergir e articular-se os elementos essenciais do caso.

g. Análise dos métodos de tortura

143. Depois de ouvido o relato detalhado dos acontecimentos, é aconselhável passar em revista outros métodos de tortura a que a pessoa possa ter sido sujeita. É fundamental conhecer os métodos de tortura utilizados na região em causa e, em função deles, adaptar as directivas locais. O interrogatório a respeito de determinadas formas específicas de tortura pode ser útil caso:

- a)* Os sintomas psicológicos toldem a memória;
- b)* Exista uma diminuição das capacidades sensoriais associada ao trauma;
- c)* Possam ter ocorrido lesões cerebrais orgânicas;
- d)* O testemunho esteja limitado por factores educacionais ou culturais.

144. A distinção entre tortura física e psicológica é artificial. Por exemplo, a tortura sexual causa geralmente sintomas físicos e psicológicos, mesmo que não tenha havido agressão física. A lista de métodos de tortura que se segue foi elaborada a fim de exemplificar alguns tipos possíveis de maus tratos. Não deverá ser utilizada pelos investigadores como lista de controlo ou formulário para a listagem de métodos de tortura num relatório. O método de fazer listas pode ser contra-productivo, uma vez que o quadro clínico global resultante da tortura é muito mais complexo do que a mera soma de lesões produzidas pelos métodos

constantes de uma lista. De facto, a experiência demonstra que, quando confrontados com essa forma de proceder, os autores de actos de tortura tendem a concentrar-se num dos métodos indicados e a discutir se o mesmo constitui ou não uma forma de tortura. Eis apenas alguns dos métodos de tortura a ter em conta:

- a) Traumatismos provocados por contusões, tais como socos, pontapés, bofetadas, golpes, abanões e agressões com arames ou objectos contundentes, bem como a queda da vítima;
- b) Tortura posicional, com utilização da suspensão, estiramento dos membros, imobilização prolongada ou posturas forçadas;
- c) Queimaduras com cigarros, instrumentos em brasa, líquidos a ferver ou substâncias cáusticas;
- d) Choques eléctricos;
- e) Asfixia, com utilização de métodos húmidos ou secos, tais como o afogamento, sufocação, estrangulamento ou uso de substâncias químicas;
- f) Tortura por pressão, como o esmagamento dos dedos ou a utilização de rolos pesados para magoar as coxas ou as costas;
- g) Lesões perfurantes, como punhaladas, feridas de bala ou a introdução de arames debaixo das unhas;
- h) Exposição química ao sal, pimenta e gasolina, entre outras substâncias (em feridas ou cavidades corporais);
- i) Violência sexual sobre os órgãos genitais, abusos sexuais, introdução de objectos, violação;
- j) Fracturas ou remoção traumática de extremidades ou membros;
- k) Amputação cirúrgica de extremidades ou membros, remoção cirúrgica de órgãos;
- l) Tortura farmacológica por administração de doses tóxicas de sedativos, neurolépticos e substâncias paralisantes, entre outras;
- m) Condições de detenção cruéis ou degradantes, por exemplo celas pequenas ou sobrelotadas, regime de isolamento, higiene deficiente, negação do acesso a instalações sanitárias, alimentação e bebidas insuficientes ou contaminadas, exposição a temperaturas extremas, ausência de privacidade e nudez forçada;
- n) Privação dos estímulos sensoriais normais, tais como o som, luz, noção do tempo, isolamento,

manipulação da iluminação da cela, abuso de necessidades fisiológicas, restrições ao sono, alimentos, água, instalações sanitárias, banhos, actividades motoras, cuidados de saúde, contactos sociais, isolamento dentro da prisão, perda de contacto com o mundo exterior (as vítimas de tortura são muitas vezes isoladas para evitar o estabelecimento de laços com outras pessoas e a identificação recíproca, bem como para fomentar os vínculos traumáticos com os torcionários);

- o) Humilhações, tais como maus tratos verbais e desempenho de actos humilhantes;
- p) Ameaças de morte, violência contra a família, novos actos de tortura, prisão e simulação de execuções;
- q) Ameaças de ataques por animais, tais como cães, gatos, ratos ou escorpiões;
- r) Técnicas psicológicas que visam destruir a personalidade do indivíduo, incluindo traições forçadas, consciencialização da sua impotência, exposição a situações ambíguas ou mensagens contraditórias;
- s) Violação de tabus;
- t) Coacção comportamental, nomeadamente através da imposição de práticas contrárias à religião da pessoa (por exemplo, obrigar um muçulmano a comer carne de porco) ou do facto de obrigar o indivíduo a infligir tortura ou outros maus tratos a terceiros, a destruir bens ou a trair alguém, colocando essa pessoa em risco;
- u) Obrigar a pessoa a assistir a actos de tortura ou outras atrocidades cometidas contra outro indivíduo.

h. Risco de re-traumatização das pessoas interrogadas

145. Tendo em consideração que a natureza e gravidade das lesões pode variar em função dos métodos de tortura utilizados, os dados recolhidos na sequência da definição do historial clínico e observação do indivíduo devem ser avaliados juntamente com os resultados dos exames laboratoriais e radiológicos adequados. É fundamental informar a pessoa e explicar-lhe cada uma das etapas do exame médico, bem como dar-lhe a conhecer em detalhe os métodos laboratoriais utilizados (*vide* capítulo VI, secção B. a)).

146. A presença de sequelas psicológicas nos sobreviventes de tortura, em particular diversas manifestações de *stress* pós-traumático, pode levar a que a vítima receie reviver a sua experiência de tortura durante a entrevista, exame médico ou testes laboratoriais. É importante explicar à pessoa antecipadamente o que se vai fazer e o que esperar do exame. As pessoas que sobrevivem à tortura e permanecem no seu país podem ser muito desconfiadas e ter grande receio de voltar a ser capturadas, sendo muitas vezes forçadas a passar à clandestinidade para evitar nova detenção. Aqueles que se exilam ou refugiam noutra país podem deixar para trás todas as suas raízes: língua materna, cultura, família, amigos, trabalho e tudo o que lhes é familiar.

147. As reacções pessoais da vítima ao entrevistador (e ao intérprete, caso seja utilizado) podem influenciar o interrogatório e, conseqüentemente, os resultados do inquérito. Da mesma forma, as reacções pessoais do entrevistador perante a vítima podem influenciar o interrogatório e os resultados do inquérito. É importante analisar as barreiras que estas reacções pessoais colocam a uma comunicação eficaz e à compreensão dos factos no âmbito do inquérito. O investigador deve manter os processos de entrevista e investigação sob análise permanente, em consulta e discussão com colegas possuidores de experiência sólida nas áreas da avaliação psicológica e do tratamento de vítimas de tortura. Este tipo de supervisão pelos pares pode ser eficaz para evitar a interferência de preconceitos e barreiras à comunicação nos processos de entrevista e investigação, bem como para garantir a obtenção de informação precisa (*vide* capítulo VI, secção C.2).

148. Apesar de todas as precauções, os exames físicos e psicológicos, pela sua própria natureza, podem provocar novos traumas na vítima, causando ou exacerbando sintomas de *stress* pós-traumático ao evocar sensações e memórias dolorosas (*vide* capítulo VI, secção B.2). As perguntas relativas a distúrbios psíquicos e, especialmente, questões sexuais, são consideradas tabus na maioria das sociedades tradicionais, sendo o interrogatório sobre tais matérias considerado desrespeitoso ou

insultuoso. Caso a tortura sexual seja um dos abusos sofridos, a vítima pode sentir-se irremediavelmente estigmatizada e manchada na sua integridade moral, religiosa, social ou psicológica. A manifestação de um conhecimento respeitoso destes condicionalismos, bem como o esclarecimento quanto às garantias de confidencialidade e seus limites é, assim, de importância fundamental para que a entrevista seja bem conduzida. O entrevistador deverá avaliar até que ponto será necessário continuar a insistir no fornecimento de mais pormenores sobre o caso para que o relatório seja eficaz em tribunal, sobretudo quando a vítima mostra sinais evidentes de tensão durante a entrevista.

i. Utilização de intérpretes

149. Em muitos casos, é necessário recorrer a um intérprete para que o entrevistador possa compreender as declarações da testemunha. Ainda que entrevistador e entrevistado possam entender-se, com limitações, numa língua comum, a informação procurada é frequentemente demasiado importante para que se possa arriscar incorrer nos erros inerentes a uma compreensão incompleta do que é dito por qualquer um deles. Os intérpretes devem ser alertados de que tudo quanto oíçam e a cuja interpretação procedam nas entrevistas é estritamente confidencial. São os intérpretes que obtêm toda a informação em primeira mão, sem qualquer censura. Por isso, devem ser dadas garantias aos depoentes de que nem o investigador nem o intérprete utilizarão a informação obtida de forma indevida, de qualquer forma (*vide* capítulo VI, secção C.2).

150. Quando os intérpretes não são profissionais, existe sempre o risco de que o investigador perca o controlo do interrogatório. Os indivíduos podem embrenhar-se numa conversa com alguém que fala a sua língua, e a entrevista afastar-se do seu objecto principal. Há também o perigo de um intérprete tendencioso poder influenciar as respostas da pessoa ou distorcer as mesmas. A utilização de intérpretes implica inevitavelmente a perda de alguma informação, por vezes importante, outras não. Em casos extremos, pode

mesmo ser necessário que o investigador se abstenha de tomar notas durante a entrevista e divida a mesma em diversas sessões de curta duração, a fim de ter tempo para transcrever os aspectos mais significativos do que foi dito no intervalo entre sessões.

151. Os investigadores devem sempre lembrar-se de falar para a pessoa e manter contacto visual com ela, mesmo se esta tiver uma tendência natural para falar para o intérprete. É conveniente utilizar a segunda pessoa no enunciado das questões (por exemplo, “o que fez a seguir”) e não a terceira (“pergunte-lhe o que aconteceu a seguir”). Acontece com demasiada frequência que os investigadores aproveitem os momentos em que o intérprete está a traduzir as perguntas ou o entrevistado a responder, para tirar notas. Alguns investigadores não parecem estar a ouvir, uma vez que o diálogo decorre numa língua que não compreendem. Isto deve ser evitado, porque é fundamental, não apenas ouvir o que é dito, mas também observar a linguagem corporal, expressões faciais, tom de voz e gestos do entrevistado para obter uma percepção completa do caso. Os investigadores deverão familiarizar-se com o vocabulário relativo à tortura na língua da pessoa para demonstrar que conhecem o assunto. A credibilidade do investigador sairá reforçada se, ao ouvir um termo relativo a tortura, como submarino ou *dar-mashakra*, reagir em vez de permanecer impassível.

152. Nas visitas a reclusos, é preferível nunca utilizar intérpretes locais se existir a possibilidade de que possam suscitar a desconfiança dos entrevistados. Pode também ser injusto para os intérpretes locais, susceptíveis de vir a ser interrogados pelas autoridades locais depois da visita ou submetidos a outro tipo de pressão, o seu envolvimento com presos políticos. É sempre preferível recorrer a intérpretes independentes, claramente vindos de fora, sem vínculos à comunidade local. A segunda melhor solução, depois do domínio da língua local, é trabalhar com um intérprete experiente e competente, sensível ao problema da tortura e à cultura local. Em regra, não deve recorrer-se a outros reclusos para fazer interpretação, a menos que seja óbvio que tenham sido esco-

lhidos pelo detido por serem alguém da sua confiança. Nos casos de pessoas em liberdade, aplicam-se muitas destas regras, mas poderá ser mais fácil levar alguém (uma pessoa local) do exterior, o que raramente é possível em ambientes prisionais.

j. Questões de género

153. Em termos ideais, a equipa de investigação deverá incluir especialistas de ambos os sexos, permitindo que a alegada vítima de tortura escolha o sexo do seu entrevistador e, se necessário, do intérprete. Este aspecto é particularmente importante caso se trate de mulheres detidas em contextos onde se sabe que a violação acontece, mesmo que a mulher em causa não se tenha, até àquele momento, queixado de tal abuso. Mesmo que não tenha ocorrido qualquer agressão de natureza sexual, a maior parte das formas de tortura tem uma dimensão sexual (*vide* capítulo V, secção D.8). O trauma sofrido poderá ser reavivado caso a mulher se veja na contingência de ter de descrever o que se passou a uma pessoa fisicamente semelhante aos seus torcionários, que serão inevitavelmente, na sua maioria ou totalidade, homens. Em determinadas culturas, será impensável que um investigador do sexo masculino interrogue uma vítima do sexo feminino, e isto deve ser respeitado. Contudo, na maior parte das culturas, caso exista apenas um médico do sexo masculino disponível, muitas mulheres acharão preferível falar com ele do que com uma mulher de outra área, a fim de obter os conselhos e a informação médica de que necessitam. Nestas situações, é indispensável que o intérprete, se necessário, seja uma mulher. Algumas pessoas podem também preferir que o intérprete não pertença à comunidade local, tanto para que a sua presença não venha a relembrar o caso de tortura como por eventuais receios de quebra de sigilo (*vide* capítulo IV, secção I). Se não for necessário recorrer a um intérprete, um elemento do sexo feminino da equipa de investigação deverá estar presente, pelo menos durante o exame físico e, se a paciente assim o desejar, durante toda a entrevista.

154. Caso a vítima seja um homem vítima de abuso sexual, a situação é mais complexa porque,

também ele, terá sido abusado maioritária ou exclusivamente por homens. Assim, alguns homens preferirão relatar as suas experiências a mulheres devido ao temor que têm de outros homens, ao passo que outros não quererão discutir questões tão pessoais à frente de uma mulher.

k. Encaminhamento para outros serviços

155. Sempre que possível, os exames médico-legais com vista à documentação da tortura deverão ser acompanhados pela avaliação de outras necessidades que a pessoa possa sentir, daí a conveniência de a encaminhar para outros serviços, nomeadamente de medicina especializada, psicologia, fisioterapia ou aconselhamento e apoio social. Os investigadores devem conhecer os serviços de reabilitação e apoio existentes a nível local. O médico não deve hesitar em insistir na realização de qualquer consulta ou exame que considere necessário no âmbito da avaliação clínica. Na recolha de provas médicas de tortura e maus tratos, os médicos continuam vinculados às suas obrigações éticas e deontológicas. As pessoas que pareçam necessitadas de cuidados médicos ou psicológicos adicionais devem ser encaminhadas para os serviços competentes.

l. Interpretação dos factos e conclusões

156. Os sintomas físicos da tortura podem variar em função da intensidade, frequência e duração dos maus tratos, capacidade da vítima para se proteger a si própria e condições físicas da pessoa antes do caso. Algumas formas de tortura não deixam vestígios físicos, mas podem dar origem a sintomas associados a outros processos. Por exemplo, as pancadas na cabeça que provoquem perda de conhecimento podem causar epilepsia pós-traumática ou disfunções cerebrais orgânicas. Condições deficientes de alimentação e higiene na

prisão podem provocar síndromes de carência vitamínica.

157. Certas formas de tortura estão fortemente associadas a determinadas sequelas em particular. Por exemplo, as pancadas na cabeça com perda de conhecimento são extremamente importantes para o diagnóstico clínico de disfunções cerebrais orgânicas. As sevícias sexuais estão frequentemente associadas a disfunções sexuais.

158. É importante não esquecer que os torcionários podem tentar esconder os seus actos. Para evitar as marcas físicas dos espancamentos, a tortura é muitas vezes praticada com objectos largos e contundentes, sendo as vítimas cobertas com tapetes ou calçadas, no caso da *falanga*, para distribuir a força dos golpes. A tortura por estiramento, pressão ou asfixia tem também por objectivo causar a máxima dor e sofrimento com o mínimo de vestígios. Pela mesma razão, por vezes utilizam-se toalhas molhadas na tortura por choques eléctricos.

159. Do relatório deverão constar as qualificações e a experiência do investigador. Sempre que possível, deverá ser indicado o nome da testemunha ou paciente. Se isto implicar um risco significativo para a pessoa em causa, deverá ser usado um sistema de identificação que permita à equipa de investigação, e só a ela, relacionar a pessoa com os factos enunciados. O relatório deverá também identificar quaisquer pessoas presentes na sala durante toda a entrevista ou parte dela. Deverá descrever em detalhe toda a história, evitando os depoimentos indirectos e incluir, se necessário, as conclusões da equipa de investigação. O relatório deverá impreterivelmente ser assinado e datado, nele devendo também ser incluída qualquer declaração exigida pela jurisdição a que é destinado (*vide* anexo IV).

Indícios físicos da tortura

160. Os depoimentos da vítima e de testemunhas são elementos essenciais à documentação da tortura. A existirem indícios físicos, estes constituem dados importantes para a confirmação de tais depoimentos. Contudo, mesmo na ausência de indícios físicos, não deve presumir-se que a tortura não ocorreu, uma vez que determinados actos de violência contra pessoas muitas vezes não deixam quaisquer marcas ou cicatrizes permanentes.

161. Uma avaliação médica para fins legais deverá ser conduzida com objectividade e imparcialidade, com base nos conhecimentos clínicos e experiência profissional do médico em causa. A obrigação ética de fazer o bem exige que o médico dê provas do maior rigor e imparcialidade, assim promovendo e consolidando a reputação de toda a classe. Sempre que possível, o pessoal clínico que examina os detidos deve receber formação específica no domínio da documentação legal da tortura e outras formas de maus tratos físicos e psicológicos. Deverão conhecer as condições prisionais e os métodos de tortura utilizados na região onde o paciente esteve detido, bem como as sequelas habituais da tortura. O relatório médico deve ser factual e cuidadosamente redigido, devendo evitar-se a gíria médica. Toda a terminologia médica deverá ser definida em termos que permitam a sua compreensão por leigos. O médico não deverá partir do princípio de que o funcionário que solicita

a realização do exame médico-legal relata todos os factos materiais. Constitui responsabilidade do médico detectar e relatar quaisquer indícios materiais que considere relevantes, mesmo que tais indícios possam ser considerados irrelevantes ou contrários aos interesses da parte que requer o exame. Os elementos indicativos da prática da tortura ou outras formas de maus tratos não devem jamais ser omitidos do relatório médico-legal, sejam quais forem as circunstâncias.

a. Estrutura das entrevistas

162. Os comentários seguintes aplicam-se sobretudo às entrevistas a pessoas que já não se encontram detidas. O local escolhido para a entrevista e exame deve ser tão seguro e confortável quanto possível. Deve ser disponibilizado tempo suficiente para uma entrevista e exame aprofundados. Uma consulta de duas a quatro horas pode ser insuficiente para a avaliação dos indícios físicos e psicológicos da tortura. Para além disso, determinadas variáveis específicas da situação, com a dinâmica da entrevista, sensação de impotência face à devassa da sua intimidade, medo de novas perseguições, vergonha pelo sucedido e sentimentos de culpa do sobrevivente podem, em qualquer momento da entrevista, simular as circunstâncias da experiência de tortura. Este fenómeno pode aumentar a ansiedade do paciente e a sua resistência quanto a revelar a

informação pertinente. Pode ser necessário marcar uma segunda, e mesmo uma terceira, consulta para completar a avaliação.

163. A confiança é fundamental para se conseguir obter um relato fidedigno de uma experiência de tortura. Para ganhar a confiança de alguém que foi vítima de tortura ou outras formas de maus tratos, há que saber escutar de forma activa e demonstrar rigor na comunicação e cortesia, bem como uma empatia e honestidade genuínas. Os médicos deverão ser capazes de criar um clima de confiança que permita a revelação de factos cruciais, se bem que por vezes muito dolorosos e humilhantes. É importante ter consciência de que estes factos constituem por vezes segredos íntimos que a pessoa pode estar a revelar naquele momento pela primeira vez. Para além de providenciar por um ambiente confortável, tempo suficiente para a consulta, bebidas refrescantes e acesso a instalações sanitárias, os médicos devem explicar aos pacientes aquilo que estes devem esperar da avaliação. O clínico deve ter cuidado com o tom, formulação e sequência das questões (as perguntas sobre temas sensíveis apenas devem ser colocadas depois de estabelecido um certo grau de confiança) e devem reconhecer ao paciente o direito de fazer uma pausa se assim o desejar ou de se recusar a responder a qualquer questão.

164. Os médicos e intérpretes têm a obrigação de guardar sigilo quanto à informação recolhida e de a revelar apenas com o consentimento do paciente (*vide* capítulo III, secção C). Cada pessoa deve ser examinada individualmente e em privado. Deve ser informada de quaisquer limites à confidencialidade do exame eventualmente impostos pelas autoridades administrativas ou judiciais. O objectivo da entrevista deve ser claramente explicado à pessoa. Os médicos devem assegurar-se de que o consentimento se baseia numa informação correcta e na clara compreensão das potenciais consequências positivas e negativas da avaliação médica, e é prestado voluntariamente, sem qualquer coacção de terceiros, em particular autoridades policiais ou judiciais. A pessoa tem o direito de recusar a avaliação. Neste caso, o clínico deverá apurar o motivo de tal recusa. Para além disso, se

a pessoa se encontrar detida, o relatório deverá ser assinado pelo seu advogado e por outro profissional de saúde.

165. Os pacientes podem temer que a informação revelada no âmbito de um exame médico não possa ser mantida fora do alcance das autoridades que os perseguem. A desconfiança e o medo podem ser particularmente agudos nos casos em que médicos ou outros profissionais de saúde tenham participado nos actos de tortura. Em muitas circunstâncias, o médico que procede ao exame será membro da etnia ou cultura maioritária, ao passo que o paciente, na situação e local da entrevista, pertencerá provavelmente a um grupo ou cultura minoritária. Esta dinâmica de desigualdade pode reforçar a sensação, real ou imaginária, de desequilíbrio de poder e acentuar a eventual sensação de medo, desconfiança e submissão forçada do paciente.

166. A empatia e o contacto humano podem ser aquilo que de mais importante o recluso recebe do investigador. A investigação em si mesma pode não trazer qualquer benefício específico para a pessoa entrevistada, uma vez que, na maior parte dos casos, a tortura terá já terminado. A parca consolação de saber que a informação pode servir para evitar casos futuros poderá, contudo, ser grandemente reforçada caso o investigador estabeleça uma sincera empatia com a vítima. Embora este aspecto pareça óbvio, muitas vezes os investigadores no terreno, ao visitar estabelecimentos prisionais, estão tão preocupados em obter informação que se esquecem de estabelecer empatia com as pessoas entrevistadas.

b. **Historial médico**

167. Obtenha um historial médico completo, incluindo informação sobre quaisquer problemas médicos, cirúrgicos e psiquiátricos anteriores. Certifique-se de que regista todas as lesões sofridas pela pessoa antes da detenção e suas possíveis sequelas. Evite perguntas tendenciosas. Estructure as perguntas de forma a conseguir obter um relato aberto e cronológico das experiências vividas durante o período de detenção.

168. Para estabelecer uma correlação entre as práticas regionais de tortura e as alegações concretas de maus tratos, pode ser útil obter dados históricos específicos. Por exemplo, convém conhecer descrições de instrumentos de tortura, posições corporais, métodos de imobilização e lesões ou incapacidades agudas ou crónicas, bem como qualquer informação susceptível de identificar os autores dos actos e os locais de detenção. Embora seja essencial obter informação precisa acerca das experiências vividas pelo sobrevivente de tortura, este deve exprimir-se livremente, usando as suas próprias palavras e evocando os acontecimentos à sua maneira. Uma pessoa que sobreviva a uma experiência de tortura pode ter dificuldades em exprimir por palavras as suas próprias experiências e sintomas. Em certos casos, pode ser conveniente recorrer a listagens ou questionários enunciativos de acontecimentos traumáticos e sintomas. Se o investigador considerar necessário recorrer a estas listagens ou questionários enunciativos de acontecimentos traumáticos e sintomas, existem diversos modelos disponíveis, embora nenhum especificamente destinado a vítimas de tortura. Todas as queixas de um sobrevivente de tortura são significativas e devem ser incluídas no relatório, mesmo que não revelem qualquer ligação com os indícios físicos observados. As incapacidades e sintomas crónicos e agudos associados a formas específicas de maus tratos, e subsequentes processos de cura, devem ser documentados.

I. SINTOMAS AGUDOS

169. Deve ser pedido ao indivíduo que descreva quaisquer lesões que possam ter resultado dos métodos específicos utilizados para infligir os alegados maus tratos. Por exemplo, hemorragias, escoriações, tumefacções, feridas abertas, lacerações, fracturas, deslocações de membros, distensões musculares, hemoptises, pneumotórax, perfurações do tímpano, lesões do sistema genito-urinário, queimaduras (cor, bolhas e necroses conforme o grau da queimadura), lesões causadas por choques eléctricos (tamanho e número de lesões, respectiva cor e características superficiais), lesões químicas (cor, sinais de necrose), dor, entorpecimento, obstipação e vómitos. Deverá tomar-se nota da inten-

sidade, frequência e duração de cada sintoma. Deverá ser descrito o desenvolvimento de quaisquer lesões cutâneas subsequentes, e indicado o facto de terem ou não deixado cicatrizes. Pergunte qual o estado de saúde do paciente no momento da libertação: podia andar ou estava acamado? Se estava acamado, por quanto tempo? Quanto tempo levaram as feridas a cicatrizar? Estavam infectadas? Que tratamento recebeu? Foi receitado por um médico ou curandeiro tradicional? Lembre-se de que a própria capacidade da pessoa para responder a estas perguntas pode ter sido comprometida pelo acto de tortura ou suas sequelas, devendo registar-se este facto.

2. SINTOMAS CRÓNICOS

170. Peça informação sobre eventuais distúrbios físicos que o indivíduo acredite estarem associados à tortura ou aos maus tratos. Tome nota da gravidade, frequência e duração de cada sintoma e de qualquer tipo de incapacidade que lhe possa estar associada, bem como da necessidade de tratamento médico ou psicológico. Mesmo que, decorridos meses ou anos, já não se observem sintomas das lesões agudas, podem subsistir algumas sequelas físicas, como cicatrizes resultantes de queimaduras eléctricas ou térmicas, deformidades ósseas, cicatrização incorrecta de fracturas, lesões dentárias, perda de cabelo e miofibroses. Entre as queixas somáticas mais frequentes contam-se as dores de cabeça, dores nas costas, problemas gastrointestinais, disfunções sexuais e dores musculares. São sintomas psicológicos comuns, por exemplo, os estados depressivos, ansiedade, insónias, pesadelos, ataques de pânico e dificuldades de memória (*vide* capítulo VI, secção B.2).

3. RESUMO DA ENTREVISTA

171. As vítimas de tortura podem apresentar lesões substancialmente diferentes das resultantes de outros tipos de trauma. Embora algumas lesões agudas possam ser típicas de certos tipos de tortura, a maioria delas cicatriza num período de seis semanas após o acto, não deixando quaisquer marcas ou, no máximo, deixando marcas atípicas. Isto acontece frequentemente quando são utilizadas

técnicas destinadas a evitar ou limitar os sinais detectáveis da tortura. Nestas circunstâncias, o exame físico poderá revelar um quadro clínico aparentemente normal, mas este facto não nega de forma alguma as alegações de maus tratos. Um relato pormenorizado das lesões agudas observadas pelo paciente e subsequente processo de cicatrização representa muitas vezes uma importante fonte de provas para corroborar alegações concretas de tortura ou maus tratos.

C. Exame físico

172. Depois de conhecidos os antecedentes do caso e obtido o consentimento esclarecido do paciente, deverá ser levado a cabo um exame físico completo por um médico qualificado. Sempre que possível, deve ser dada ao paciente a possibilidade de escolher o sexo do médico e, se necessário, do intérprete. Caso o médico não seja do mesmo sexo que o paciente, uma pessoa do mesmo sexo deste deverá estar presente aquando do exame, a menos que a pessoa se oponha. O paciente deverá dar-se conta de que controla a situação e de que tem o direito de limitar a observação ou de a interromper a todo o momento (*vide* capítulo IV, secção J).

173. Na presente secção, existem numerosas referências ao encaminhamento para especialistas e à necessidade de exames complementares. A menos que o paciente se encontre detido, é importante que os médicos tenham acesso a serviços de tratamento médico e psicológico, para que todas as necessidades identificadas possam ser acompanhadas. Muitas vezes, não estarão disponíveis determinados meios de diagnóstico, o que não deverá de forma alguma invalidar o relatório (*vide* anexo II para mais detalhes quanto a possíveis testes de diagnóstico).

174. Caso o alegado acto de tortura seja recente e o paciente esteja ainda a usar as roupas que vestia no momento da prática do acto, essas roupas deverão ser levadas para exame sem serem lavadas, devendo ser providenciadas roupas limpas para a pessoa vestir. Sempre que possível, a sala onde decorre o exame deverá dispor da iluminação e do equipamento suficientes para o mesmo. Quais-

quer insuficiências deverão ser indicadas no relatório. O examinador deverá tomar nota de todas as observações positivas e negativas relevantes, utilizando diagramas corporais para registar a localização e natureza de todas as lesões (*vide* anexo III). Algumas formas de tortura, como os choques eléctricos e as contusões, poderão ser no início indetectáveis, mas tornar-se-ão patentes num segundo exame realizado mais tarde. Embora raramente seja possível fotografar as lesões dos reclusos em poder dos seus torcionários, a fotografia deverá fazer parte da rotina de qualquer exame médico. Caso exista alguma máquina fotográfica disponível, será sempre preferível tirar fotografias de baixa qualidade a não tirar nenhuma. Depois, fotografias de qualidade profissional deverão ser realizadas logo que possível (*vide* capítulo III, secção C.5).

I. PELE

175. O exame deverá incidir sobre a toda a superfície corporal, a fim de detectar sinais de patologias cutâneas generalizadas, nomeadamente sintomas de carência das vitaminas A, B e C, lesões anteriores à tortura ou lesões resultantes desta, como abrasões, contusões, lacerações, perfurações, queimaduras de cigarros ou instrumentos aquecidos, choques eléctricos, alopecia e remoção de unhas. As lesões de tortura deverão ser descritas em função da respectiva localização, simetria, forma, tamanho, cor e superfície (por exemplo, descamativa, ulcerosa ou com crosta), bem como da sua demarcação e profundidade em relação à pele circundante. A fotografia é essencial, sempre que possível. Por último, o examinador deverá dar o seu parecer quanto à origem das lesões: infligidas por terceiros ou provocadas pelo próprio, acidentais ou resultantes de um processo patológico^{73 74}.

⁷³ O.V. Rasmussen, "Medical aspects of torture" [*em português*: Aspectos médicos da tortura], Danish Medical Bulletin, 1990, 37 Suplemento 1, pp. 1 a 88.

⁷⁴ R. Bunting, "Clinical examinations in the police context" [*em português*: Exames clínicos em contexto policial], Clinical Forensic Medicine, W.D.S. McLay, ed., Londres, Greenwich Medical Media, 1996, pp. 59 a 73.

2. ROSTO

176. Deve proceder-se à palpação dos tecidos faciais para detectar indícios de fractura, crepita-

ção, tumefacção ou dor. Deverão ser examinadas as componentes motora e sensorial, incluindo olfacto e gosto, de todos os nervos cranianos. A tomografia computadorizada (TC) – e não a simples radiografia – constitui o melhor meio para diagnosticar e caracterizar as fracturas faciais, determinar o alinhamento ósseo e diagnosticar lesões e complicações associadas nos tecidos moles. Lesões intracranianas e da coluna cervical aparecem muitas vezes associadas aos traumatismos faciais.

(a) OLHOS

177. Existem muitas formas diferentes de traumatismos oculares, incluindo hemorragias da membrana conjuntiva, deslocação do cristalino, hemorragias subhialóides, retro-oculares e retinianas e perda de campo visual. Dadas as graves consequências da falta de tratamento ou tratamento inadequado, deverá providenciar-se pela realização de uma consulta oftalmológica sempre que existam quaisquer suspeitas de traumatismo ou doença ocular. A tomografia computadorizada é o melhor meio de diagnóstico de fracturas orbitais e lesões dos tecidos moles com implicações ao nível do globo ocular e tecidos retro-oculares. A imagem obtida por ressonância magnética nuclear (RMN) pode ser um complemento importante para identificar lesões nos tecidos moles. Os ultrasons de alta resolução constituem um método alternativo para a avaliação de traumatismos do globo ocular.

(b) OUVIDOS

178. Os traumatismos do aparelho auditivo, em especial a ruptura da membrana do tímpano, são consequências frequentes de golpes violentos. Os canais auditivos e a membrana do tímpano devem ser examinados com um otoscópio, após o que se descreverão as lesões detectadas. Uma forma comum de tortura, conhecida na América Latina como “telefone” consiste em esbofetear com força uma ou ambas as orelhas, o que provoca um rápido aumento da pressão sobre o canal auditivo, levando a uma ruptura do tambor. É necessário que o exame se faça o mais rapidamente possível a

fim de conseguir detectar rupturas do tímpano com menos de dois milímetros de diâmetro, que podem sarar no prazo de dez dias. Podem eventualmente observar-se secreções no ouvido médio ou externo. Caso a otorreia seja confirmada por análises laboratoriais, o paciente deverá ser submetido a ressonância magnética ou tomografia computadorizada a fim de determinar a localização da fractura. Deverá verificar-se se a pessoa sofre de perda de audição, utilizando métodos simples de avaliação. Se necessário, deverão realizar-se testes audiométricos sob a direcção de um técnico de audiometria qualificado. A melhor forma de proceder ao exame radiográfico de fracturas do osso temporal ou rupturas da cadeia ossicular consiste em submeter o paciente, de preferência, a uma tomografia computadorizada, depois a tomografia hipociclóidal e, por último, a tomografia linear.

(c) NARIZ

179. No exame do nariz, deverá ter-se em atenção o respectivo alinhamento, crepitação e desvio do septo nasal. No caso de fracturas nasais simples, as radiografias nasais normais deverão ser suficientes. Para fracturas nasais complexas e sempre que o septo cartilágneo esteja deslocado, deverá realizar-se uma tomografia computadorizada. Caso o paciente apresente sintomas de rinorreia, recomenda-se a realização de uma tomografia computadorizada ou ressonância magnética.

(d) QUEIXO, OROFARINGE E PESCOÇO

180. Os espancamentos podem dar origem a fracturas ou deslocações maxilares. A síndrome da articulação temporo-maxilar é uma consequência frequente de pancadas na parte inferior da face e no pescoço. Dever-se-ão procurar indícios de crepitação do osso hióide ou das cartilagens laríngeas em resultado de pancadas no pescoço. As observações relativas à orofaringe deverão ser registadas com todo o pormenor, incluindo a detecção de lesões eventualmente resultantes de queimaduras por choques eléctricos ou outros traumatismos. A hemorragia gengival e o estado das gengivas deverão também ser registados.

181. Os detidos deverão ser periodicamente examinados por um médico dentista, no âmbito dos controlos sanitários regulares a que devem ser submetidos. Os exames dentários são muitas vezes negligenciados, mas constituem uma parte importante do exame físico. Os cuidados de saúde dentária podem ser propositadamente negados a fim de permitir o agravamento de cáries, gengivites e abscessos dentários. Deverá ser solicitado o historial odontológico completo da pessoa e requerida a apresentação dos registos dentários, caso existam. As pancadas directas ou a tortura à base de choques eléctricos podem arrancar ou partir dentes, deslocar os produtos de obturação dentária ou partir próteses. Dever-se-á tomar nota da presença de cáries e gengivites. Uma dentição de má qualidade pode resultar de condições de detenção deficientes ou ser anterior à detenção. A cavidade oral deverá ser cuidadosamente examinada. Durante uma sessão de tortura eléctrica, a vítima pode morder a língua, gengivas ou lábios. As lesões podem ter sido causadas pela introdução forçada de objectos e materiais na boca, bem como pela aplicação da corrente eléctrica. Sugere-se a utilização de Raios-X e ressonâncias magnéticas para determinar a extensão das lesões nos tecidos moles, maxilares e dentes.

3. PEITO E ABDÓMEN

182. A observação do tronco deverá ter por objectivos, para além da verificação da existência de lesões na pele, a detecção de zonas doridas, sensibilizadas ou desconfortáveis que tenham subjacentes lesões nos músculos, costelas ou órgãos abdominais. O examinador deverá ter presente a possibilidade de existirem hematomas intramusculares, retroperitoneais e intra-abdominais, bem como de laceração ou ruptura de qualquer órgão interno. Deverá recorrer-se à ultra-sonografia, tomografia computadorizada e cintigrafia óssea, se disponíveis na prática, para confirmar este tipo de lesões. Devem realizar-se os exames de rotina do sistema cardiovascular, pulmões e abdómen, da forma habitual. As patologias respiratórias pré-existentes tendem a agravar-se nas situações de

detenção e é frequente que se desenvolvam novos distúrbios respiratórios.

4. SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO

183. As queixas de dores músculo-esqueléticas são muito comuns nos sobreviventes de tortura⁷⁵. Podem ser causadas por espancamentos sucessivos, suspensão, outras formas de tortura posicional ou resultarem das condições gerais de detenção⁷⁶. Podem também ter origem psicossomática (*vide* capítulo VI, secção B.2). Embora constituam sintomas atípicos, deverão ser documentadas e em geral respondem bem à fisioterapia adequada⁷⁷. O exame físico do esqueleto deverá incluir testes à mobilidade das articulações, coluna vertebral e extremidades. Dever-se-á tomar nota da presença de qualquer sensação de dor associada ao movimento, contracção e pressão, bem como de indícios de síndromes localizadas, fracturas com ou sem deformação e deslocações. As suspeitas de deslocações, fracturas e osteomielites deverão ser confirmadas mediante o recurso a radiografias. Caso se suspeite de osteomielite, às radiografias de rotina dever-se-á seguir uma cintigrafia óssea em três fases. Para a avaliação das lesões nos tendões, ligamentos e músculos, o melhor método é a ressonância magnética, mas pode também efectuar-se uma artrografia. Na fase aguda, poder-se-ão detectar eventuais hemorragias e rupturas musculares. Em geral, os músculos saram completamente sem deixar cicatrizes; por isso, quaisquer estudos imagiológicos tardios darão resultados negativos. Na ressonância magnética e tomografia computadorizada, os músculos desvitalizados e síndromes localizadas crónicas surgem como fibroses musculares. As lesões ósseas podem ser detectadas através de ressonância magnética ou cintigrafia. Em geral, as lesões ósseas saram sem deixar vestígios.

⁷⁵ O.V. Rasmussen, "Medical Aspects of torture" [em português: "Aspectos Médicos da Tortura"], Danish Medical Bulletin, 37 Suplemento 1, 1990, pp. 1 a 88 (*vide* nota 73, *supra*).

⁷⁶ D. Forrest, "Examination for the late physical after effects of torture" [em português: "Exame para detecção das sequelas tardias de tortura"], Journal of Clinical Forensic Medicine, 6, 1999, pp. 4 a 13.

⁷⁷ *vide* nota 75, *supra*.

5. SISTEMA GENITO-URINÁRIO

184. O exame ginecológico deverá realizar-se apenas com o consentimento expresso do paciente

para esse fim em concreto e, se necessário, deverá ser adiado para uma sessão posterior. Caso médico e paciente pertençam a sexos diferentes, uma pessoa do mesmo sexo do último deverá estar presente. Para mais informação, *vide* o capítulo IV, secção J. *Vide* a secção D.8 para mais informação relativa ao exame das vítimas de agressão sexual. Para a detecção de traumatismos genito-urinários, pode recorrer-se à ultra-sonografia ou cintigrafia dinâmica.

6. SISTEMAS NERVOSOS CENTRAL E PERIFÉRICO

185. O exame neurológico deverá avaliar os nervos craneanos, órgãos sensoriais e sistema nervoso periférico, procurando indícios de neuropatias motoras e sensoriais associadas ao possível traumatismo, carências vitamínicas ou doenças. Dever-se-á também avaliar a capacidade cognitiva e o estado mental da pessoa (*vide* capítulo VI, secção C). No caso de pacientes que alegam terem sido sujeitos a tortura por suspensão, há que prestar especial atenção aos sintomas de lesão do plexo braquial (assimetria na força manual, paralisia da mão, fraqueza nos braços acompanhada de variações nos reflexos sensoriais e tendinosos). Os traumatismos associados à tortura podem provocar radiculopatias e outras neuropatias, deficiências nos nervos cranianos, hiperalgesia, parestesia, hiperestesia e alterações da postura, sensibilidade ao calor, função motora, marcha e coordenação. Os pacientes com sintomas de vertigens e vômitos deverão ser sujeitos a exame vestibular a fim de detectar indícios de nistagmo. A avaliação radiológica deverá incluir a realização de ressonância magnética ou tomografia computadorizada. A ressonância magnética é preferível à tomografia computadorizada para fins de avaliação radiológica do cérebro e fossas posteriores.

d. Exame e avaliação subsequentes a formas específicas de tortura

186. As considerações que se seguem não pretendem analisar exaustivamente todas as formas de tortura, destinando-se antes a descrever em mais pormenor os aspectos médicos de muitas das formas de tortura mais comuns. O médico

deverá indicar, relativamente a cada lesão e a todo o conjunto de lesões, o grau de correspondência entre a mesma e a causa indicada pelo paciente. Em geral, utiliza-se a seguinte terminologia:

- a) Não correspondente: a lesão não pode ter sido causada pelo traumatismo descrito;
- b) Correspondente: a lesão pode ter sido causada pelo traumatismo descrito mas, sendo uma lesão atípica, existem outras causas possíveis;
- c) Correspondência altamente provável: a lesão pode ter sido causada pelo traumatismo descrito e existem poucas causas possíveis alternativas;
- d) Correspondência típica: o sintoma aparece geralmente associado ao tipo de traumatismo descrito, mas existem outras causas possíveis;
- e) Diagnóstico de: o sintoma não pode ter sido causado de qualquer outra forma senão a descrita.

187. Em última análise, o que importa fazer para confirmar a veracidade de um relato de tortura é a avaliação geral de todas as lesões, e não a correspondência de cada lesão com determinada forma de tortura em particular (*vide* capítulo IV, secção G para uma listagem dos métodos de tortura).

I. ESPANCAMENTOS E OUTRAS CONTUSÕES

(a) LESÕES CUTÂNEAS

188. Lesões agudas são frequentemente características da tortura, porque se apresentam sob formas particulares que as distinguem das lesões acidentais, por exemplo devido à sua forma, repetição e distribuição ao longo do corpo. Uma vez que a maioria das lesões sara num período de seis semanas, não deixando quaisquer marcas ou deixando apenas marcas não específicas, um relato típico de lesões agudas e sua evolução até à cura total poderá ser o único elemento confirmativo de uma alegação de tortura. As alterações permanentes na pele provocadas por contusões são pouco frequentes, atípicas e geralmente sem significado para fins de diagnóstico. Uma zona linear que se estende em círculos em torno dos braços ou das pernas, em geral nos pulsos ou tornozelos, é geralmente uma sequela de violência contundente

e indica a aplicação prolongada de ligaduras apertadas. Esta zona aparece quase desprovida de pêlos ou folículos pilosos e será provavelmente uma forma de alopecia cicatricial. Não existe qualquer diagnóstico alternativo de patologia cutânea espontânea e é difícil imaginar que um traumatismo desta natureza possa ocorrer na vida quotidiana.

189. No que concerne às lesões agudas, as abrasões resultantes de lesões provocadas pela raspagem superficial da pele podem apresentar-se sob a forma de arranhões, queimaduras por contacto ou escoriações de maior dimensão. Por vezes, as abrasões podem apresentar um padrão que reflecte os contornos do objecto ou superfície que provocou a lesão. As abrasões repetidas ou profundas podem criar áreas de hipo ou hiperpigmentação, dependendo do tipo de pele. Isto acontece no interior dos pulsos se as mãos tiverem sido atadas com força.

190. As contusões e hematomas revelam hemorragias nos tecidos internos devido à ruptura dos vasos sanguíneos resultante de um traumatismo. A extensão e gravidade de uma contusão dependem, não apenas da força aplicada, mas também da estrutura e vascularização do tecido atingido. As contusões ocorrem com maior facilidade nas áreas onde a pele é mais fina e recobre um osso ou em zonas de tecido gordo. Muitos problemas de saúde, nomeadamente carências vitamínicas e nutricionais, podem facilitar o aparecimento de hematomas ou nódos negros. As contusões e abrasões indicam que uma violenta pressão foi exercida sobre a área lesionada, mas a sua ausência não significa, contudo, que não tenha havido violência. As contusões podem apresentar um padrão definido que reflecte os contornos do objecto utilizado. Por exemplo, os paus ou bastões deixam em geral uma série de marcas de forma alongada. A forma do objecto pode também ser inferida a partir do formato da lesão. À medida que os hematomas regridem, vão apresentando uma série de cambiantes de cor. A maior parte começa por apresentar uma cor azul escura, púrpura ou carmim. Conforme a hemoglobina desaparece, a cor vai mudando gradualmente para violeta, verde, amarelo escuro ou amarelo claro, até

que finalmente o hematoma desaparece. É, contudo, muito difícil estabelecer com exactidão a data da ocorrência das contusões. Em determinados tipos de pele, podem dar origem a hiperpigmentação, que pode durar anos. Os hematomas que se formam nos tecidos subcutâneos podem demorar dias a manifestar-se, até que o sangue derramado atinja a superfície. Caso a vítima alegue ter sido torturada mas não apresente sinais de contusão, deve voltar a ser examinada passados alguns dias. Dever-se-á ter em consideração que a posição final e o formato dos hematomas não guardam necessariamente relação com o traumatismo original e que algumas lesões podem ter-se desvanecido na altura do novo exame⁷⁸.

⁷⁸ S. Gürpınar e S. Korur Fincancı, "İnsan Hakları İhlalleri ve Hekim Sorumluluğu" [Violações de Direitos Humanos e Responsabilidade do Médico], Birinci Basamak İçin Adli Tıp El Kitabı [Manual de Medicina Legal para Médicos de Clínica Geral], Ankara, Associação Médica Turca, 1999.

191. As lacerações, rasgões ou esmagamentos da pele e tecidos moles subjacentes, pela pressão de pancadas violentas, aparecem sobretudo nas partes protuberantes do corpo, uma vez que a pele é comprimida entre o objecto contundente e a superfície do osso debaixo dos tecidos subcutâneos. Contudo, se for aplicada força suficiente a pele pode arrancar-se em qualquer parte do corpo. Cicatrizes assimétricas ou em locais pouco habituais, assim como uma extensão difusa de cicatrizes, indicam lesões deliberadas⁷⁹.

⁷⁹ O.V. Rasmussen, "Medical Aspects of Torture" [Em português: "Aspectos Médicos da Tortura"], Danish Medical Bulletin, 37 Suplemento 1, 1990, pp. 1 a 88 (vide nota 73).

192. As cicatrizes resultantes de chicotadas representam lacerações saradas. Estas cicatrizes são despigmentadas e muitas vezes hipertróficas, rodeadas por listas estreitas e hiperpigmentadas. O único diagnóstico alternativo é a dermatite plantar, mas nela domina a hiperpigmentação e as cicatrizes são mais curtas. Pelo contrário, as marcas lineares simétricas, atróficas e despigmentadas no abdómen, axilas e pernas, que muitas vezes se alegam serem sequelas de tortura, representam estrias de distensão e não estão normalmente relacionadas com a tortura⁸⁰.

⁸⁰ L. Danielsen, "Skin changes after torture" [em português: Alterações cutâneas subsequentes à tortura], Torture, Suplemento 1, 1992, pp. 27 e 28.

193. As queimaduras são a forma de tortura que com mais frequência deixa marcas permanentes na

pele. Por vezes, tais marcas têm ⁸¹ *Vide nota 80.* valor de diagnóstico. As queimaduras de cigarro deixam muitas vezes cicatrizes maculares com 5 a 10 milímetros de diâmetro, circulares ou ovais, caracterizadas por um centro hiper ou hipo-pigmentado e periferia hiper-pigmentada e relativamente indistinta. Surgem também denúncias de tentativas de apagar tatuagens com cigarros em cenários de tortura. A forma característica da cicatriz daí resultante, bem como quaisquer vestígios da tatuagem que permaneçam, auxiliarão no diagnóstico⁸¹. As queimaduras com objectos quentes provocam cicatrizes marcadamente atróficas que reflectem a forma do instrumento utilizado e se apresentam claramente demarcadas por zonas marginais estreitas hiper-tróficas ou hiper-pigmentadas que correspondem a uma zona de inflamação inicial. Estes sintomas podem, por exemplo, ser observados depois de queimaduras infligidas com uma barra de metal electricamente aquecida ou isqueiro a gás. A presença de um grande número de cicatrizes deste tipo tende a confirmar o diagnóstico de tortura. Os processos inflamatórios espontâneos não apresentam a zona marginal característica e raramente ocasionam uma perda significativa de tecido. As queimaduras podem dar origem a cicatrizes hiper-tróficas ou quelóides, nomeadamente se infligidas com borracha a ferver.

194. Quando a matriz da unha é queimada, a unha que depois cresce vem estriada, fina e deformada, por vezes partida em segmentos longitudinais. Caso a unha tenha sido arrancada, pode acontecer um crescimento excessivo dos tecidos em redor que dá origem à formação de um pterígio. As alterações da unha causadas por *lichen planus* constituem o único diagnóstico alternativo, mas surgem geralmente acompanhadas de lesões cutâneas generalizadas. Por outro lado, as infecções por fungos caracterizam-se por unhas mais grossas, amareladas e quebradiças, diferentes das alterações acima referidas.

195. As lesões traumáticas penetrantes acontecem quando a pele é cortada com um objecto afiado, por exemplo uma faca, baioneta ou vidro partido, e incluem lesões resultantes de punhala-

das, incisões ou cortes, bem ⁸² *D. Forrest, "Examination for the late physical after effects of torture" [Em português: "Exame para detecção das sequelas físicas tardias da tortura"]*, *Journal of Clinical Forensic Medicine*, 6, 1999, pp. 4 a 13 (*vide nota 76*). como lesões perfurantes. Em geral, a sua aparência no estado agudo distingue-se facilmente do aspecto rasgado e irregular de lacerações e cicatrizes encontradas mais tarde e que podem ser distintas. Caso surjam padrões regulares de pequenas cicatrizes de incisão, estas podem ter sido provocadas por curandeiros tradicionais⁸². Se, em feridas abertas, forem aplicadas substâncias nocivas, como a pimenta, as cicatrizes podem tornar-se hiper-tróficas. Um conjunto de cicatrizes assimétricas e de diferentes tamanhos constitui um indício provável de tortura.

(b) FRACTURAS

196. As fracturas provocam uma perda da integridade óssea devido à acção de força mecânica contundente sobre diversos planos vectoriais. As fracturas directas produzem-se no local do impacto ou no local onde a força é aplicada. A localização, contorno e outras características da fractura reflectem a natureza e direcção da força aplicada. Por vezes, é possível distinguir a fractura accidental da provocada pela sua imagem radiológica. Para determinar a antiguidade de uma fractura relativamente recente, dever-se-á recorrer a um radiologista especializado em traumatologia. Deverão evitar-se os juízos especulativos na avaliação da natureza e antiguidade das lesões traumáticas, uma vez que estas podem variar em função da idade, sexo, características dos tecidos, situação e estado de saúde da pessoa, bem como da gravidade do traumatismo. Por exemplo, as pessoas jovens, bem constituídas e de musculatura robusta são mais resistentes aos golpes do que os indivíduos mais velhos e frágeis.

(c) TRAUMATISMOS CRANIANOS

197. Os traumatismos cranianos constituem uma das mais comuns formas de tortura. Em caso de traumatismos cranianos recorrentes, mesmo que nem todos sejam de grande intensidade, é de esperar que se produza atrofia cortical e lesões axonais difusas. Nos casos de traumatismos pro-

vocados por quedas, podem por vezes observar-se lesões por contra-golpe (localizadas na zona oposta à do choque). Pelo contrário, nos traumatismos directos as lesões verificam-se directamente debaixo da zona atingida. Os hematomas no couro cabeludo são frequentemente invisíveis a olho nu a menos que haja formação de edema. Os hematomas podem ser difíceis de observar em pessoas de pele escura, mas serão sensíveis à palpação.

198. As pessoas expostas a pancadas na cabeça podem queixar-se de cefaleias constantes. Estas são frequentemente somáticas mas podem também ter uma origem cervical (*vide* secção C, *supra*). A vítima pode queixar-se de dores quando tocada nessa área, podendo também detectar-se um inchaço difuso ou localizado, ou um aumento de rigidez, através da palpação do couro cabeludo. As cicatrizes estarão presentes caso tenham ocorrido lacerações no couro cabeludo. As cefaleias poderão ser um sintoma inicial de hematoma subdural em expansão. Poderão estar associadas à alteração súbita do estado de saúde mental, devendo por isso submeter-se o paciente a tomografia computadorizada com a máxima urgência. Em geral, os edemas e hemorragias nos tecidos moles são detectáveis através de tomografia computadorizada ou ressonância magnética. Pode também ser conveniente providenciar pela realização de uma avaliação psicológica ou neuro-psíquica (*vide* capítulo VI, secção C.4).

199. Os abanões fortes utilizados como forma de tortura podem provocar danos cerebrais sem deixar quaisquer marcas externas, embora se possa registar a presença de escoriações na parte superior do tórax ou nos ombros, nos locais onde a vítima ou o seu vestuário tenha sido agarrado. Nos casos mais extremos, os abanões podem produzir lesões semelhantes às observadas na “síndrome do bebé sacudido”: edemas cerebrais, hematomas subdurais e hemorragias retinianas. Nos casos mais comuns, as vítimas queixam-se de cefaleias contínuas, desorientação ou alterações mentais. As sessões de tortura por abanão são em geral breves, durando apenas alguns minutos ou menos que isso, mas podem repetir-se muitas vezes ao longo de dias ou semanas.

(d) TRAUMATISMOS TORÁCICOS E ABDOMINAIS

200. As fracturas de costelas são uma consequência frequente das pancadas no peito. A deslocação das costelas pode provocar a laceração dos pulmões e eventual pneumotórax. A fractura dos pedículos vertebrais pode resultar da aplicação directa dos golpes.

201. Nos casos de traumatismo abdominal agudo, o exame físico deverá procurar indícios de lesões nos órgãos abdominais e sistema urinário. Contudo, os resultados são em geral negativos. Uma hematuria abundante constitui o sintoma mais significativo de contusão renal. Uma lavagem peritoneal pode detectar hemorragias abdominais ocultas. Os derrames abdominais detectados por tomografia computadorizada após a lavagem peritoneal podem resultar da própria lavagem ou de hemorragia, o que invalida o diagnóstico. Na tomografia computadorizada, a hemorragia abdominal aguda é geralmente iso-intensa ou apresenta densidade aquosa, ao contrário da hemorragia do sistema nervoso central, que é hiper-intensa. As lesões orgânicas podem manifestar-se através da presença de ar, fluído extra-luminal ou zonas de baixa atenuação, que representam edemas, contusões, hemorragias ou lacerações. O edema peripancreático é um dos sintomas de pancreatite aguda de origem traumática e não traumática. Os ultrasons são particularmente indicados para a detecção de hematomas sub capsulares do baço. Os espancamentos graves podem provocar insuficiência renal aguda em consequência da síndrome de esmagamento. A hipertensão renal pode ser uma complicação tardia das lesões renais.

2. ESPANCAMENTO DOS PÉS

202. “Falanga” é o termo mais utilizado para designar o espancamento repetido dos pés (ou, mais raramente, das mãos ou ancas), em geral aplicado com um bastão, pedaço de cano ou arma semelhante. A mais grave complicação da *falanga* é a síndrome compartimental, que pode causar necrose muscular, obstrução vascular ou gangrena da porção distal do pé ou dedos dos pés. As deformidades permanentes dos pés são raras mas acon-

tecem, assim como as fracturas do tarso, metatarso e falanges. Uma vez que, em geral, as lesões atingem apenas os tecidos moles, a tomografia computadorizada ou ressonância magnética são as melhores técnicas de exame radiológico, mas deve salientar-se que, durante a fase aguda da doença, o exame físico deverá permitir um diagnóstico claro. A *falanga* pode originar incapacidade crónica. Pode tornar a marcha dolorosa e difícil. Os ossos do tarso podem ficar fixos (espásticos) ou exageradamente móveis. A pressão sobre a planta (sola) do pé e a flexão dorsal do dedo grande do pé podem causar dor. À palpação, a aponevrose plantar pode revelar-se anormalmente mole e haver ruptura dos ligamentos distais da aponevrose, parcialmente na base das falanges proximais e parcialmente na pele. Nesta situação, a aponevrose perde a sua flexibilidade normal, tornando o andar difícil e podendo originar fadiga muscular. A extensão passiva do dedo grande do pé pode revelar se houve ou não ruptura da aponevrose. Se estiver intacta, sentir-se-á o início da tensão na aponevrose mediante palpação com o dedo grande em flexão dorsal a 20 graus; a máxima extensão normal é de cerca de 70 graus. Valores mais altos sugerem lesões nos ligamentos da aponevrose^{83 84 85 86}. Por outro lado, flexão dorsal limitada e dor na hiper-extensão do dedo grande são sintomas de *hallux rigidus*, que resulta de osteófito dorsal numa ou em ambas as primeiras cabeças do primeiro metatarso ou na base da falange proximal.

203. Podem ocorrer numerosas complicações e síndromes:

a) Síndrome compartimental: é a complicação mais grave. Um edema num compartimento fechado provoca obstrução vascular e necrose muscular, o que pode dar origem a fibroses, contracção ou gangrena na parte distal do pé ou nos

⁸³ G. Sklyv, "Physical sequelae of torture" [em português: Sequelas físicas da tortura], Torture and its consequences, current treatment approaches, M. Ba_o_lu, ed., Cambridge, Cambridge University Press, 1992, pp. 38 a 55.

⁸⁴ D. Forrest, "Examination for the late physical after effects of torture" [em português: "Exame para detecção das sequelas físicas tardias da tortura"], Journal of Clinical Forensic Medicine, 6, 1999, pp. 4 a 13 (vide nota 76).

⁸⁵ K. Prip, L. Tived, N. Holten, Physiotherapy for Torture Survivors: A Basic Introduction [em português: "Fisioterapia para Sobreviventes de Tortura: Introdução Básica"], Copenhagen, IRCT, 1995.

⁸⁶ F. Bojsen-Moller e K.E. Flagstad, "Plantar aponeurosis and plantar architecture of the ball of the foot" [em português: Aponevrose plantar e arquitetura plantar da bola do pé], Journal of Anatomy, 121, 1996, pp. 599 a 611.

dedos. É geralmente diagnosticado através da medição das pressões no compartimento;

b) Esmagamento do calcânhar e almofadas anteriores: as almofadas elásticas sob o calcâneo e falanges proximais são esmagadas durante a *falanga*, quer directamente quer em resultado de edema associado ao traumatismo. Para além disso, dá-se uma ruptura das faixas de tecido conjuntivo que se estendem pelo tecido adiposo e ligam o osso à pele. O tecido adiposo vê-se privado de irrigação sanguínea e atrofia. Perde-se o efeito de almofada e os pés deixam de conseguir absorver os choques provocados pela marcha;

c) Cicatrizes rígidas e irregulares na pele e tecidos subcutâneos do pé depois da aplicação da *falanga*: num pé normal, os tecidos dérmicos e subdérmicos encontram-se ligados à aponevrose plantar através de bandas apertadas de tecido conjuntivo. Estas bandas podem, contudo, ser parcial ou completamente destruídas devido a edema que as rompe após exposição à *falanga*;

d) Ruptura da aponevrose plantar e tendões do pé: um edema que se produza no período posterior à *falanga* pode provocar rupturas nestas estruturas. Quando desaparece a função de suporte necessária à manutenção do arco do pé, o andar torna-se muito difícil e os músculos do pé, em especial o *quadratus plantaris longus*, são excessivamente forçados;

e) Fasciite plantar: pode ocorrer como complicação adicional deste tipo de lesões. Nos casos de *falanga*, dá-se muitas vezes a irritação de toda a aponevrose, originando uma inflamação crónica. Em estudos sobre esta matéria, puderam ser observadas zonas de hiper-actividade no calcâneo ou metatarso de prisioneiros libertados há mais de 15 anos que alegavam terem sido submetidos a *falanga* no momento da sua captura⁸⁷.

204. Métodos radiológicos como a ressonância magnética, tomografia computadorizada e ultra-sons conseguem muitas vezes confirmar a existência de traumatismos resultantes da aplicação da *falanga*. Mas as observações radiológicas positivas podem

⁸⁷ V. Lök, M. Tunca, K. Kumanlioglu e outros, "Bone scintigraphy as clue to previous torture" [em português: Cintigrafia óssea como indício de tortura anterior], Lancet, 337 (8745), 1991, pp. 846 e 847. Vide também M. Tunca e V. Lök, "Bone scintigraphy in screening of torture survivors" [em português: Cintigrafia óssea no exame de sobreviventes de tortura], Lancet, 352 (9143), 1998, p. 1859.

também dever-se a outros tipos de doenças ou traumatismos. Recomenda-se a realização de radiografias de rotina no exame inicial. A ressonância magnética é o melhor meio para detectar lesões nos tecidos moles. A ressonância magnética ou a cintigrafia podem detectar lesões ósseas traumáticas que passem eventualmente despercebidas nas radiografias de rotina ou na tomografia computadorizada⁸⁸.

⁸⁸ Vide notas 76 e 83, supra e V. Lök e outros, "Bone scintigraphy as an evidence of previous torture" [em português: Cintigrafia óssea como prova de tortura anterior], Treatment and Rehabilitation Center Report of HRFT, Ancara, 1994, pp. 91 a 96.

3. SUSPENSÃO

205. A suspensão é uma forma comum de tortura que pode causar dor extrema, mas deixa poucas, ou nenhuma, marcas de lesões. Uma pessoa que se encontre ainda detida pode resistir a admitir que está a ser torturada, mas a observação de défices neurológicos periféricos indicativos de um diagnóstico de plexopatia braquial constitui um indício muito provável de tortura por suspensão. A suspensão pode ser aplicada de diferentes formas:

- a) Suspensão em cruz: aplica-se esticando os braços e atando-os a uma barra horizontal;
- b) Suspensão de carnicheiro: aplica-se fixando as mãos para cima, juntas ou separadamente;
- c) Suspensão de carnicheiro invertida: aplica-se fixando os pés para cima e a cabeça para baixo;
- d) Suspensão "palestiniana": aplica-se suspendendo a vítima com os antebraços atados juntos atrás das costas, cotovelos flectidos a 90 graus e antebraços atados a uma barra horizontal. Em alternativa, a vítima pode ser suspensa de uma ligadura atada à volta dos cotovelos ou pulsos com os braços atrás das costas;
- e) Suspensão em cabide: aplica-se suspendendo a vítima com os joelhos flectidos atados a uma barra que passa abaixo da região poplíteia, em geral com os pulsos atados aos tornozelos.

206. A suspensão pode durar desde 15 a 20 minutos até várias horas. A suspensão "palestiniana" pode causar lesões permanentes do plexo braquial num curto período de tempo. A suspensão em cabide pode provocar rupturas dos ligamentos cruzados dos joelhos. As vítimas são frequentemente

espancadas ou sujeitas a outros maus tratos durante a suspensão. Na fase crónica, é habitual que persistam as dores e a sensibilização em torno das articulações dos ombros, uma vez que o excesso de peso e a rotação, especialmente interna, irão causar fortes dores muitos anos depois. As complicações do período agudo subsequente à suspensão incluem a perda de força nos braços ou mãos, dores e parestesias, entorpecimento, insensibilidade ao toque, dores superficiais e perda dos reflexos tendinosos. As dores intensas e profundas podem indiciar adinamia susceptível de persistir na fase crónica e evoluir para atrofia muscular. Regista-se entorpecimento e, com maior frequência, parestesia. Erguer os braços ou levantar pesos pode provocar dores, entorpecimento ou adinamia. Para além de lesões neurológicas, podem dar-se rupturas dos ligamentos das articulações dos ombros, luxação do ombro e lesões musculares na região escapular. A observação visual das costas permitirá detectar uma "omoplata em asa" (com bordo vertebral proeminente) com lesão do nervo torácico longo ou deslocação da escápula.

207. As lesões neurológicas são geralmente assimétricas nos braços. As lesões do plexo braquial manifestam-se através de disfunções motoras, sensoriais e dos reflexos.

- a) Exame motor: o sintoma mais comum é a fraqueza muscular assimétrica, mais acentuada na região distal. As dores agudas podem dificultar a interpretação dos testes de força muscular. Se a lesão for grave, na fase crónica pode detectar-se uma atrofia muscular;
- b) Exame sensorial: é comum registar-se uma perda total de sensibilidade ou parestesia ao longo do percurso dos nervos sensitivos. Dever-se-á testar a percepção postural, discriminação de dois pontos, reacção à sensação de picada e percepção do calor e do frio. Se, pelo menos três semanas depois da data dos maus tratos, se constatar insuficiência, perda ou diminuição dos reflexos, dever-se-á providenciar pela realização dos exames electrofisiológicos adequados por um neurologista com experiência na utilização e interpretação destas técnicas de diagnóstico;

c) Exame dos reflexos: a tortura por suspensão pode provocar a perda, diminuição ou assimetria dos reflexos. Na suspensão “palestiniana”, embora ambos os plexos braquiais sofram traumatismos, pode gerar-se uma plexopatia assimétrica devido à forma como a vítima é suspensa, dependendo do braço que é colocado numa posição superior ou do método utilizado para atar a pessoa. Embora as pesquisas efectuadas sugiram que as plexopatias braquiais são geralmente unilaterais, a nossa experiência indica serem comuns as lesões bilaterais.

208. De todos os tecidos da região escapular, o plexo braquial é a estrutura mais sensível às lesões por tracção. A suspensão “palestiniana” dá origem a lesões do plexo braquial devido à extensão posterior forçada dos braços. Na suspensão “palestiniana” clássica, quando o corpo é suspenso com os braços em hiper-extensão posterior, são tipicamente as fibras do plexo inferior as primeiras a sofrerem lesão, seguidas das fibras dos plexos médio e superior, respectivamente, se a força aplicada sobre os plexos for suficientemente grande. Se a vítima for suspensa em cruz, mas sem hiper-extensão, serão provavelmente as fibras do plexo médio as primeiras a sofrerem lesão devido à hiper-abdução. As lesões do plexo braquial podem ser classificadas da seguinte forma:

a) Lesões do plexo inferior: as deficiências localizam-se no antebraço e músculos da mão. Podem observar-se deficiências sensoriais ao nível do antebraço e do quarto e quinto dedos da zona média da mão na distribuição do nervo cubital;

b) Lesões do plexo médio: são afectados o antebraço, cotovelo e músculos extensores dos dedos. A pronação do antebraço e a flexão radial da mão poderão estar diminuídas. Constatam-se deficiências sensoriais no antebraço e nas zonas dorsais do primeiro, segundo e terceiro dedos da mão na distribuição do nervo cubital. Os reflexos tricipitais podem ter sido perdidos;

c) Lesões do plexo superior: os músculos escapulares estão especialmente afectados. A abdução do ombro, rotação axial e pronação-supinação do antebraço podem estar comprometidas. Observam-se deficiências sensoriais na região deltóide,

que se podem estender ao braço e zonas exteriores do antebraço.

4. OUTRAS FORMAS DE TORTURA POSICIONAL

209. Existem muitas outras formas de tortura posicional, todas elas atando ou imobilizando a vítima em contorção, hiper-extensão ou outras posições pouco naturais, que causam grande sofrimento e podem provocar lesões nos ligamentos, tendões, nervos e vasos sanguíneos. Caracteristicamente, estas formas de tortura deixam poucas, ou nenhuma, marcas visíveis a olho nu ou detectáveis através de processos radiológicos, apesar de conduzirem muitas vezes a incapacidades crónicas graves.

210. Todas as formas de tortura de posição visam directamente os tendões, articulações ou músculos. Existem vários métodos: “suspensão de papagaio”, “posição de banana” ou o clássico “laço banana” sobre uma cadeira ou simplesmente no chão, posição de bicicleta, manutenção da pessoa de pé durante longo tempo, apoiada num ou nos dois pés ou com os braços e mãos esticados para cima contra uma parede, manutenção da pessoa de cócoras durante longo tempo e imobilização forçada numa pequena jaula. Consoante as características de cada uma destas posições, as vítimas queixar-se-ão de dores em determinadas regiões do corpo, limitação da mobilidade articular, dores nas costas, dores nas mãos ou nas zonas cervicais do corpo e inchaço da parte inferior das pernas. A estas formas de tortura de posição aplicam-se os mesmos princípios de exame neurológico e musculoesquelético indicados relativamente à tortura por suspensão. A ressonância magnética é o método radiológico mais recomendado para o diagnóstico das lesões associadas a todas as formas de tortura de posição.

5. TORTURA POR CHOQUES ELÉCTRICOS

211. A corrente eléctrica é transmitida através de eléctrodos colocados em qualquer parte do corpo. As áreas mais habituais são as mãos, pés, dedos das mãos e dos pés, orelhas, mamilos, boca, lábios e zona genital. A fonte de energia pode ser um

dínamo manual ou gerador de combustão, tomada eléctrica, arma atordoante, agulha eléctrica para punção de animais ou outro aparelho eléctrico. A corrente eléctrica segue o caminho mais curto entre dois eléctrodos, o que se reflecte nos sintomas observados. Por exemplo, se os eléctrodos forem colocados num dedo do pé direito e na região genital, haverá dor, contracção muscular e câibras nos músculos da coxa e gêmeos do lado direito. Sentir-se-ão dores lancinantes na região genital. Uma vez que todos músculos ao longo da zona por onde passa a corrente eléctrica são tétanicamente contraídos, uma descarga de intensidade média poderá provocar deslocções do ombro e radiculopatias lombares e cervicais. Contudo, a partir do exame físico da vítima não é possível determinar com precisão o tipo, tempo de aplicação, corrente e voltagem da energia utilizada. Os tortionários utilizam muitas vezes água ou gel para aumentar a intensidade da tortura, expandir o ponto de entrada no corpo da corrente eléctrica e evitar o aparecimento de marcas visíveis dos choques. As queimaduras eléctricas provocam em geral lesões circulares de um castanho avermelhado com 1 a 3 milímetros de diâmetro, em regra sem inflamação, que podem provocar uma cicatriz hiper-pigmentada. A superfície cutânea deverá ser cuidadosamente examinada, uma vez que as lesões são muitas vezes difíceis de distinguir. O recurso à biopsia para determinar a origem de lesões recentes é muito controverso. As queimaduras eléctricas podem produzir alterações histológicas específicas, mas estas nem sempre estão presentes, o que de forma alguma afasta a hipótese de queimadura eléctrica. A decisão deve ser tomada caso a caso, ponderando se a dor e o desconforto associados a uma biopsia cutânea se justificam ou não pelos eventuais resultados da intervenção (*vide* anexo II, secção II).

6. TORTURA DENTÁRIA

212. A tortura dentária pode consistir na fractura ou extracção de dentes, ou na aplicação de corrente eléctrica aos mesmos. Pode resultar na perda ou quebra dos dentes, tumefacção das gengivas, hemorragias, dores, gengivites, estomatites, fracturas mandibulares ou perda de massa dentária.

A síndrome da articulação temporo-maxilar provocará dores na articulação temporomandibular, limitação dos movimentos da mandíbula e, em certos casos, uma sub-luxação da articulação em virtude dos espasmos musculares que ocorrem em resultado da corrente eléctrica ou pancadas na face.

7. ASFIXIA

213. A quase asfixia por sufocação é um método de tortura cada vez mais comum. Em geral não deixa quaisquer vestígios e a recuperação é rápida. Este método de tortura foi tão utilizado na América Latina que a sua designação em espanhol, *submarino*, se tornou parte do vocabulário dos direitos humanos. A respiração normal pode ser impedida, por exemplo, cobrindo a cabeça com um saco de plástico, obstruindo a boca e o nariz, comprimindo ou ligando a zona em redor do pescoço ou obrigando a vítima a aspirar pó, cimento, pimenta ou substâncias análogas. Estas modalidades de tortura são também conhecidas como “*submarino a seco*”. Podem causar diversas complicações, como as petéquias na pele, hemorragias nasais, hemorragias dos ouvidos, congestionamento da face, infecções na boca e problemas respiratórios agudos ou crónicos. A imersão forçada da cabeça em água, muitas vezes contaminada com urina, fezes, vómitos ou outras impurezas, pode dar origem a um quase afogamento ou afogamento. A entrada de água nos pulmões pode provocar pneumonia. Esta forma de tortura é conhecida como “*submarino molhado*”. No enforcamento ou outras formas de asfixia através de ligaduras, podem frequentemente observar-se abrasões ou contusões no pescoço. O osso híóide e as cartilagens laríngeas podem sofrer fracturas em resultado de um estrangulamento parcial ou pancadas no pescoço.

8. TORTURA SEXUAL, INCLUINDO A VIOLAÇÃO

214. A tortura sexual começa com a nudez forçada, que em muitos países é um factor constante em situações de tortura. Ninguém fica tão vulnerável como quando está despido e impotente. A nudez exacerba o terror provocado por todas as formas de

tortura, deixando pairar a ameaça de abusos sexuais, violação ou sodomia. Para além disso, as ameaças, agressões verbais e piadas com conotações sexuais constituem também formas de tortura sexual, uma vez que acentuam a humilhação a que a pessoa é sujeita e os aspectos degradantes do caso, fazendo parte do mesmo processo. Tratando-se de mulheres, os toques no seu corpo são sempre traumatizantes e consideram-se uma forma de tortura.

215. Existem algumas diferenças entre a tortura sexual de homens e a tortura sexual de mulheres, mas determinadas considerações aplicam-se a ambos os sexos. A violação está sempre associada ao risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis, particularmente o vírus da imunodeficiência humana (HIV)⁸⁹. Actualmente, a única profilaxia eficaz contra o HIV deverá ser administrada até poucas horas depois do incidente, mas não está geralmente disponível nos países onde a tortura acontece habitualmente. Na maior parte dos casos, haverá um componente de perversão sexual, noutros visam-se directamente os órgãos genitais. Pancadas e choques eléctricos são em geral aplicados nos órgãos genitais masculinos, com ou sem tortura anal adicional. O traumatismo físico daí resultante é reforçado por agressões verbais. Existem muitas vezes ameaças de perda de masculinidade e consequente perda do respeito da sociedade, no caso dos homens. Os reclusos podem ser mantidos nus em celas juntamente com membros da sua família, amigos ou completos desconhecidos, violando tabus culturais. Este aspecto pode ser agravado pela falta de privacidade na utilização de instalações sanitárias. Para além disso, os reclusos podem ser obrigados a abusar sexualmente de outros reclusos, o que pode ser particularmente difícil de enfrentar em termos emocionais. Nas mulheres, o receio de serem violadas, dado o profundo estigma social associado à violação, pode agravar o trauma. Também não deve ser ignorado o trauma resultante da ideia de uma eventual gravidez, que os homens obviamente não experi-

⁸⁹ D. Lunde e J. Ortmann, "Sexual torture and the treatment of its consequences" [em português: "A tortura sexual e o tratamento das suas consequências"], *Torture and the treatment of its consequences, Current Treatment Approaches*, M. Başoğlu, ed., Cambridge, Cambridge University Press, 1992, pp. 310 a 331.

mentam, medo de perder a virgindade e medo de não poder ter filhos (mesmo se a violação puder ser ocultada a um eventual marido e ao resto da sociedade).

216. Se, nas situações de abuso sexual, a vítima não desejar que o facto se torne conhecido, devido a pressões sócio-culturais ou motivos pessoais, o médico que efectua o exame clínico, as agências de investigação e os tribunais têm a obrigação de cooperar a fim preservar o anonimato da pessoa. Os contactos com sobreviventes de tortura que tenham sido recentemente vítimas de agressão sexual exigem formação especializada na área da psicologia e um apoio psicológico adequado. Dever-se-ão evitar quaisquer tratamentos que possam agravar o trauma psicológico da vítima. Antes de iniciar o exame, dever-se-á pedir a autorização da pessoa para qualquer tipo de intervenção, devendo essa autorização ser confirmada pela vítima antes das partes mais íntimas do exame. A pessoa deverá ser informada, de forma clara e compreensível, acerca da importância do exame e seus possíveis resultados.

(a) INVENTÁRIO DOS SINTOMAS

217. Dever-se-á registar em detalhe toda a história da alegada agressão, conforme explicado mais acima no presente manual (*vide* secção B, *supra*). Existem, contudo, algumas questões específicas que só são relevantes em caso de alegação de abuso sexual. Visam determinar a existência de sintomas resultantes de uma agressão recente, por exemplo hemorragias, corrimentos vaginais ou anais e localização de quaisquer dores, feridas ou hematomas. No caso de agressões sexuais mais antigas, as perguntas deverão incidir sobre os sintomas crónicos resultantes da agressão, como a frequência das micções, incontinência urinária ou disuria, irregularidades menstruais, história ulterior de gravidez, aborto ou hemorragia vaginal, problemas relacionados com a actividade sexual, incluindo dores e hemorragias anais e registadas durante o acto sexual, outras hemorragias, obstipação e incontinência.

218. Em termos ideais, deveriam existir instalações apropriadas, a nível logístico e técnico, para o

exame adequado das vítimas de violação por uma equipa de psiquiatras, psicólogos, ginecologistas e enfermeiros experientes e com formação específica no domínio do tratamento de vítimas de tortura. Um dos objectivos da consulta subsequente a uma agressão sexual consiste em oferecer apoio e aconselhamento e, se for caso disso, tranquilizar a vítima. Devem abordar-se aspectos como as doenças sexualmente transmissíveis, infecção pelo HIV, gravidez – se a vítima for mulher – e lesões físicas permanentes. Isto porque, muitas vezes, os torcionários dizem às suas vítimas que elas não voltarão jamais a ter uma vida sexual normal, o que pode tornar-se verdade por auto-sugestão.

(b) EXAME SUBSEQUENTE A UMA AGRESSÃO RECENTE

219. É raro que a vítima de violação durante uma sessão de tortura seja libertada enquanto é ainda possível identificar sinais agudos da agressão. Nestes casos, há que ter presentes diversas questões que podem dificultar o diagnóstico. As vítimas recentes de agressão sexual podem estar perturbadas ou confusas, resistindo a procurar ajuda médica ou apoio jurídico devido aos seus terrores, preocupações sócio-culturais ou natureza destrutiva das sevícias a que foram sujeitas. Nestes casos, o médico deverá explicar à vítima todas as possíveis opções existentes no plano médico e jurídico e actuar de acordo com a vontade da pessoa. Os deveres do médico incluem a obtenção de consentimento voluntário e esclarecido para a realização do exame, registo de todos os indícios de maus tratos detectados e a recolha de amostras para exames laboratoriais. Sempre que possível, o exame deverá ser conduzido por um perito na documentação de agressões sexuais. Se assim não for, o médico que efectua o exame deverá aconselhar-se junto de um perito ou consultar a bibliografia essencial em matéria de medicina legal⁹⁰. Se médico e vítima pertencerem a sexos diferentes, a esta deverá ser dada a oportunidade de ter um acompanhante do seu sexo presente na sala durante o exame. Se for necessário recorrer a um intérprete, este poderá desempenhar o papel de

⁹⁰ Vide J. Howitt e D. Rogers, "Adult Sexual Offences and Related Matters" [em português: "Crimes Sexuais sobre Adultos e Matérias Conexas"], Clinical Forensic Medicine, W.D.S. McLay ed., Londres, Greenwich Medical Media, 1996, pp. 193 a 218.

acompanhante. Contudo, dada a natureza sensível das investigações de agressão sexual, um familiar da vítima é geralmente a pessoa ideal para desempenhar o papel de acompanhante. O paciente deverá sentir-se confortável e descontraído durante o exame. Dever-se-á proceder a um exame físico rigoroso e registar cuidadosamente todos os indícios detectados, com indicação do respectivo tamanho, localização e cor. Sempre que possível, estes indícios deverão ser fotografados, devendo também ser recolhidas amostras para fins de prova e exame laboratorial.

220. O exame físico não deverá começar por se centrar na zona genital. Dever-se-á tomar nota de todas as deformações observadas. Deverá ser dada particular atenção ao exame cuidadoso da pele, procurando detectar quaisquer lesões cutâneas que possam ter resultado de agressão, nomeadamente hematomas, lacerações, equimoses e petéquias originadas por sucções ou mordeduras. Esta fase inicial pode ajudar a descontrair o paciente para o resto do exame. Por outro lado, caso as lesões genitais sejam mínimas, as lesões localizadas em outras partes do corpo podem constituir os indícios mais significativos da agressão. Mesmo que o exame dos órgãos genitais femininos tenha lugar imediatamente depois de uma violação, só são detectadas lesões em menos de 50% dos casos. O exame do ânus de homens e mulheres depois de uma violação anal permite detectar lesões em menos de 30% dos casos. Evidentemente, se forem utilizados objectos relativamente grandes para penetrar a vagina ou o ânus, a probabilidade de observar lesões é muito maior.

221. Caso exista a possibilidade de recorrer a um laboratório de medicina legal, os seus técnicos devem ser contactados antes do exame, para discutir que tipos de espécimes podem ser testados e, conseqüentemente, que amostras devem ser recolhidas e como. Muitos laboratórios fornecem *kits* para facilitar a recolha de todas as amostras necessárias em caso de alegada agressão sexual. Caso não exista qualquer laboratório disponível, dever-se-ão, mesmo assim, recolher amostras húmidas e depois deixá-las secar ao ar, para mais tarde efectuar testes de DNA. O esperma é iden-

tificável até cinco dias depois do acto, a partir de amostras recolhidas através de espectroscopia vaginal profunda, e até três dias com sonda rectal. Devem ser tomadas todas as precauções para evitar qualquer hipótese de contaminação cruzada caso tenham sido recolhidas amostras de diversas vítimas, particularmente se também forem recolhidas amostras dos presumíveis autores. Todas as amostras devem ser plenamente protegidas, devendo ainda ficar registada a identificação de todos quantos lhes tenham tido acesso.

(c) EXAME EFECTUADO MAIS DE UMA SEMANA DEPOIS DA AGRESSÃO

222. Caso a alegada agressão tenha ocorrido há mais de uma semana e não existam sinais de hematomas ou lacerações, o exame pélvico é menos urgente. Há tempo para tentar encontrar o profissional mais qualificado para efectuar o exame e reunir as melhores condições para entrevistar a pessoa. É, contudo, aconselhável fotografar quaisquer lesões residuais, se isto ainda for possível.

223. O médico deverá tomar nota dos antecedentes do caso conforme atrás descrito, e depois das observações e constatações do exame. Nas mulheres que tenham sido mães antes da violação, e particularmente naquelas que o tenham sido depois, não é provável que se observem sinais patognomónicos, embora uma médica experiente possa aperceber-se de muita coisa a partir da forma como a mulher relata a sua história⁹¹. Pode levar algum tempo até que a pessoa se disponha a falar sobre os aspectos da tortura que considera mais embaraçosos. De forma semelhante, o paciente pode desejar deixar as partes mais íntimas do exame para uma consulta posterior, se o tempo e as circunstâncias o permitirem.

(d) SEGUIMENTO

224. As sevícias sexuais podem permitir a transmissão de inúmeras doenças infecciosas, nomeadamente doenças sexualmente transmissíveis como a gonorreia, infecção a clamídia, sífilis, HIV,

hepatite B e C, herpes simples e *condyloma acuminatum* (verrugas venéreas), vulvovaginites associadas à agressão, como a infecção por trichomonas, *moniliasis vaginitis*, *gardenarella vaginitis* e *enterobius vermicularis* (lombrigas), bem como infecções do trato urinário.

225. Devem ser prescritos os exames laboratoriais e o tratamento adequados em todos os casos de abuso sexual. No caso de gonorreia e infecção a clamídia, deve considerar-se a possibilidade de infecção concomitante do ânus e orofaringe, pelo menos para fins de exame. Nos casos de agressão sexual, devem recolher-se culturas iniciais e efectuar-se testes serológicos, iniciando-se a terapêutica correspondente. As disfunções sexuais são comuns nos sobreviventes de tortura, em particular, mas não exclusivamente, entre as vítimas de tortura sexual e violação. Entre os sintomas, que podem ser de origem física ou psicológica, ou uma combinação de ambas, destacam-se:

- i) Aversão às pessoas do sexo oposto ou diminuição do interesse na actividade sexual;
- ii) Receio da actividade sexual porque o parceiro poderá aperceber-se de que a pessoa foi vítima de abuso sexual ou por medo de ter sofrido lesões funcionais. Os torcionários podem ter feito esta ameaça e instilado o medo de homossexualidade nos homens vítimas de sodomia. Acontece por vezes que homens heterossexuais têm erecções, e chegam mesmo a ejacular, durante relações anais não consentidas. Há que tranquilizá-los, esclarecendo tratar-se apenas de uma reacção psicológica;
- iii) Incapacidade de confiar num parceiro sexual;
- iv) Dificuldades de estimulação sexual e disfunção erétil;
- v) Dispareunia (relações sexuais dolorosas para a mulher) ou infertilidade resultante de doença sexualmente transmissível, traumatismo directo dos órgãos reprodutores ou abortos mal feitos na sequência de gravidez resultante da violação.

(e) EXAME GENITAL DAS MULHERES

226. Em muitas culturas, é completamente inaceitável penetrar a vagina de uma mulher virgem

com qualquer objecto, incluindo um espéculo, dedo ou tampão absorvente. Caso a mulher evidencie claros sinais de violação na observação externa, pode ser desnecessário proceder ao exame pélvico interno. Entre os sintomas detectados no exame genital, podem contar-se:

- i) Pequenas lacerações ou rasgões na vulva. Podem ser agudos e resultam do estiramento excessivo dos tecidos. Em geral, saram completamente mas, se repetidos, podem deixar cicatrizes;
- ii) Abrasões dos órgãos genitais femininos. Podem ser provocadas pelo contacto de objectos ásperos, por exemplo unhas ou anéis;
- iii) Lacerações vaginais. São raras mas, se existirem, podem estar associadas a uma atrofia dos tecidos ou cirurgia anterior. Não se distinguem das incisões causadas pela inserção de objectos cortantes.

227. Raramente se encontram provas físicas nos exames dos genitais femininos efectuados mais de uma semana depois da alegada agressão. Mais tarde, caso a mulher tenha prosseguido a sua actividade sexual, consentida ou não, ou dado à luz, pode ser praticamente impossível associar qualquer lesão observada a um incidente específico de alegados maus tratos. Nestes casos, a componente mais significativa de um exame clínico pode ser a avaliação que o médico faz dos antecedentes do caso (por exemplo, a correlação entre os factos alegados e as lesões agudas que a pessoa afirma ter sofrido) bem como o comportamento da mulher, tendo em conta o contexto cultural em que se insere.

(f) EXAME GENITAL DO HOMEM

228. Os homens sujeitos a tortura na zona genital, nomeadamente esmagamento, torção ou esticões do escroto ou traumatismos directos nessa região, queixam-se geralmente de dores e sensibilização durante o período agudo. Os sintomas mais frequentes são a hiperemia, tumefacções pronunciadas e equimoses. A urina pode conter um número elevado de eritrócitos e leucócitos. Se for detectada uma massa, convém apurar se se trata de um hidrocelo, hematocelo ou hérnia inguinal. Nos dois primeiros casos, a palpação permite nor-

malmente sentir o cordão espermático sobreposto à massa, o que não acontece nas situações de hérnia inguinal. O hidrocelo resulta da excessiva acumulação de líquido na túnica vaginal devido à inflamação dos testículos e seus anexos ou à diminuição da drenagem em resultado de obstrução linfática ou venosa no cordão ou espaço retroperitoneal. O hematocelo consiste na acumulação de sangue na túnica vaginal, em resultado do traumatismo. Ao contrário do hidrocelo, não apresenta transluminação.

229. Os traumatismos do escroto podem também causar torção testicular. Com esta lesão, os testículos retorcem-se na base, obstruindo o fluxo sanguíneo no seu interior, o que provoca fortes dores e grande inflamação e constitui uma emergência cirúrgica. Se a torção não for imediatamente reduzida, conduz a enfarte testicular. Em situações de detenção, quando os cuidados médicos são por vezes negados, podem observar-se sequelas tardias desta lesão.

230. Os indivíduos que tenham sido sujeitos a tortura escrotal sofrem por vezes de infecções crónicas do aparelho urinário, disfunção erétil ou atrofia dos testículos. Os sintomas de stress pós-traumático são relativamente frequentes. Na fase crónica, pode ser impossível distinguir as patologias escrotais resultantes da tortura das provocadas por outros processos patológicos. Caso o exame urológico completo não revele quaisquer anormalidades fisiológicas, quaisquer sintomas ao nível do trato urinário, impotência ou outros problemas sexuais serão provavelmente de origem psicológica. As cicatrizes na pele do escroto e pénis podem ser muito difíceis de detectar. Por esta razão, a ausência de cicatrizes nestas áreas específicas não infirma as alegações de tortura. Por outro lado, a presença de cicatrizes visíveis indica em geral que a vítima sofreu um traumatismo importante.

(g) EXAME DA REGIÃO ANAL

231. Depois de violação anal ou introdução de objectos no ânus, a vítima de qualquer dos sexos pode sofrer dores e hemorragias durante dias ou

semanas. Isto dá muitas vezes origem a obstipação, frequentemente agravada pela dieta deficiente de muitos locais de detenção. Podem também registar-se sintomas ao nível dos aparelhos gastrointestinal e urinário. Na fase aguda, qualquer exame para além da observação visual pode requerer anestesia local ou geral e deve ser efectuado por um especialista. Na fase crónica, podem persistir diversos sintomas, que deverão ser investigados. A presença de cicatrizes anais de tamanho ou posicionamento fora do comum deverá ser documentada. As fissuras anais podem persistir durante muitos anos, mas é geralmente impossível distinguir as que resultam da tortura das provocadas por outros factores. Ao examinar o ânus, dever-se-á prestar atenção e documentar os seguintes sintomas:

- i) Fissuras: as fissuras tendem a constituir sintomas atípicos uma vez que podem produzir-se em diversas situações “normais” (obstipação, higiene deficiente). Contudo, se observadas numa fase aguda (isto é, nas 72 horas seguintes) constituem um sintoma mais específico e podem ser consideradas indício de penetração;
- ii) Rasgões rectais, com ou sem hemorragia;
- iii) Ruptura da superfície rugosa: pode manifestar-se sob a forma de cicatriz suave em forma de leque. A presença de cicatrizes deste tipo fora da linha mediana (isto é, fora dos pontos correspondentes às 12 ou 6 horas) pode indiciar traumatismo por penetração;
- iv) Marcas na pele, que podem resultar de traumatismos em cicatrização;

v) Corrimento purulento do ânus. Em todos os casos de alegada penetração anal dever-se-ão recolher amostras para cultura em laboratório de gonorreia e clamídia, independentemente do facto de se verificar ou não corrimento.

e. Testes de diagnóstico especializados

232. Os testes de diagnóstico não constituem parte essencial da avaliação clínica de uma alegada vítima de tortura. Em muitos casos, o histórico médico e exame físico são suficientes. Em determinadas situações, contudo, tais testes constituem um importante elemento probatório. Por exemplo, em caso de procedimento judicial instaurado contra as autoridades em causa ou pedido de indemnização. Nestas situações, um teste positivo pode fazer toda a diferença. Para além disso, se forem realizados testes de diagnóstico por motivos terapêuticos, os respectivos resultados deverão ser incluídos no relatório clínico. Saliente-se que a ausência de um resultado positivo nos testes de diagnóstico, como no exame físico, não deve ser usada para sugerir que o acto de tortura não ocorreu. Muitas vezes, razões técnicas impedem a realização de testes de diagnóstico, o que não deve jamais invalidar um relatório convenientemente elaborado nos restantes aspectos. Sempre que as capacidades dos serviços de diagnóstico sejam limitadas, as necessidades clínicas devem ter sempre prioridade sobre as utilizações com fins estritamente jurídicos (para mais pormenores, *vide* anexo II).

Indícios psicológicos da tortura

a. Considerações gerais

I. O PAPEL FUNDAMENTAL DA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

233. A tortura é geralmente reconhecida como uma experiência limite, susceptível de causar inúmeros tipos de sofrimentos físicos e mentais. A maioria dos médicos e investigadores concordam que a natureza extrema da experiência de tortura é suficientemente forte para gerar, por si só, consequências mentais e emocionais, independentemente da condição psíquica anterior da vítima. Contudo, as consequências psicológicas da tortura dependem também do significado que a vítima atribui ao sucedido, do desenvolvimento da sua personalidade e de factores sociais, políticos e culturais. Por esta razão, não deve partir-se do princípio de que todas as formas de tortura têm as mesmas consequências. Por exemplo, o impacto psicológico de um simulacro de execução não é igual ao de uma agressão sexual, ao passo que o isolamento e a detenção solitária não têm o mesmo efeito da tortura física. Da mesma forma, as consequências da detenção e tortura serão provavelmente diferentes consoante a vítima seja um adulto ou uma criança. De qualquer forma, existem conjuntos de sintomas e reacções psicológicas que se observam e documentam com alguma regularidade nos sobreviventes de tortura.

234. Os autores de tortura tentam muitas vezes justificar os seus actos com a necessidade de obter informação. Estas ideias escondem os verdadeiros objectivos da tortura e efeitos visados. Um dos principais objectivos da tortura consiste em reduzir a vítima a uma condição de absoluta impotência e angústia que pode levar à deterioração das funções cognitivas, emocionais e comportamentais⁹². Assim, a tortura constitui um ataque aos mecanismos fundamentais de funcionamento psicológico e social da pessoa. Nestas circunstâncias, o tortionário tenta, não apenas incapacitar a vítima em termos psicológicos, mas também desintegrar a personalidade da pessoa em causa. O tortionário procura destruir os vínculos que a vítima mantém com a família e com a sociedade, enquanto ser humano com sonhos, esperanças e aspirações para o futuro. Ao desumanizar o indivíduo e fazer ceder a sua vontade, os autores de tortura comprometem gravemente as relações a estabelecer no futuro entre a vítima e as pessoas que a rodeiam. Desta forma, a tortura pode destruir ou comprometer a vontade e coesão de comunidades inteiras. Para além disso, a tortura pode provocar danos irreparáveis no relacionamento íntimo entre cônjuges, pais, filhos e outros membros da família e na relação das vítimas com as suas comunidades.

⁹² G. Fischer e N. F. Gurrus, "Grenzverletzungen: Folter und sexuelle Traumatisierung", Praxis der Psychotherapie-Ein integratives Lehrbuch für Psychoanalyse und Verhaltenstherapie, W. Senf W. Broda ed., Estugarda, Thieme, 1996.

235. É importante reconhecer que nem todas as vítimas de tortura desenvolvem doenças mentais diagnosticáveis. Muitas vítimas experimentam, contudo, profundas reacções emocionais e sintomas psicológicos. Os principais distúrbios psicológicos associados à tortura são o síndrome de stress pós-traumático e a depressão major. Embora estas perturbações estejam presentes na população em geral, a sua incidência é muito maior nas populações traumatizadas. As particulares repercussões culturais, sociais e políticas que a tortura tem sobre cada indivíduo influenciam a sua capacidade para descrever a experiência e falar sobre a mesma. Estes são factores importantes que contribuem para o impacto psicológico e social da tortura e que devem ser considerados na avaliação de pessoas pertencentes a culturas diferentes. A pesquisa intercultural revela que os métodos fenomenológicos ou descritivos constituem as abordagens mais racionais para tentar avaliar distúrbios psicológicos ou psiquiátricos. Aquilo que se considera desordem comportamental ou doença numa dada cultura pode não ser visto como patologia numa outra^{93 94}

95. Desde a II Guerra Mundial, foram feitos progressos na compreensão das consequências psicológicas da violência, nomeadamente graças à observação e documentação de determinados sintomas e conjuntos de sintomas psicológicos entre os sobreviventes de tortura e de outros tipos de violência.

236. Nos últimos anos, o diagnóstico de síndrome de stress pós-traumático tem vindo a ser aplicado a uma diversidade cada vez maior de indivíduos que sofrem as consequências de tipos muito diferentes de violência. Contudo, a utilidade deste diagnóstico nas culturas não ocidentais não foi ainda estabelecida. Os indícios sugerem, de qualquer forma, uma alta incidência de stress pós-traumático e sintomas de depressão em populações refugiadas traumatizadas com ori-

⁹³ A. Kleimann, "Anthropology and psychiatry: the role of culture in cross-cultural research on illness and care" [em português: "Antropologia e psiquiatria: o papel da cultura na pesquisa intercultural sobre doença e tratamento"], estudo apresentado no simpósio regional sobre psiquiatria e disciplinas conexas da Associação Mundial de Psiquiatria, 1986.

⁹⁴ H. T. Engelhardt, "The concepts of health and disease" [em português: "Os conceitos de saúde e doença"], Evaluation and Explanation in the Biomedical Sciences, H. T. Engelhardt e S. F. Spicker, eds., Dordrecht: D. Reidel Publishing Co., 1975, pp. 125 a 141.

⁹⁵ J. Westermeyer, "Psychiatric diagnosis across cultural boundaries" [em português: "O diagnóstico psiquiátrico através das fronteiras culturais"], American Journal of Psychiatry, 142 (7), 1985, pp. 798 a 805.

gens étnicas e culturais muito diversas^{96 97 98}. O estudo intercultural da Organização Mundial de Saúde sobre a depressão fornece dados úteis⁹⁹. Embora alguns sintomas possam estar presentes em todas as culturas, não são necessariamente esses os que mais afligem o indivíduo.

2. CONTEXTO DA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

237. As avaliações têm lugar em contextos políticos muito diversos, de onde resultam importantes diferenças na forma como o processo de avaliação deve ser conduzido. O médico ou psicólogo deve adaptar as directrizes que a seguir se enunciam à situação concreta e finalidade específica da avaliação que realiza (*vide* capítulo III, secção C.2).

238. A possibilidade de colocar ou não determinadas questões em segurança varia bastante e depende das condições de sigilo e segurança que seja possível garantir. Por exemplo, um exame efectuado numa prisão por um médico do exterior, limitado à duração máxima de 15 minutos, não pode ser realizado da mesma forma que um exame médico-legal efectuado num consultório privado, que pode demorar várias horas. Problemas acrescidos se colocam ao tentar avaliar a natureza patológica ou adaptativa de determinados sintomas psicológicos ou comportamentos. Caso a pessoa examinada se encontre detida ou viva num ambiente consideravelmente ameaçador ou opressivo, determinados sintomas podem ser adaptativos. Por exemplo, a diminuição do interesse por diversas actividades e sintomas de alheamento e indiferença são compreensíveis numa pessoa detida em regime de isolamento. Da mesma maneira, comportamentos de hiper-vigilância e negação podem tornar-se necessários para pessoas que vivam em

⁹⁶ R. F. Mollica, K. Donelan, S. Tor e outros, "The effect of trauma and confinement on the functional health and mental health status of Cambodians living in Thailand-Cambodia border camps" [em português: "Consequências do trauma e isolamento sobre a saúde funcional e estado de saúde mental dos cambojanos residentes em campos junto à fronteira entre a Tailândia e o Camboja"], Journal of the American Medical Association (JAMA), 270, 1993, pp. 581 a 586.

⁹⁷ J. D. Kinzie e outros, "The prevalence of post-traumatic stress disorder and its clinical significance among Southeast Asian refugees" [em português: "A prevalência da perturbação de stress pós-traumático e seu significado clínico entre os refugiados do sudeste asiático"], American Journal of Psychiatry, 147 (7), 1990, pp. 913 a 917.

⁹⁸ K. Allden e outros, "Burmese political dissidents in Thailand: trauma and survival among young adults in exile" [em português: "Dissidentes políticos birmaneses na Tailândia: trauma e sobrevivência entre jovens adultos no exílio"], American Journal of Public Health, 86, 1996, pp. 1561 a 1569.

⁹⁹ N. Sartorius, "Cross-cultural research on depression" [em português: "Pesquisa intercultural sobre a depressão"], Psychopathology, 19 (2), 1987, pp. 6 a 11.

sociedades repressivas¹⁰⁰. As limitações com que o médico se pode deparar para a realização da entrevista não devem, contudo, impedir que se procurem aplicar as directrizes enunciadas no presente manual. Em circunstâncias difíceis, é particularmente importante que o governo e as autoridades envolvidas respeitem estas normas na máxima medida possível.

¹⁰⁰ M. A. Simpson, "What went wrong?: diagnostic and ethical problems in dealing with the effects of torture and repression in South Africa" [em português: "O que correu mal?: diagnóstico e problemas éticos ao lidar com os efeitos da tortura e repressão na África do Sul"], *Beyond Trauma-Cultural and Societal Dynamics*, R. J. Kleber, C. R. Figley, B. P. R. Gersons, eds., Nova Iorque, Plenum Press, 1995, pp. 188 a 210.

b. Consequências psicológicas da tortura

I. ADVERTÊNCIAS

239. Antes de entrar na descrição técnica dos sintomas e classificações psiquiátricas, deve referir-se que as classificações psiquiátricas são geralmente consideradas conceitos médicos ocidentais e que a sua aplicação a populações não ocidentais coloca, implícita ou explicitamente, certas dificuldades. Pode argumentar-se que as culturas ocidentais sofrem de uma indevida medicalização dos processos psicológicos. A ideia de que o sofrimento mental representa um distúrbio para a pessoa e é identificável a partir de um conjunto de sintomas característicos pode ser inaceitável para muitos membros de sociedades não ocidentais. De qualquer forma, existem indícios consideráveis de alterações biológicas associadas a situações de stress pós-traumático pelo que, desta perspectiva, a perturbação de stress pós-traumático constitui uma doença diagnosticável e susceptível de tratamento biológico e psicológico¹⁰¹. Tanto quanto possível, o médico ou psicólogo responsável pela avaliação deverá tentar situar o sofrimento mental no contexto das convicções da pessoa e normas culturais que regem o seu comportamento, o que implica respeitar o contexto político, bem como as crenças culturais e religiosas em causa. Dada a gravidade da tortura e suas consequências, ao efectuar uma avaliação psicológica o médico deve adoptar uma atitude aberta, dialogando com o paciente e ouvindo o que este tem para dizer, e não se precipitando no esta-

¹⁰¹ M. Friedman e J. Jansson, "The applicability of the post-traumatic concept to refugees" [em português: "A aplicabilidade do conceito pós-traumático aos refugiados"], *Amidst Peril and Pain: The Mental Health and Well-being of the World's Refugees*, T. Marsella e outros, ed., Washington, D. C., American Psychological Association Press, 1994, pp. 207 a 227.

belecimento de diagnósticos e classificações. Em termos ideais, esta atitude permitirá transmitir à vítima a ideia de que as suas queixas e a sua dor são reconhecidas como reais e normais, dadas as circunstâncias. Assim, uma atitude empática e sensível pode atenuar o sentimento de alienação muitas vezes experimentado pelas vítimas de tortura.

2. REACÇÕES PSICOLÓGICAS COMUNS

(a) REVIVÊNCIA DO TRAUMA

240. A vítima pode sofrer visões ou recordações intrusivas que a fazem reviver a experiência traumatizante, mesmo quando acordada e consciente, bem como pesadelos recorrentes, que incluem elementos do acontecimento traumático na sua forma original ou simbólica. O sentimento de angústia perante tudo quanto possa simbolizar ou assemelhar-se ao trauma manifesta-se frequentemente através de falta de confiança e medo de todos quantos estejam numa posição de autoridade, incluindo médicos e psicólogos. Nos países ou situações em que as autoridades estejam implicadas em violações de direitos humanos, a falta de confiança e receio das figuras de autoridade não deve ser considerada patológica.

(b) NEGAÇÃO E ALHEAMENTO EMOCIONAL

- i) Evitação de qualquer pensamento, conversa, actividade, local ou pessoa que desperte recordações do trauma;
- ii) Profundo retraimento emocional;
- iii) Profundo desinteresse pessoal e alheamento social;
- iv) Incapacidade para recordar um aspecto importante do trauma.

(c) SOBREEXCITAÇÃO

- i) Dificuldade em dormir ou adormecer;
- ii) Irritabilidade ou acessos de cólera;
- iii) Dificuldades de concentração;
- iv) Hiper-vigilância, reacção exagerada de sobresalto;
- v) Ansiedade generalizada;
- vi) Falta de ar, suores, boca seca ou enjoos e distúrbios gastrointestinais.

(d) SINTOMAS DE DEPRESSÃO

241. Podem estar presentes os seguintes sintomas de depressão: falta de ânimo, anedonia (acentuada diminuição do interesse ou prazer em actos que normalmente o proporcionam), distúrbios de apetite ou perda de peso, insónia ou hipersónia, agitação ou lentidão psicomotora, fadiga e perda de energia, sentimentos de inutilidade e culpa excessiva, dificuldades de concentração ou memória, pensamentos de morte, ideias de suicídio ou tentativas de suicídio.

(e) PERDA DE AUTO-ESTIMA E FALTA DE PERSPECTIVAS FUTURAS

242. A vítima tem um sentimento subjectivo de ter sofrido um dano irreparável e uma alteração de personalidade irreversível¹⁰². A pessoa sente que as suas perspectivas futuras estão irremediavelmente comprometidas, não tendo expectativas em termos de carreira, casamento, filhos ou uma vida normal.

¹⁰² N. R. Holtan, "How medical assessment of victims of torture relates to psychiatric care" [em português: "Como a avaliação médica das vítimas de tortura se relaciona com o tratamento psiquiátrico"], *Caring for Victims of Torture*, J. M. Jaranson e M. K. Popkin, eds., Washington D. C., American Psychiatric Press, 1998, pp. 107 a 113.

(f) DISSOCIAÇÃO, DESPERSONALIZAÇÃO E COMPORTAMENTO ATÍPICO

243. A dissociação consiste numa ruptura ao nível da integração da consciência, auto-percepção, memória e acções. A pessoa pode não ter consciência de certas acções que pratica ou sentir-se dividida em dois, como se se observasse a si mesma à distância. A despersonalização consiste em sentir-se separado de si próprio ou do seu corpo. A dificuldade de controlar certos impulsos origina comportamentos que a vítima considera altamente atípicos relativamente à sua personalidade antes do trauma. Um indivíduo anteriormente cauteloso pode envolver-se em comportamentos de alto risco.

(g) QUEIXAS SOMÁTICAS

244. Os sintomas somáticos, como as dores, cefaleias ou outras queixas físicas, com ou sem causas

objectivas confirmadas no exame físico, são problemas comuns entre as vítimas de tortura. A dor é por vezes a única queixa da pessoa, podendo variar na sua localização e intensidade. Os sintomas somáticos podem resultar directamente das sequelas físicas da tortura ou terem origem psicológica. Por exemplo, qualquer tipo de dor pode ser uma consequência física directa da tortura ou ter origem psicológica. Entre as queixas somáticas mais comuns, incluem-se as dores nas costas, dores nos músculos e ossos e dores de cabeça, frequentemente resultantes de traumatismos cranianos. As dores de cabeça são muito comuns entre os sobreviventes de tortura e tornam-se muitas vezes crónicas, podendo ser causadas ou agravadas pela tensão e pelo stress.

(h) DISFUNÇÃO SEXUAL

245. A disfunção sexual é comum nos sobreviventes de tortura, particularmente entre aqueles que são vítimas de tortura sexual ou violação, mas não apenas entre eles (*vide* capítulo V, secção D.8).

(i) PSICOSES

246. As diferenças culturais e linguísticas podem ser confundidas com sintomas de psicose. Antes de rotular alguém de psicótico, há que avaliar os sintomas tendo em conta o contexto cultural próprio do indivíduo. As reacções psicóticas podem ser breves ou prolongadas, e os sintomas podem manifestar-se durante o período de detenção e tortura, ou mais tarde. Eis alguns dos sintomas mais habituais:

- i) Delírios;
- ii) Alucinações auditivas, visuais, tácteis e olfactivas;
- iii) Ideias e comportamentos bizarros;
- iv) Ilusões ou distorções perceptivas que podem assumir a forma de pseudo-alucinações e estados aproximados de verdadeira psicose. As falsas percepções e alucinações que ocorrem ao adormecer ou ao acordar são comuns na população em geral e não traduzem um estado psicótico. É relativamente habitual que as vítimas de tortura se quei-

xem ocasionalmente de ouvir gritos, de ouvir chamar o seu nome ou de ver sombras, sem manifestar sinais ou sintomas de psicose declarada;

v) Paranóia e delírios de perseguição;

vi) Nos indivíduos com antecedentes de doença mental, podem desenvolver-se distúrbios psicóticos recorrentes ou alterações de humor com características psicóticas. As pessoas com antecedentes de distúrbios bipolares, depressão major com características psicóticas, esquizofrenia ou distúrbios esquizo-afectivos podem manifestar estes mesmos transtornos.

(j) ABUSO DE SUBSTÂNCIAS TÓXICAS

247. Acontece frequentemente que os sobreviventes de tortura comecem a utilizar abusivamente o álcool ou drogas como forma de obnubilar as suas memórias traumáticas, reequilibrar os seus afetos e lidar com a ansiedade.

(k) INCAPACIDADES NEUROPSICOLÓGICAS

248. A tortura pode provocar traumatismos físicos que conduzem a diversos tipos de lesões cerebrais. Golpes na cabeça, asfixia e malnutrição prolongada podem ter consequências neurológicas e neuropsicológicas de longo prazo difíceis de detectar no decurso do exame médico. Caso as lesões cerebrais não possam ser detectadas através de imagiologia cerebral ou outros procedimentos médicos, a avaliação e testes neuropsicológicos podem ser a única forma fidedigna de documentar as respectivas sequelas. Muitas vezes, os sintomas que essas avaliações e testes visam detectar coincidem em grande medida com a sintomatologia da perturbação de stress pós-traumático e da depressão major. As flutuações ou défices ao nível da consciência, orientação, atenção, concentração, memória ou funcionamento executivo podem resultar de perturbações funcionais, bem como de causas orgânicas. Assim, para fazer tais distinções são necessários conhecimentos especializados no domínio da avaliação neuropsicológica, e há que ter consciência das dimensões culturais que influem na validação dos instrumentos de avaliação neuropsicológica (*vide* secção C.4 do presente capítulo).

3. CLASSIFICAÇÕES DE DIAGNÓSTICO

249. Embora as principais queixas e as observações mais importantes registadas entre as vítimas de tortura sejam muito diversificadas e dependam em larga medida da experiência de vida de cada pessoa e do contexto cultural, social e político em que se insere, convém que as pessoas que realizam as avaliações se familiarizem com os distúrbios mais frequentemente diagnosticados a essas pessoas. Para além disso, é relativamente frequente que as vítimas sofram cumulativamente de dois ou mais distúrbios mentais, que podem interagir entre si. Manifestações diversas de ansiedade e depressão são os sintomas mais comuns entre as vítimas de tortura. Com relativa frequência, a sintomatologia [*supra*] descrita é enquadrada nas categorias de ansiedade e alterações de humor. Os dois sistemas de classificação mais importantes são a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), classificação dos distúrbios mentais e comportamentais, e o Manual de Diagnóstico e Estatística das Doenças Mentais da Associação Psiquiátrica Americana [*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV*]^{103 104}. Para uma descrição completa das categorias de diagnóstico, o leitor deverá consultar a CID-10 e o DSM-IV. Limitar-nos-emos a abordar os diagnósticos mais habitualmente associados a situações traumáticas: perturbação de stress pós-traumático, depressão major e alterações duradouras da personalidade.

¹⁰³ Organização Mundial de Saúde, The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders and Diagnostic Guidelines [*em português*]: "A Classificação CID-10 dos Distúrbios Mentais e Comportamentais e Directrizes para o Diagnóstico", Genebra, 1994.

¹⁰⁴ American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [*em português*]: "Manual de Diagnóstico e Estatística das Doenças Mentais", 4.ª edição, Washington D. C., 1994.

(a) DISTÚRBIOS DEPRESSIVOS

250. Os estados depressivos são comuns a praticamente todos os sobreviventes de tortura. Na avaliação das consequências da tortura, não se deve partir do princípio de que a perturbação de stress pós-traumático e a depressão major são duas patologias autónomas com características etiológicas claramente distintas. Os distúrbios depressivos englobam a depressão major, de episódio único ou recorrente (mais do que um episódio). Podem ser acompanhados ou não de sintomas psicóticos,

catatónicos, melancólicos ou atípicos. De acordo com o DSM-IV, para que possa ser diagnosticado um episódio de depressão major, é necessário que cinco ou mais dos seguintes sintomas estejam presentes em simultâneo durante um período de duas semanas e representem uma alteração do estado anterior do paciente (pelo menos um dos sintomas deve ser um ânimo depressivo ou perda de interesse ou prazer): (1) ânimo depressivo; (2) diminuição acentuada do interesse ou do prazer em todas ou quase todas as actividades; (3) perda de peso ou alterações de apetite; (4) insónia ou hiper-sónia; (5) agitação ou atraso psicomotor; (6) fadiga ou perda de energia; (7) sentimentos de inutilidade ou culpabilidade excessiva ou inadequada; (8) redução da capacidade de reflexão ou concentração; (9) pensamentos recorrentes de morte ou suicídio. Para um diagnóstico de depressão, é necessário que os sintomas causem angústia significativa ou disfunção social ou ocupacional, não tenham origem numa perturbação psicológica e não sejam explicáveis por outro diagnóstico de acordo com a classificação DSM-IV.

(b) PERTURBAÇÃO DE STRESS PÓS-TRAUMÁTICO

251. O diagnóstico mais habitualmente associado com as consequências psicológicas da tortura é a perturbação de stress pós-traumático (*post-traumatic stress disorder* – PTSD). A associação entre a tortura e este diagnóstico está hoje em dia muito presente no espírito dos profissionais de saúde, autoridades de imigração e público informado, o que cria a impressão errada e simplista de que a PTSD é a principal consequência psicológica da tortura.

252. A definição da PTSD segundo o DSM-IV baseia-se em grande medida na presença de distúrbios de memória relacionados com o trauma, tais como recordações intrusivas, pesadelos e incapacidade para recordar aspectos importantes do acontecimento traumatizante. A pessoa pode não conseguir recordar-se de forma precisa de pormenores específicos do caso de tortura, mas lembrar-se-á dos aspectos mais marcantes da experiência. Por exemplo, a vítima pode lembrar-se de ter sido violada em diversas ocasiões, mas não

conseguir recordar as datas e locais exactos em que tal aconteceu, nem fornecer pormenores quanto aos autores do acto. Nestas circunstâncias, a incapacidade para recordar detalhes concretos confirma a credibilidade da história da vítima, ao invés de a desmentir. As linhas gerais do relato da pessoa mantêm-se nas entrevistas subsequentes. O diagnóstico da PTSD segundo a CID-10 é muito semelhante ao do DSM-IV. De acordo com a classificação do DSM-IV, a perturbação de stress pós-traumático pode ser aguda, crónica ou diferida. Os sintomas devem estar presentes durante mais de um mês e o distúrbio deve causar significativa angústia ou disfunção funcional. Para um diagnóstico de perturbação de stress pós-traumático, é necessário que a pessoa tenha estado exposta a um acontecimento traumatizante que haja ameaçado a sua vida ou a de terceiros e provocado medo, impotência ou horror intenso. A vítima deve reviver recorrentemente o acontecimento, de uma das seguintes formas: surgem-lhe recordações intrusivas e angustiantes do sucedido; tem sonhos angustiantes recorrentes que evocam o acontecimento; sente que tudo está a acontecer de novo ou age como se o estivesse, nomeadamente através de alucinações, *flashbacks* e ilusões; experimenta intensa tensão psicológica perante algo que lhe recorde o evento e reacções psicológicas quando exposto a algo que evoque ou simbolize qualquer aspecto do mesmo.

253. A pessoa deve evitar persistentemente os estímulos associados ao acontecimento traumático ou demonstrar alheamento geral, apresentando pelo menos três dos seguintes sintomas: (1) tentativa de evitar pensamentos, sentimentos ou conversas relacionadas com o acontecimento; (2) tentativa de evitar actividades, locais ou pessoas que lhe lembrem o acontecimento; (3) incapacidade para recordar um aspecto importante do sucedido; (4) diminuição do interesse por actividades importantes; (5) alheamento ou afastamento dos outros; (6) repressão dos afectos; (7) falta de perspectivas futuras. Segundo a classificação DSM-IV, um outro factor que permite o diagnóstico da perturbação de stress pós-traumático consiste na persistência de sintomas de sobreexcitação que não estavam presentes antes do trauma, o que é con-

firmado por pelo menos dois dos seguintes indícios: dificuldade em dormir ou adormecer, irritabilidade ou acessos de cólera, dificuldades de concentração, hiper-vigilância e reacções de sobressalto exagerado.

254. Os sintomas da perturbação de stress pós-traumático podem ser crónicos ou variar ao longo de períodos de tempo prolongados. Em determinadas fases, o quadro clínico é dominado por sintomas de sobreexcitação e irritabilidade. Nestas alturas, a vítima costuma também queixar-se de um acréscimo das memórias intrusivas, pesadelos e *flashbacks*. Noutras fases, a vítima pode parecer relativamente assintomática ou apresentar retraimento e alheamento emocional. Dever-se-á ter presente que o facto de a vítima não preencher os requisitos para o diagnóstico da perturbação de stress pós-traumático não significa que a tortura não tenha acontecido. De acordo com a CID-10, uma determinada percentagem dos casos de perturbação de stress pós-traumático podem evoluir para um cenário crónico durante muitos anos, com eventual transição para uma alteração duradoura da personalidade.

(c) ALTERAÇÃO DURADOURA DA PERSONALIDADE

255. Depois de catástrofes ou situações de stress extremo prolongado, as pessoas adultas podem desenvolver distúrbios de personalidade, mesmo não tendo qualquer antecedente deste tipo de perturbação. Entre os tipos de stress extremo susceptíveis de originar alterações de personalidade, contam-se o internamento em campos de concentração, desastres, detenção prolongada com a possibilidade iminente de morte, exposição a situações que ameaçam a vida, como o terrorismo, e a tortura. De acordo com a CID-10, a alteração duradoura da personalidade só deve ser diagnosticada quando existam indícios de uma mudança definitiva, significativa e persistente nos mecanismos de percepção, relacionamento e pensamento do indivíduo relativamente ao seu meio e a si próprio, associada a comportamentos inflexíveis e dificuldades de adaptação que não se verificavam antes da experiência

traumatizante. O diagnóstico exclui alterações que traduzam outra perturbação mental ou qualquer sintoma de distúrbio mental anterior, bem como alterações da personalidade e do comportamento resultantes de doença, disfunção ou lesão cerebral.

256. Segundo a CID-10, para o diagnóstico de alteração duradoura da personalidade na sequência de uma experiência catastrófica, é necessário que as mudanças de personalidade estejam presentes durante pelo menos dois anos depois da exposição à situação traumatizante. A CID-10 especifica que o stress deverá ser tão extremo que “não seja necessário ter em conta a vulnerabilidade pessoal para explicar o seu profundo efeito sobre a personalidade”. Esta alteração da personalidade caracteriza-se por uma atitude hostil ou desconfiada em relação ao mundo, alheamento social, sentimentos de vazio ou perda de esperança, sentimento crónico de “estar no limite”, como se sob uma ameaça constante, e distanciamento.

(d) ABUSO DE SUBSTÂNCIAS TÓXICAS

257. Os médicos constataram que as vítimas de tortura tornam-se muitas vezes dependentes do álcool ou de drogas, como forma de afastar recordações traumáticas, reequilibrar afectos e lidar com a ansiedade. Embora seja comum a presença simultânea da perturbação de stress pós-traumático e outras patologias, o fenómeno da toxicod dependência dos sobreviventes de tortura tem sido, até agora, pouco estudado. As obras sobre populações afectadas pela perturbação de stress pós-traumático debruçam-se por vezes sobre a problemática dos sobreviventes de tortura, como refugiados, prisioneiros de guerra e veteranos de conflitos armados, e podem fornecer alguns dados importantes. Os estudos sobre estes grupos revelam que a incidência do abuso de substâncias tóxicas varia em função do grupo étnico ou cultural. Os antigos prisioneiros de guerra com perturbação de stress pós-traumático estão mais expostos ao risco da toxicod dependência e os veteranos de guerra apresentam altas taxas de perturbação de stress pós-traumático associada ao abuso de subs-

tâncias tóxicas^{105 106 107 108 109 110}

^{111 112}. Em resumo, o estudo de outras populações em risco de perturbação de stress pós-traumático demonstra a existência de indícios consideráveis de que o abuso de substâncias tóxicas pode estar presente nos sobreviventes de tortura, em simultâneo com outros distúrbios.

(e) OUTROS DIAGNÓSTICOS

258. Como resulta claramente do catálogo de sintomas descritos na presente secção, existem outros diagnósticos a considerar para além da perturbação de stress pós-traumático, como a depressão grave e a alteração duradoura da personalidade. Outros diagnósticos possíveis são ainda, e designadamente, os seguintes:

i) Ansiedade generalizada, que se caracteriza por uma ansiedade e preocupação excessivas perante diversos acontecimentos e actividades, tensão motora e acréscimo da actividade neurovegetativa;

ii) Síndrome de pânico, que se manifesta através de ataques inesperados e recorrentes de medo ou desconforto intenso, incluindo sintomas como os suores, asfixia, tremores, aceleração do ritmo cardíaco, vertigens, náuseas, arrepios de frio e acessos de calor;

iii) Perturbação de stress pós-traumático aguda, que apresenta essencialmente os mesmos sintomas da PTSD mas é diagnosticada no mês seguinte ao acontecimento traumático;

¹⁰⁵ P. J. Farias, "Emotional distress and its sócio-political correlates in Salvadoran refugees: analysis of a clinical sample" [em português: "Tensão emocional e suas correlações sócio-políticas nos refugiados salvadorenhos: análise de uma amostra clínica"], Culture, Medicine and Psychiatry, 15, 1991, pp. 167 a 192.

¹⁰⁶ A. Dadfar, "The Afghans: bearing the scars of a forgotten war" [em português: "Os afegãos: portadores das cicatrizes de uma guerra esquecida"], Amidst peril and pain, A. Marsella e outros, Washington D. C., American Psychological Association, 1994.

¹⁰⁷ G. W. Beebe, "Follow-up studies of World War II and Korean war prisoners. II: morbidity, disability and maladjustments" [em português: "Estudos de acompanhamento dos prisioneiros de guerra da Segunda Guerra Mundial e Guerra da Coreia: morbidade, deficiência e desajustamentos"], American Journal of Epidemiology, 101, 1975, pp. 400 a 422.

¹⁰⁸ B. E. Engdahl e outros, "The comorbidity and course of psychiatric disorders in a community sample of former prisoners of war" [em português: "A co-morbidade e evolução dos distúrbios psiquiátricos numa comunidade representativa de antigos prisioneiros de guerra"], em revisão.

¹⁰⁹ T. M. Keane e J. Wolfe, "Comorbidity in post-traumatic stress disorder: an analysis of community and clinical studies" [em português: "Co-morbidade na perturbação de stress pós-traumático: uma análise de estudos clínicos de âmbito local"], Journal of Applied Social Psychology, 20 (21, 1), 1990, pp. 1776 a 1788.

¹¹⁰ R. A. Kulka e outros, Trauma in the Vietnam War Generation: Report of Findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study [em português: "Trauma na Geração da Guerra do Vietname: Relatório das Conclusões do Estudo Nacional sobre o Reajustamento dos Veteranos do Vietname"], Nova Iorque, Brunner/Mazel, 1990.

¹¹¹ K. Jordan e outros, "Lifetime and current prevalence of specific psychiatric disorders among Vietnam veterans and controls" [em português: "Duração e incidência actual de distúrbios psiquiátricos específicos entre veteranos do Vietname e controlos"], Archives of General Psychiatry, 48 (3), 1991, pp. 207 a 215.

¹¹² A. Y. Shalev, A. Bleich, R. J. Ursano, "Post-traumatic stress disorder: somatic comorbidity and effort tolerance" [em português:

iv) Distúrbios de natureza somática, com sintomas físicos que não se explicam por nenhuma patologia clínica;

v) Distúrbios bipolares, caracterizados por episódios maníacos ou hipomaníacos acompanhados de humor exaltado, expansivo ou irritável, ideias de grandeza, diminuição da necessidade de dormir, fuga de ideias, agitação psicomotora e fenómenos psicóticos associados;

vi) Distúrbios resultantes de patologia clínica geral, muitas vezes sob a forma de disfunção cerebral e consequentes flutuações ou défices ao nível da consciência, orientação, atenção, concentração, memória e funcionamento executivo;

vii) Fobias, nomeadamente fobia social e agora-fobia.

C. Avaliação psicológica/psiquiátrica

I. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E CLÍNICAS

259. As avaliações psicológicas podem fornecer provas fundamentais dos abusos cometidos contra as vítimas de tortura, por diversas razões: a tortura provoca por vezes problemas psicológicos devastadores, os métodos de tortura são frequentemente concebidos de forma a não provocar quaisquer lesões físicas e a tortura física pode originar sintomas físicos que desaparecem ou não são suficientemente característicos.

260. As avaliações psicológicas permitem obter elementos de prova importantes para os exames médico-legais, instrução de pedidos de asilo político, apuramento das condições sob as quais podem ter sido obtidas falsas confissões, compreensão dos métodos de tortura utilizados a nível regional, identificação das necessidades terapêuticas das vítimas e instrução dos inquiridos em matéria de direitos humanos. O objectivo geral da avaliação psicológica consiste em determinar o grau de conformidade entre o testemunho da alegada vítima de tortura e os factos observados no decorrer da avaliação. Para este fim, a avaliação deverá proporcionar uma descrição detalhada da história pessoal da vítima, exame do respectivo estado mental, avaliação do respectivo funcionamento

"Perturbação de stress pós-traumático: co-morbidade somática e tolerância ao esforço", Psychosomatics, 31 (2), 1990, pp. 197 a 203.

social e formulação de juízos clínicos (*vide* capítulos III, secção C e IV, secção E). Se necessário, deverá proceder-se a um diagnóstico psiquiátrico. Dada a alta incidência de distúrbios psicológicos entre as vítimas de tortura, é altamente aconselhável que qualquer investigação de tortura inclua a avaliação psicológica dessas pessoas.

261. Na avaliação do estado psicológico da pessoa e formulação do respectivo diagnóstico clínico, dever-se-á ter sempre em conta o contexto cultural em que a mesma está inserida. O conhecimento das síndromes específicas da cultura do paciente e das expressões idiomáticas de angústia que, na sua língua materna, permitem exprimir os sintomas, é absolutamente fundamental para a condução da entrevista e formulação dos juízos clínicos e respectivas conclusões. Caso o entrevistador tenha pouco ou nenhum conhecimento da cultura da vítima, a assistência de um intérprete é imprescindível. Em princípio, um intérprete do país da vítima deverá conhecer a língua, costumes, tradições religiosas e outras crenças a ter em conta no decurso do inquérito. A entrevista pode suscitar reacções de medo e desconfiança por parte da vítima e, eventualmente, recordar-lhe os anteriores interrogatórios. Para reduzir os riscos de re-traumatização, o médico deverá transmitir à pessoa a sensação de que compreende a sua experiência e o seu ambiente cultural. Nestes casos, não se deve adoptar uma postura de estrita “neutralidade clínica”, utilizada em outras formas de psicoterapia, de acordo com a qual o médico permanece inactivo e diz muito pouco. O médico deverá dar ao paciente a ideia de que é seu aliado, apoiando-o e abstendo-se de quaisquer juízos de valor.

2. PROCESSO DE ENTREVISTA

262. O médico deverá começar por apresentar o processo de entrevista de forma a explicar em detalhe os procedimentos a seguir (perguntas sobre os antecedentes psicossociais, incluindo o relato da experiência de tortura e estado psicológico actual) e preparar o indivíduo para as difíceis reacções emocionais que as perguntas podem provocar. O paciente deverá ter a possibilidade de

fazer pausas, suspender a entrevista em qualquer momento e interrompê-la se o stress se tornar insuportável, com a opção de regressar mais tarde para nova consulta. Os médicos devem dar mostras de sensibilidade e empatia nas perguntas que colocam, mantendo a objectividade da avaliação clínica. Ao mesmo tempo, o entrevistador deve ter consciência das suas próprias reacções pessoais perante a vítima e o relato de tortura, as quais podem influenciar a sua percepção e o seu juízo.

263. O processo de entrevista poderá fazer lembrar ao paciente os interrogatórios a que foi sujeito durante a tortura. Podem, assim, desenvolver-se sentimentos negativos muito fortes em relação ao médico, por exemplo de medo, raiva, revolta, impotência, confusão, pânico ou ódio. O médico deverá permitir que o paciente manifeste e explique esses sentimentos, e demonstrar compreensão pela difícil situação em que a pessoa se encontra. Para além disso, deverá ter-se em conta a possibilidade de que a vítima venha a sofrer novas perseguições ou outras formas de opressão. Sempre que necessário, devem evitar-se perguntas sobre actividades proibidas. É importante considerar as razões que determinaram a realização da avaliação psicológica, uma vez que irão condicionar o grau de sigilo a que o perito está vinculado. Se a avaliação da credibilidade do relato de tortura é requerida no âmbito de um processo judicial por uma autoridade pública, a pessoa objecto de avaliação deverá ser informada de que isto implica o levantamento do sigilo sobre toda a informação incluída no relatório. Contudo, se for a própria vítima de tortura a solicitar a realização da avaliação psicológica, o perito deverá respeitar o sigilo médico.

264. Os médicos que realizam avaliações físicas ou psicológicas devem ter consciência das reacções emocionais que as avaliações de traumatismos graves podem provocar neles próprios e no paciente. Estas reacções emocionais são denominadas de fenómenos de transferência e contra-transferência. Desconfiança, medo, vergonha, raiva e culpa são algumas das reacções típicas dos sobreviventes de tortura, em particular quando lhes é pedido que relatem a sua história de tortura

ou recordem pormenores da mesma. A transferência diz respeito aos sentimentos do paciente para com o médico, que se relacionam com experiências passadas mas são erradamente entendidos como dirigidos contra a pessoa do médico. Para além disso, a reacção emocional do médico perante a vítima de tortura, designada por contra-transferência, pode influenciar o juízo clínico. A transferência e contra-transferência são interdependentes e interagem entre si.

265. O potencial impacto das reacções de transferência sobre o processo de avaliação torna-se evidente quando se considera que uma entrevista ou avaliação que suponha o relato ou a recordação de pormenores de uma experiência traumatizante se tornará angustiante e evocará memórias, pensamentos e sentimentos indesejados. Assim, embora a vítima de tortura possa consentir na avaliação com a esperança de daí tirar benefícios, a exposição a que é sujeita poderá fazê-la reviver a própria experiência traumatizante. Podem desencadear-se os fenómenos que a seguir se descrevem.

266. As perguntas do avaliador podem ser sentidas como uma exposição forçada equivalente a um interrogatório. O paciente pode suspeitar que o médico tem motivações *voyeuristas* ou sádicas e colocar a si próprio as seguintes questões: “Porque tem ele de me fazer revelar os mais ínfimos pormenores de todas as coisas terríveis que me aconteceram? Porque é que uma pessoa normal escolheu ganhar a vida a ouvir histórias como a minha? O avaliador deve ter qualquer tipo de motivação estranha”. A vítima pode também ter preconceitos face ao avaliador devido ao facto de este não ter sido preso nem torturado, acabando por concluir que o médico se encontra do lado do inimigo.

267. O avaliador é visto como alguém que está numa posição de autoridade, o que é muitas vezes verdade, e por esta razão a vítima pode ocultar-lhe alguns aspectos da sua história. Noutros casos, a vítima pode revelar-se demasiado confiante em situações em que o entrevistador não está em condições de garantir que não irão haver represálias, como acontece muitas vezes nos casos em que as

vítimas se encontram detidas. Devem ser tomadas todas as precauções para garantir que os reclusos não se expõem a riscos desnecessários, confiando ingenuamente em alguém do exterior para os proteger. As vítimas de tortura podem recear que não se consiga impedir o acesso dos agentes do governo que as persegue à informação revelada no âmbito da avaliação. O medo e a desconfiança podem ser particularmente agudos nos casos em que médicos ou outros profissionais de saúde tenham participado nos actos de tortura.

268. Em muitas circunstâncias, o avaliador será membro da etnia ou grupo cultural dominante, ao passo que a pessoa objecto de avaliação, na situação e local da entrevista, pertencerá à etnia ou grupo cultural minoritário. Esta dinâmica de desigualdade pode reforçar a sensação, real ou imaginária, de desequilíbrio de poder e acentuar os eventuais sentimentos de medo, desconfiança e submissão forçada do paciente. Em determinadas situações, particularmente nos casos que envolvem reclusos, este antagonismo sócio-cultural tem mais a ver com o intérprete do que com o avaliador. Por isso, convém que o intérprete venha do exterior e não seja recrutado na comunidade local, para que seja considerado por todos como tão independente quanto o investigador. Como é evidente, um membro da família sobre quem as autoridades possam vir a exercer pressão para descobrir o que foi dito no decorrer do exame não deverá ser utilizado como intérprete.

269. Se o avaliador for do mesmo sexo que o autor do acto de tortura, a entrevista pode ser mais facilmente assimilada a uma situação semelhante à tortura do que se pertencerem a sexos diferentes. Por exemplo, uma mulher que tenha sido violada ou torturada na prisão por um guarda do sexo masculino sentirá provavelmente uma maior angústia, desconfiança e medo perante um avaliador do sexo masculino do que perante uma mulher. O inverso é também verdade no caso dos homens vítimas de agressão sexual, que podem ter vergonha de contar os pormenores da sua história de tortura a uma avaliadora do sexo feminino. Nos casos de violação, a experiência demonstra contudo que, sobretudo quando estão em causa vítimas

que permanecem sob detenção, mais do que o facto de o entrevistador ser do mesmo sexo da vítima, importa que se trate de um médico habilitado a responder às perguntas concretas que a pessoa deseje colocar (excepto nas sociedades tradicionais mais fundamentalistas em que é impensável que um homem entreviste uma mulher, muito menos que a examine). Acontece por vezes que as vítimas de violação nada dizem a uma investigadora sem formação clínica, mas pedem para falar com um médico, mesmo que do sexo masculino, a fim de lhe poderem colocar determinadas questões médicas concretas. As perguntas típicas versam sobre possíveis sequelas, como a gravidez, problemas de fertilidade ou relações sexuais futuras entre esposos. No âmbito das investigações realizadas para fins legais, a necessária atenção aos pormenores do caso e a precisão das perguntas relativas à história são facilmente vistas como sinais de desconfiança ou dúvida da parte do examinador.

270. Devido às pressões psicológicas anteriormente mencionadas, as vítimas podem ser re-traumatizadas e ficar arrasadas pelas recordações e, em resultado disto, erguer ou mobilizar fortes barreiras defensivas que se traduzem num profundo alheamento e retracção afectiva durante o exame ou entrevista. Para a documentação do caso, os comportamentos de alheamento e retracção colocam dificuldades especiais, uma vez que impedem as vítimas de tortura de comunicar eficazmente a sua história e o sofrimento por que passam, embora lhes fosse mais benéfico fazê-lo.

271. As reacções de contra-transferência são muitas vezes inconscientes e, se o avaliador não se aperceber delas, tornam-se um problema. É natural sentir emoções ao ouvir a pessoa relatar a sua experiência de tortura e, embora tais emoções possam interferir na eficácia do médico, quando compreendidas podem orientar o seu trabalho. Os médicos e psicólogos que trabalham na área da avaliação e tratamento das vítimas de tortura estão de acordo em que é fundamental ter consciência e compreender as reacções típicas da contra-transferência, uma vez que este fenómeno pode limitar a capacidade de avaliação e documentação das

consequências físicas e psicológicas da tortura. Uma documentação eficaz da tortura e outras formas de maus tratos exige que sejam claramente compreendidas as motivações pessoais que levam os profissionais a optar por esta área de trabalho. É consensual a ideia de que os profissionais que realizam continuamente este tipo de exames devem ser supervisionados e apoiados pelos seus pares com experiência na mesma área. Entre as reacções comuns de contra-transferência, contam-se:

- i) Sentimentos de evitamento, alheamento e indiferença defensiva face à exposição a informações perturbadoras. Isto pode levar a que a pessoa esqueça alguns pormenores do caso e subestime a gravidade das consequências físicas ou psicológicas;
- ii) Desilusão, impotência, desespero e sobre-identificação que podem provocar sintomas de depressão ou trauma indirecto, como pesadelos, ansiedade e medo;
- iii) Sentimentos de grandiosidade e onnipotência, julgando-se o salvador da pessoa, o grande perito no trauma ou a última esperança para a recuperação e bem-estar da vítima;
- iv) Sentimentos de insegurança quanto às suas competências profissionais quando confrontado com a gravidade da história ou sofrimento relatado. Podem manifestar-se através de falta de confiança na sua capacidade para responder às necessidades da vítima e preocupação irrealista com normas médicas idealizadas;
- v) Sentimentos de culpa por não partilhar a experiência e a dor da vítima de tortura ou por ter consciência do que não foi feito a nível político – podem conduzir a uma abordagem excessivamente sentimental ou idealizada do paciente;
- vi) Cólera e raiva perante os torcionários e perseguidores – são normais, mas podem comprometer a objectividade profissional se orientadas por experiências pessoais não admitidas, tornando-se assim crónicas ou excessivas;
- vii) Raiva ou repugnância pela vítima podem resultar do facto de a pessoa se sentir exposta a níveis de ansiedade a que não está habituada. Podem também surgir pelo facto de o avaliador se sentir usado pela vítima caso as experiências clí-

nicas permitam duvidar da veracidade do relato de tortura e a vítima tente obter uma avaliação que confirme as consequências do alegado incidente;

viii) Diferenças significativas entre os sistemas de valores culturais do médico e da presumível vítima – podem englobar a crença em mitos relativos a determinados grupos étnicos, atitudes condescendentes e subestimação do estado de desenvolvimento do paciente ou da sua capacidade de análise. Ao invés, os médicos pertencentes ao mesmo grupo étnico da vítima podem estabelecer com ela elos não verbalizados, susceptíveis de comprometer também a objectividade da avaliação.

272. A maioria dos médicos concorda que muitas reacções de contra-transferência não constituem meros exemplos de distorção, sendo antes importantes fontes de informação quanto ao estado psicológico da vítima de tortura. A eficácia do médico pode ficar comprometida quando, ao invés de reflectir sobre as sensações de contra-transferência, reage às mesmas. Aconselha-se ao pessoal clínico que trabalha na área da avaliação e tratamento das vítimas de tortura que analise os fenómenos de contra-transferência e, se possível, que procure a supervisão e o aconselhamento dos colegas.

273. As circunstâncias podem exigir que a entrevista seja conduzida por um médico pertencente a um grupo cultural ou linguístico diferente do da vítima. Nestes casos, podem adoptar-se duas abordagens diferentes, cada uma delas com vantagens e desvantagens. O entrevistador pode recorrer à tradução literal e textual de um intérprete (*vide* capítulo IV, secção I). Em alternativa, pode optar-se por uma abordagem bicultural. Esta abordagem consiste na utilização de uma equipa de entrevistadores composta pelo médico e por um intérprete, a quem cabe fazer a interpretação linguística e facilitar a compreensão dos significados culturais atribuídos aos acontecimentos, experiências, sintomas e idiomas. Uma vez que o médico muitas vezes não reconhece os factores culturais, religiosos e sociais relevantes, um intérprete competente deverá ser capaz de chamar a atenção do médico para os mesmos e explicar-lhe as questões em causa. Se o entrevistador se basear estritamente

numa interpretação literal e textual das palavras do paciente, não terá acesso a este tipo de interpretação aprofundada da informação. Por outro lado, se aos intérpretes for pedido que chamem a atenção do médico para os factores culturais, religiosos e sociais relevantes, é fundamental que não tentem influenciar de qualquer forma as respostas da vítima às perguntas que lhe são colocadas. Caso não seja utilizada a tradução literal, o médico dever-se-á assegurar de que as respostas do paciente, conforme traduzidas pelo intérprete, representam unicamente aquilo que a pessoa disse sem quaisquer adições ou supressões feitas pelo intérprete. Independentemente da abordagem escolhida, na selecção do intérprete dever-se-á ter em conta a respectiva identidade, origem étnica e cultural e filiação política. A vítima de tortura tem de confiar que o intérprete compreende o que diz e o comunica correctamente ao médico investigador. O intérprete não deverá, em circunstância alguma, ser um funcionário responsável pela aplicação da lei ou agente do Estado. Também não deve recorrer-se a membros da família da vítima para proceder à interpretação, por questões de privacidade. A equipa de investigação deverá escolher um intérprete independente.

3. COMPONENTES DA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA/ /PSIQUIÁTRICA

274. A introdução deverá indicar a fonte de referência principal, um resumo das fontes colaterais (tais como ficheiros clínicos, psiquiátricos e legais) e uma descrição dos métodos de avaliação utilizados (entrevistas, inventários de sintomas, listas de verificação e testes neuropsicológicos).

(a) RELATO DA TORTURA E MAUS TRATOS

275. Deverão ser feitos todos os esforços para documentar todo o relato de tortura, perseguição e outras experiências traumáticas relevantes (*vide* capítulo IV, secção E). Esta parte da avaliação é muitas vezes extenuante para a pessoa avaliada. Por isso, pode ser necessário levá-la a cabo em diversas sessões. A entrevista deverá começar com um resumo geral dos acontecimentos, antes de entrar nos detalhes da experiência de tortura.

O entrevistador necessita de conhecer as questões jurídicas em causa, uma vez que as mesmas irão determinar a natureza e quantidade de informação necessária para a adequada documentação dos factos.

(b) QUEIXAS PSICOLÓGICAS ACTUAIS

276. A avaliação do estado psicológico actual da pessoa constitui a parte fundamental da avaliação. Uma vez que os prisioneiros de guerra severamente maltratados e as vítimas de violação manifestam uma incidência de perturbação de stress pós-traumático permanente em cerca de 80 a 90 por cento dos casos, há que formular perguntas especificamente incidentes sobre as três categorias de perturbação de stress pós-traumático segundo a classificação do DSM-IV (reviver o acontecimento traumatizante, evitar ou reprimir as reacções, nomeadamente através da amnésia, e sobreexcitação)^{113 114}. Os sintomas afectivos, cognitivos e comportamentais devem ser descritos em detalhe, assim como a frequência dos pesadelos, alucinações e reacções de sobressalto, se possível com exemplos concretos. A ausência de sintomas pode dever-se à natureza episódica e muitas vezes diferida da perturbação de stress pós-traumático ou à negação dos sintomas por vergonha.

(c) SITUAÇÃO SUBSEQUENTE À TORTURA

277. Esta componente da avaliação psicológica visa obter informação sobre as actuais circunstâncias de vida da pessoa. É importante inquirir a respeito de actuais causas de stress, como a separação ou perda de entes queridos, abandono do país de origem e vida no exílio. O entrevistador deverá também tentar determinar a capacidade da pessoa para levar uma vida produtiva, garantir a sua subsistência e cuidar da sua família, bem como os mecanismos de apoio social ao seu dispor.

(d) SITUAÇÃO ANTERIOR À TORTURA

278. Se relevante, descreva a infância, adolescência e entrada na vida adulta da vítima, antecedentes e composição familiar e doenças de família. Deverá também ser descrito o percurso escolar e profissional da pessoa, bem como quaisquer antecedentes de trauma, por exemplo maus tratos durante a infância, traumas de guerra ou violência doméstica, e ainda o contexto cultural e religioso em que a vítima se insere.

279. A descrição da situação anterior à tortura é importante para avaliar o estado de saúde mental e nível de funcionamento psicossocial da pessoa antes dos acontecimentos traumatizantes. Desta forma, o entrevistador pode comparar o estado de saúde mental da vítima antes e depois da tortura. Na avaliação dos antecedentes do caso, o entrevistador deve ter em conta que a duração e gravidade das reacções ao trauma são influenciadas por múltiplos factores, nomeadamente os seguintes: circunstâncias da tortura; percepção e interpretação do sucedido pela vítima; contexto social antes, durante e depois da tortura; apoio da comunidade e dos colegas; valores e atitudes perante as experiências traumatizantes; factores políticos e culturais; gravidade e duração dos acontecimentos traumatizantes; vulnerabilidades genéticas e biológicas; maturidade e idade da vítima; traumas anteriores e personalidade da pessoa. Muitas vezes, devido a limitações de tempo e outros problemas, pode ser difícil obter toda esta informação. É, contudo, importante obter dados suficientes sobre o anterior estado de saúde mental da pessoa e funcionamento psicossocial, a fim de poder avaliar até que ponto a tortura contribuiu para os problemas psicológicos actuais.

(e) HISTORIAL CLÍNICO

280. O historial clínico resume as condições de saúde da pessoa anteriores ao trauma, condições de saúde actuais, dores no corpo, queixas somáticas, utilização de medicamentos e seus efeitos colaterais, antecedentes sexuais relevantes, intervenções cirúrgicas a que foi submetida e outros dados médicos (*vide* capítulo V, secção B).

¹¹³ B. O. Rothbaum e outros, "A prospective examination of post-traumatic stress disorder rape victims" [em português: "Uma análise prospectiva da perturbação de stress pós-traumático nas vítimas de violação"], *Journal of Traumatic Stress*, 5, 1992, pp. 455 a 475.

¹¹⁴ P. B. Sutker, D. K. Winstead, Z. H. Galina, "Cognitive deficits and psycho-pathology among former prisoners of war and combat veterans of the Korean conflict" [em português: "Défices cognitivos e psico-patologias entre os prisioneiros de guerra e veteranos de combate do conflito da Coreia"], *American Journal of Psychiatry*, 148, 1991, pp. 62 a 72.

(f) HISTORIAL PSIQUIÁTRICO

281. Devem tentar apurar-se quaisquer antecedentes de distúrbios mentais ou psicológicos, natureza dos problemas e tratamento seguido ou necessidade de internamento em hospital psiquiátrico. O inquérito deverá também abranger a anterior utilização terapêutica de substâncias psicotrópicas.

(g) USO E ABUSO DE SUBSTÂNCIAS TÓXICAS

282. O médico deverá interrogar o paciente sobre o uso de substâncias tóxicas antes e depois da tortura, alterações no padrão de consumo e motivos que as justificam (por exemplo, para combater a insónia ou problemas psicológicos/psiquiátricos). Consideram-se substâncias tóxicas, não apenas o álcool, *cannabis* e ópio, mas também substâncias de utilização regional, como a noz de bétete e muitas outras.

(h) EXAME DO ESTADO MENTAL

283. O exame do estado mental inicia-se no momento em que o médico entra em contacto com o sujeito. O entrevistador deverá tomar nota da aparência da pessoa, nomeadamente de quaisquer sinais de má nutrição, falta de limpeza, alterações da actividade motora durante a entrevista, utilização da linguagem, contacto visual, capacidade de estabelecer relação com o entrevistador e meios utilizados pela pessoa para comunicar. No relatório da avaliação psicológica dever-se-ão incluir todos os aspectos do exame do estado mental, abrangendo os seguintes componentes: aparência geral, actividade motora, discurso, humor e afectividade, conteúdo e processo de raciocínio, ideias de suicídio e homicídio e exame cognitivo (orientação e memória de longo, médio e curto prazo).

(i) AVALIAÇÃO DO FUNCIONAMENTO SOCIAL

284. A tortura e outras experiências traumatizantes podem afectar directa e indirectamente a capacidade funcional da pessoa. Indirectamente, a tortura pode também comprometer o funciona-

mento e provocar incapacidades, caso as consequências psicológicas da experiência limitem as capacidades da pessoa para tomar conta de si mesma, ganhar o seu sustento, manter uma família ou prosseguir os estudos. O médico deverá avaliar o actual nível de funcionamento da pessoa, inquirindo-a a respeito das suas actividades quotidianas, papel social (como dona de casa, estudante, trabalhador), actividades sociais e recreativas e percepção do respectivo estado de saúde. O entrevistador deverá pedir ao paciente que avalie o seu próprio estado de saúde, indique a presença ou ausência de sensações de fadiga crónica e assinale quaisquer alterações de que se tenha eventualmente apercebido no seu funcionamento geral.

(j) TESTES PSICOLÓGICOS E UTILIZAÇÃO DE LISTAS DE CONTROLO E QUESTIONÁRIOS

285. Pouco está publicado a respeito da utilização de testes psicológicos (testes de personalidade projectivos e objectivos) na avaliação dos sobreviventes de tortura. Para além disso, os testes psicológicos de personalidade não têm validade inter-cultural. A combinação destes factores limita em grande medida a utilidade dos testes psicológicos na avaliação das vítimas de tortura. Os testes neuropsicológicos podem, contudo, revestir-se de utilidade na avaliação dos casos de lesão cerebral resultante de tortura (*vide* secção C.4, *infra*). Um sobrevivente de uma experiência de tortura poderá ter dificuldade em exprimir por palavras as suas próprias experiências e sintomas. Em determinados casos, pode ser conveniente utilizar listas de controlo ou questionários sobre experiências traumatizantes e sintomas. Existem inúmeros modelos disponíveis, embora nenhum específico para vítimas de tortura.

(k) IMPRESSÃO CLÍNICA

286. Na formulação de uma impressão clínica para a documentação de indícios psicológicos de tortura, dever-se-ão colocar as seguintes questões importantes:

i) As constatações do exame psicológico são conformes aos factos de tortura alegados?

ii) As constatações do exame psicológico constituem reacções habituais ou típicas de situações de stress intenso dentro do contexto cultural e social da pessoa?

iii) Dada a natureza evolutiva dos distúrbios mentais de origem traumática, a que momento remonta a tortura? Em que ponto do processo de recuperação se encontra o indivíduo?

iv) Que factores de stress concomitantes actuam simultaneamente sobre o indivíduo (por exemplo, situação de perseguição em curso, migração forçada, exílio, perda da família e do papel social)? Que impacto têm estes factores sobre a pessoa?

v) Que problemas físicos intervêm no quadro clínico? Preste especial atenção a lesões cranianas sofridas durante a sessão de tortura ou período de detenção;

vi) O quadro clínico sugere uma falsa alegação de tortura?

287. Os médicos deverão pronunciar-se sobre a coerência das observações psicológicas e sua relação com os alegados maus tratos. Dever-se-ão descrever os seguintes parâmetros: estado emocional e expressão da pessoa durante a entrevista; seus sintomas; relato da situação de detenção e tortura; história pessoal do indivíduo antes da tortura. Também deverão ser registados factores como o surgimento de sintomas específicos relacionados com o traumatismo, especificidade de quaisquer observações psicológicas em concreto e padrões de funcionamento psicológico. Entre os factores adicionais a ter em conta, incluem-se a migração forçada, reinstalação, dificuldades de aculturação, problemas linguísticos, desemprego, perda do lar, família e estatuto social. Dever-se-á avaliar e descrever a relação e coerência entre os acontecimentos e os sintomas. Os problemas físicos, tais como traumatismos cranianos ou lesões cerebrais, podem exigir uma avaliação mais aprofundada. Pode recomendar-se a realização de exames neurológicos ou neuropsicológicos.

288. Caso o sobrevivente de tortura apresente sintomas que se enquadrem num dos diagnósticos psiquiátricos das classificações DSM-IV ou CID-10, o diagnóstico em causa deverá ser men-

cionado. Pode ser aplicável mais do que um diagnóstico. Deverá salientar-se de novo que, embora um diagnóstico de perturbação mental de origem traumática corrobore a alegação de tortura, o facto de a pessoa não satisfazer os critérios de diagnóstico psiquiátrico não permite concluir pela falsidade das alegações. A vítima pode não apresentar sintomas que correspondam exactamente a uma das categorias mencionadas nas classificações DSM-IV ou CID-10. Nestes casos, como em todos os outros, os sintomas apresentados pela pessoa e os maus tratos alegados devem ser considerados como um todo. O grau de conformidade entre o relato de tortura e os sintomas de que a vítima se queixa deverão ser avaliados e descritos no relatório.

289. É importante reconhecer que algumas pessoas apresentam falsas alegações de tortura por diversos motivos diferentes e que outras podem exagerar a gravidade do incidente por razões pessoais ou políticas. O investigador deve ter sempre presente estas possibilidades e tentar identificar eventuais motivos que possam levar o sujeito a inventar ou exagerar a história. O médico deverá também ter em conta, contudo, que tal invenção dos factos exige um conhecimento aprofundado dos sintomas de origem traumática que um leigo raramente possui. As incoerências do relato podem dever-se a uma multiplicidade de razões válidas, como problemas de memória derivados de lesão cerebral, confusão, dissociação, diferenças culturais na percepção do tempo ou fragmentação e repressão das memórias traumatizantes. A documentação eficaz dos indícios psicológicos da tortura exige que o médico tenha a capacidade de avaliar as coerências e incoerências do testemunho da vítima. Se o entrevistador suspeitar de que a história foi fabricada, deverá marcar novas entrevistas para esclarecer os pontos que lhe suscitam dúvidas. Os familiares e amigos podem também confirmar determinados factos. Se, depois de todas estas diligências, as dúvidas quanto à veracidade da história persistirem, o médico deverá tomar a iniciativa de encaminhar o paciente para outro médico e pedir a opinião do colega. A suspeita de falsas alegações deverá ser documentada com o parecer de dois médicos.

(I) RECOMENDAÇÕES

290. As recomendações resultantes da avaliação psicológica dependem da questão colocada aquando do pedido de realização do exame. As questões em causa podem ter a ver com questões jurídicas e judiciais, pedidos de asilo, reinstalação ou necessidade de tratamento. Pode recomendar-se a realização de avaliações mais aprofundadas, como testes neuropsicológicos, sujeição a tratamento médico ou psiquiátrico, ou a concessão de asilo ou medidas de segurança.

4. AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA

291. A neuropsicologia clínica é uma ciência aplicada que se ocupa das expressões comportamentais das disfunções cerebrais. A avaliação neuropsicológica, em particular, ocupa-se da medição e classificação dos distúrbios comportamentais associados às lesões orgânicas do cérebro. Esta disciplina é desde há muito considerada útil para fazer a distinção entre os problemas neurológicos e psicológicos e orientar o tratamento e a reabilitação dos pacientes que sofrem as consequências de diversos tipos de lesões cerebrais. As avaliações neuropsicológicas das vítimas de tortura não são frequentes e, até à data, não existem quaisquer estudos neuropsicológicos publicados sobre este grupo de pessoas em concreto. As observações que se seguem limitam-se, assim, a invocar os princípios gerais nos quais os profissionais de saúde se podem apoiar para compreender a utilidade e as indicações de avaliação neuropsicológica de uma presumível vítima de tortura. Antes de entrar na discussão da utilidade e indicações da avaliação neuropsicológica, é fundamental reconhecer as limitações do processo nesta população.

(a) LIMITAÇÕES DA AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA

292. Existem diversos factores que dificultam de forma geral a avaliação das vítimas de tortura e que são referidos noutras partes do presente manual. Estes factores aplicam-se à avaliação neuropsicológica da mesma forma que aos exames médicos ou psicológicos. As avaliações neuropsicológicas podem ser condicionadas por vários factores adi-

cionais, incluindo a falta de estudos específicos sobre as vítimas de tortura, a utilização de normas de referência elaboradas para determinados grupos em particular, as diferenças culturais e linguísticas e o risco de re-traumatização das vítimas.

293. Conforme *supra* referido, encontram-se muito poucas referências específicas à avaliação neuropsicológica das vítimas de tortura na literatura existente. Os únicos documentos pertinentes na matéria versam sobre os diversos tipos de traumatismos cranianos e a avaliação neuropsicológica da perturbação de stress pós-traumático em geral. Por isso, as considerações seguintes e sua interpretação baseiam-se necessariamente na aplicação de princípios gerais utilizados com outros grupos de pacientes.

294. A avaliação neuropsicológica, tal como tem sido desenvolvida e praticada nos países ocidentais, baseia-se sobretudo numa metodologia actuarial. Trata-se essencialmente de comparar os resultados de uma série de testes estandardizados com as normas vigentes numa determinada população-tipo.

¹¹⁵ A. R. Luria e L. V. Majovski, "Basic approaches used in American and Soviet clinical neuropsychology" [em português: "Abordagens básicas utilizadas na neuropsicologia clínica americana e soviética"], *American Psychologist*, 32 (11), 1977, pp. 959 a 968.

¹¹⁶ R. J. Ivnik, "Overstatement of differences" [em português: "Sobrevalorização das diferenças"], *American Psychologist*, 33 (8), 1978, pp. 766 a 767.

Embora as interpretações da avaliação neuropsicológica realizadas com base em normas possam ser completadas com uma análise qualitativa dos resultados, em particular quando a situação clínica o exige, a abordagem actuarial continua a ser predominante¹¹⁵ ¹¹⁶. Para além disso, o trabalho com base em resultados de testes faz-se sobretudo nos casos de lesões cerebrais ligeiras a moderadas, e não nas situações de lesão grave, ou quando se julga que os défices neuropsicológicos são consequência de distúrbios psiquiátricos.

295. As diferenças culturais e linguísticas podem limitar significativamente a utilidade e aplicabilidade da avaliação neuropsicológica às presumíveis vítimas de tortura. As avaliações neuropsicológicas têm uma validade muito questionável quando não existem traduções normalizadas dos testes e o médico examinador não domina a língua do paciente. Se estes dois requisitos não estiverem

preenchidos, não será de todo possível realizar testes orais nem interpretá-los de forma adequada. Isto significa que apenas se poderá recorrer a testes não verbais, o que impede a comparação entre as faculdades verbais e não verbais. Para além disso, a análise da lateralização (ou localização) dos défices torna-se mais difícil. E esta análise é muitas vezes importante devido à organização assimétrica do cérebro, em que o hemisfério esquerdo domina tipicamente a função da fala. Se não existirem normas de referência específicas do grupo cultural e linguístico do sujeito, a validade da avaliação neuropsicológica é também questionável. A estimativa do QI é um dos principais critérios que permitem aos examinadores colocar os resultados dos testes na perspectiva correcta. Assim, por exemplo, na população dos Estados Unidos estas estimativas calculam-se em geral a partir de subgrupos de testes verbais que utilizam as escalas de Wechsler, em particular a sub-escala de informação, porque, na presença de lesão cerebral orgânica, os conhecimentos factuais adquiridos são menos susceptíveis de sofrer deterioração do que as restantes funções e mais representativos da anterior capacidade de aprendizagem do que outros padrões de medida. As medições podem também basear-se nos antecedentes escolares e profissionais, e nos dados demográficos. Obviamente, nenhuma destas considerações é aplicável às pessoas pertencentes a grupos relativamente aos quais não tenham sido determinadas normas de referência. Por isso, nestes casos só podem ser feitas estimativas muito grosseiras do funcionamento intelectual anterior ao trauma. Consequentemente, as incapacidades neuropsicológicas que não cheguem a ser graves ou moderadas podem ser difíceis de interpretar.

296. As avaliações neuropsicológicas podem provocar novos traumas às vítimas de tortura. Devem ser tomadas todas as precauções com os procedimentos de diagnóstico empregues para minimizar este risco (*vide* capítulo IV, secção H). Para dar apenas um exemplo óbvio e específico da avaliação neuropsicológica, seria potencialmente muito prejudicial submeter a pessoa ao processo normal da bateria Halstead-Reitan, e em particular ao Teste de Desempenho Táctil (Tactual Performance Test

– TPT), vendando os olhos do paciente como é habitual. Para a maior parte das vítimas de tortura que tenham sido vendadas durante o período de detenção e tortura, e mesmo para as que o não tenham sido, seria muitíssimo traumatizante experimentar a sensação de impotência inerente a este procedimento. Na verdade, qualquer tipo de teste neuropsicológico pode ser problemático em si mesmo, independentemente do instrumento utilizado. O facto de a pessoa se sentir observada, ver o seu tempo cronometrado e ser instada a colocar o máximo de esforço no desempenho de uma tarefa que não lhe é familiar, em vez de dialogar, pode tornar-se demasiado angustiante ou evocar a experiência de tortura.

(b) INDICAÇÕES PARA A AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA

297. Na avaliação dos problemas comportamentais das presumíveis vítimas de tortura, a avaliação neuropsicológica está indicada sobretudo em duas situações: lesões cerebrais e perturbação de stress pós-traumático e lesões afins. Embora ambos os problemas tenham aspectos em comum, e muitas vezes coincidentes, apenas o primeiro constitui uma aplicação típica e tradicional da neuropsicologia clínica, ao passo que o segundo é uma área relativamente nova, pouco estudada e bastante problemática.

298. As lesões do cérebro e danos cerebrais daí resultantes podem derivar de diversos tipos de traumatismos cranianos e distúrbios metabólicos infligidos durante os períodos de perseguição, detenção e tortura. Aqui se incluem feridas de bala, sequelas de envenenamento, malnutrição resultante de privação de alimentos ou ingestão forçada de substâncias nocivas, sequelas de hipoxia ou anoxia resultantes de asfixia ou quase afogamento e, mais frequentemente, de pancadas na cabeça aplicadas durante sessões de espancamento. As pancadas na cabeça são uma prática corrente em situações de detenção e tortura. Por exemplo, um estudo realizado junto de uma amostra de vítimas de tortura revelou que as pancadas na cabeça eram indicadas como a segunda forma mais frequente de violência física (45 por cento), logo depois das pancadas no corpo (58 por

cento)¹¹⁷. A incidência de lesões cerebrais é elevada entre as vítimas de tortura.

¹¹⁷ H. C. Traue, G. Schwarz-Langer, N. F. Gurrís, "Extremtraumatisierung durch Folter. Die psychotherapeutische Arbeit der Behandlungszentren für Folteropfer", *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 1, 1997, pp. 41 a 62.

299. As lesões cerebrais internas causadoras de incapacidades permanentes ligeiras a moderadas são porventura a causa mais frequentemente observada de distúrbios neuropsicológicos. Embora os ferimentos possam deixar cicatrizes na cabeça, em geral as lesões cerebrais não são detectáveis através das técnicas de imagiologia cerebral. As lesões cerebrais de grau ligeiro a moderado podem passar despercebidas ou ser subestimadas pelos profissionais de saúde mental devido ao facto de os sintomas de depressão ou perturbação de stress pós-traumático dominarem o quadro clínico, o que leva a que seja prestada menos atenção às eventuais consequências de um traumatismo craniano. As vítimas de tortura queixam-se frequentemente de dificuldades de atenção, concentração e memória a curto prazo, que tanto podem resultar de lesões cerebrais como de perturbação de stress pós-traumático. O facto de estas serem queixas comuns entre as vítimas afectadas pela perturbação de stress pós-traumático pode levar a que o clínico nem chegue a colocar a hipótese de lesão cerebral.

300. Na fase inicial do exame, o diagnóstico deverá basear-se no relato que a pessoa faz dos traumatismos sofridos e evolução da sintomatologia. Como acontece geralmente com as pessoas que sofrem de lesões cerebrais, a informação prestada por terceiras partes, em particular familiares, pode revelar-se importante. Deve recordar-se que as pessoas afectadas por lesões cerebrais têm muitas vezes grandes dificuldades em verbalizar ou mesmo constatar as suas limitações uma vez que estão, por assim dizer, "dentro" do problema. A determinação do carácter crónico dos sintomas pode ser um ponto de partida útil para tentar estabelecer se os mesmos resultam de lesões orgânicas do cérebro ou de uma perturbação de stress pós-traumático. Se os problemas de atenção, concentração e memória flutuam ao longo do tempo em função dos níveis de ansiedade e depressão, provavelmente estar-se-á em presença de um caso de perturbação de stress pós-traumático. Pelo con-

trário, se os distúrbios parecem ser crónicos, não apresentam flutuações e são confirmados por membros da família, deve colocar-se a hipótese de disfunção orgânica, mesmo que, num primeiro momento, não haja alegação clara de traumatismo craniano.

301. Havendo suspeita de lesão orgânica do cérebro, o profissional de saúde mental deverá, em primeiro lugar, considerar a possibilidade de encaminhar a pessoa para um médico a fim de que este proceda a um exame neurológico mais detalhado. Em função das suas observações iniciais, o médico poderá então consultar um neurologista ou prescrever a realização de testes de diagnóstico. Entre as opções a considerar, incluem-se a realização de *check-up* médico completo, consulta neurológica específica e avaliação neuropsicológica. O recurso aos métodos de avaliação neuropsicológica é geralmente indicado caso não existam indícios de perturbação neurológica grave, se os sintomas observados forem de natureza predominantemente cognitiva ou se houver necessidade de estabelecer um diagnóstico diferencial entre lesão cerebral e perturbação de stress pós-traumático.

302. A selecção dos testes e procedimentos neuropsicológicos está sujeita às limitações acima indicadas e não pode, por isso, utilizar-se uma bateria de testes normalizada, devendo antes optar-se por uma abordagem individualizada e adaptada às características do paciente. A flexibilidade necessária na selecção de testes e procedimentos exige considerável experiência, conhecimentos e cuidado por parte do examinador. Tal como acima referido, o conjunto de instrumentos a utilizar ver-se-á frequentemente limitado a provas não orais, sendo provável que as características psicométricas de quaisquer testes normalizados sejam afectadas caso não existam normas de referência aplicáveis à pessoa em causa. A ausência de avaliação oral constitui um sério obstáculo. Muitas áreas do funcionamento cognitivo são mediadas através da linguagem e recorre-se tipicamente à comparação sistemática entre os diversos parâmetros verbais e não verbais para chegar a conclusões quanto à natureza dos défices.

303. A questão complica-se ainda mais pelo facto de se registarem diferenças significativas nos resultados dos testes não verbais aplicados a grupos pertencentes a culturas relativamente próximas. Por exemplo, foram comparados os resultados de uma pequena bateria de testes neuropsicológicos aplicada a duas amostras populacionais de 118 idosos cada, sendo um dos grupos composto por pessoas de língua inglesa e outro por pessoas de língua espanhola¹¹⁸. As amostras foram seleccionadas ao acaso entre populações demograficamente similares. E, no entanto, embora os resultados dos testes verbais tenham sido análogos, as pessoas de língua espanhola obtiveram resultados significativamente mais baixos em quase todos os testes não verbais. Estes resultados sugerem a necessidade de tomar as maiores precauções na aplicação de testes verbais e não verbais elaborados por sujeitos anglófonos a pessoas não anglófonas.

¹¹⁸ D. M. Jacobs e outros, "Cross-cultural neuropsychological assessment: a comparison of randomly selected, demographically matched cohorts of English and Spanish-speaking older adults" [em português: "Avaliação neuropsicológica inter-cultural: uma comparação de grupos de idosos de língua inglesa e língua espanhola escolhidos ao acaso entre populações demograficamente similares"], *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 19 (3), 1997, pp. 331 a 339.

304. A escolha dos instrumentos e procedimentos de avaliação neuropsicológica das alegadas vítimas de tortura deve ser deixado ao critério do médico, que fará a sua opção em função das exigências e condicionalismos da situação. A utilização eficaz de testes neuropsicológicos exige experiência e conhecimentos aprofundados das relações entre o cérebro e o comportamento. Podem encontrar-se listas completas dos procedimentos e testes de avaliação neuropsicológica e formas de os utilizar correctamente na bibliografia de referência¹¹⁹.

¹¹⁹ O. Spreen e E. Strauss, *A Compendium of Neuropsychological Tests* [em português: *Compêndio de Testes Neuropsicológicos*], Nova Iorque, Oxford University Press.

(c) PERTURBAÇÃO DE STRESS PÓS-TRAUMÁTICO

305. Das considerações acima expostas, resulta claramente que deverão ser tomadas as maiores precauções na avaliação de disfunções cerebrais das alegadas vítimas de tortura. Estas precauções são ainda mais necessárias no diagnóstico da perturbação de stress pós-traumático através da avaliação neuropsicológica. Mesmo que existam normas de

referência aplicáveis à população a que pertencem as vítimas em causa, colocam-se grandes dificuldades. A perturbação de stress pós-traumático constitui um distúrbio psiquiátrico que não é tradicionalmente objecto de avaliação neuropsicológica. Para além disso, a perturbação de stress pós-traumático não se presta à aplicação do modelo clássico de análise das lesões cerebrais identificáveis e susceptíveis de confirmação através de técnicas médicas. Recentemente, os paradigmas neuropsicológicos têm vindo a ser invocados com mais frequência do que no passado, devido ao interesse acrescido pelos mecanismos biológicos associados aos distúrbios psiquiátricos em geral, e progressos alcançados na compreensão dos mesmos. Contudo, como já foi dito: "[...] até à data, pouco se escreveu sobre a perturbação de stress pós-traumático sob uma perspectiva neuropsicológica"¹²⁰.

¹²⁰ J. A. Knight, "Neuropsychological assessment in post-traumatic stress disorder" [em português: "Avaliação neuropsicológica na perturbação de stress pós-traumático"], *Assessing Psychological Trauma and PTSD*, J. P. Wilson e T. M. Keane, eds., Nova Iorque, Guilford, 1997.

306. As amostras utilizadas no estudo das medições neuropsicológicas da perturbação de stress pós-traumático variam bastante, o que pode contribuir para a variação dos problemas cognitivos identificados por tais estudos. Alguns autores consideraram que "as observações clínicas sugerem que os sintomas da perturbação de stress pós-traumático coincidem na sua maioria com os domínios neurocognitivos da atenção, memória e funcionamento executivo". Isto está de acordo com as queixas frequentemente manifestadas pelos sobreviventes de tortura. Estas pessoas queixam-se de dificuldades de concentração e de se sentirem incapazes de reter informação e de desenvolverem actividades planeadas e orientadas para objectivos concretos.

307. Os métodos de avaliação neuropsicológica permitem, em princípio, detectar défices neurocognitivos associados à perturbação de stress pós-traumático, embora a especificidade destes défices seja mais difícil de determinar. Alguns estudos confirmaram a presença de tais défices em pessoas afectadas pela perturbação de stress pós-traumático, por comparação com os exames gerais, mas as observações não puderam ser confirmadas por

exames psiquiátricos equiparados^{121 122}. Por outras palavras, é provável que os testes neuropsicológicos detectem os défices neurocognitivos associados ao stress pós-traumático, mas sejam insuficientes para diagnosticar a perturbação de stress pós-traumático em si mesma. Como acontece com muitos outros tipos de avaliação, a interpretação dos resultados dos testes deverá ter em conta as informações recolhidas nas entrevistas e eventuais testes de personalidade. Neste sentido, os métodos específicos de avaliação neuropsicológica podem contribuir para o diagnóstico da perturbação de stress pós-traumático da mesma forma que o fazem no caso de outros distúrbios psiquiátricos associados a défices neurocognitivos conhecidos.

¹²¹ J. E. Dalton, S. L. Pederson, J. J. Ryan, "Effects of post-traumatic stress disorder on neuropsychological test performance" [em português: "Consequências da perturbação de stress pós-traumático no desempenho em testes neuropsicológicos"], *International Journal of Clinical Neuropsychology*, 11 (3), 1989, pp. 121 a 124.

¹²² T. Gil e outros, "Cognitive functioning in post-traumatic stress disorder" [em português: "Funcionamento cognitivo na perturbação de stress pós-traumático"], *Journal of Traumatic Stress*, 3 (1), 1990, pp. 29 a 45.

308. Apesar das suas significativas limitações, a avaliação neuropsicológica poderá ser útil para avaliar os indivíduos que se suspeite padecerem de lesões cerebrais e para distinguir as lesões cerebrais da perturbação de stress pós-traumático. Poderá também recorrer-se à avaliação neuropsicológica para avaliar sintomas específicos, tais como problemas de memória resultantes da perturbação de stress pós-traumático e distúrbios associados.

5. CRIANÇAS E TORTURA

309. A tortura pode afectar as crianças directa ou indirectamente. O impacto pode fazer-se sentir devido ao facto de a própria criança ter sido torturada ou detida, ter testemunhado actos de tortura ou violência ou de os seus pais ou familiares próximos terem sido vítimas de tortura. Quando as pessoas em torno da criança são torturadas, este facto repercute-se sobre a criança, pelo menos indirectamente, uma vez que a tortura afecta toda a família e comunidade em que as vítimas se inserem. O estudo aprofundado do impacto da tortura sobre as crianças e orientações completas para a avaliação de crianças sujeitas a tortura está para além do âmbito do presente manual. No entanto, podem resumir-se alguns pontos essenciais.

310. Em primeiro lugar, ao examinar uma criança que se suspeita tenha sido vítima ou testemunha de tortura, o médico dever-se-á assegurar de que a criança recebe o apoio adequado e se sente segura durante o exame. Isto pode exigir a presença de um dos progenitores ou pessoa de confiança durante a avaliação. Em segundo lugar, o médico deverá ter presente que as crianças muitas vezes não exprimem verbalmente as suas emoções e pensamentos relacionados com o trauma, fazendo-o antes através do respectivo comportamento¹²³. O grau de verbalização dos pensamentos e sentimentos depende da idade da criança, do seu nível de desenvolvimento e de outros factores, tais como a dinâmica familiar, características de personalidade e normas culturais.

¹²³ C. Schlar, "Evaluation and documentation of psychological evidence of torture" [em português: "Avaliação e documentação dos indícios psicológicos da tortura"], documento não publicado, 1999.

311. Caso a criança tenha sido vítima de abuso sexual ou agressão física, é importante que, sempre que possível, seja observada por um especialista em maus tratos infantis. O exame genital de crianças, susceptível de provocar traumas, deverá ser realizado por médicos com experiência na interpretação dos resultados da observação. Por vezes convém gravar em vídeo o exame, a fim de que outros peritos possam dar o seu parecer sobre os indícios físicos detectados sem que a criança tenha de ser submetida a novo exame. Se for necessário levar a cabo um exame genital ou anal completo, pode ser preferível submeter a criança a anestesia geral. Para além disto, o examinador deve ter presente que o próprio exame pode evocar reminiscências da agressão e é possível que a criança passe por um processo de descompensação psicológica ou tenha reacções violentas no decorrer do mesmo.

(a) CONSIDERAÇÕES RELATIVAS AO NÍVEL DE DESENVOLVIMENTO

312. A reacção da criança perante a tortura depende da respectiva idade, estado de desenvolvimento e capacidades cognitivas. Quanto mais jovem for a criança, mais a sua experiência e compreensão dos factos será influenciada pelas reacções e atitudes imediatas das pessoas que dela se

ocupam depois dos acontecimentos¹²⁴. No caso de crianças com idade inferior a três anos que tenham experimentado ou sido testemunhas de tortura, as pessoas em seu redor desempenham um papel fundamental de protecção e tranquilização¹²⁵. As reacções das crianças muito jovens às experiências traumatizantes passam frequentemente pela sobreexcitação, manifestada através de agitação, perturbações do sono, irritabilidade e reacções de hipervigilância e evitamento. As crianças com idade superior a três anos tendem frequentemente a alhear-se e recusar-se a falar directamente sobre as experiências traumatizantes. A capacidade de expressão verbal aumenta em função do grau de desenvolvimento. Uma evolução acentuada regista-se quando a criança atinge a fase operativa concreta (por volta dos 8-9 anos de idade), altura em que desenvolve a capacidade de fornecer uma cronologia fidedigna dos acontecimentos. Durante esta fase, desenvolvem-se as capacidades operativas concretas, temporais e espaciais¹²⁶. Estas novas competências são ainda frágeis e, em geral, as crianças só desenvolvem a capacidade de construir constantemente uma narrativa coerente por volta dos 12 anos de idade, ao atingir a fase operativa formal. A adolescência representa um período de desenvolvimento turbulento, durante o qual as consequências da tortura podem variar consideravelmente de pessoa para pessoa. Em determinados casos, as experiências de tortura podem causar profundas alterações de personalidade nos adolescentes, que se traduzem em comportamentos anti-sociais¹²⁷. Noutros, o impacto poderá ser similar ao observado em crianças mais jovens.

(b) CONSIDERAÇÕES CLÍNICAS

313. As crianças podem apresentar sintomas da perturbação de stress pós-traumático, similares aos observados nos adultos. Porém, o médico

dever-se-á basear mais na observação do comportamento da criança do que na sua expressão verbal^{128 129 130 131}. Por exemplo, a criança pode revelar sintomas de estar a reviver o trauma, o que se manifesta através de brincadeiras monótonas e repetitivas que representam aspectos do acontecimento traumático, memórias visuais dos factos durante ou fora das brincadeiras, perguntas ou declarações repetitivas sobre o acontecimento traumatizante e pesadelos. A criança pode desenvolver enurese nocturna, perda de controlo das funções intestinais, alheamento social e afectivo, mudanças de atitude perante ela própria e perante os outros e sentimentos de que não existe qualquer futuro. Pode também ser afectada por sobreexcitação e terrores nocturnos, problemas em ir para a cama, perturbações do sono, hiper-vigilância, irritabilidade e transtornos significativos de atenção e concentração. Temores e comportamentos agressivos que não se verificavam antes do acontecimento traumatizante podem manifestar-se sob a forma de agressividade para com as outras crianças, adultos ou animais, medo do escuro, medo de ir à casa de banho e fobias. A criança pode revelar um comportamento sexual pouco adequado à sua idade e desenvolver reacções somáticas. Podem também surgir sintomas de ansiedade, como um medo exagerado de estranhos ou de ser separado de familiares próximos, pânico, agitação, acessos de cólera e choro incontrolável, bem como distúrbios de ordem alimentar.

(c) PAPEL DA FAMÍLIA

314. A família desempenha um importante papel dinamizador na persistência da sintomatologia nas crianças. Para preservar a coesão familiar, podem surgir comportamentos disfuncionais e fenómenos de delegação de papéis. A determinados membros da família, frequentemente crianças, pode ser atribuído o papel de paciente com o desenvolvimento de perturbações graves. Por

¹²⁴ Ottino S. von Overbeck, "Familles victimes de violences collectives et en exil: quelle urgence, quel modèle de soins? Le point de vue d'une pédopsychiatre" [em português: "Famílias vítimas de violências colectivas e em exílio: que urgência, que modelo de tratamento? O ponto de vista de uma pedopsiquiatra"], La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, 14, 1998, pp. 35 a 39.

¹²⁵ M. Grappe, "La guerre en ex-Yougoslavie: un regard sur les enfants réfugiés" [em português: "A guerra na ex-Yougoslavia: um olhar sobre as crianças refugiadas"], Psychiatrie humanitaire en ex-Yougoslavie et en Arménie. Face au traumatisme, M. R. Moro e S. Lebovici eds., Paris, PUF, 1995.

¹²⁶ J. Piaget, La naissance de l'intelligence chez l'enfant [em português: O Nascimento da inteligência na criança], Neuchâtel, Delachaux e Niestlé, 1977.

¹²⁷ Vide nota 125.

¹²⁸ L. C. Terr, "Childhood traumas: an outline and overview" [em português: "Traumas de infância: resumo e panorâmica geral"], American Journal of Psychiatry, 148, 1991, pp. 10 a 20.

¹²⁹ National Center for Infants, Toddlers and Families, Zero to Three, 1994.

¹³⁰ F. Sironi, "On torture un enfant, ou les avatars de l'ethnocentrisme psychologique" [em português: Tortura de crianças, ou as doenças do etnocentrismo psicológico], Enfances, 4, 1995, pp. 205 a 215.

¹³¹ L. Bailly, "Les catastrophes et leurs conséquences psychotraumatiques chez l'enfant" [em português: As catástrofes e suas consequências psicotraumáticas na criança], Paris, ESF, 1996.

vezes, pode haver tendência a super proteger a criança ou a ocultar-lhe factos importantes relativos ao trauma. Noutros casos, pode atribuir-se à criança um papel parental ou esperar-se que ela cuide dos pais. Caso a criança não seja vítima directa da tortura, mas se veja apenas indirectamente afectada, os adultos tendem muitas vezes a subestimar as consequências sobre a psique e o desenvolvimento da criança. Uma criança cujos entes queridos sejam perseguidos, violados, tor-

turados, ou que testemunhe actos de tortura ou outros acontecimentos altamente traumatizantes, pode desenvolver ideias disfuncionais, como a convicção de que é responsável pelo sucedido ou de que tem de suportar o fardo dos seus pais. Este tipo de ideias pode originar problemas duradouros como sentimentos de culpa, conflitos de lealdade e problemas de desenvolvimento e de amadurecimento até à idade adulta independente.

Anexo I

Princípios sobre a Investigação e Documentação Eficazes da Tortura e Outras penas ou Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes¹³²

1. Entre os objectivos de uma investigação e documentação eficazes da tortura e outras penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes (de ora em diante designados por tortura ou outros maus tratos), contam-se os seguintes:

¹³² A Comissão dos Direitos do Homem, na sua resolução 2000/43, e a Assembleia Geral, na sua resolução 55/89, chamaram a atenção dos Governos para os Princípios e encorajaram fortemente os Governos a reflectirem sobre os mesmos enquanto instrumento útil nos esforços para combater a tortura.

a) esclarecimento dos factos e estabelecimento e reconhecimento da responsabilidade individual e estadual perante as vítimas e suas famílias;

b) identificação das medidas necessárias para prevenir que os factos se repitam;

c) facilitação do exercício da acção penal ou, sendo caso disso, da aplicação de sanções disciplinares, contra as pessoas cuja responsabilidade se tenha apurado na sequência do inquérito; e demonstrar a necessidade de plena reparação e ressarcimento por parte do Estado, incluindo a necessidade de atribuir uma indemnização justa e adequada e de disponibilizar os meios necessários ao tratamento médico e à reabilitação.

2. Os Estados deverão garantir que todas as queixas e denúncias de tortura ou maus tratos sejam pronta e eficazmente investigadas. Mesmo na ausência de uma denúncia expressa, deverá ser instaurado um inquérito caso existam outros indícios de que possam ter ocorrido actos de tortura ou maus tratos. Os investigadores, que deverão ser

independentes dos suspeitos e dos organismos a que estes pertencem, devem ser competentes e imparciais. Deverão ter acesso a perícias efectuadas por médicos ou outros peritos independentes, ou dispor da faculdade de ordenar a realização de tais perícias. Os métodos utilizados para levar a cabo o inquérito deverão respeitar as mais exigentes normas profissionais e os resultados obtidos deverão ser tornados públicos.

3. a) A autoridade responsável pelo inquérito deverá dispor de poderes para obter toda a informação necessária à investigação e estar obrigada a procurá-la¹³³. As pessoas que conduzem a investigação deverão ter ao seu dispor todos os recursos financeiros e técnicos necessários a uma investigação eficaz. Deverão dispor também de competência para obrigar todos os funcionários presumivelmente implicados na prática de tortura ou maus tratos a comparecer nos interrogatórios. O mesmo se aplicara relativamente a quaisquer testemunhas. Para este fim, a autoridade responsável pelo inquérito deverá estar habilitada a intimar as testemunhas, incluindo quaisquer funcionários alegadamente envolvidos, e a exigir a apresentação de provas.

¹³³ Em determinadas circunstâncias, a deontologia profissional poderá obrigar a que a informação se mantenha confidencial, o que deve ser respeitado.

b) As alegadas vítimas de tortura ou maus tratos, testemunhas, investigadores e suas famílias deverão ser protegidos contra a violência, ameaças

de violência ou qualquer outra forma de intimidação a que possam estar expostos em resultado do inquérito. Os suspeitos de implicação em actos de tortura ou maus tratos deverão ser afastados de qualquer posição de controlo ou comando, directo ou indirecto, sobre os queixosos, testemunhas e suas famílias, bem como sobre as pessoas que realizam a investigação.

4. As alegadas vítimas de tortura ou maus tratos e seus representantes legais deverão ser informados da realização de qualquer audiência e ter acesso a ela, bem como a toda a informação relativa ao inquérito, e dispor do direito de apresentar outras provas.

5. *a)* Nos casos em que os ¹³⁴ *Vide nota de rodapé supra.* procedimentos de inquérito se revelem inadequados por falta de capacidade técnica, possível falta de imparcialidade, indícios da existência de abusos sistemáticos ou outros motivos relevantes, os Estados deverão garantir que as investigações sejam levadas a cabo por uma comissão de inquérito independente ou mecanismo análogo. Os membros desta comissão deverão ser seleccionados com base na sua reconhecida imparcialidade, competência e independência pessoal. Deverão, em particular, ser independentes de quaisquer suspeitos e das instituições ou agências a que estes pertençam. A comissão deverá ser dotada de competência para obter toda a informação necessária e deverá conduzir o inquérito em conformidade com os presentes Princípios¹³⁴.

b) Num prazo razoável, deverá ser elaborado um relatório escrito do qual conste o âmbito do inquérito instaurado, os procedimentos e métodos utilizados na apreciação das provas, bem como as conclusões e recomendações elaboradas com base nos factos apurados e no direito aplicável. Este relatório deverá ser tornado público logo que se encontre concluído. O relatório deverá também descrever em detalhe os factos concretos que se provou terem acontecido e as provas com base nas quais foram apurados, bem como indicar os nomes das testemunhas que prestaram declarações, à excepção daquelas cuja identidade não tenha

sido divulgada para sua própria protecção. O Estado deverá dar resposta ao relatório num prazo razoável e, se necessário, indicar as medidas a adoptar na sequência do mesmo.

6. *a)* Os peritos médicos envolvidos na investigação da tortura ou dos maus tratos deverão pautar a sua conduta, em todos os momentos, de acordo com os princípios éticos mais rigorosos, devendo, em particular, obter o consentimento esclarecido da pessoa em causa antes da realização de qualquer exame. Os exames deverão ser efectuados em conformidade com as regras estabelecidas de prática médica. Em particular, os exames deverão ser efectuados em privado, sob o controlo do perito médico e nunca na presença de agentes de segurança ou outros funcionários governamentais.

b) O perito médico deverá elaborar imediatamente um relatório escrito rigoroso. Este relatório deverá incluir, no mínimo, os seguintes elementos:

i) Circunstâncias da entrevista: nome da pessoa examinada e nome e função de todos quantos estejam presentes no exame; hora e data exactas do exame; localização, natureza e morada (incluindo, se necessário, a sala) da instituição onde se realiza o exame (por exemplo, estabelecimento prisional, clínica, casa particular); condições em que se encontra a pessoa no momento do exame (por exemplo, natureza de quaisquer restrições que lhe tenham sido impostas aquando da chegada ao local do exame ou no decurso do mesmo, presença de forças de segurança durante o exame, comportamento das pessoas que acompanham o detido, ameaças proferidas contra a pessoa que efectua o exame) e quaisquer outros factores relevantes;

ii) Antecedentes: registo detalhado dos factos relatados pela pessoa em causa no decurso do exame, incluindo os alegados métodos de tortura ou maus tratos, momento em que se alega ter ocorrido a tortura ou os maus tratos e todos os sintomas físicos ou psicológicos que a pessoa afirme sofrer;

iii) Exame físico e psicológico: registo de todos os resultados obtidos na sequência do exame, a nível

físico e psicológico, incluindo os testes de diagnóstico apropriados e, sempre que possível, fotografias a cores de todas as lesões;

iv) Parecer: interpretação quanto à relação provável entre os resultados do exame físico e psicológico e a eventual ocorrência de tortura ou maus tratos. Deverá ser formulada uma recomendação quanto à necessidade de qualquer tratamento médico ou psicológico ou exame ulterior;

v) Autoria: o relatório deverá identificar claramente as pessoas que procederam ao exame e deverá ser assinado.

c) Este relatório deverá ser confidencial e comunicado à pessoa examinada ou seu representante nomeado. A opinião da pessoa examinada ou seu representante quanto ao processo de exame deverá ser recolhida e incluída no relatório. O relatório escrito deverá também ser enviado, se for caso disso, à autoridade responsável pela investigação dos alegados actos de tortura ou maus tratos. Cabe ao Estado assegurar que o relatório seja enviado em segurança aos seus destinatários. O relatório não deverá ser divulgado a nenhuma outra pessoa, salvo com o consentimento do interessado ou autorização do tribunal competente para ordenar tal divulgação.

Anexo II

Testes de diagnóstico

Os testes de diagnóstico evoluem e são constantemente objecto de avaliação. Os testes de diagnóstico a seguir enunciados foram considerados válidos no momento da elaboração do presente manual. Contudo, caso se torne necessário encontrar elementos de prova suplementares, os investigadores devem procurar fontes de informação actualizada, por exemplo contactando um dos centros especializados na área da documentação da tortura (*vide* capítulo V, secção E).

1. IMAGIOLOGIA RADIOLÓGICA

Na fase aguda das lesões, diversos métodos de imagiologia podem ser de grande utilidade na recolha de informação adicional sobre as lesões do esqueleto e tecidos moles. Contudo, uma vez saradas as feridas físicas resultantes da tortura, as respectivas sequelas residuais não são, em geral, detectáveis através dos mesmos métodos imagiológicos. Isto acontece muitas vezes, mesmo nos casos em que a vítima continua a sentir dores significativas ou incapacidades resultantes das lesões sofridas. Já foi feita referência a diversos estudos radiológicos aquando da discussão das questões relativas ao exame dos pacientes ou a propósito da descrição das diversas formas de tortura. As considerações que se seguem são um resumo da aplicação de tais métodos. Contudo, os recursos

tecnológicos mais sofisticados e dispendiosos nem sempre estão disponíveis, sobretudo no caso de pessoas detidas.

Os exames de diagnóstico radiológicos e imagiológicos compreendem as radiografias convencionais (raios-x), cintigrafia rádio-isotópica, tomografia computadorizada (TC), ressonância magnética nuclear (RMN) e ultrassonografia (US). Cada um destes métodos apresenta vantagens e desvantagens. Os raios-x, a cintigrafia e a tomografia computadorizada utilizam radiação ionizante, que pode ser contra-indicada no caso de mulheres grávidas e crianças. A ressonância magnética utiliza um campo magnético, com potenciais efeitos biológicos, embora se pense que mínimos, sobre fetos e crianças. A ultrassonografia utiliza ondas sonoras, não apresentando quaisquer riscos biológicos conhecidos.

Os raios-x estão amplamente difundidos. À excepção do crânio, todas as áreas lesionadas deverão ser submetidas a radiografias de rotina no exame inicial. Enquanto que as radiografias convencionais revelam as fracturas faciais, a tomografia computadorizada constitui uma técnica de diagnóstico superior, pois permite detectar outras fracturas, deslocamentos dos fragmentos ósseos, bem como lesões e complicações nos tecidos moles associadas às fracturas. Quando se suspeite da existência de lesões do perióstio ou fracturas mínimas, deve recorrer-

-se à cintigrafia óssea como complemento dos raios-x. Uma determinada percentagem dos raios-x apresentará resultados negativos mesmo na presença de fracturas agudas ou osteomielite inicial. As fracturas podem sarar sem deixar quaisquer indícios detectáveis através dos métodos radiológicos, o que acontece sobretudo no caso de crianças. As radiografias de rotina não são o melhor método para o exame dos tecidos moles.

A cintigrafia constitui um método de exame de alta sensibilidade, mas baixa especificidade. Trata-se de um meio pouco dispendioso e eficaz no exame de todo o esqueleto para detectar eventuais processos patológicos, como osteomielites ou traumatismos. Pode também avaliar a torção testicular, embora a ultrassonografia seja mais adequada nestes casos. A cintigrafia não permite observar as lesões nos tecidos moles. Pode permitir a detecção de fracturas agudas nas primeiras 24 horas, mas é geralmente necessário aguardar dois ou três dias, ou mesmo mais de uma semana, em especial no caso das pessoas idosas. A imagem volta habitualmente ao normal decorridos dois anos, embora possa permanecer positiva durante anos no caso de fracturas ou de osteomielites saradas. A utilização da cintigrafia óssea para detectar fracturas da epífise ou metadiáfise (extremidades dos ossos longos) nas crianças é muito difícil devido à normal absorção dos radiofármacos na epífise. A cintigrafia é muitas vezes capaz de detectar fracturas das costelas que passam despercebidas nas radiografias convencionais.

(a) APLICAÇÃO DA CINTIGRAFIA ÓSSEA NO DIAGNÓSTICO DA FALANGA

A cintigrafia pode ser efectuada de duas formas: com imagens diferidas em cerca de três horas ou através de um processo trifásico. Compreende as três fases seguintes: angiograma por radionúclido (fase arterial), imagens de amostras sanguíneas (fase venosa, dos tecidos moles) e fase retardada (fase óssea). No caso de pacientes examinados pouco tempo depois de terem sido submetidos à *falanga*, dever-se-ão realizar duas cintigrafias com uma semana de intervalo entre si. Um resultado negativo no primeiro exame retardado e positivo

no segundo sugerem que a pessoa foi sujeita à *falanga* poucos dias antes do primeiro exame.

¹³⁵ Vide notas 82 a 84; para mais informações, consulte os textos de referência nas áreas da radiologia e medicina nuclear.

Nas situações agudas, dois resultados negativos obtidos com uma semana de intervalo não significam necessariamente que a *falanga* não tenha ocorrido, mas antes que a gravidade das lesões está abaixo do nível de sensibilidade da cintigrafia. Se for seguido o processo trifásico, um aumento inicial da resposta nas fases arterial e venosa, mas não na fase óssea, sugerem uma hiperemia compatível com lesão dos tecidos moles. Os traumatismos nos ossos e tecidos moles dos pés podem também ser detectados através de ressonância magnética¹³⁵.

(b) ULTRA-SONS

Os ultra-sons são pouco dispendiosos e não apresentam contra-indicações biológicas. A qualidade do exame depende da competência do técnico. Sempre que não exista a possibilidade de recorrer à tomografia computadorizada, os ultra-sons são utilizados para avaliar traumatismos abdominais agudos. Os ultra-sons permitem também diagnosticar as tendinopatias e são o método de eleição no caso de anomalias testiculares. Podem também servir para o exame da zona escapular nas fases aguda e crónica após um caso de tortura por suspensão. Na fase aguda, os ultra-sons permitem detectar edemas e concentrações de fluido no interior e em torno das articulações escapulares, bem como lacerações e hematomas nas bainhas dos rotatores. O desaparecimento destes sintomas em nova ultrassonografia posteriormente realizada tende a confirmar o diagnóstico. Neste caso, o paciente deve ser submetido conjuntamente a ressonância magnética, cintigrafia e outros exames radiológicos, comparando-se os resultados obtidos em todos estes exames. Ainda que os demais exames não apresentem resultados positivos, os ultra-sons, por si mesmos, são suficientes para provar a tortura por suspensão.

(c) TOMOGRAFIA COMPUTORIZADA

A tomografia computadorizada constitui um excelente método de observação dos tecidos moles e da

estrutura óssea. A ressonância magnética é mais adequada para os tecidos moles do que para os ossos. A ressonância magnética pode detectar fracturas ocultas antes que as mesmas se tornem visíveis nas radiografias convencionais ou cintiografias. A utilização de *scanners* abertos e a sedação do paciente podem ajudar a aliviar a ansiedade e a claustrofobia, habituais nos sobreviventes de tortura. A tomografia computadorizada é também excelente para o diagnóstico e avaliação de fracturas, em especial dos ossos temporais e faciais. Apresenta também vantagens na detecção de anomalias no alinhamento e deslocações de fragmentos ósseos, sobretudo no caso de fracturas espinais, pélvicas, escapulares e acetabulares. Não permite identificar contusões ósseas. A tomografia computadorizada com ou sem introdução de contraste deverá ser o primeiro meio de diagnóstico utilizado no caso de quaisquer lesões agudas, sub-agudas ou crónicas do sistema nervoso central (SNC). Caso os resultados obtidos sejam negativos, equívocos ou não expliquem as queixas ou sintomas do paciente relativas ao SNC, deverá recorrer-se à ressonância magnética. A tomografia computadorizada com janela óssea e exame pré e pós contraste deverá ser o primeiro meio de diagnóstico utilizado no caso de fracturas dos ossos temporais. A janela óssea pode revelar fracturas e rupturas ossiculares. O exame pré contraste pode detectar a presença de fluidos e colesteatomas. O contraste é recomendado devido às anomalias vasculares que são comuns nesta área. No caso de otorráquia, a injeção de um agente de contraste no canal medular poderá diagnosticar uma fractura do osso temporal. A ressonância magnética poderá também detectar a ruptura responsável pelo derrame de fluido. Caso se suspeite de rinorráquia, deverá realizar-se uma tomografia computadorizada da face com janela para os tecidos moles e ossos. Dever-se-á então proceder a nova tomografia computadorizada depois da injeção de um agente de contraste no canal medular.

(d) RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

A ressonância magnética é mais sensível do que a tomografia computadorizada na detecção de anomalias no sistema nervoso central. A evolução cro-

nológica das hemorragias no sistema nervoso central compreende as fases imediata, hiper-aguda, aguda, sub-aguda e crónica, cada uma delas apresentando características específicas detectáveis no exame. Assim, os resultados obtidos podem permitir calcular o momento em que ocorreu a lesão e sua correlação com os factos alegados. As hemorragias do sistema nervoso central podem sarar completamente ou originar depósitos de hemossiderina em quantidade suficiente para permitir a obtenção de resultados positivos em tomografia computadorizada realizada anos depois da ocorrência dos factos. As hemorragias nos tecidos moles, sobretudo músculos, em geral saram completamente, não deixando vestígios mas, em casos raros, podem ossificar. Este fenómeno designa-se por ossificação heterotrópica ou *myositis ossificans* e é detectável através de tomografia computadorizada.

2. BIOPSIA DAS LESÕES POR CHOQUE ELÉCTRICO

As lesões resultantes de choques eléctricos podem, embora tal nem sempre aconteça, apresentar alterações microscópicas específicas da aplicação da corrente eléctrica, de grande valor para fins de diagnóstico. A ausência destas alterações específicas numa amostra de biopsia não exclui o diagnóstico de tortura por choques eléctricos e não deve permitir-se que as autoridades judiciais tirem semelhante conclusão. Infelizmente, quando o tribunal exige que uma presumível vítima de tortura por choque eléctrico se submeta a uma biopsia para confirmação dos factos alegados, a recusa em submeter-se à intervenção ou um resultado negativo são susceptíveis de ter uma influência negativa sobre o tribunal. Para além disso, dispõe-se ainda de escassa experiência clínica na utilização de biopsias para o diagnóstico das lesões eléctricas relacionadas com a tortura, podendo geralmente fazer-se tal diagnóstico com bastante segurança com base unicamente no relato e exame físico do paciente.

Esta intervenção deverá, assim, ser decidida no âmbito do exame clínico e não promovida enquanto meio habitual de diagnóstico. Para que a pessoa possa prestar o seu consentimento escla-

recido para a realização da biopsia, deve ser informada previamente da incerteza dos resultados a fim de que possa ponderar os eventuais benefícios da intervenção por confronto com os riscos que implica para o seu estado mental já perturbado.

(a) EXPLICAÇÃO DOS RESULTADOS DA BIOPSIA

Têm sido realizados importantes estudos laboratoriais para avaliar os efeitos dos choques eléctricos na pele de suínos anestesiados^{136 137 138 139 140 141}. Este trabalho demonstra que existem alterações histológicas específicas das lesões eléctricas que podem ser detectadas através da observação microscópica de biopsias por punção da área lesionada. Contudo, uma análise mais aprofundada destes estudos, que podem ter aplicações clínicas importantes, está fora do âmbito da presente publicação. O leitor deverá consultar as referências bibliográficas *supra* citadas para mais informação.

Poucos casos de tortura de seres humanos por choques eléctricos foram objecto de estudos histológicos^{142 143 144 145}. Apenas numa das situações, em que se procedeu a uma excisão das lesões provavelmente sete dias depois do traumatismo, foram as alterações observadas na pele imputadas directamente aos choques eléctricos (depósito de sais de cálcio nas fibras dérmicas em tecidos viáveis localizados em torno do tecido necrótico). Nos restantes casos, as lesões extraídas poucos dias

¹³⁶ Thomsen e outros, "Early epidermal changes in heat and electrically injured pig skin: a light microscopic study" [em português: "Alterações epidérmicas iniciais em pele de suíno aquecida e com lesões eléctricas: um estudo com microscópio luminoso"], Forensic Science International, 17, 1981, pp. 133 a 143.

¹³⁷ Thomsen e outros, "The effect of direct current, sodium hydroxide, and hydrochloric acid on pig epidermis: a light microscopic and electron microscopic study" [em português: "O efeito da corrente directa, hidróxido de sódio e ácido clorídrico sobre a epiderme dos suínos: um estudo com microscópio luminoso e microscópio electrónico"], Acta path microbial. Immunol. Scand, sect. A 91, 1983, p. 307 a 316.

¹³⁸ H. K. Thomsen, "Electrically induced epidermal changes: a morphological study of porcine skin after transfer of low-moderate amounts of electrical energy" [em português: "Alterações epidérmicas electricamente induzidas: estudo morfológico da pele de suínos depois da transferência de quantidades baixas a moderadas de energia eléctrica"], dissertação, Universidade de Copenhaga, F.A.D.L., 1984, pp. 1 a 78.

¹³⁹ T. Karlsmark e outros, "Tracing the use of torture: electrically induced calcification of collagen in pig skin" [em português: "Detectando a utilização da tortura: calcificação de colagénio electricamente induzida na pele de suínos"], Nature, 301, 1983, pp. 75 a 78.

¹⁴⁰ T. Karlsmark e outros, "Electrically-induced collagen calcification in pig skin. A histopathologic and histochemical study" [em português: "Calcificação de colagénio electricamente induzida na pele de suínos. Um estudo histopatológico e histoquímico"], Forensic Science International, 39, 1988, pp. 163 a 174.

¹⁴¹ T. Karlsmark, "Electrically induced dermal changes: a morphological study of porcine skin after transfer of low to moderate amounts of electrical energy" [em português: "Alterações dérmicas electricamente induzidas: estudo morfológico da pele de suínos depois da transferência de quantidades baixas a moderadas de energia eléctrica"], dissertação, Universidade de Copenhaga, Danish Medical Bulletin, 37, 1990, pp. 507 a 520.

¹⁴² L. Danielsen e outros, "Diagnosis of electrical skin injuries: a review and a des-

crição of a case" [em português: "Diagnóstico de lesões eléctricas da pele: análise e descrição de um caso"], American Journal of Forensic Medical Pathology, 12, 1991, pp. 222 a 226.

depois do alegado incidente de tortura por choque eléctrico revelaram alterações segmentares e depósitos de sais de cálcio nas estruturas celulares, altamente compatíveis com a aplicação de corrente eléctrica, embora sem valor de diagnóstico, uma vez que não foram observados depósitos de sais de cálcio nas fibras dérmicas. Uma biopsia efectuada um mês após o alegado incidente de tortura eléctrica revelou uma cicatriz cónica, de cerca de 1 a 2 milímetros de diâmetro, com aumento do número de fibroblastos e fibras de colagénio estreitamente aglutinadas e finas, dispostas em paralelo à superfície, compatíveis com as lesões eléctricas mas sem valor de diagnóstico.

(b) MÉTODO

Uma vez obtido o consentimento esclarecido do paciente, e antes da biopsia, a lesão deverá ser fotografada em conformidade com os métodos estabelecidos de medicina legal. Sob anestesia local, obtém-se uma biopsia por punção que se conserva em solução de formol vedada ou fixador análogo. A biopsia cutânea deverá ser realizada o mais depressa possível depois da lesão. Uma vez que os traumatismos resultantes de choques eléctricos se confinam geralmente à epiderme e camadas superficiais da derme, as lesões podem desaparecer rapidamente. Podem ser recolhidas amostras de mais do que uma lesão, embora se deva ter em conta a potencial angústia que tal poderá causar ao paciente¹⁴⁶. As amostras deverão ser examinadas por um patologista com experiência na área da dermatopatologia.

(c) SINAIS DIAGNÓSTICOS DOS CHOQUES ELÉTRICOS

Entre os sinais diagnósticos das lesões por choques eléctricos, incluem-se os seguintes: núcleos vesí-

¹⁴³ F. Öztop e outros, "Signs of electrical torture on the skin" [em português: "Sinais de tortura eléctrica na pele"], Treatment and Rehabilitation Centers Report 1994, Fundação de Direitos Humanos da Turquia, Publicação HRFT, 11, 1994, pp. 97 a 104.

¹⁴⁴ L. Danielsen, T. Karlsmark, H. K. Thomsen, "Diagnosis of skin lesions following electrical torture" [em português: "Diagnóstico de lesões cutâneas subsequentes à tortura eléctrica"], Rom J. Leg. Med, 5, 1997, pp. 15 a 20.

¹⁴⁵ H. Jacobsen, "Electrically induced deposition of metal on the human skin" [em português: "Depósito de metal electricamente induzido na pele humana"], Forensic Science International, 90, 1997, pp. 85 a 92.

¹⁴⁶ S. Gürpınar e S. Korur Fincanci, "Insan Haklari Ihalleri ve Hekim Sorumlulugu" [Violações de Direitos Humanos e Responsabilidade do Médico], Birinci Basamak İçin Adli Tip El Kitabı [Manual de Medicina Legal para Médicos de Clínica Geral], Ankara, Associação Médica Turca, 1999.

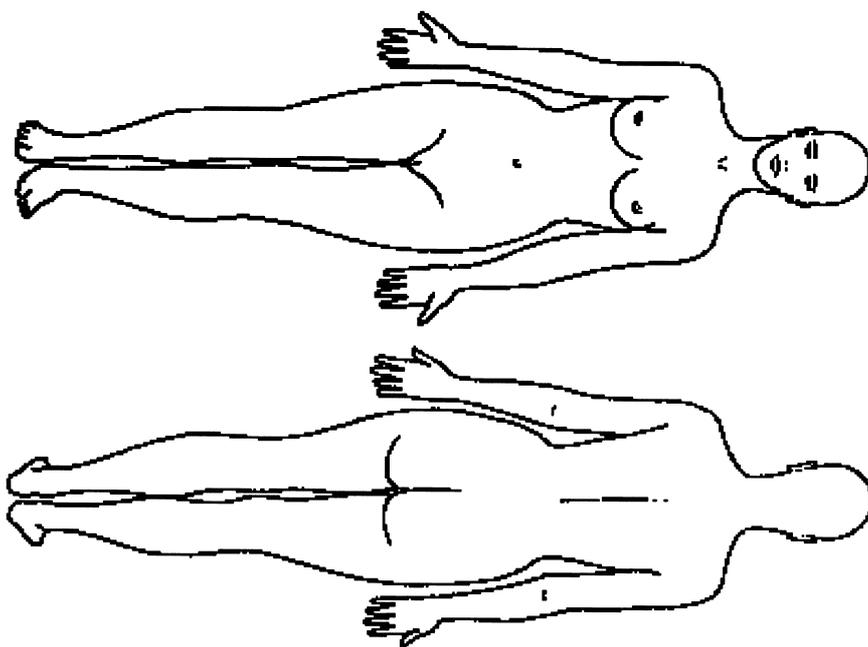
culares na epiderme, glândulas ¹⁴⁷ Danielsen e outros, 1991. sudoríparas e paredes vasculares (existe apenas um diagnóstico diferencial: lesões provocadas por substâncias alcalinas) e depósitos de sais de cálcio claramente localizados nas fibras colagénicas e elásticas (o diagnóstico diferencial, *calcinosis cutis*, é uma doença rara, observada apenas 75 vezes em 220 000 biopsias consecutivas à pele humana, sendo os depósitos de cálcio em geral maciços e sem localização clara nas fibras colagénicas e elásticas)¹⁴⁷.

São típicos sinais de choque eléctrico, embora não tenham valor de diagnóstico, as lesões que se apresentam em segmentos cónicos, frequentemente com 1 a 2 milímetros de diâmetro, os depósitos de ferro ou cobre na epiderme (provenientes do eléctrodo) e o citoplasma homogéneo na epiderme, glândulas sudoríparas e paredes vasculares. Podem também existir depósitos de sais de cálcio nas estruturas celulares das lesões segmentares ou não se observarem quaisquer anomalias histológicas.

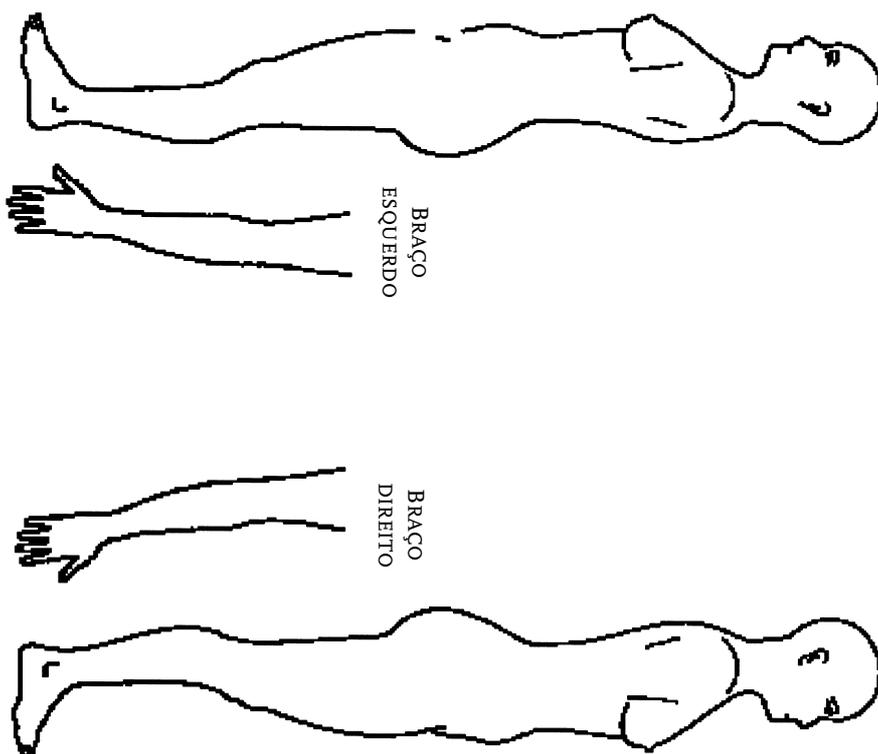
Anexo III

Esquemas anatômicos para a documentação da tortura e dos maus tratos

CORPO INTEIRO, MULHER – PLANOS ANTERIOR E POSTERIOR



CORPO INTEIRO, MULHER – PLANO LATERAL

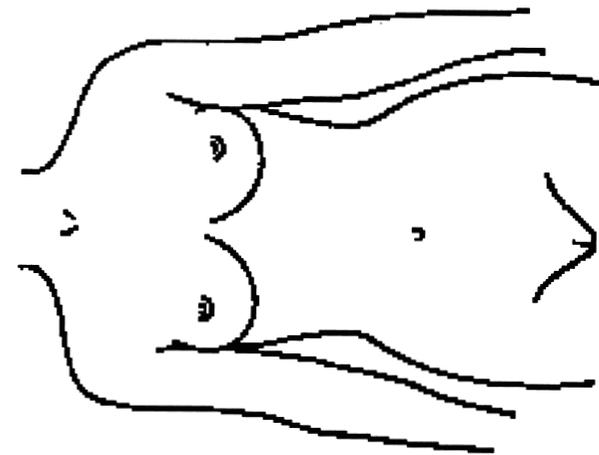
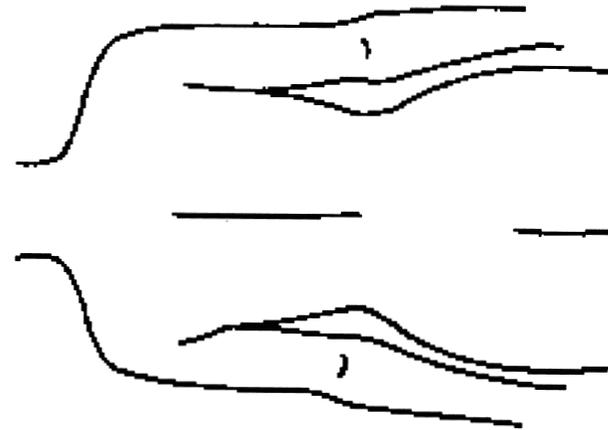
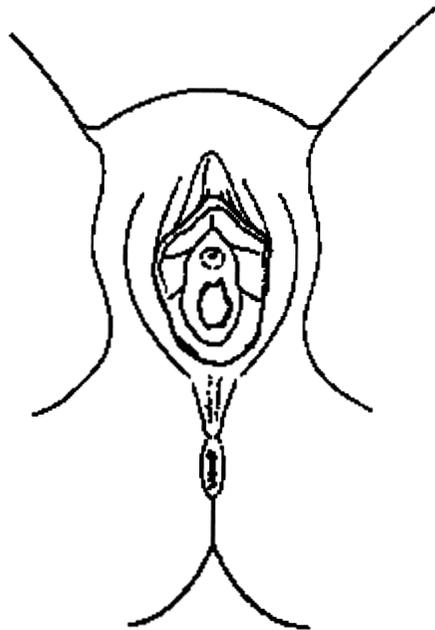


Nome _____ Caso n.º _____ Nome _____ Caso n.º _____

Data _____ Data _____

TÓRAX E ABDÔMEN, MULHER – PLANOS ANTERIOR E POSTERIOR

PERÍNEO – MULHER



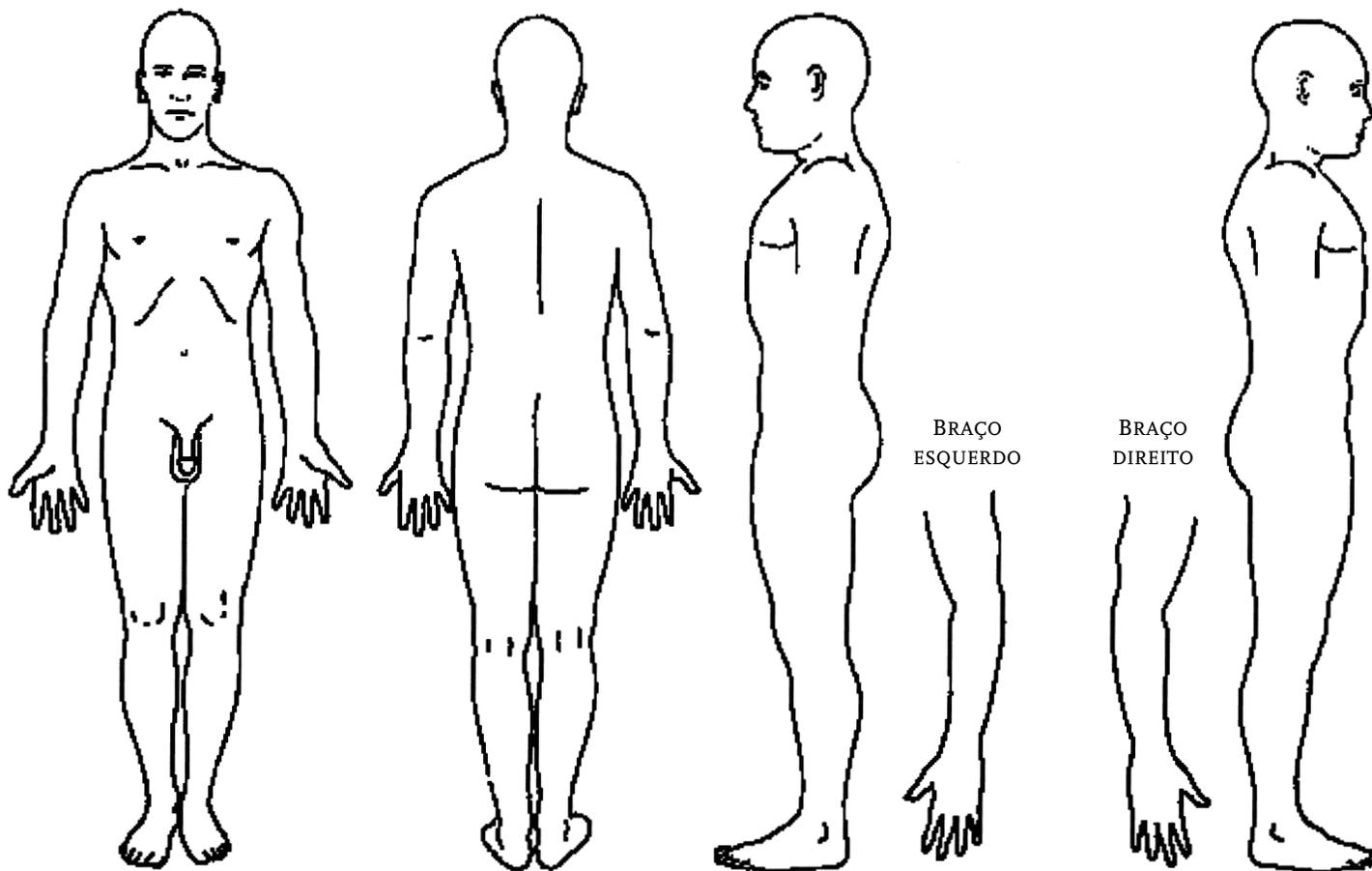
Nome _____ Caso n.º _____ Nome _____ Caso n.º _____

Data _____

Data _____

CORPO INTEIRO, HOMEM – PLANOS ANTERIOR E POSTERIOR
(VENTRAL E DORSAL)

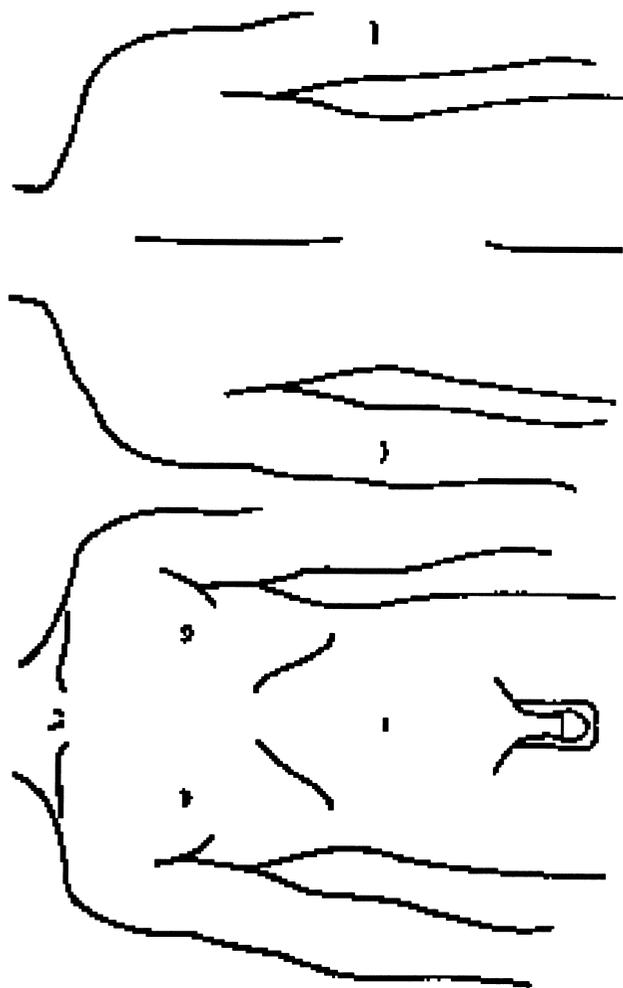
CORPO INTEIRO, HOMEM – PLANO LATERAL



Nome _____ Caso n.º _____
Data _____

Nome _____ Caso n.º _____
Data _____

TÓRAX E ABDÔMEN, HOMEM – PLANOS ANTERIOR E POSTERIOR

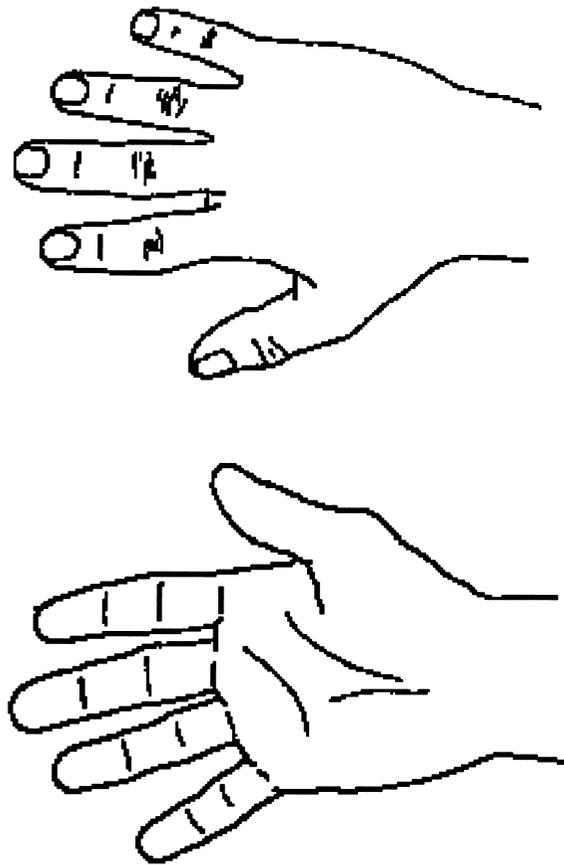


Nome _____ Caso n.º _____
Data _____

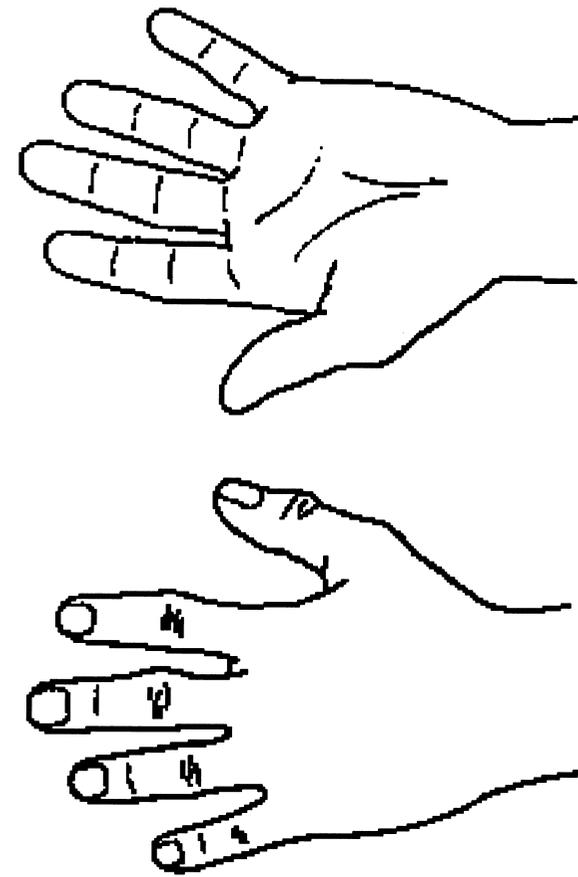
PÉS – SUPERFÍCIES PLANTARES ESQUERDA E DIREITA



Nome _____ Caso n.º _____
Data _____

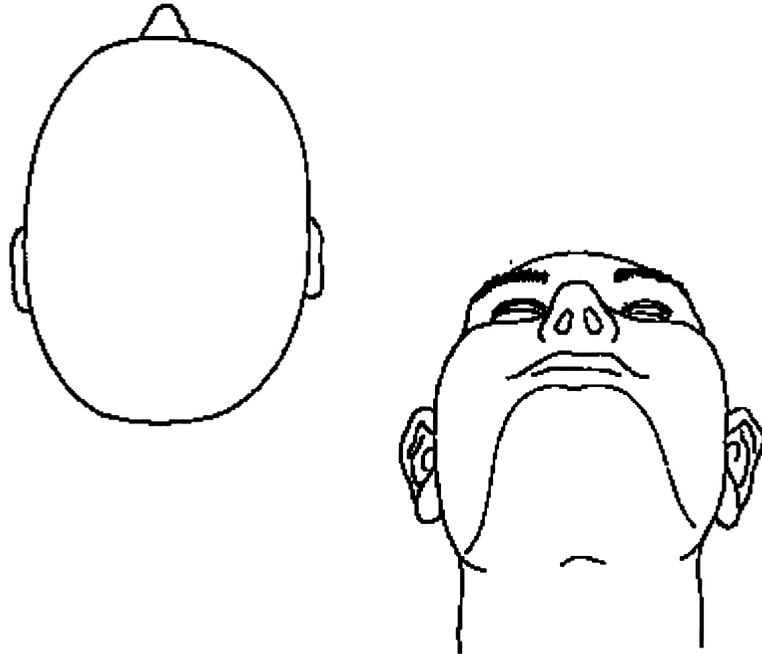


Nome _____ Caso n.º _____
Data _____



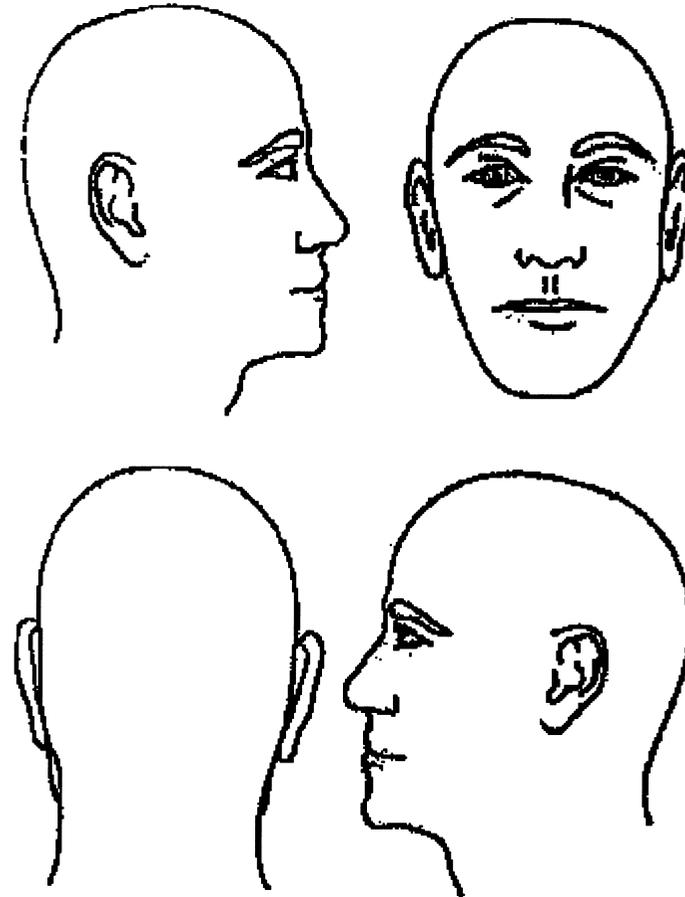
Nome _____ Caso n.º _____
Data _____

CABEÇA – SUPERFÍCIE E ANATOMIA ESQUELÉTICA, PLANO SUPERIOR – PLANO INFERIOR DO PESCOÇO



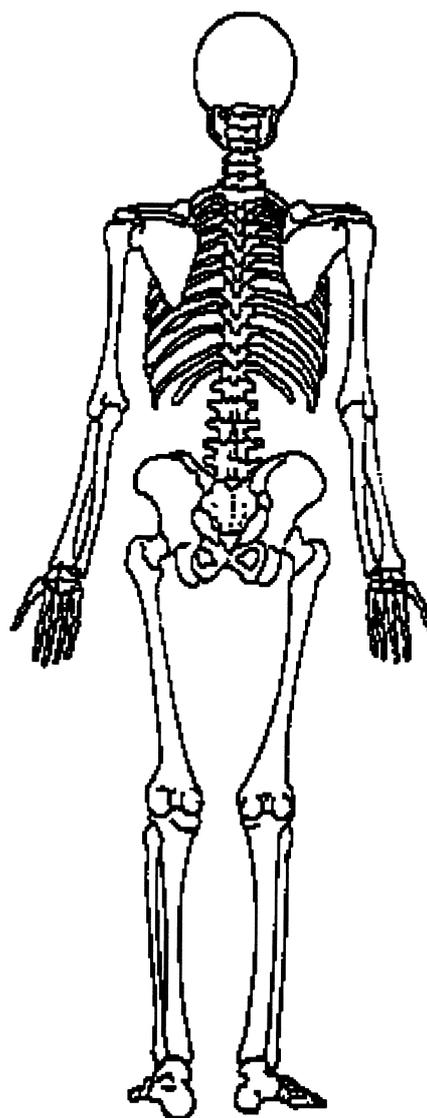
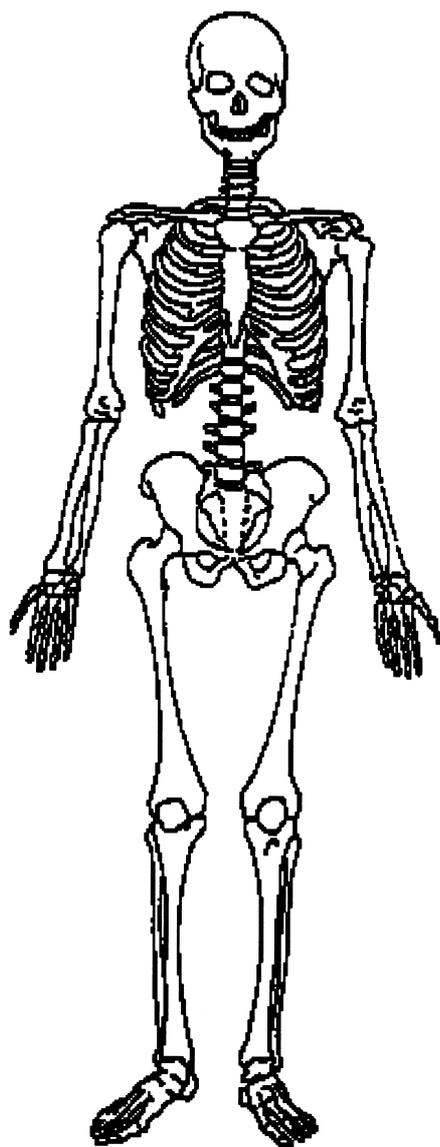
Nome _____ Caso n.º _____
Data _____

CABEÇA – SUPERFÍCIE E ANATOMIA ESQUELÉTICA, PLANO LATERAL



Nome _____ Caso n.º _____
Data _____

ESQUELETO – PLANOS ANTERIOR E POSTERIOR



Nome _____

Caso n.º _____

Data _____

ASSINALE NESTE QUADRO TODOS OS DENTES RESTAURADOS E EM FALTA

Estimativa

Idade _____

Sexo _____

Raça _____

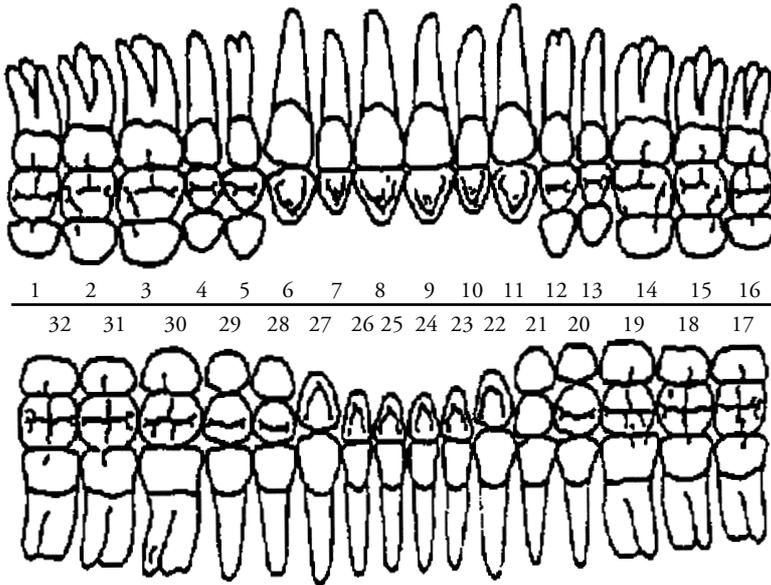
Assinale com um círculo as opções pretendidas

Próteses presentes

- Maxilar superior
 - Dentição completa
 - Dentição parcial
 - Ponte fixa

- Maxilar inferior
 - Dentição completa
 - Dentição parcial
 - Ponte fixa

DIREITA



ESQUERDA

Descreva em detalhe todos os aparelhos de prótese ou pontes fixas _____

Manchas nos dentes

- Ligeiras
- Moderadas
- Pronunciadas

ASSINALE NESTE QUADRO TODAS AS CÁRIES

Assinale todas as cáries e marque com "X" todos os dentes em falta

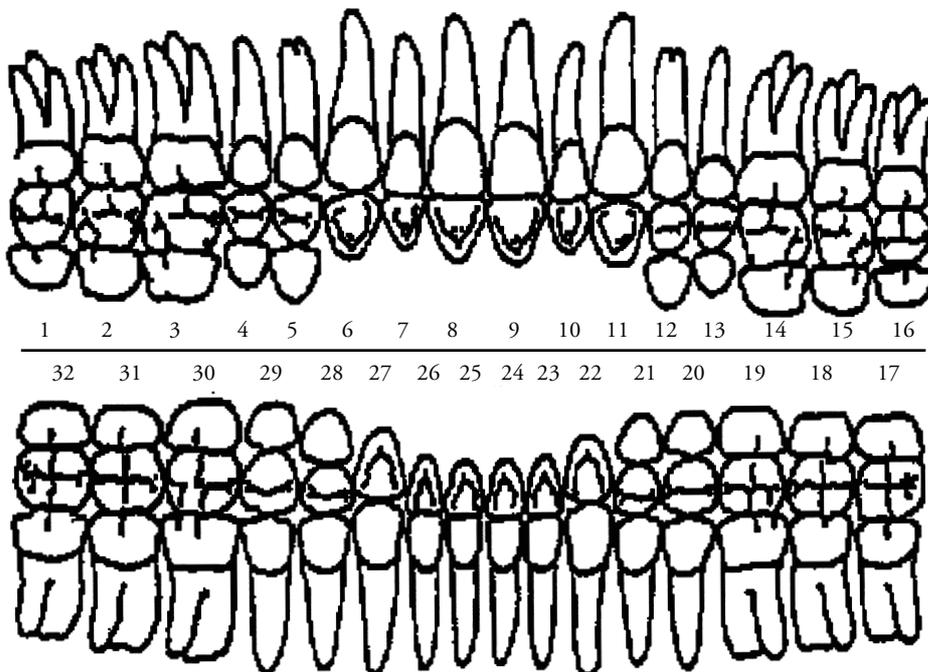
Assinale com um círculo as opções pretendidas

- Alinhamento
 - Normal
 - Saliente em cima
 - Saliente em baixo

- Condição periodental
 - Excelente
 - Média
 - Deficiente

- Depósitos calcários
 - Ligeiros
 - Moderados
 - Importantes

DIREITA



ESQUERDA

Anexo IV

Directrizes para a avaliação médica da tortura e dos maus tratos

As directrizes seguintes baseiam-se no *Protocolo de Istambul: Manual para a Investigação e Documentação Eficazes da Tortura e Outras Penas ou Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes*. Não se destinam a servir de modelo rígido, devendo antes ser aplicadas tendo em

conta os objectivos da avaliação e depois de considerados os recursos disponíveis. A avaliação dos indícios físicos e psicológicos da tortura e dos maus tratos pode ser efectuada por um ou mais médicos, consoante as respectivas qualificações.

I. INFORMAÇÃO RELATIVA AO CASO

Data do exame: _____ Exame solicitado por (nome/posição): _____

Processo ou relatório n.º: _____ Duração da avaliação: _____ horas, _____ minutos

Nome próprio da pessoa: _____ Data de nascimento: _____ Local de nascimento: _____

Apelido da pessoa: _____ Sexo: masculino/feminino

Motivos do exame: _____ N.º do documento de identificação da pessoa: _____

Nome do médico: _____ Intérprete (sim/não), nome: _____

Consentimento esclarecido: sim/não Se não houve consentimento esclarecido, porquê?: _____

Pessoa acompanhada por (nome/posição): _____

Pessoas presente durante o exame (nome/posição): _____

A pessoa foi sujeita a restrições durante o exame: sim/não Se “sim”, como/porquê?: _____

Relatório médico transmitido a (nome/posição/documento de identificação n.º): _____

Data da transmissão: _____ Hora da transmissão: _____

Avaliação/investigação médica realizada sem restrições (no caso de pessoas detidas): sim/não

Especifique quaisquer restrições: _____

II. QUALIFICAÇÕES DO MÉDICO

(para testemunho em juízo)

Estudos médicos e formação clínica

Formação em psicologia/psiquiatria

Experiência na documentação da tortura e dos maus tratos

Experiência na área dos direitos humanos a nível regional com relevância para a investigação

Publicações, apresentações e cursos de formação relevantes

Curriculum Vitae

III. DECLARAÇÃO RELATIVA À VERACIDADE DO TESTEMUNHO (para testemunho em juízo)

Por exemplo: “Tenho conhecimento pessoal dos factos abaixo descritos, à excepção dos que se indica serem baseados em informações fornecidas por terceiros ou em convicções, e que acredito serem verdadeiros. Estou disposto a testemunhar sobre os factos acima referidos com base no meu conhecimento e convicções pessoais.”

IV. ANTECEDENTES DA PESSOA

Informação geral (idade, profissão, educação, agregado familiar, etc.)

Antecedentes médicos

Descrição de anteriores avaliações médicas de tortura e maus tratos

Perfil psicossocial anterior à detenção

V. ALEGAÇÕES DE TORTURA E MAUS TRATOS

1. Resumo da situação de detenção e maus tratos
2. Circunstâncias da captura e detenção
3. Local de detenção inicial e locais subsequentes (cronologia, transportes e condições de detenção)
4. Relato dos maus tratos ou tortura (em cada local de detenção)
5. Descrição dos métodos de tortura

VI. SINTOMAS E INCAPACIDADES FÍSICAS

Descreva a evolução de incapacidades ou sintomas agudos ou crónicos e posteriores processos de recuperação

1. Incapacidades e sintomas agudos
2. Incapacidades e sintomas crónicos

VII. EXAME FÍSICO

1. Aspecto geral
2. Pele
3. Face e cabeça
4. Olhos, ouvidos, nariz e garganta
5. Cavidade oral e dentes
6. Tórax e abdómen (incluindo sinais vitais)
7. Sistema genital e urinário
8. Sistema muscular e ósseo
9. Sistema nervoso central e periférico

VIII. PERFIL E EXAME PSICOLÓGICO

1. Métodos de avaliação
2. Queixas psicológicas actuais
3. Perfil posterior à tortura
4. Perfil anterior à tortura
5. Antecedentes psicológicos e psiquiátricos
6. Antecedentes de uso e abuso de substâncias tóxicas
7. Exame do estado mental
8. Avaliação do funcionamento social
9. Testes psicológicos (*vide* capítulo VI, secção C.1 quanto às indicações e limitações)
10. Testes neuropsicológicos (*vide* capítulo VI, secção C.4 quanto às indicações e limitações)

IX. FOTOGRAFIAS

X. RESULTADOS DOS TESTES DE DIAGNÓSTICO
(*vide* anexo II quanto às indicações e limitações)

XI. CONSULTAS

XII. INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

1. Indícios físicos
 - a) Estabeleça o grau de conformidade entre as incapacidades e os sintomas físicos agudos e crónicos relatados e os maus tratos alegados
 - b) Estabeleça o grau de conformidade entre os resultados do exame físico e os maus tratos alegados (Nota: a ausência de sintomas físicos não exclui a

possibilidade de a pessoa ter sido vítima de tortura ou maus tratos)

c) Estabeleça o grau de conformidade entre os resultados do exame individual e o conhecimento dos métodos de tortura utilizados na região em causa e suas sequelas habituais

2. Índícios psicológicos

a) Estabeleça o grau de conformidade entre os resultados do exame psicológico e o relato do alegado caso de tortura

b) Dê o seu parecer quanto ao facto de as observações do exame psicológico constituírem ou não reacções naturais ou típicas de situações de stress intenso no contexto cultural e social da pessoa

c) Indique o estado da pessoa no percurso evolutivo temporal dos distúrbios mentais associados ao traumatismo, isto é, a situação no tempo em relação aos factos e em que ponto do processo de recuperação se encontra a pessoa

d) Identifique quaisquer factores de stress concomitantes que actuem sobre o sujeito (por exemplo, perseguições de que é vítima, migração forçada, exílio, perda da família e do papel social, etc.) e seu potencial impacto sobre a pessoa

e) Mencione quaisquer problemas que possam contribuir para o quadro clínico, especialmente no que diz respeito a eventuais indícios de lesões cerebrais infligidas durante a tortura ou detenção

XIII. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

1. Formule um parecer sobre a concordância de todas as fontes de informação *supra* citadas (resultados dos exames físicos e psicológicos, antecedentes do caso, fotografias, resultados dos testes de diagnóstico, conhecimento das práticas de tortura a nível regional, relatórios de consultas, etc.) com as alegações de tortura e maus tratos

2. Recorde os sintomas e incapacidades que continuam a afectar o paciente em resultado dos maus tratos alegados

3. Formule recomendações quanto à necessidade de exames e tratamentos complementares

XIV. DECLARAÇÃO DE BOA FÉ (para testemunho em juízo)

Por exemplo: “Declaro, sob pena de perjúrio, em conformidade com a legislação de _____ (país), que os factos acima descritos são verdadeiros e correctos. Feito a _____ (data) em _____ (localidade), _____ (estado ou distrito)”.

XV. DECLARAÇÃO SOBRE AS RESTRIÇÕES IMPOSTAS À AVALIAÇÃO/INVESTIGAÇÃO MÉDICA (no caso de pessoas detidas)

Por exemplo: “Os médicos abaixo assinados certificam pessoalmente que puderam trabalhar de forma livre e independente e lhes foi permitido falar com a pessoa e examiná-la em privado, sem qualquer restrição ou reserva e sem que qualquer forma de coacção tenha sido utilizada pelas autoridades de detenção”; ou “O(s) médico(s) abaixo assinado(s) viu(ram)-se obrigado(s) a conduzir a sua avaliação com as seguintes restrições: _____”.

XVI. ASSINATURA DO MÉDICO, DATA E LOCAL

XVII. ANEXOS RELEVANTES

Um exemplar do *curriculum vitae* do médico, esquemas anatómicos para identificação da tortura e dos maus tratos, fotografias, relatórios de consultas e resultados dos testes de diagnóstico, entre outros.

Como obter as publicações das Nações Unidas

As publicações das Nações Unidas estão à venda em livrarias e agências distribuidoras em todo o mundo.

Consulte o seu livreiro ou dirija-se à Secção de Vendas das Nações Unidas, em Nova Iorque ou Genebra.

Para mais informação relativa ao sistema internacional de protecção dos direitos humanos e instrumentos jurídicos aplicáveis, consulte a web page do Gabinete de Documentação e Direito Comparado, www.gddc.pt

Relativamente à presente edição em língua portuguesa, os interessados poderão contactar o Gabinete de Documentação e Direito Comparado, Rua do Vale de Pereiro, 2, 1269-113 Lisboa.

EDIÇÃO ORIGINAL IMPRESSA NAS NAÇÕES UNIDAS
GENEVA

GE.01-41146
Junho de 2001-8 150

Editor

Comissão Nacional para as Comemorações do 50.º Aniversário da Declaração
Universal dos Direitos do Homem e Década das Nações Unidas
para a Educação em matéria de Direitos Humanos

Gabinete de Documentação e Direito Comparado
Procuradoria-Geral da República
Rua do Vale de Pereiro, 2, 1269-113 Lisboa
www.gddc.pt

Tradução

Raquel Tavares
Gabinete de Documentação e Direito Comparado
Procuradoria-Geral da República

Revisão técnica da tradução

Dra. Natália Madureira
Especialista em Medicina Interna
Hospital Curry Cabral

Revisão

Manuel Dias
Gabinete de Documentação e Direito Comparado
Procuradoria-Geral da República

Título original

The Istanbul Protocol: Manual on the Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel,
Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. Professional Training Series n.º 8 – United Nations

Design gráfico

José Brandão | Paulo Falarido
[Atelier B2]

Impressão

Textype

Tiragem

1500 exemplares

ISBN

972-8707-20-7

Depósito legal

224 793/05

Primeira edição



Gabinete de Documentação
e Direito Comparado