



PROTOCOLO DE ISTAMBUL

MANUAL SOBRE INVESTIGAÇÃO E DOCUMENTAÇÃO EFICAZES DE TORTURA E
OUTRAS PENAS OU TRATAMENTOS CRUÉIS, DESUMANOS OU DEGRADANTES



CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA

Presidente: Ministro Luís Roberto Barroso
Corregedor Nacional de Justiça: Ministro Luis Felipe Salomão

Conselheiros: Ministro Guilherme Augusto Caputo Bastos
José Edivaldo Rocha Rotondano
Mônica Autran Machado Nobre
Alexandre Teixeira Cunha
Renata Gil de Alcântara Videira
Daniela Pereira Madeira
Guilherme Guimarães Feliciano
Pablo Coutinho Barreto
João Paulo Schoucair
Daiane Nogueira de Lira
Luiz Fernando Bandeira de Mello Filho

Secretária-Geral: Adriana Alves dos Santos Cruz
Secretário de Estratégia e Projetos: Gabriel da Silveira Matos
Diretor-Geral: Johaness Eck

DEPARTAMENTO DE MONITORAMENTO E FISCALIZAÇÃO DO SISTEMA CARCERÁRIO E DO SISTEMA DE EXECUÇÃO DE MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS

Supervisor DMF/CNJ: Conselheiro José Edivaldo Rocha Rotondano
**Juiz Auxiliar da Presidência
e Coordenador DMF/CNJ:** Luís Geraldo Sant'Ana Lanfredi
Juiz Auxiliar da Presidência – DMF/CNJ: Edinaldo César Santos Junior
Juiz Auxiliar da Presidência – DMF/CNJ: João Felipe Menezes Lopes
Juiz Auxiliar da Presidência – DMF/CNJ: Jônatas dos Santos Andrade
Diretora Executiva DMF/CNJ: Renata Chiarinelli Laurino
Diretora Técnica DMF/CNJ: Carolina Castelo Branco Cooper

PNUD BRASIL (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO)

Representante-Residente: Claudio Providas
Representante-Residente Adjunto: Carlos Arboleda
**Representante-Residente Assistente e
Coordenadora da Área Programática:** Maristela Baioni
Oficial de Gênero e Etnia: Ismália Afonso
Coordenadora-Geral (equipe técnica): Valdirene Daufemback
Coordenador-Adjunto (equipe técnica): Talles Andrade de Souza

EXPEDIENTE

**Estrategista de Comunicação
e Advocacy – Fazendo Justiça:** Débora Zampier
Apoio: Comunicação Fazendo Justiça
Tradução e Revisão: Melissa Rodrigues Godoy dos Santos
Projeto gráfico: Eron Castro
Diagramação: Estúdio Pictograma

2024

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA

Endereço eletrônico: www.cnj.jus.br



PROTOCOLO DE ISTAMBUL

MANUAL SOBRE INVESTIGAÇÃO E DOCUMENTAÇÃO EFICAZES
DE TORTURA E OUTRAS PENAS OU TRATAMENTOS CRUÉIS,
DESUMANOS OU DEGRADANTES

SÉRIE DE TREINAMENTO PROFISSIONAL N.º 8/REV. 2

Tradução para o português:
Melissa Rodrigues Godoy dos Santos

Brasília, 2024

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

B823p

Brasil. Conselho Nacional de Justiça.

Protocolo de Istambul: manual sobre investigação e documentação eficazes de tortura e outras penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes [recurso eletrônico]./ Conselho Nacional de Justiça, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, Secretaria Nacional de Políticas Penais; coordenação de Luís Geraldo Sant'Ana Lanfredi ... [et al]; tradução de Melissa Rodrigues Godoy dos Santos. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2024.

Título original: Istambul protocol.

305 p. (Série Tratados internacionais de direitos humanos).

Versão PDF.

Disponível, também, em formato impresso.

ISBN 978-65-5972-689-9

ISBN 978-65-5972-686-8 (coleção)

1. Direitos humanos. 2. Combate à tortura. 3. Política Penal. 4. ONU. I. Título. II. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. III. Secretaria Nacional de Políticas Penais. IV. Lanfredi, Luís Geraldo Sant'Ana (Coord.). V. Dos Santos, Melissa Rodrigues Godoy. (Trad.). VI. Série.

CDU 343

CDD 345

Sumário

APRESENTAÇÃO	16
PROTOCOLO DE ISTAMBUL	18
PREÂMBULO	18
NOTA DE INFORMAÇÃO	20
COLABORADORES(AS) E PARTICIPANTES	22
INTRODUÇÃO	33
I. NORMAS E PADRÕES LEGAIS INTERNACIONAIS RELEVANTES.....	35
A. Direito internacional dos direitos humanos.....	35
1. Normas e padrões desenvolvidos nas Nações Unidas	35
2. Sistemas regionais de direitos humanos	50
B. Direito internacional dos(as) refugiados(as) e não devolução (<i>non-refoulement</i>)	62
C. Direito internacional humanitário.....	65
D. Justiça criminal internacional.....	66
II. CÓDIGOS DE ÉTICA RELEVANTES.....	69
A. Ética relevante dos(as) profissionais do direito	69
1. Princípios comuns a todos os códigos de ética profissional jurídica.....	69
2. Princípios que orientam a conduta dos(as) juízes(as)	70
3. Princípios que orientam a conduta dos(as) promotores(as)	71
4. Princípios que orientam a conduta dos(as) advogados(as)	73

B.	Obrigações éticas dos(as) profissionais de saúde	74
1.	Declarações das Nações Unidas relevantes para os(as) profissionais de saúde.....	75
2.	Declarações de órgãos profissionais internacionais	78
3.	Códigos nacionais de ética profissional de saúde	80
C.	Aplicação de princípios éticos em avaliações clínicas de tortura e maus-tratos	81
1.	Beneficência e não maleficência	81
2.	Consentimento informado	82
3.	Confidencialidade	85
D.	Profissionais de saúde com obrigações conflitantes	86
1.	Princípios que orientam os(as) profissionais de saúde com obrigações conflitantes.....	86
2.	Dilemas decorrentes de obrigações conflitantes.....	87
III.	INVESTIGAÇÃO LEGAL DE TORTURA E MAUS-TRATOS	91
A.	Objetivos de uma investigação sobre tortura ou maus-tratos	93
B.	Princípios sobre a Investigação e Documentação Eficazes de Tortura e Outras Penas ou Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes	93
1.	Elementos do crime de tortura	94
2.	Investigações rápidas, independentes e eficazes.....	94
3.	Recursos, capacidade e competência adequados.....	95
4.	Medidas de proteção	96
5.	Direitos das vítimas no contexto de investigações.....	96

6. Comissão de inquérito independente.....	97
7. Relatório do(a) perito(a) médico(a).....	98
C. Procedimentos envolvidos em uma investigação de tortura ou maus-tratos.....	99
1. Determinação do órgão de investigação apropriado.....	99
2. Planejamento e preparação de uma investigação.....	100
3. Condução de uma investigação	100
D. Comissões de inquérito.....	113
1. Definição do escopo da pesquisa.....	113
2. Poder da comissão.....	114
3. Critérios de associação.....	114
4. Equipe da comissão.....	115
5. Proteção de testemunhas.....	115
6. Procedimentos.....	115
7. Notificação de inquérito	116
8. Recebimento de provas	116
9. Direitos das partes	116
10. Avaliação de evidências	116
11. Relatório da comissão	117
E. Papel dos(as) promotores(as), juízes(as), instituições nacionais de direitos humanos e outros atores na investigação da tortura	117
1. Promotores(as) de justiça	117

2. Juízes(as)	119
3. Instituições nacionais de direitos humanos e mecanismos preventivos nacionais	121
4. Outros atores	121
F. Uso de provas de tortura ou maus-tratos em outros procedimentos legais	122
IV. CONSIDERAÇÕES GERAIS PARA ENTREVISTAS.....	123
A. Considerações preliminares	123
1. Objetivo da investigação, exame e documentação	123
2. Condições essenciais e habilidades de entrevista	124
3. Revelação de tortura sexual ou maus-tratos	126
4. Risco de retraumatização do(a) entrevistado(a)	127
5. Gênero, orientação sexual e identidade de gênero	128
6. Entrevistas com crianças	129
7. Conscientização cultural, religiosa e social/política	132
8. Uso de intérpretes	132
9. Reações emocionais e seus efeitos potenciais	133
B. Realização de entrevistas.....	134
1. Qualificações clínicas	134
2. Integração de avaliações físicas e psicológicas	136
3. Configurações das entrevistas.....	136
4. Garantias processuais com relação aos(às) detentos(as)	137
5. Visitas oficiais a locais de detenção.....	138

6. Preparação para a entrevista	140
7. Barreiras de comunicação	140
8. Construir um relacionamento	141
9. Nível de detalhamento do histórico.....	141
10. Técnicas de questionamento	142
11. Dificuldade de recordar e contar.....	144
12. Variabilidade e inconsistências na história	144
13. Como lidar com a variabilidade e as inconsistências	146
C. Conteúdo das entrevistas.....	147
1. Introdução e identificação	148
2. Informações sobre o histórico/caso	149
3. Histórico psicossocial antes da prisão.....	150
4. Alegações de tortura e maus-tratos	150
5. Revisão dos métodos de tortura	152
6. Avaliações de evidências físicas e psicológicas	154
7. Encerramento e indicações para encaminhamento	154
D. Considerações pós-entrevista.....	155
1. Interpretação dos resultados	156
2. Conclusões e recomendações	156
3. Autoflagelação e simulação	157
4. Confiabilidade da evidência clínica e credibilidade	158

5. Limitações, interpretações errôneas ou uso indevido deliberado do Protocolo de Istambul	159
V. EVIDÊNCIA FÍSICA DE TORTURA E MAUS-TRATOS.....	160
A. Histórico médico.....	160
1. Sintomas agudos	161
2. Sintomas crônicos	161
3. Importância do histórico médico.....	162
B. Exame físico	162
1. Pele.....	163
2. Rosto	163
3. Tórax e abdômen	166
4. Sistema musculoesquelético	166
5. Sistema geniturinário	167
6. Sistemas nervosos central e periférico.....	167
C. Interpretação dos resultados	168
D. Conclusões e recomendações	170
E. Exame e avaliação após formas específicas de tortura	171
1. Espancamentos e outras formas de trauma contundente....	171
2. Batimento dos pés	176
3. Suspensão.....	177
4. Outras torturas posicionais	179
5. Tortura por choque elétrico	180

6. Tortura odontológica.....	180
7. Asfixia.....	180
8. Tortura sexual, incluindo estupro.....	181
F. Testes diagnósticos especializados	190
G. Avaliação da incapacidade funcional	190
H. Crianças	191
VI. EVIDÊNCIA PSICOLÓGICA DE TORTURA E MAUS-TRATOS.....	193
A. Considerações gerais.....	193
1. Papel central da avaliação psicológica.....	193
2. Contexto da avaliação psicológica	195
B. Consequências psicológicas da tortura e dos maus-tratos	196
1. Observações cautelares.....	196
2. Respostas psicológicas comuns.....	196
3. Classificações diagnósticas	201
C. Avaliação psicológica/psiquiátrica.....	205
1. Considerações éticas e clínicas.....	205
2. Processo de entrevista	206
3. Componentes da avaliação psicológica/psiquiátrica	207
4. Avaliação neuropsicológica.....	213
5. Crianças e tortura	218
D. Lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros e pessoas intersexuais e tortura e maus-tratos.....	229

VII. O PAPEL DOS(AS) PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA DOCUMENTAÇÃO DE TORTURA E MAUS-TRATOS EM DIFERENTES CONTEXTOS	231
A. Obrigações do Estado e obrigações éticas dos(as) profissionais de saúde.....	231
B. Contextos em que a documentação pode ser necessária.....	232
C. Desafios	234
1. Medo de represálias	234
2. Falta de treinamento	235
3. Falta de tempo, carga de trabalho pesada e número inadequado de profissionais de saúde	235
4. Falta de espaço profissional adequado ou de condições	236
5. Não revelação	236
6. Trauma vicário e <i>burnout</i> (esgotamento).....	236
D. Implementação de obrigações éticas.....	236
1. Obrigações reais ou aparentes com terceiros.....	237
2. Preconceito implícito e explícito	237
3. Oportunidades limitadas de encaminhamento	238
E. Orientação e procedimentos	238
1. Avaliações clínicas e contextos jurídicos	238
2. Avaliações clínicas em contextos não jurídicos.....	239
F. Relatórios e regulamentação.....	241
G. Monitorar e garantir a qualidade de todas as avaliações oficiais.....	242

VIII. IMPLEMENTAÇÃO DO PROTOCOLO DE ISTAMBUL.....	243
A. Condições para a implementação efetiva do Protocolo de Istambul.....	244
1. Reconhecimento oficial das normas do Protocolo de Istambul	244
2. Vontade política.....	244
3. Um sistema de justiça criminal eficaz.....	245
4. Recursos financeiros e humanos adequados.....	246
5. Boa governança	246
6. Cooperação	246
7. Participação ativa da sociedade civil	247
B. Rumo à implementação efetiva do Protocolo de Istambul	247
1. Fase I.....	247
2. Fase II.....	248
3. Fase III	248
C. Reformas legais, administrativas e judiciais.....	248
D. Reforma da profissão forense e de saúde do Estado.....	251
E. Implementação do Protocolo de Istambul: monitoramento e prestação de contas	254
F. Cooperação, coordenação e assistência técnica.....	255
G. Sociedade civil	256
GLOSSÁRIO	258

ANEXOS	262
ANEXO I – PRINCÍPIOS SOBRE A INVESTIGAÇÃO E DOCUMENTAÇÃO EFICAZES DE TORTURA E OUTRAS PENAS OU TRATAMENTOS CRUÉIS, DESUMANOS OU DEGRADANTES	262
ANEXO II – DIRETRIZES PARA DOCUMENTAÇÃO DE TORTURA E MAUS-TRATOS CONTRA CRIANÇAS	265
ANEXO III – DESENHOS ANATÔMICOS PARA A DOCUMENTAÇÃO DE TORTURA E MAUS-TRATOS	274
ANEXO IV – DIRETRIZES PARA A AVALIAÇÃO CLÍNICA DE TORTURA E MAUS-TRATOS	301

APRESENTAÇÃO

Apresentação

A participação do Poder Judiciário na superação de desafios estruturais no campo penal e no campo socioeducativo tem duas razões principais. Compete a todas as magistradas e todos os magistrados zelar pela observância dos direitos fundamentais previstos em nossa Constituição, sobretudo quando se leva em consideração que esse grupo é composto por centenas de milhares de seres humanos em situação de vulnerabilidade, altamente estigmatizados, e muitas vezes desprovidos de representação política para pleitear melhores serviços do Estado pela via democrática.

Adicionalmente, trata-se de tema de elevado interesse social, na medida em que observamos que as disfuncionalidades de ambos os sistemas impactam negativamente o sentido de segurança pública e de desenvolvimento inclusivo que almejamos. Ao não acessarem direitos e serviços previstos em lei, muitas pessoas passam por esses sistemas sem condições de superar as limitações que as levaram até ali, tampouco desenvolvem habilidades ou exercitam potencialidades que permitam uma nova trajetória.

Com o reconhecimento do estado de coisas inconstitucional em nossas prisões pelo Supremo Tribunal Federal, com desafios muitas vezes correlatos no campo socioeducativo, somos desafiados(as) a refletir sobre o próprio sentido da responsabilização. Deste modo, cabe ao Departamento de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema de Execução de Medidas Socioeducativas do CNJ a missão de instituir o programa Fazendo Justiça, em parceria com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento e com dezenas de apoiadores(as), implementando medidas concretas para transformar todo o ciclo penal e socioeducativo a partir de um olhar sistêmico, calcado na dignidade da pessoa humana.

A difusão de conhecimento é crucial para subsidiar a tomada de decisão por parte de todos(as) os(as) envolvidos(as). Nesse contexto, a série Tratados Internacionais de Direitos Humanos traz a tradução de importantes normativas, permitindo a repercussão entre os diversos atores estatais e da sociedade civil, contribuindo para fortalecer a primazia dos direitos humanos no contexto da privação de liberdade e promovendo uma cultura de respeito e promoção desses direitos civilizatórios.

O Protocolo de Istambul, agora disponível em português e aqui publicado, é um compêndio de normas para a condução rigorosa de investigações e a documentação de alegações de tortura e maus-tratos. Proporciona diretrizes detalhadas para a realização de entrevistas com vítimas, a execução de exames médicos e psicológicos, a coleta de provas forenses e a preparação de relatórios técnicos para uso em processos judiciais e inquéritos oficiais. O objetivo do documento é assegurar a responsabilização por atos de violação dos direitos humanos, com a devida assistência às vítimas. Constitui, assim, um pilar fundamental no esforço global para erradicar a tortura e outros abusos, reforçando princípios de justiça, transparência e respeito pela dignidade humana.

Luís Roberto Barroso

Presidente do Supremo Tribunal Federal e do Conselho Nacional de Justiça

PROTOCOLO DE ISTAMBUL

Protocolo de Istambul

PREÂMBULO

Em 2001, o Escritório do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos (OHCHR, sigla em inglês) publicou a primeira edição do Protocolo de Istambul, que foi posteriormente atualizado em 2004. Desde então, ele tem sido usado em contextos médico-legais e outros em todo o mundo como uma ferramenta prática valiosa para orientar de forma eficaz a investigação e a documentação de tortura e maus-tratos, a proteção das vítimas e o trabalho de defesa da sociedade civil em nome das vítimas. Com base em anos de experiência no uso do Protocolo de Istambul na prática, profissionais e acadêmicos(as) de todo o mundo já reuniram suas experiências, identificaram boas práticas e destacaram as lições aprendidas com seu uso, limitações, má interpretação ou até mesmo mau uso deliberado. Esse rico esforço coletivo ajudou a refletir ainda mais os avanços na compreensão das práticas e dos efeitos da tortura e dos maus-tratos, resultando em uma atualização abrangente do Protocolo de Istambul.

Portanto, tenho o prazer de apresentar a edição de 2022 do Protocolo de Istambul, que se baseia na edição anterior de 2004. Esse roteiro multidisciplinar e com várias partes interessadas baseia-se em uma consulta internacional em grande escala realizada por mais de 180 especialistas, incluindo profissionais de saúde, jurídicos(as) e de direitos humanos de todas as regiões do mundo. Com base nas disposições relevantes da legislação internacional, ele fornece diretrizes ainda mais concretas, claramente definidas e bem compreendidas para auxiliar os Estados Membros, as instituições nacionais de direitos humanos, os mecanismos preventivos nacionais, a sociedade civil, os(as) profissionais jurídicos(as) e de saúde e outros(as) especialistas relevantes na implementação das normas do Protocolo de Istambul.

Esta nova edição é o resultado da cooperação entre a sociedade civil, profissionais, acadêmicos(as) e membros de todos os mecanismos antitortura das Nações Unidas, a saber, o Comitê contra a Tortura, o Subcomitê para Prevenção da Tortura e Outras Penas ou Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes, o Relator Especial sobre Tortura e Outras Penas ou Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes e o Fundo Voluntário das Nações Unidas para Vítimas de Tortura. As preocupações das vítimas e uma abordagem baseada em gênero são colocadas no centro da versão revisada.

Apesar dos bons exemplos de progresso jurídico, político e institucional na lei e na prática, o trabalho de combate e prevenção da tortura está longe de ser concluído. É necessário um compromisso contínuo de cada Estado para garantir que as salvaguardas legais que impedem a tortura e os maus-tratos sejam plena e adequadamente implementadas, que a responsabilização por tais violações seja garantida e que as vítimas recebam reparações completas e adequadas. A nova edição do Protocolo de Istambul é uma ferramenta valiosa para combater e prevenir a tortura e uma referência essencial para elaborar e implementar políticas, bem como para treinar e orientar um amplo espectro de atores que trabalham com vítimas de tortura.

O OHCHR continua comprometido em ajudar os Estados a erradicarem a tortura e os maus-tratos, a implementarem efetivamente os padrões internacionais de direitos humanos e a colocarem a reparação das vítimas, incluindo a reabilitação, no centro de seus esforços. Portanto, encorajo os Estados e os atores não estatais, a sociedade civil, os(as) profissionais individuais e todos(as) os(as) envolvidos(as) na prevenção e proteção contra a tortura e os maus-tratos a usarem a nova edição do Protocolo de Istambul. Em especial, convido os Estados a tornarem o Protocolo de Istambul parte essencial do treinamento de todos(as) os(as) funcionários(as) públicos(as) e profissionais médicos(as) envolvidos(as) na custódia, no interrogatório e no tratamento de pessoas submetidas a qualquer forma de prisão, detenção ou encarceramento. Espero que, por meio de esforços colaborativos e coletivos, possamos combater e superar um dos maiores desafios de nossos tempos e construir um futuro melhor e mais seguro para a humanidade.

Michelle Bachelet

Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos

NOTA DE INFORMAÇÃO

Esta é uma edição atualizada do *Manual sobre a Investigação e Documentação Eficazes da Tortura e Outras Penas ou Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes (Protocolo de Istambul)*. O Protocolo de Istambul estabelece padrões internacionais sobre como devem ser conduzidas investigações jurídicas e médico-legais eficazes sobre alegações de tortura ou maus-tratos. O Protocolo de Istambul foi desenvolvido por 75 especialistas em direito, saúde e direitos humanos de 40 organizações em 15 países. Ele foi oficialmente endossado pela ex-Alta Comissária das Nações Unidas para os Direitos Humanos, Mary Robinson, em 9 de agosto de 1999, e incluído na Série de Treinamento Profissional do Escritório do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos em 2001 e posteriormente atualizado em 2004. O Protocolo de Istambul contém uma série de “Princípios de Istambul”, que articulam padrões mínimos para a adesão do Estado a fim de garantir a investigação e a documentação eficazes da tortura e dos maus-tratos, que são mais detalhados no manual. Os Princípios de Istambul foram fomentados em resoluções da Assembleia Geral¹ e da antiga Comissão de Direitos Humanos em 2000², e os Estados foram solicitados a divulgar amplamente os Princípios e a utilizá-los em seus esforços para combater a tortura.

O Protocolo de Istambul e seus Princípios são usados rotineiramente como ponto de referência para medir a eficácia das investigações sobre tortura pelo Comitê contra a Tortura, pelo Relator Especial sobre tortura e outras penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes e pelo Subcomitê de Prevenção da Tortura e Outras Penas ou Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes. Além disso, as normas estabelecidas no Protocolo de Istambul foram aplicadas por órgãos regionais de direitos humanos, incluindo a Comissão Interamericana de Direitos Humanos, a Corte Interamericana de Direitos Humanos, a Comissão Africana de Direitos Humanos e dos Povos e a Corte Europeia de Direitos Humanos, bem como por muitas instituições nacionais. Em seu relatório anual para a Assembleia Geral em outubro de 2014, o Relator Especial sobre tortura, Juan E. Méndez, reconheceu o papel fundamental das ciências forenses e médicas na investigação e prevenção da tortura e de outros maus-tratos. Ele afirmou que “as normas do Protocolo de Istambul servem como padrão para a avaliação de provas médicas, como ferramenta de referência para especialistas que emitem pareceres, como parâmetro para avaliar a eficácia da apuração de fatos nacionais e como meio de reparação para as vítimas” e que “relatórios forenses de qualidade estão revolucionando a investigação da tortura”.³ Esse reconhecimento pelos órgãos de direitos humanos das Nações Unidas, tribunais regionais de direitos humanos e Relatores(as) Especiais das Nações Unidas facilitou o uso generalizado e a aceitação do Protocolo de Istambul em contextos médico-legais e outros em todo o mundo. Nos últimos 20 anos, o Protocolo de Istambul e seus Princípios têm sido cada vez mais utilizados por agentes estatais e não estatais para orientar suas investigações sobre tortura e maus-tratos.

Esta publicação busca atualizar e fortalecer o Protocolo de Istambul, por meio de um projeto que envolveu mais de 180 participantes de 51 países. O projeto foi liderado por representantes de quatro organizações da sociedade civil (*Physicians for Human Rights, International Rehabilitation Council for Torture Victims, Human Rights Foundation of Turkey e Redress*

1 Resolução n.º 55/89 da Assembleia Geral.

2 Resolução n.º 2000/43 da Comissão de Direitos Humanos.

3 A/69/387, pars. 59 e 64.

Trust) e quatro órgãos centrais das Nações Unidas contra a tortura (Comitê contra a Tortura, Subcomitê de Prevenção da Tortura, Relator Especial sobre Tortura e Fundo Voluntário das Nações Unidas para Vítimas de Tortura). O Comitê Editorial do Protocolo de Istambul desse projeto é composto por representantes de todas as quatro organizações da sociedade civil e de todos os quatro principais órgãos antitortura das Nações Unidas. O projeto recebeu apoio do *Dignity* – Instituto Dinamarquês contra a Tortura – e do Fundo Voluntário das Nações Unidas para as Vítimas de Tortura, mas foi apoiado pelo compromisso e tempo dedicados de cada um(a) dos(as) especialistas e organizações envolvidos(as).

Esse esforço internacional de grande escala foi realizado para atualizar o Protocolo de Istambul a fim de refletir os avanços em nossa compreensão das práticas e dos efeitos da tortura e dos maus-tratos, bem como as experiências práticas e as lições aprendidas com o uso do Protocolo de Istambul nos últimos 20 anos. Isso incluiu reuniões de coordenação regional em Bishkek, Cidade do México e Copenhague e uma pesquisa com mais de 200 pessoas com experiência substancial no uso do Protocolo de Istambul em atividades de combate à tortura. Além de atualizar os seis capítulos originais do Protocolo de Istambul, esta edição inclui dois novos capítulos: o capítulo VII que proporciona orientação sobre o papel dos(as) profissionais de saúde em vários contextos nos quais a documentação pode ser necessária e o capítulo VIII que fornece instruções sobre as etapas necessárias para a implementação efetiva do Protocolo de Istambul pelos Estados.

A edição de 2022 do Protocolo de Istambul será disponibilizada em todos os seis idiomas oficiais das Nações Unidas no site do Escritório do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos (www.ohchr.org).

COLABORADORES(AS) E PARTICIPANTES

COMITÊ EDITORIAL DO PROTOCOLO DE ISTAMBUL

Dr. Vincent Iacopino – ex-Conselheiro Médico Sênior da *Physicians for Human Rights*; Professor Adjunto de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Minnesota

James Lin – Coordenador do Programa do Protocolo de Istambul, *International Rehabilitation Council for Torture Victims*; Professor Adjunto de Direito, Universidade Nacional Yang Ming Chiao Tung

Dra. Şebnem Korur Fincancı – Presidente, Associação Médica Turca; Membro do Conselho Executivo, Fundação de Direitos Humanos da Turquia; Professora Emérita de Medicina Legal, Faculdade de Medicina da Universidade de Istambul

Chris Esdaile – Consultor Jurídico/Solicitador, *Redress Trust*

Dr. Jens Modvig – Diretor, Departamento de Saúde, *Dignity* – Instituto Dinamarquês contra a Tortura; Chefe da Plataforma Internacional de Responsabilidade para Belarus; ex-Presidente do Comitê contra a Tortura

Nora Sveaass – Professora Emérita, Universidade de Oslo; Membro do Subcomitê de Prevenção de Tortura e Outras Penas ou Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes

Nils Melzer – ex-Relator Especial sobre tortura e outras penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes

Dra. Vivienne H. Nathanson – Presidente do Fundo Voluntário das Nações Unidas para Vítimas de Tortura; ex-Diretora de Atividades Profissionais da Associação Médica Britânica

EDITORES(AS) DE CAPÍTULOS DO PROTOCOLO DE ISTAMBUL

Juan E. Méndez – ex-Relator Especial sobre tortura e outras penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes (2010–2016); Professor de Direito, Faculdade de Direito da Universidade Americana de Washington

Dr. Vincent Iacopino – ex-Conselheiro Médico Sênior da *Physicians for Human Rights*; Professor Adjunto de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Minnesota

Dr. Lutz Oette – Professor de Direito Internacional dos Direitos Humanos, Centro de Direito dos Direitos Humanos, Escola de Estudos Orientais e Africanos, Universidade de Londres

Dra. Rohini J. Haar – Professora Adjunta, Escola de Saúde Pública, Universidade da Califórnia, Berkeley; Consultora Médica, *Physicians for Human Rights*

Dra. Juliet Cohen – ex-Chefe de Médicos(as), *Freedom from Torture*

Felicitas Treue – Psicóloga, *Colectivo contra la Tortura y la Impunidad*, México; Grupo Independente de Peritos(as) Forenses

Nora Sveaass – Professora Emérita, Universidade de Oslo; Membro do Subcomitê de Prevenção de Tortura e Outras Penas ou Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes

Dr. Rusudan Beriashvili – Professor Associado, Universidade Estadual de Medicina de Tbilisi

MEMBROS DO GRUPO DE TRABALHO DO PROTOCOLO DE ISTAMBUL

Dr. Uju R. Agomoh – Diretor Executivo, *Prisoners' Rehabilitation and Welfare Action*; Fundador, *Development Voice*

Dra. Aameena T. Ahmed – Médica, Grupo Médico Permanente

Dr. Ahmed Mohammed Amin Ahmed – Diretor, Organização Wchan para Vítimas de Violações de Direitos Humanos; Professor, Universidade Politécnica de Sulaimani – Faculdade Técnica de Saúde, Região do Curdistão do Iraque

Dra. Joanne Ahola – Diretora Médica Emérita, Centro Weill Cornell pelos Direitos Humanos; Instrutora, *Physicians for Human Rights*

Dra. Dina A. al-Shafie – Psiquiatra e Consultora Psicossocial Forense, *Synergy for Justice*; Especialista e Investigadora sobre violência sexual e tortura em áreas pós-conflito e Instrutora do Protocolo de Istambul, Médicos Sem Fronteiras, Egito

Dra. Aida S. Alayarian – Presidente e Líder Clínica do Centro de Terapia para Refugiados(as), *Royal Society of Medicine*; Membro do Conselho do Reino Unido para Psicoterapia e Sociedade Psicológica Britânica

Djordje Alempijevic – Professor de Medicina Legal, Faculdade de Medicina, Universidade de Belgrado; Membro Fundador, Faculdade de Medicina Legal e Forense, *Royal College of Physicians*, Londres

Federico Allodi – Professor Associado, Universidade de Toronto; ex-Presidente do Centro Canadense para Vítimas de Tortura

Dr. Yahya Alrahal – Consultor Médico, *Lawyers and Doctors for Human Rights*

Dr. Kerem Altiparmak – Presidente, Centro de Direitos Humanos, *Ankara Bar Association*; Vice-Presidente, Associação de Direitos Humanos, Turquia

George J. Annas – *Warren Distinguished Professor*, Universidade de Boston; Diretor, Centro de Direito da Saúde, Ética e Direitos Humanos, Escola de Saúde Pública da Universidade de Boston

Jorge G. Aroche – Diretor Executivo, Serviço de Nova Gales do Sul para o Tratamento e Reabilitação de Sobreviventes de Tortura e Trauma; Presidente, Conselho Internacional de Reabilitação para Vítimas de Tortura, Austrália

Ulugbek Azimov – ex-Presidente, Conselho de Coordenação do Mecanismo Preventivo Nacional; Especialista Jurídico, Quirguistão

Ioanna Babassika – Advogada, *Athens Bar Association*; Especialista em Direitos Humanos, Grécia

Dr. Kenneth Daniel Bagonza – Médico, Centro Africano para Tratamento e Reabilitação de Vítimas de Tortura; Universidade de Ciência e Tecnologia de Mbarara, Uganda

Dr. Metin Bakkalci – Médico, Fundação de Direitos Humanos da Turquia

Dr. Turkcan Baykal – Médico, Fundação de Direitos Humanos da Turquia; Psicólogo Clínico, Turquia

Dr. Smadar Ben-Natan – Médico, Universidade de Tel Aviv

Dr. Ahmed Benasr – Médico Forense, Nebras, Tunísia

Barbara Bernath – Secretária-Geral, Associação para a Prevenção da Tortura, Genebra

Dr. Jonathan Beynon – Especialista Independente em documentação de tortura e condições de detenção, Genebra

Moritz Birk – Chefe do Departamento, Dignidade Humana e Segurança Pública, Instituto Ludwig Boltzmann de Direitos Humanos e Fundamentais, Viena

Dra. Bettina Birmanns – Neurologista, Comitê Público contra a Tortura em Israel

Jean-Sébastien Blanc – Consultor Científico do Centro Suíço de Especialização em Prisão e Liberdade Condicional; ex-Diretor de Programas Temáticos da Associação para a Prevenção da Tortura, Genebra

Dra. Anissa Bouasker – Psiquiatra e Professora Assistente da Faculdade de Medicina de Túnis

Dra. Marie Brasholt – Oficial Médica Sênior, *Dignity* – Instituto Dinamarquês contra a Tortura; Membro do Subcomitê de Prevenção da Tortura e Outras Penas ou Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes

Dra. Nicole Bürli – Consultora Sênior de Direitos Humanos, Organização Mundial contra a Tortura, Genebra

Sofia C. Candeias – Equipe de Especialistas em Estado de Direito e Violência Sexual em Conflitos

Lotta Carlsson – Gerente de Casos, Conselheira, Centro de Psicotraumatologia, *Helsinki Deaconess Foundation*; Consultora Independente, Rede de Conscientização sobre Radicalização e Conselho da Europa, Finlândia

Jim Cavallaro – Professor de Direito, Direitos Humanos Internacionais e Clínica de Resolução de Conflitos de Stanford e Centro de Direitos Humanos de Stanford ; ex-Comissário e Presidente, Comissão Interamericana de Direitos Humanos

Sirikan Charoensiri – *Thai Lawyers for Human Rights*

Tatiana Chernobil – Especialista Jurídica Independente, Cazaquistão

Elena Olga Christidi – Psicóloga, ex-Coordenadora Científica, Certificação de Vítimas de Tortura, *METAdrasi*; Diretora Científica, *Orlando LGBT+ Mental Health Beyond the Stigma*, Grécia

Guy Coffey – Psicólogo Clínico e Advogado, *Victorian Foundation for Survivors of Torture*, Austrália

Dra. Keren Cohen – Professora Sênior, Goldsmiths, Universidade de Londres; Psicóloga de Aconselhamento, Reino Unido

Dra. Sondra S. Crosby – Professora Associada de Medicina e Saúde Pública, Universidade de Boston; Especialista Médica e Consultora de Documentação de Tortura, *Physicians for Human Rights*

Dra. Malabika M. Das – Consultora de Trabalho Social Integrativo, Professora Assistente Adjunta, Universidade Nacional de Taiwan

María de Lezcano-Mújica González – ex-Consultora, *International Bar Association's Human Rights Institute*

Clarisse Delorme – Consultora Sênior de Políticas, Associação Médica Mundial

Ana Deutsch – Psicóloga, Programa para Vítimas de Tortura, Los Angeles

Dra. Carole Dromer – ex-Coordenadora, Programa de Cuidados de Saúde em Detenção, Comitê Internacional da Cruz Vermelha

Vanessa Drummond – Diretora Assistente de Projeto, Iniciativa Antitortura, Centro de Direitos Humanos e Direito Humanitário, Faculdade de Direito da Universidade Americana de Washington

Helen Duffy – Diretora, *Human Rights in Practice*; Professora, Universidade de Leiden, Holanda

Dr. Maximo Alberto Duque Piedrahita – Médico, Universidade CES; Especialista em Medicina Legal, Universidade Nacional, Colômbia

Dr. Pierre Duterte – Psicoterapeuta, França

Dra. Alice J. Edwards – Chefe de Secretaria, Iniciativa da Convenção contra a Tortura, Genebra

Dra. Ingrid Elliott – Especialista em justiça criminal internacional e violência sexual e de gênero, *Synergy for Justice*; Equipe de Especialistas em Estado de Direito e Violência Sexual em Conflitos

Chris Esdaile – Consultor Jurídico/Solicitador, *Redress Trust*

Sir Malcolm D. Evans – Professor de Direito Internacional Público, Universidade de Bristol; ex-Presidente do Subcomitê de Prevenção da Tortura e Outras Penas ou Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes

Ravindra Fernando – Professor Emérito, Universidade de Colombo; Professor Sênior, Universidade de Defesa General Sir John Kotelawala, Sri Lanka

Dra. Carla Ferstman – Professora Sênior, Universidade de Essex

Dra. Şebnem Korur Fincancı – Presidente, Associação Médica Turca; Membro do Conselho Executivo, Fundação de Direitos Humanos da Turquia; Professora Emérita de Medicina Legal, Faculdade de Medicina da Universidade de Istambul

Barbara A. Frey – Diretora, Programa de Direitos Humanos, Universidade de Minnesota; Professora Sênior, Instituto de Estudos Globais, Universidade de Minnesota

Christy C. Fujio – Consultora Técnica Sênior, Acesso à Justiça e Proteção, *Heartland Alliance International*; Diretora, *Synergy for Justice*, Estados Unidos da América

Sarah Fulton – Advogada e Consultora de Direitos Humanos, Sydney; ex-Assessora Jurídica Internacional, *Redress Trust*

Fiona Gabbert – Professora de Psicologia, Goldsmiths, Universidade de Londres; Diretora da Unidade de Psicologia Forense, Goldsmiths, Universidade de Londres

Felice Gaer – Diretora do Instituto Jacob Blaustein para o Avanço dos Direitos Humanos; ex-Membro e Vice-Presidente, Comitê contra a Tortura

Katherine Gallagher – Advogada Sênior de Equipe, Centro de Direitos Constitucionais, Estados Unidos

Dr. Andrés Gautier – Médico, Instituto de Terapia e Investigação sobre as seqüelas da tortura e violência estatal, Bolívia (Estado Plurinacional da)

Dr. Yuval Ginbar – Assessor Jurídico, Anistia Internacional, Reino Unido

Maartje L. Goudswaard – Médico Forense, Departamento Forense de Amsterdã; Médico

Edith Escareño Granados – Psicóloga, Especialista Independente, México

Dr. Peter G. Green – Médico designado para proteção infantil, *Wandsworth Clinical Commissioning Group*, Reino Unido

Charles W. Greenbaum – Professor de Psicologia Social, Universidade Hebraica de Jerusalém

Dr. Dadimos Haile – Professor Associado de Direito, Universidade Bahir Dar, Etiópia

Dra. Sana Hamzeh – Consultora Clínica, *Restart Center for Rehabilitation of Victims of Violence and Torture*, Líbano

Dr. Steen Holger Hansen – Patologista Forense, Universidade de Copenhague

Dra. Lilla Hárdi – Médica, Fundação Cordelia para a Reabilitação de Vítimas de Tortura, Hungria

Dra. Karin Helweg-Larsen – Pesquisadora Sênior, Universidade de Copenhague

Edeliza Pescante Hernandez – Diretora Executiva, *Medical Action Group*; Membro do Conselho para a Ásia, *International Rehabilitation Council for Torture Victims*, Filipinas

Verónica Hinestroza Arenas – Especialista Independente em direito internacional dos direitos humanos, Colômbia; ex-Advogada Sênior de Programas, *International Bar Association's Human Rights*

Jonathan Horowitz – Diretor Jurídico Sênior, Segurança Nacional e Contraterrorismo, *Open Society Justice Initiative*, Estados Unidos

Andrea Huber – Chefe, Departamento de Direitos Humanos e Vice-Chefe, Unidade de Estado de Direito, Escritório para Instituições Democráticas e Direitos Humanos da Organização para Segurança e Cooperação na Europa, Polônia

Dr. Vincent Iacopino – ex-Conselheiro Médico Sênior, *Physicians for Human Rights*; Professor Adjunto de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Minnesota

Dr. Bayazit Ilhan – Ex-Presidente, Associação Médica Turca

Dr. Jim Jaranson – Consultor, Estados Unidos

Dr. Amar Jesani – Editor, *Indian Journal of Medical Ethics*; Consultor Independente e Professor de Saúde Pública e Bioética, Índia

Carlos A. Jibaja – Psicólogo, Centro de Atendimento Psicossocial; Psicoterapeuta Psicanalítico, Associação de Psicoterapia Psicoanalítica, Peru

Dra. Mariam Jishkariani – Médica, Diretora, *RCT/EMPATHY*; Psiquiatra, Universidade Estadual de Medicina de Tbilisi, Geórgia

Nuriana A. Kartanbaeva – Diretora, Programa de Direito, Fundação Soros-Quirguistão

Dra. Marianne C. Kastrup – Consultora, Dinamarca

Dr. Allen S. Keller – Professor Associado da Faculdade de Medicina da Universidade de Nova Iorque; fundador do Programa para Sobreviventes de Tortura da Bellevue/Universidade de Nova Iorque

Pornpen Khongkachonkiet – Diretor, *Cross Cultural Foundation*, Tailândia

Coleen Kivlahan – Professora de Medicina Familiar e Diretora Executiva de Serviços de Atenção Primária, Universidade da Califórnia, São Francisco

Asger Kjaerum – Diretor de *Advocacy*, *International Rehabilitation Council for Torture Victims*

Vincent O. Kodongo – Diretor, *Shield for Justice Foundation*, Quênia

Elsbeth J. Kors – Psicóloga Clínica, Instituto de Direitos Humanos e Avaliação Médica, Holanda

Dr. Debabrata R. Laifungbam – Diretor, *Human to Humane Transcultural Centre for Torture Victims*, Centro de Pesquisa e Educação Organizacional; Membro do Comitê Consultivo de Saúde, *International Rehabilitation Council for Torture Victims*, Índia

Josephine Acuna Lascano – Diretora Executiva, *Balay Rehabilitation Center*, Filipinas

Peter M. Leth – Professor, Universidade do Sul da Dinamarca; Médico Forense Chefe, Instituto de Medicina Legal, Universidade do Sul da Dinamarca

Iain Levine – ex-Diretor Executivo Adjunto de Programas, *Human Rights Watch*, Estados Unidos

Dra. Birgit Lie – Clínica de Saúde Psicossomática, Trauma e Saúde do Imigrante, *Sørlandet Hospital*, Kristiansand, Noruega

James Lin – Coordenador do Programa do Protocolo de Istambul, *International Rehabilitation Council for Torture Victims*

Dra. Elizabeth Lira – Reitora, Faculdade de Psicologia, Universidade de Alberto Hurtado; Psicóloga, Pontifícia Universidade Católica do Chile

Maria Lisitsyna – Diretora Jurídica Sênior, *Open Society Justice Initiative*, Estados Unidos

Dra. Nicole Littenberg – Médica, *Pacific Survivor Center*; Examinadora Forense, Centro de Tratamento de Abuso Sexual, Estados Unidos

Dra. June Caridad Pagaduan Lopez – Médica, Subcomitê de Prevenção da Tortura e Outros Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes; Professora Aposentada de Psiquiatria da Universidade das Filipinas

Said Louahlia – Patologista Forense, Casablanca

Dra. Frances A. Lovemore – Diretora, Unidade de Serviços de Aconselhamento, Zimbábue

Dr. Stuart L. Lustig – Executivo Médico Nacional de Saúde Comportamental, Cigna; Consultor Médico-Legal, Faculdade de Direito Hastings da Universidade da Califórnia, Centro de Estudos de Gênero e Refugiados

Andreas Malm – Psicólogo, Cruz Vermelha Sueca

Elisa C. Massimino – Pesquisadora Sênior, *Carr Center for Human Rights Policy, Harvard Kennedy School*; Praticante Residente, *Walsh School of Foreign Service, Georgetown University*

Nils Melzer – ex-Relator Especial sobre tortura e outros tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes

Niv Michaeli – Coordenador de Projetos, *Physicians for Human Rights, Israel*

Dr. Ranit Mishori – Professor de Medicina da Família, Faculdade de Medicina da Universidade de Georgetown; Consultor Médico Sênior, *Physicians for Human Rights*

Dr. Jens Modvig – Diretor, Departamento de Saúde, *Dignity* – Instituto Dinamarquês contra a Tortura; Chefe, Plataforma Internacional de Responsabilidade para Belarus; ex-Presidente, Comitê contra a Tortura

Dr. Sergey Nikolayevich Molchanov – Diretor do fundo público “Doctor SN”; Psiquiatra, Cazaquistão

Dr. Benito E. Molino – Médico, *Medical Action Group, Filipinas*

Dra. María Dolores Morcillo Méndez – Especialista em Medicina Forense e Patologia Forense e Coordenadora Forense, Comitê Internacional da Cruz Vermelha

Dr. Alejandro Moreno – Reitor Assistente para Integração de Habilidades Clínicas e Professor Associado de Medicina e Educação Médica, Universidade do Texas na Austin Dell Faculdade de Medicina

Valeria Moscoso Urzúa – Especialista Psicossocial Independente, Coordenadora, Rede Nacional de Especialistas Independentes contra a Tortura, México

Annah Yvonne Moyo – Gerente do Programa de Advocacy, Centro para o Estudo da Violência e Reconciliação, África do Sul

Dra. Maya Mukamel – Psicóloga de Aconselhamento, Diretora de Estudos, *Metanoia Institute*, Reino Unido

Lia Mukhashavria – Advogada de Direitos Humanos, Advogada, LLM; Diretora Executiva da ONG *Human Rights Priority*, Geórgia

Karen Naimer – Diretora de Programas e Diretora do Programa sobre Violência Sexual em Zonas de Conflito, *Physicians for Human Rights*

Dra. Yadira M. Narváez – Médica, Equador

Parvina Navruzova – Chefe do Programa de Acesso à Justiça e Reforma Judicial, Centro de Direitos Humanos, Tadjiquistão

Dra. Anne Nesbitt – Pediatra, *Freedom from Torture*, Reino Unido

Andra Nicolescu – Consultora Sênior, Direito e Política, Associação para a Prevenção da Tortura, Genebra

Manfred Nowak – Professor de Direitos Humanos Internacionais, Universidade de Viena; Secretário Geral, Centro Interuniversitário Europeu para Direitos Humanos e Democratização, Viena

Samuel H. Nsubuga – Diretor Executivo, Centro Africano para Tratamento e Reabilitação de Vítimas de Tortura, Uganda

Dr. Janus Oomen – Antropólogo Médico, Instituto Holandês de Direitos Humanos e Avaliação Médica

Gabriel Oosthuizen – Diretor de Programa, Instituto de Investigações Criminais Internacionais, Holanda

Dr. Resmiye Oral – Professor de Pediatria Clínica, *Geisel School of Medicine*; Diretor do Centro de Proteção e Defesa da Criança, *Children's Hospital at Dartmouth-Hitchcock*, Estados Unidos

Dr. Önder Özkaliç – Médico Forense, Especialista Independente; Professor Associado de Medicina Forense, Consultor Temporário do Escritório do Alto Comissário das Nações Unidas para os Direitos Humanos (OHCHR, sigla em inglês), Genebra

Dimitrios Pantazis – Psicólogo Clínico, Chipre

Nimisha Patel – Professora de Psicologia Clínica, Universidade do Leste de Londres; Diretora, Centro Internacional de Saúde e Direitos Humanos, Reino Unido

Dra. Beatrice M. Patsalides Hofmann – Psicóloga Clínica, Centro Primo Levi; Psicanalista, Paris

Jason Payne-James – Consultor em Medicina Legal e Forense, Serviços de Saúde Forense; Examinador Médico Líder, *Norfolk and Norwich University Hospitals NHS Foundation Trust*, Reino Unido

Dr. Michael Peel – Médico, Clínico Geral, Somerset, Reino Unido

Dr. Clifford P. Perera – Professor Sênior e Chefe do Departamento de Medicina Legal, Faculdade de Medicina, Universidade de Ruhuna; Consultor em questões forenses e direitos humanos, Comissão Asiática de Direitos Humanos, Hong Kong, China

Dr. Pau Pérez-Sales – Psiquiatra, Diretor Clínico, *Sir[a]*; Membro, *International Rehabilitation Council for Torture Victims*; Editor-Chefe, *Torture*

Dr. Hans Draminsky Petersen – ex-Membro e Vice-Presidente, Subcomitê de Prevenção da Tortura e Outras Penas ou Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes

Mikolaj Pietrzak – ex-Presidente do Fundo Voluntário das Nações Unidas para Vítimas de Tortura; Decano, *Warsaw Bar Association*, Polônia

Laura Pitter – Diretora Adjunta, Programa dos EUA, *Human Rights Watch*, Estados Unidos

Dra. Katherine A. Porterfield – Psicóloga, Programa para Sobreviventes de Tortura da Universidade de Bellevue/Nova Iorque; Instrutora Clínica, Escola de Medicina da Universidade de Nova Iorque

Dr. José Quiroga – ex-Diretor Médico do Programa para Vítimas de Tortura; ex-Vice-Presidente do *International Rehabilitation Council for Torture Victims*

Dr. Steven Reisner – Co-Fundador, *Coalition for an Ethical Psychology*; Consultor em Psicologia e Ética, *Physicians for Human Rights*

Dr. Ricardo Restrepo-Guzmán – Professor Clínico Associado, Universidade da Califórnia, Irvine

Dr. Hernán Reyes – Centro de Direitos Humanos, Universidade da Califórnia, Berkeley; Ginecologista-Obstetra, Associação Médica Suíça

Sidsel Rogde – Professor, Universidade de Oslo; Patologista Forense, Médico Sênior, Hospital Universitário de Oslo

Dr. Barry H. Roth – Médico, Programa de Psiquiatria e Direito, Faculdade de Medicina de Harvard; *Distinguished Life Fellow*, Associação Americana de Psiquiatria

Leonard S. Rubenstein – Cientista Sênior, Escola de Saúde Pública Johns Hopkins Bloomberg; Diretor, Programa de Direitos Humanos, Saúde e Conflito, Centro de Saúde Pública e Direitos Humanos

Olga Sadovskaya – Vice-Presidente do Comitê contra a Tortura, Federação Russa

Antti Sajantila – Professor, Departamento de Medicina Forense, Universidade de Helsinque; Médico Sênior, Unidade de Medicina Forense, Instituto Finlandês de Saúde e Bem-Estar

Yubaraj Sangroula – Diretor Executivo, Escola de Direito de Kathmandu

Caroline Schlar – Psicóloga-Psicoterapeuta, Genebra

Stephanie Selg – ex-Conselheira para prevenção da tortura, Escritório para Instituições Democráticas e Direitos Humanos da Organização para Segurança e Cooperação na Europa, Polônia

Mandira Sharma – Profissional de Direitos Humanos, Fórum de *Advocacy*, Nepal

Dr. Julian Sheather – Consultor Especialista em ética e direitos humanos, Associação Médica Britânica

Derrick Michael Silove – Professor Emérito, Universidade de New South Wales e Professor Visitante, Phoenix Australia, Universidade de Melbourne

Susannah Sirkin – Diretora de Políticas/Consultora Sênior, *Physicians for Human Rights*

Elna Søndergaard – Consultora Jurídica Sênior, *Dignity* – Instituto Dinamarquês contra a Tortura; Professora Associada, Dinamarca

Ruth Ssekindi – Diretora de Reclamações, Investigações e Serviços Jurídicos; Comissão de Direitos Humanos de Uganda

Eric Stover – Diretor do Corpo Docente, Centro de Direitos Humanos, Faculdade de Direito, Universidade da Califórnia, Berkeley

Dr. Wilder Tayler – Diretor, Instituição Nacional de Direitos Humanos; Comissário, Comissão Internacional de Juristas, Uruguai

Jørgen L. Thomsen – Professor, Universidade do Sul da Dinamarca; Doutor em Ciências Médicas, Departamento de Medicina Legal

Dr. Morris V. Tidball Binz – Relator Especial sobre execuções extrajudiciais, sumárias ou arbitrárias; Professor Visitante, Universidades de Coimbra e Milão; Gerente Forense, Projeto de Pessoas Desaparecidas, Comitê Internacional da Cruz Vermelha

Lela Tsiskarishvili – Diretora Executiva, *Georgian Centre for Psychosocial and Medical Rehabilitation of Torture Victims*; Psicóloga Clínica, Programa de Mestrado em Saúde Mental, Universidade Estadual de Ilia, Geórgia

Hulya Ucpinar – Advogada, Fundação de Direitos Humanos da Turquia

Danaé L. van der Straten Ponthoz – Consultora Sênior, *Global Survivors Fund*, Suíça

Dr. Adriaan Van Es – Médico, Federação Internacional de Organizações de Saúde e Direitos Humanos, Holanda

Peter Vanezis – Professor de Ciências Médicas Forenses, *Queen Mary University* de Londres

Dr. Homer Drae Venters – Professor Associado Clínico, Faculdade de Saúde Pública Global da Universidade de Nova Iorque; Bolsista Sênior de Saúde e Justiça, Serviços de Saúde Correcional Orientados para a Comunidade, Estados Unidos

Alejandra Vicente – Chefe do Departamento Jurídico, *Redress Trust*

Duarte Nuno Vieira – Professor Catedrático, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra; Presidente, Centro de Pesquisa e Treinamento Forense em Direitos Humanos e Humanitários da Universidade de Coimbra

Ravi Prakash Vyas – Professor Assistente, Faculdade de Direito de Kathmandu

Steven M. Watt – Advogado Sênior de Equipe, *American Civil Liberties Union*

Dra. Mechthild Wenk-Ansohn – Médica, Psicoterapeuta, Supervisora; ex-Chefe do Setor Ambulatorial do *Centre Überleben*, Berlim; Consultora Independente, Centro Europeu de Direito Constitucional e Direitos Humanos, e no campo da cooperação internacional, Alemanha

Thomas Wenzel – Psiquiatra, Seção de Aspectos Psicológicos da Perseguição e Tortura, Associação Mundial de Psiquiatria; Professor, Universidade Médica de Viena

Dr. Zeev Wiener – Psiquiatra e Médico de Família, *Physicians for Human Rights*, Israel

Dra. Cynthia Willard – Diretora, Clínica de Direitos Humanos Keck, Universidade do Sul da Califórnia

Şahika Yüksel – Psiquiatra, Fundação de Direitos Humanos da Turquia; Professora, Universidade de Istambul (aposentada)

COLABORADORES ADICIONAIS

Sarah Bakir – Candidata ao Mestrado em Saúde Pública, Escola de Saúde Pública, Universidade da Califórnia, Berkeley

Josina Bothe – Consultora, *International Rehabilitation Council for Torture Victims*, Alemanha

Alice Chin-Huei Chiu – Advogada, Escritório de Advocacia Huang; ex-Consultora, *International Rehabilitation Council for Torture Victims*

Makaila Heifner – ex-Assistente de Pesquisa do Centro de Direitos Humanos, Faculdade de Direito, Universidade da Califórnia, Berkeley

Una Marquard-Busk – Gerente de Projetos, *Dignity* – Instituto Dinamarquês contra a Tortura

Julia Nee – ex-Assistente de Pesquisa do Centro de Direitos Humanos da Faculdade de Direito da Universidade da Califórnia, Berkeley; candidata a Bacharel em Artes pela *Gallatin School of Individualized Study* da Universidade de Nova Iorque

Agradecemos também a vários(as) colegas do OHCHR cujos esforços contribuíram para a realização desta publicação. De acordo com a política do OHCHR, as contribuições para suas publicações não são atribuídas aos(as) funcionários(as) do Escritório.

INTRODUÇÃO

A Convenção contra a Tortura e Outras Penas ou Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes, adotada pela Assembleia Geral em 1984, foi ratificada por quase todos os países do mundo. A Convenção contra a Tortura prevê, em seu art. 1º, uma definição legal de tortura acordada internacionalmente, a saber:

Qualquer ato pelo qual dores ou sofrimentos intensos, físicos ou mentais, são intencionalmente infligidos a uma pessoa com o objetivo de obter dela ou de terceiros informações ou confissões, puni-la por um ato que ela ou terceiros tenham cometido ou sejam suspeitos de ter cometido, intimidá-la ou coagi-la ou a terceiros, ou por qualquer motivo baseado em discriminação de qualquer tipo, quando tais dores ou sofrimentos são infligidos por, ou sob a instigação de, ou com o consentimento ou aquiescência de um(a) funcionário(a) público(a) ou outra pessoa agindo em uma capacidade oficial. Não inclui dor ou sofrimento decorrentes apenas de sanções legais, inerentes a elas ou incidentais a elas.

A tortura é um dos crimes mais hediondos conhecidos pela humanidade, não apenas porque envolve a infligência intencional de dor física e mental grave, mas porque é cometida por funcionários(as) ou com a aquiescência de um Estado e muitas vezes ocultado de forma eficaz para impedir a justiça e a responsabilização. Como resultado da tortura, as vítimas suportam dores e sofrimentos físicos e mentais profundos, enquanto a realidade do crime cometido contra elas é frequentemente ignorada em processos judiciais e administrativos e impune. A tortura é uma preocupação profunda para a comunidade mundial porque busca destruir não apenas o bem-estar físico e emocional dos indivíduos, mas também, em alguns casos, a dignidade e a vontade de famílias e comunidades inteiras. Ela diz respeito a todos os membros da família humana porque impugna o próprio significado de nossa existência e nossas esperanças de um futuro melhor.⁴ Embora os direitos humanos internacionais e o direito humanitário proibam consistentemente a tortura e outras penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes (“tortura e maus-tratos”) em qualquer circunstância (ver cap. I), esses atos continuam a ser praticados com impunidade em todo o mundo.⁵

A impressionante disparidade entre a proibição absoluta da tortura e sua prevalência no mundo atual demonstra a necessidade contínua dos Estados identificarem e implementarem medidas eficazes para proteger os indivíduos contra a tortura e os maus-tratos. Este manual foi desenvolvido para permitir que os Estados abordem uma das preocupações fundamentais na proteção de indivíduos contra a tortura – investigação e documentação eficazes. A documentação traz à tona evidências de tortura e maus-tratos para que os(as) perpetradores(as) possam ser responsabilizados(as) por seus atos e para que os interesses da justiça sejam atendidos. Durante os últimos 20 anos, os padrões de investigação e documentação do Protocolo de Istambul serviram para preencher a lacuna entre as obrigações dos Estados sob a Convenção contra a Tortura e o direito internacional de investigar e documentar a tortura e os maus-tratos e a falta de orientação normativa, particularmente em relação à investigação médico-legal e à documentação da tortura. O Protocolo de Istambul é um instrumento eficaz para combater a impunidade em relação à tortura e aos maus-tratos, pois estabelece disposições específicas sobre como deve ser realizada a investigação e a documentação legal e clínica eficazes das alegações de tortura ou maus-tratos, o que é necessário para levar os(as) perpetradores(as)

4 Vincent Iacopino, “Treatment of survivors of political torture: commentary”, *Journal of Ambulatory Care Management*, v. 21, n.º 2 (1998), p. 5–13.

5 Anistia Internacional, *Torture in 2014: 30 Years of Broken Promises* (Londres, 2014), p. 10. Consulte também A/73/207, par. 76.

à justiça. O Protocolo de Istambul contém uma série de Princípios que articulam os padrões mínimos de adesão do Estado para garantir a investigação e a documentação eficazes da tortura e dos maus-tratos, que são mais detalhados no manual.⁶ Os padrões de investigação e documentação contidos no Protocolo de Istambul não são apresentados como um protocolo inflexível ou exaustivo, mas representam padrões mínimos que devem ser aplicados levando-se em conta contextos específicos. Embora o Protocolo de Istambul tenha servido inicialmente para elaborar as obrigações dos Estados sob a Convenção contra a Tortura e o direito internacional de investigar e documentar a tortura e os maus-tratos, ele tem sido usado em uma ampla gama de atividades contra a tortura nos últimos 20 anos, incluindo defesa de direitos, treinamento e capacitação, reforma de políticas, prevenção, tratamento e reabilitação de sobreviventes de tortura.⁷

É importante observar que os métodos de documentação contidos no Protocolo de Istambul são aplicáveis a muitos contextos, como investigações de direitos humanos e monitoramento, avaliações de asilo, defesa dos direitos de indivíduos que são coagidos a dar confissões por meio de tortura ou maus-tratos e avaliações de necessidades para o atendimento de vítimas de tortura. Além disso, os padrões e métodos de investigação e documentação do Protocolo de Istambul são aplicáveis independentemente das atividades serem realizadas pessoalmente ou remotamente. Este manual também oferece um ponto de referência internacional para evitar negligência, interpretação errônea, uso indevido deliberado ou falsificação de provas de tortura por profissionais de saúde, seja voluntariamente ou sob coerção. É importante que todos os atores usem o Protocolo de Istambul de boa-fé e tomem medidas para evitar seu uso indevido,⁸ inclusive para exonerar os(as) perpetradores(as) com base na ausência de achados físicos e/ou psicológicos de tortura ou maus-tratos, para desqualificar arbitrariamente especialistas clínicos(as) independentes e não governamentais de testemunharem em processos judiciais e para deturpar sua orientação sobre a formulação de interpretações de achados clínicos e suas conclusões sobre a possibilidade de tortura ou maus-tratos.

6 Os Princípios sobre a Investigação e Documentação Eficazes da Tortura e Outras Penas ou Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes estão anexados à Resolução n.º 55/89 da Assembleia Geral.

7 Rohini Haar e outros, “*The Istanbul Protocol: a stakeholder survey on past experiences, current practices and additional norm setting*”, *Journal on Rehabilitation of Torture Victims and Prevention of Torture*, v. 29, n.º 1 (2019).

8 O Protocolo de Istambul não se destina a ser um método para excluir a possibilidade de tortura e maus-tratos. Veja, por exemplo, CAT/C/MEX/CO/7, pars. 26–27.

I. NORMAS E PADRÕES LEGAIS INTERNACIONAIS RELEVANTES

1. O direito de não ser submetido à tortura está firmemente estabelecido no direito internacional.¹ Ele também está enraizado no direito internacional humanitário, no direito penal internacional e no direito internacional consuetudinário. Além disso, a proibição da tortura é uma norma de *jus cogens*² do direito internacional, que vincula todos os Estados, mesmo que eles não sejam parte de tratados que contenham essa disposição. Devido ao seu status de *jus cogens*, a proibição da tortura é absoluta e não derogável e não pode ser limitada em nenhuma circunstância.³ O caráter absoluto e não derogável da proibição contra a tortura é ainda reforçado pelas disposições do art. 2º da Convenção contra a Tortura e Outras Penas ou Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes,⁴ que foram elaboradas no comentário geral n.º 2 (2007) do Comitê contra a Tortura. A Convenção contra a Tortura também reconhece a jurisdição universal para o crime de tortura. A proibição da tortura aplica-se extraterritorialmente, e as obrigações dos Estados decorrentes da natureza absoluta da proibição – incluindo as obrigações de investigar, processar e punir atos de tortura – são regras do direito internacional consuetudinário. A proibição contra penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes (maus-tratos) é igualmente absoluta, tanto nos termos do tratado quanto do direito internacional consuetudinário.⁵ Os Estados que seguem o Protocolo de Istambul para avaliar as alegações de tortura ou maus-tratos durante uma investigação de boa-fé e com a devida diligência indicam que estão se esforçando para cumprir suas obrigações de examinar tais alegações adequadamente.

A. Direito internacional dos direitos humanos

1. Normas e padrões desenvolvidos nas Nações Unidas

2. Os Estados Membros das Nações Unidas têm buscado, há muitos anos, desenvolver normas universalmente aplicáveis para garantir a proteção adequada de todas as pessoas contra a tortura e os maus-tratos. Os tratados, declarações, resoluções e outros instrumentos adotados pelos Estados Membros afirmam claramente que não há exceção à proibição da tortura e dos maus-tratos e estabelecem outras salvaguardas contra esses abusos,

1 Declaração Universal dos Direitos Humanos, art. 5º; Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos, art. 7º; Convenção contra a Tortura, art. 2º; Convenção sobre os Direitos da Criança, art. 37; Convenção Internacional sobre a Proteção dos Direitos de Todos os Trabalhadores Migrantes e Membros de suas Famílias, art. 10; e Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, art. 15, todos proíbem expressamente a tortura e os maus-tratos. Os instrumentos regionais que estabelecem o direito de estar livre de tortura incluem: Convenção Interamericana para Prevenir e Punir a Tortura, art. 1º; Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará), art. 4º; Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de San José), art. 5º; Carta Africana sobre Direitos Humanos e dos Povos, art. 5º; e Convenção para a Proteção dos Direitos Humanos e das Liberdades Fundamentais (Convenção Europeia de Direitos Humanos), art. 3º. Além disso, a Convenção Internacional para a Proteção de Todas as Pessoas contra o Desaparecimento Forçado e a Convenção Interamericana sobre o Desaparecimento Forçado de Pessoas proíbem os desaparecimentos forçados, que vários tribunais regionais e internacionais concluíram ser considerados tortura, e obrigam os Estados a investigar, processar e punir tais atos.

2 A/74/10, p. 146–147, conclusão 23 do projeto de conclusões sobre normas peremptórias de direito internacional geral (*jus cogens*), adotada pela Comissão de Direito Internacional em primeira leitura, e seu anexo.

3 A natureza absoluta e não derogável da proibição da tortura está expressamente apresentada na Declaração sobre a Proteção de Todas as Pessoas contra a Tortura e Outras Penas ou Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes, art. 3º; na Convenção contra a Tortura, art. 2º (2); e a Convenção Interamericana para Prevenir e Punir a Tortura, art. 5º. Além disso, o direito de estar livre de tortura não pode ser derogado durante estados de emergência (Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos, art. 4º; Convenção Europeia sobre Direitos Humanos, art. 15; e Convenção Americana sobre Direitos Humanos, art. 27).

4 A Convenção contra a Tortura e Outras Penas ou Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes (Nova Iorque, 10 de dezembro de 1984), Nações Unidas, Série de Tratados, v. 1465, n.º 24841, p. 85, entrou em vigor em 26 de junho de 1987.

5 Em seu comentário geral n.º 2 (2007), par. 6, o Comitê contra a Tortura explica que as proibições contra a tortura também são aplicadas aos maus-tratos, incluindo os artigos da Convenção que estabelecem a jurisdição universal (arts. 5º–9º).

inclusive instrumentos aplicáveis a populações específicas, como mulheres, pessoas com deficiência e crianças.⁶

3. O art. 1º da Convenção contra a Tortura define tortura (para os fins da Convenção) como:

Qualquer ato pelo qual dores ou sofrimentos graves, físicos ou mentais, são infligidos intencionalmente a uma pessoa com o objetivo de obter dela ou de terceiros informações ou confissões, puni-la por um ato que ela ou terceiros tenham cometido ou sejam suspeitos de ter cometido, intimidá-la ou coagi-la ou a terceiros, ou por qualquer motivo baseado em discriminação de qualquer tipo, quando essa dor ou sofrimento for infligido por, ou sob a instigação de, ou com o consentimento ou aquiescência de um(a) funcionário(a) público(a) ou outra pessoa agindo em uma capacidade oficial. Não inclui dor ou sofrimento decorrentes apenas de sanções legais, inerentes ou incidentais a elas. A lista de outras finalidades não é exaustiva e as finalidades relevantes não se limitam a declarações ou confissões coercitivas.

4. A responsabilidade do Estado por tortura e maus-tratos estende-se a indivíduos agindo em uma capacidade oficial, bem como a atores não estatais agindo com o consentimento ou aquiescência do Estado. Conforme estabelecido no art. 1º, a tortura envolve atos “por ou sob a instigação de ou com o consentimento ou aquiescência de um(a) funcionário(a) público(a) ou outra pessoa agindo em uma capacidade oficial”. O termo aquiescência requer uma interpretação bastante ampla, segundo a qual os Estados são responsáveis pelas ações de funcionários(as) públicos(as) e agentes não estatais que “tenham consciência de tal atividade e, posteriormente, violam [sua] responsabilidade legal de interferir para impedir tal atividade”.⁷ O princípio da capacidade oficial, portanto, mantém os Estados responsáveis por mais do que apenas funcionários(as) do Estado e cria um entendimento mais amplo da definição de tortura.⁸ O Comitê contra a Tortura explicou que quando os(as) funcionários(as):

Souberem ou tiverem motivos razoáveis para acreditar que atos de tortura ou maus-tratos estão sendo cometidos por funcionários(as) não estatais ou agentes privados(as) e não exercerem a devida diligência para prevenir, investigar, processar e punir tais funcionários(as) não estatais ou agentes privados(as) de acordo com a Convenção, o Estado tem responsabilidade e seus(suas) funcionários(as) devem ser considerados(as) autores(as), cúmplices ou não responsáveis, nos termos da Convenção, por consentir ou aquiescer com tais atos inadmissíveis.⁹

5. Embora a definição de tortura na Convenção contra a Tortura exclua “dor ou sofrimento decorrentes apenas de sanções legais, inerentes ou incidentais a elas”, a legalidade de uma sanção de acordo com a legislação nacional, por si só, é insuficiente para torná-la legal de acordo com o art. 1º da Convenção.¹⁰ O Comitê contra a Tortura aplica essa disposição determinando a legalidade de uma sanção com referência às leis e normas nacionais e

6 Esses instrumentos incluem: Declaração Universal dos Direitos Humanos; Declaração sobre a Proteção de Todas as Pessoas contra a Tortura e Outras Penas ou Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes; Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos; Código de Conduta para Funcionários Responsáveis pela Aplicação da Lei; Princípios de ética médica relevantes para o papel do pessoal de saúde, especialmente médicos(as), na proteção de prisioneiros(as) e detentos(as) contra a tortura e outras penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes; Convenção contra a Tortura; Conjunto de princípios para a proteção de todas as pessoas sob qualquer forma de detenção ou prisão; Princípios básicos para o tratamento de prisioneiros(as); Protocolo Facultativo à Convenção contra a Tortura e Outras Penas ou Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes; Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento de Prisioneiros (Regras de Nelson Mandela); Regras das Nações Unidas para o Tratamento de Mulheres Presas e Medidas Não Custodiais para Mulheres Infratoras (Regras de Bangkok); Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência; Convenção sobre os Direitos da Criança; Regras das Nações Unidas para a Proteção de Jovens Privados de Liberdade (Regras de Havana); e Regras Mínimas Padrão das Nações Unidas para a Administração da Justiça Juvenil (Regras de Pequim).

7 Manfred Nowak e Elizabeth McArthur, *The United Nations Convention against Torture: A Commentary* (Oxford e Nova Iorque, Oxford University Press, 2008), p. 78. Consulte A/74/148, par. 6; e A/HRC/22/53, par. 17.

8 Sobre o conceito de “aquiescência”, ver Comitê contra a Tortura, *Dzemajl et al. v. Iugoslávia* (CAT/C/29/D/161/2000), par. 9.2.

9 Comentário geral n.º 2 (2007), par. 18.

10 Sanções legais referem-se a práticas legítimas amplamente aceitas pela comunidade internacional. Consulte E/CN.4/1997/7.

internacionais, incluindo as Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento de Reclusos (Regras de Nelson Mandela), as Regras das Nações Unidas para o Tratamento de Mulheres Presas e Medidas Não Privativas de Liberdade para Mulheres Infratoras (Regras de Bangkok) e as Regras Mínimas das Nações Unidas para a Administração da Justiça Juvenil (Regras de Pequim).¹¹ A legalidade de qualquer sanção será determinada com base no direito nacional e internacional, com o direito internacional tendo precedência em caso de conflito com a legislação nacional.¹² Essa exigência explica por que a punição corporal e a pena de morte são indiscutivelmente proibidas pela Convenção contra a Tortura, conforme interpretada pelo Comitê e pelo Relator Especial sobre Tortura e outras Penas ou Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes, apesar de serem aceitáveis de acordo com a legislação nacional de certos Estados.¹³

6. De acordo com o art. 1º da Convenção contra a Tortura, o conceito substantivo de “tortura” compreende, principalmente, a aplicação intencional e proposital de dor ou sofrimento grave “físico ou mental”. Portanto, todos os métodos de tortura estão sujeitos à mesma proibição e dão origem às mesmas obrigações legais, independentemente da dor ou sofrimento infligido ser de caráter “físico” ou “mental”, ou uma combinação deles.
7. O art. 16 da Convenção contra a Tortura aborda a prevenção de “atos de tratamento ou punição cruel, desumano ou degradante que não constituam tortura, conforme definido no art. 1º”. Como uma cláusula escrita de forma ampla, o art. 16 abrange formas de maus-tratos que não configuram tortura, pois carecem de elementos da definição de tortura, sejam eles relacionados a propósito, intenção ou dor ou sofrimento de gravidade diferente.¹⁴ Embora o termo “cruel, desumano ou tratamento ou punição degradante” não está definido na Convenção contra a Tortura ou em outros instrumentos internacionais (ou regionais), de acordo com as normas internacionais ele “deve ser interpretado de modo a estender a mais ampla proteção possível contra abusos”.¹⁵
8. A ênfase na prevenção de tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes é explicada por sua pauta inter-relacionada com a tortura. Conforme observado pelo Comitê contra a Tortura, “na prática, o limite de definição entre maus-tratos e tortura muitas vezes não é claro (...) [e] as condições que dão origem aos maus-tratos frequentemente facilitam a tortura e, portanto, as medidas exigidas para prevenir a tortura devem ser aplicadas para prevenir maus-tratos”.¹⁶ Nesse sentido, outras formas de maus-tratos também são absolutamente proibidas.
9. Vários mecanismos de direitos humanos das Nações Unidas tomaram medidas para desenvolver padrões para a prevenção da tortura, inclusive esclarecendo a obrigação dos Estados de investigar alegações de tortura.

.....
11 Resoluções da Assembleia Geral n.º 70/175, n.º 65/229 e n.º 40/33, respectivamente.

12 Comitê de Direitos Humanos, *Osbourne v. Jamaica*, comunicação n.º 759/1997, par. 9.1. Consulte também CAT/C/AFG/CO/2, par. 24 (e); CAT/C/PAK/CO/1, par. 39; e CAT/C/MNG/CO/2, par. 26.

13 E/CN.4/1997/7, pars. 7–8; e A/67/279, pars. 26–27. Consulte também CAT/C/ATG/CO/1, par. 44; CAT/C/KOR/CO/3–5, par. 30; e CAT/C/TLS/CO/1, par. 23.

14 Comitê contra a Tortura, comentário geral n.º 2 (2007), par. 10; e Comitê de Direitos Humanos, comentário geral n.º 20 (1992), par. 3.

15 O Conjunto de Princípios para a Proteção de Todas as Pessoas sob Qualquer Forma de Detenção ou Prisão, princípio 6, nota de rodapé.

16 Comitê contra a Tortura, comentário geral n.º 2 (2007), par. 3.

(a) Obrigações relacionadas à prevenção da tortura

10. Os instrumentos internacionais citados acima estabelecem certas obrigações com as quais os Estados devem cumprir para garantir a prevenção da tortura e de outras formas de maus-tratos. Isso inclui:
 - (a) Tomar medidas legislativas, administrativas, judiciais ou outras medidas eficazes para impedir atos de tortura, sejam eles cometidos por agentes estatais ou privados(as), em qualquer território sob sua jurisdição. Nenhuma circunstância excepcional, inclusive um estado de guerra ou ameaça de guerra, instabilidade política interna ou qualquer outra emergência pública podem ser invocadas como justificativa para tortura ou maus-tratos;¹⁷
 - (b) Não expulsar à força, devolver (*refouler*) ou extraditar uma pessoa para um país onde haja motivos substanciais para acreditar que a pessoa será torturada ou maltratada.¹⁸ Veja abaixo (parágrafos 112–116) uma explicação mais completa sobre a não devolução;
 - (c) Criminalizar atos de tortura, inclusive a cumplicidade ou a participação em tais atos, puníveis com penas que correspondam à natureza grave do ato; e garantir que os atos de tortura não estejam sujeitos à prescrição ou quaisquer estatutos de limitação ou perdões, anistias ou imunidades;¹⁹
 - (d) Comprometer-se a exercer a jurisdição universal, ou seja, investigar os(as) suspeitos(as) sob sua jurisdição e, se necessário, processá-los(as) ou extraditá-los(as), independentemente de onde a tortura tenha sido cometida e da nacionalidade do(a) perpetrador(a) ou da vítima, inclusive tornando a tortura um crime passível de extradição e auxiliando outros Estados Partes em relação a processos criminais relativos à tortura;²⁰
 - (e) Implementar, na lei e na prática, garantias legais fundamentais desde o início da detenção, assegurando, entre outras coisas, que todas as pessoas detidas possam, na prática, ter acesso imediato a um(a) advogado(a) independente qualificado(a) ou assistência jurídica gratuita, se necessário, especialmente durante os interrogatórios policiais; notificar um(a) parente(a) ou outra pessoa da escolha do(a) detento(a) sobre os motivos e o local da detenção; notificar o(a) detento(a) sobre os motivos e o local da detenção; contestar, a qualquer momento durante a detenção, a legalidade ou a necessidade da detenção perante um(a) magistrado(a) que pode ordenar a libertação imediata da pessoa detida e receber uma decisão sem demora; e exercer o direito de solicitar e receber um exame médico por um(a) médico(a) independente. Além disso, os Estados devem estabelecer salvaguardas processuais, tais como garantir que as pessoas detidas sejam mantidas em locais de detenção oficialmente reconhecidos,

.....
 17 Convenção contra a Tortura, art. 2º (1) e (2); Declaração sobre a Proteção de Todas as Pessoas contra a Tortura e Outras Penas ou Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes, art. 3º; e Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos, arts. 4º e 7º.

18 Convenção contra a Tortura, art. 3º; Comitê contra a Tortura, comentário geral n.º 4 (2017), pars. 15–16 e 26; e Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos, art. 7º.

19 Convenção contra a Tortura, art. 4º; Conjunto de Princípios para a Proteção de Todas as Pessoas Sujeitas a Qualquer Forma de Detenção ou Prisão, princípio 7; Declaração sobre a Proteção de Todas as Pessoas contra a Tortura e Outras Penas ou Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes, art. 7º; e Comitê contra a Tortura, comentário geral n.º 3 (2012), par. 40, e comentário geral n.º 2 (2007), par. 5, “o Comitê considera que anistias ou outros impedimentos que impossibilitem ou indiquem falta de disposição para processar e punir prontamente e de forma justa os(as) perpetradores(as) de tortura ou maus-tratos violam o princípio da não derogabilidade”.

20 Convenção contra a Tortura, arts. 5º–9º. Especificamente, o dever de estabelecer a jurisdição e a competência do Estado Parte (arts. 5º–6º); a obrigação de processar ou extraditar (arts. 5º e 7º); o dever de extraditar (art. 8º); e a assistência judicial mútua (art. 9º).

mantendo um registro completo do tempo, duração e local da prisão e detenção; garantir que os nomes das pessoas responsáveis pela detenção sejam mantidos em registros prontamente disponíveis e acessíveis às pessoas envolvidas, inclusive parentes(as) e amigos(as); e registrar a hora e o local de todas as entrevistas de suspeitos(as), testemunhas ou vítimas, juntamente com os nomes das pessoas presentes;²¹

- (f) Estabelecer um sistema de visitas regulares realizadas por órgãos internacionais e nacionais independentes a locais onde as pessoas são privadas de liberdade, incluindo locais como prisões, delegacias de polícia, hospitais, instituições de assistência social, centros de migração fechados etc., com o objetivo de prevenir a tortura e os maus-tratos e informar os Estados sobre tratamentos e condições que violam os direitos humanos;²²
- (g) Assegurar que materiais relativos à proibição da tortura sejam incluídos no treinamento do pessoal de aplicação da lei (civil e militar), pessoal médico, funcionários(as) públicos(as) e outras pessoas apropriadas;²³
- (h) Assegurar que os Estados Partes mantenham sob revisão sistemática as regras, os métodos e as práticas de interrogatório referentes à custódia e ao tratamento de pessoas privadas de liberdade;²⁴
- (i) Garantir a inadmissibilidade de qualquer prova obtida como resultado de tortura. Qualquer declaração que se estabeleça ter sido feita como resultado de tortura não deve ser invocada como prova em nenhum processo, exceto contra uma pessoa acusada de tortura como prova de que a declaração foi feita (isso é conhecido como a “regra de exclusão”);²⁵
- (j) Assegurar que as autoridades competentes conduzam investigações rápidas e imparciais e garantam o direito de fazer uma reclamação;²⁶
- (k) Garantir que mecanismos de denúncia imparciais e eficazes sejam estabelecidos, conhecidos e acessíveis ao público, inclusive às pessoas privadas de liberdade e às pessoas pertencentes a grupos vulneráveis. Os grupos marginalizados ou que tenham habilidades de comunicação limitadas.²⁷ Além de garantir que os(as) denunciante(s) e testemunhas sejam protegidos(as) contra atos de retaliação ou intimidação como consequência de suas denúncias ou de qualquer evidência fornecida;

21 CAT/C/RUS/CO/6, par. 11 (a)-(b).

22 Protocolo Facultativo à Convenção contra a Tortura, arts. 2º-4º; e Regras de Nelson Mandela, regras 83-85.

23 Convenção contra a Tortura, art. 10; Declaração sobre a Proteção de Todas as Pessoas contra a Tortura e Outras Penas ou Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes, art. 5º; Comitê contra a Tortura, comentário geral n.º 4 (2017), par. 18 (f)-(g); e Regras de Nelson Mandela, regra 76. Veja também Comitê contra a Tortura, comentário geral n.º 2 (2007), pars. 6 e 25.

24 Convenção contra a Tortura, art. 11.

25 As informações obtidas por meio de tortura não são confiáveis e a proibição de seu uso como prova elimina um importante incentivo para o uso da tortura. Consulte a Convenção contra a Tortura, art. 15; e Declaração sobre a Proteção de Todas as Pessoas contra a Tortura e Outras Penas ou Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes, art. 12. Consulte também A/61/259; e A/HRC/25/60.

26 Convenção contra a Tortura, art. 13; Conjunto de Princípios para a Proteção de Todas as Pessoas sob Qualquer Forma de Detenção ou Prisão, princípios 33-34; Declaração sobre a Proteção de Todas as Pessoas contra a Tortura e Outras Penas ou Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes, art. 9º; e Regras de Nelson Mandela, regra 71.

27 Comitê contra a Tortura, comentário geral n.º 3 (2012), par. 23.

- (l) Garantir que as vítimas de tortura tenham acesso à reparação e o direito executável a uma indenização justa e adequada;²⁸ a reparação deve incluir o tratamento e compensação eficazes. A reparação abrangente refere-se ao escopo completo das medidas necessárias para compensar violações de acordo com a Convenção contra a Tortura e inclui “restituição, compensação, reabilitação, satisfação e garantias de não repetição”;²⁹
- (m) Garantir que os(as) supostos(as) infratores(as) estejam sujeitos(as) a processos criminais se uma investigação estabelecer que um ato de tortura parece ter sido cometido e fornecer provas suficientes e admissíveis de culpabilidade individual. Se as alegações de atos envolvendo tortura ou maus-tratos forem consideradas bem fundamentadas, os(as) infratores(as) devem estar sujeitos(as) a penalidades administrativas e judiciais que levem em conta a natureza grave de seus atos,³⁰ sem prescrição.³¹

(b) Mecanismos das Nações Unidas

- 11. Os mecanismos de direitos humanos das Nações Unidas incluem órgãos baseados em tratados, como o Comitê contra a Tortura, bem como Órgãos baseados na Carta, como o Conselho de Direitos Humanos e seus procedimentos especiais.³²
- 12. O Protocolo de Istambul foi citado em várias decisões adotadas por órgãos de tratados das Nações Unidas de acordo com comunicações individuais, incluindo o Comitê contra a Tortura e o Comitê de Direitos Humanos, sobre questões de tortura, maus-tratos, não devolução, prisão e detenção arbitrárias, entre outras.³³

(i) Órgãos do tratado

- 13. Os órgãos de tratados de direitos humanos das Nações Unidas são comitês de especialistas independentes encarregados(as) de monitorar a implementação pelos Estados Partes de tratados de direitos humanos. Cada órgão de tratado é estabelecido por e atua de acordo com o mandato definido no tratado específico que monitora.

a. Comitê contra a Tortura

- 14. O Comitê contra a Tortura monitora a implementação da Convenção contra a Tortura pelos Estados Partes. As principais funções do Comitê incluem: exame de relatórios periódicos;³⁴ consideração de queixas individuais e comunicações entre Estados;³⁵ procedimento de inquérito;³⁶ e adoção de comentários gerais, os quais fornecem uma interpretação importante das disposições da Convenção contra a Tortura e estabelecem uma extensa jurisprudência sobre tortura e maus-tratos.

28 Convenção contra a Tortura, arts. 13–14; e Declaração sobre a Proteção de Todas as Pessoas contra a Tortura e Outras Penas ou Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes, art. 11.

29 Comitê contra a Tortura, comentário geral n.º 3 (2012), par. 2.

30 A/HRC/28/68/Add.4, par. 109 (a).

31 Comitê contra a Tortura, comentário geral n.º 3 (2012), par. 40; CAT/C/LVA/CO/6, par. 9; e CAT/C/UZB/CO/5, pars. 25–26.

32 Consulte www.ohchr.org/EN/HRBodies/Pages/HumanRightsBodies.aspx.

33 Veja, por exemplo, Comitê contra a Tortura, *Rakishiev v. Kazakhstan* (CAT/C/61/D/661/2015), par. 8.2; *Asfari v. Marrocos* (CAT/C/59/D/606/2014), par. 15; e *Elaïba v. Tunísia* (CAT/C/57/D/551/2013), par. 5.5.

34 Convenção contra a Tortura, art. 19.

35 *Ibid.*, arts. 21–22.

36 *Ibid.*, art. 20.

15. Entre as preocupações abordadas pelo Comitê contra a Tortura em suas observações finais e decisões sobre queixas individuais está a necessidade dos Estados Partes cumprirem os arts. 12 e 13 da Convenção contra a Tortura para garantir que sejam realizadas investigações imediatas e imparciais de todas as alegações de tortura. O Comitê observou que o art. 13 não exige a apresentação formal de uma queixa de tortura, mas que: “Basta que a tortura tenha sido alegada pela vítima para que [um Estado Parte] tenha a obrigação de examinar a alegação de forma imediata e imparcial.”³⁷ De fato, mesmo sem uma denúncia, o Estado é obrigado a investigar *ex officio* se houver indícios razoáveis de que um ato de tortura tenha ocorrido. A jurisprudência do Comitê também enfatiza que, de acordo com os arts. 12 e 13 da Convenção, as investigações sobre tortura devem incluir um exame médico que esteja em conformidade com o Protocolo de Istambul;³⁸ examinar a possível cumplicidade da equipe médica;³⁹ levar à justiça os(as) responsáveis pela tortura; e fornecer indenização e reparação às vítimas.⁴⁰
16. Ao comentar sobre a regra de exclusão, o Comitê declarou que: “Um dos meios essenciais para prevenir a tortura é a existência, na legislação processual, de disposições detalhadas sobre a inadmissibilidade de confissões obtidas ilegalmente e outras provas contaminadas.”⁴¹ O Comitê também confirmou que cabe ao Estado em questão “verificar se as declarações admitidas como prova em qualquer processo sob sua jurisdição (...) foram feitas como resultado de tortura”⁴² e instruções claras devem ser dadas aos tribunais para que eles possam decidir que a declaração é inadmissível.⁴³

b. Subcomitê de Prevenção da Tortura e Outras Penas ou Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes

17. O Subcomitê de Prevenção da Tortura e Outras Penas ou Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes é um órgão de tratado estabelecido sob a estrutura do Protocolo Opcional da Convenção contra a Tortura e Outras Penas ou Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes. O objetivo do Protocolo Facultativo é prevenir a tortura e os maus-tratos por meio de visitas regulares de órgãos internacionais e nacionais independentes a todos os locais onde as pessoas são ou podem ser privadas de sua liberdade, incluindo delegacias de polícia, prisões, centros de detenção pré-julgamento, centros de detenção de imigração, estabelecimentos de justiça juvenil e instalações militares, instituições de saúde mental e assistência social.
18. A natureza do mandato do Subcomitê permite que ele faça visitas sem aviso prévio, tenha acesso irrestrito a todos os locais de detenção e tenha acesso total a toda a documentação, inclusive a documentação médica. O Subcomitê tem a capacidade de acessar locais que, de outra forma, estariam fora dos limites, mesmo para a equipe médica.

37 A/50/44; e Comitê contra a Tortura, *Parot v. Espanha*, comunicação n.º 6/1990, par. 10.4.

38 Comitê contra a Tortura, *Elaiba v. Tunísia* (CAT/C/57/D/551/2013), par. 7.10.

39 Comitê contra a Tortura, *Rakishev v. Casaquistão* (CAT/C/61/D/661/2015), par. 10.

40 Comitê contra a Tortura, *E.N. v. Burundi* (CAT/C/56/D/578/2013), pars. 7.7–9.

41 A/54/44, par. 45.

42 Comitê contra a Tortura, *G.K. v. Suíça* (CAT/C/30/D/219/2002), par. 6.10.

43 CAT/C/RUS/CO/4, par. 21. O Comitê de Direitos Humanos declarou ainda que a regra de exclusão se aplica em todos os momentos, inclusive durante períodos de emergência. Consulte também o Comitê de Direitos Humanos, comentário geral n.º 32 (2007), par. 6.

19. Durante as visitas, as delegações devem incluir membros com qualificação médica que possam realizar – e o fazem, com consentimento – exames físicos de indivíduos que supostamente foram submetidos à tortura ou outros tipos de maus-tratos. Os membros do Subcomitê também devem ter acesso irrestrito aos locais de detenção e acesso total às entrevistas em particular, sem a presença de funcionários(as), com as pessoas privadas de liberdade e com a equipe relevante.
20. O mandato do Subcomitê também inclui o aconselhamento e a assistência aos Estados Partes com relação ao estabelecimento de seus mecanismos preventivos nacionais – que são órgãos de visita independentes em nível nacional. Assim como o Subcomitê, os mecanismos preventivos nacionais podem fazer visitas sem aviso prévio e ter acesso irrestrito a todos os locais em que as pessoas estão ou podem estar privadas de liberdade, e devem ter acesso total a toda a documentação.

c. Comitê de Direitos Humanos

21. O Comitê de Direitos Humanos foi estabelecido de acordo com o art. 28 do Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos e tem o mandato de monitorar a implementação do Pacto pelos Estados Partes.
22. Em seus comentários gerais, o Comitê, entre outras coisas, reforçou sua leitura do art. 7º do Pacto, que estabelece que “ninguém deverá ser submetido a tortura ou a penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes”, afirmando que “as denúncias devem ser investigadas pronta e imparcialmente pelas autoridades competentes, de modo a tornar a reparação eficaz”.⁴⁴ A Comissão delineou padrões e regras aplicáveis ao tratamento humano de pessoas privadas de liberdade, observando que: “Art. 10, § 1º [do Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos], impõe aos Estados Partes uma obrigação positiva em relação às pessoas que são particularmente vulneráveis devido à sua condição de pessoas privadas de liberdade e complementa, para elas, a proibição da tortura ou de outros tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes”.⁴⁵ O Comitê também explicou como a detenção arbitrária cria riscos de tortura e maus-tratos e listou várias garantias que são essenciais para prevenir a tortura.⁴⁶ Além disso, observou que os efeitos mentais e físicos da tortura e dos maus-tratos podem gerar risco de vida e associou a tortura e os maus-tratos aos desaparecimentos forçados.⁴⁷
23. Entre a jurisprudência estabelecida pelo Comitê de Direitos Humanos sob o primeiro Protocolo Facultativo ao Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos, que dá ao Comitê competência para examinar queixas individuais de violações do Pacto, o Comitê enfatizou e/ou explicou que, de acordo com o art. 7º, os Estados são obrigados a conduzir investigações completas e eficazes sobre denúncias de tortura, inclusive investigações médicas, seguidas de processo e punição dos(as) responsáveis e fornecimento de indenização ao(à) denunciante.⁴⁸ Além disso, o Comitê reconheceu que um grau significativo

44 Comitê de Direitos Humanos, comentário geral n.º 20 (1992), par. 14.

45 Comitê de Direitos Humanos, comentário geral n.º 21 (1992), par. 3.

46 Comitê de Direitos Humanos, comentário geral n.º 35 (2014), pars. 56–58.

47 Comitê de Direitos Humanos, comentário geral n.º 36 (2018), pars. 54–58.

48 Comitê de Direitos Humanos, *Amarasinghe v. Sri Lanka* (CCPR/C/120/D/2209/2012), par. 8; e *Khelifati v. Argélia* (CCPR/C/120/D/2267/2013), par. 8.

de sofrimento está envolvido em ser mantido(a) por períodos prolongados em detenção incommunicável e que isso pode equivaler a tortura ou maus-tratos.⁴⁹

d. Comitê para a Eliminação da Discriminação contra a Mulher

24. O Comitê para a Eliminação da Discriminação contra a Mulher monitora a conformidade dos Estados Partes com a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher.
25. Em suas observações finais, o Comitê abordou a obrigação de investigar, processar e punir os(as) autores(as) estatais e não estatais de atos que constituam tortura ou maus-tratos, inclusive violência e mutilação sexual. Ele também considerou a obrigação de fornecer às vítimas de violência sexual o acesso a tratamento médico abrangente e apoio psicossocial fornecido por profissionais de saúde adequadamente treinados(as) para detectar violência sexual.⁵⁰ Além disso, o Comitê levantou preocupações sobre detenção arbitrária, tortura e maus-tratos e violência sexual nas prisões; a estigmatização das mulheres ao denunciarem a violência sexual e de gênero, o estupro ou outras formas de tortura ou maus-tratos; e a obrigação de fornecer às vítimas de violência sexual acesso a tratamento médico abrangente e a assistência psicossocial fornecido por profissionais de saúde adequadamente treinados(as) para detectar a violência sexual.⁵¹
26. As recomendações gerais do Comitê elaboraram questões como a violência contra a mulher⁵² e o acesso à justiça, nas quais reiterou que os sistemas de justiça precisam estar disponíveis, ser acessíveis, passíveis de serem julgados, responsáveis, de boa qualidade e oferecer recursos para as vítimas.⁵³
27. Ao analisar as comunicações individuais de acordo com o Protocolo Facultativo da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, o Comitê constatou violações dos direitos consagrados na Convenção, incluindo casos de esterilização forçada, violência doméstica, violência na prisão, continuação forçada da gravidez e falta de disposições para punir efetivamente o estupro e a violência sexual.⁵⁴

e. Comitê dos Direitos da Criança

28. O Comitê dos Direitos da Criança foi estabelecido de acordo com o art. 43 da Convenção sobre os Direitos da Criança.
29. Em suas observações finais, o Comitê abordou repetidamente a tortura e os maus-tratos de acordo com o art. 37 da Convenção, que estabelece que “nenhuma criança será submetida a tortura ou a outros tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes, nem a qualquer outra forma de violência ou exploração sexual”. Ao fazer isso, o Comitê levantou preocupações sobre tortura, execuções extrajudiciais e desaparecimento

49 Comitê de Direitos Humanos, *El-Megreisi v. Líbia*, comunicação n.º 440/1990, par. 5.4.

50 CEDAW/C/BDI/CO/5-6, par. 27.

51 CEDAW/C/IRQ/CO/4-6, pars. 48-49; CEDAW/C/MLI/CO/6-7, pars. 13-14; e CEDAW/C/BDI/CO/5-6, pars. 26-27.

52 Comitê para a Eliminação da Discriminação contra a Mulher, recomendação geral n.º 12 (1989); recomendação geral n.º 19 (1992); e recomendação geral n.º 35 (2017).

53 Comitê para a Eliminação da Discriminação contra a Mulher, recomendação geral n.º 33 (2015).

54 Comitê para a Eliminação da Discriminação contra a Mulher, *Szijarto v. Hungria*, comunicação n.º 4/2004; *A.T. v. Hungria*, comunicação n.º 2/2003; Centro de Intervenção de Viena contra a Violência Doméstica e a Associação para o Acesso das Mulheres à Justiça em nome de Akbak et al. v. Áustria (CEDAW/C/39/D/6/2005); *Abramova v. Belarus* (CEDAW/C/49/D/23/2009); *L.C. v. Peru* (CEDAW/C/50/D/22/2009); e *V.P.P. v. Bulgária* (CEDAW/C/53/D/31/2011).

forçado de crianças nas mãos da polícia e das forças armadas e recomendou o registro, a investigação e o julgamento de todas as alegações de tortura ou maus-tratos contra crianças.⁵⁵

30. O Comitê publicou comentários gerais sobre punição corporal e outras formas cruéis ou degradantes de punição, bem como sobre justiça juvenil.⁵⁶ Em seu comentário geral n.º 6 (2005) sobre tratamento de crianças desacompanhadas e separadas fora de seu país de origem, o Comitê afirmou que uma criança não deve ser devolvida a um país onde havia motivos substanciais para acreditar que existia um risco real de dano irreparável à criança.⁵⁷ Ao examinar reclamações individuais, de acordo com o Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos da Criança em um procedimento de comunicação, o Comitê concluiu que a deportação de uma menina para um Estado onde ela corre o risco de ser submetida à mutilação genital feminina viola a Convenção.⁵⁸

f. Comitê sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência

31. O Comitê sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência foi estabelecido de acordo com o art. 34 da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.
32. O Comitê abordou aspectos de tortura e maus-tratos como parte de seu dever. Por exemplo, o Comitê constatou que as autoridades argentinas não conseguiram garantir que um prisioneiro com deficiência pudesse usar as instalações e os serviços da prisão em igualdade de condições com os outros detentos e que o Estado era obrigado a tomar medidas para corrigir a situação.⁵⁹ O Comitê também enfatizou a obrigação do Estado de prevenir a tortura quando constatou que a República Unida da Tanzânia não havia investigado e processado os supostos autores de um ataque contra um indivíduo com albinismo; o Comitê observou que essa falha resultou na revitimização do indivíduo alvo, que sofreu maus-tratos psicológicos e violação da sua integridade física.⁶⁰

g. Comitê sobre Desaparecimentos Forçados

33. O dever do Comitê sobre Desaparecimentos Forçados é monitorar a implementação da Convenção Internacional para a Proteção de Todas as Pessoas contra Desaparecimentos Forçados por Estados Partes. O Comitê também pode receber solicitações de ações urgentes dos familiares de pessoas desaparecidas ou de seus(suas) representantes legais ou outros(as) representantes autorizados(as), bem como reclamações de indivíduos que alegam ser vítimas de uma violação dos direitos consagrados na Convenção.⁶¹

55 CRC/C/SLV/CO/5-6 e Corr.1, par. 24; e CRC/C/ARG/CO/5-6, pars. 21-22.

56 Comitê dos Direitos da Criança, comentário geral n.º 8 (2006) e comentário geral n.º 10 (2007).

57 Comitê dos Direitos da Criança, comentário geral n.º 6 (2005), par. 27.

58 Comitê dos Direitos da Criança, K.Y.M. v. Dinamarca (CRC/C/77/D/3/2016).

59 Comitê sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, X v. Argentina (CRPD/C/11/D/8/2012), par. 8.5.

60 Comitê sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, X v. República Unida da Tanzânia (CRPD/C/18/D/22/2014), pars. 8.6-8.7.

61 CED/C/COL/CO/1, pars. 29-30 (concordando com o Comitê contra a Tortura que o Estado deve garantir o acesso imediato a um(a) advogado(a) e todas as garantias associadas para pessoas privadas de liberdade como forma de prevenir desaparecimentos forçados); e A/HRC/45/13, pars. 61 (discutindo alegações de que as vítimas de desaparecimentos forçados foram submetidas à tortura durante o desaparecimento e depois reapareceram na frente de um(a) promotor(a)) e 93 (observando a relação entre desaparecimento forçado, detenção arbitrária e tortura).

(ii) *Procedimentos especiais do Conselho de Direitos Humanos*

34. O Conselho de Direitos Humanos é um órgão intergovernamental responsável pela promoção e proteção dos direitos humanos internacionais e pela tomada de ações para lidar com as violações dos direitos humanos.
35. O Conselho administra um sistema de procedimentos especiais de autoridades independentes que trabalham em suas capacidades individuais com o dever de relatar e aconselhar sobre direitos humanos a partir de uma perspectiva temática ou específica do país.
36. Os(As) relatores(as) especiais investigam situações de direitos humanos em todo o mundo a partir de uma perspectiva temática ou específica de cada país, independentemente da ratificação dos tratados de direitos humanos relevantes por parte de um Estado.
37. Os grupos de trabalho transmitem apelos urgentes aos governos, realizam visitas para desenvolver uma compreensão abrangente das situações prevalentes em relação a seus deveres nos países, deliberam sobre questões gerais para ajudar os Estados a evitar violações e emitem relatórios anuais.

a. Relator(a) especial sobre tortura e outras penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes

38. O(A) Relator(a) Especial sobre tortura e outras penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes examina questões relacionadas à tortura e a outras penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes. De acordo com a Resolução n.º 43/20 do Conselho de Direitos Humanos, o(a) Relator(a) Especial sobre tortura tem o dever de buscar, receber, examinar e agir com base em informações relacionadas a questões e supostos casos de tortura ou maus-tratos; realizar visitas a países para aprimorar o diálogo com os governos e acompanhar o andamento das recomendações feitas nos relatórios de visitas; estudar, de forma abrangente, as tendências, os desenvolvimentos e os desafios em relação ao combate e à prevenção da tortura e dos maus-tratos, e fazer recomendações e observações sobre as medidas apropriadas para prevenir e erradicar tais práticas; identificar, trocar e promover as melhores práticas sobre medidas para prevenir, punir e erradicar a tortura e os maus-tratos; integrar uma perspectiva de gênero e uma abordagem centrada na vítima durante todo o mandato; e promover a cooperação com atores nacionais, regionais e internacionais.⁶²
39. Em seu relatório de 1995, o Relator Especial sobre tortura, Sir Nigel Rodley, fez uma série de recomendações, incluindo:

Quando um(a) detento(a), parente(a) ou advogado(a) apresenta uma queixa de tortura, uma investigação deve sempre ocorrer. (...) Autoridades nacionais independentes, como uma comissão nacional ou um(a) ouvidor(a) com poderes de investigação e/ou promotoria, devem ser estabelecidas para receber e investigar denúncias. As queixas sobre tortura devem ser tratadas imediatamente e investigadas por uma autoridade independente, sem relação com àquele(a) que está investigando ou processando um caso contra a suposta vítima [de tortura].⁶³

62 Os detentores de mandatos até o momento incluem: Peter Kooijmans (1985–1993), Nigel Rodley (1993–2001), Theo van Boven (2001–2004), Manfred Nowak (2004–2010), Juan E. Méndez (2010–2016) e Nils Melzer (2016–2022).

63 E/CN.4/1995/34, par. 926 (g).

40. Sir Nigel Rodley destacou posteriormente que “tanto de acordo com o direito internacional geral quanto com a Convenção contra a Tortura e Outras Penas ou Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes, os Estados são obrigados a investigar as alegações de tortura”.⁶⁴ Posteriormente, seu sucessor, Manfred Nowak, observou que “um dos maiores desafios no combate à impunidade da tortura é que as autoridades realizem investigações eficazes; investigações que sejam independentes, completas e abrangentes.”⁶⁵ Para isso, o Relator Especial enfatizou a importância dos(as) médicos(as) legistas na documentação e investigação da tortura e no combate à impunidade, recomendando que: “Um(a) perito(a) forense independente deve fazer parte de qualquer mecanismo confiável de apuração de fatos ou de prevenção.”⁶⁶
41. Os(As) respectivos(as) Relatores(as) Especiais sobre tortura enfatizaram a importância da investigação e documentação de alegações de tortura, de acordo com o Protocolo de Istambul, como uma ferramenta necessária para combater a impunidade e reforçar o Estado de Direito. Eles também identificaram situações, como o confinamento em solitária, e práticas, como confissões forçadas, que representam um risco maior de tortura e de violência. A Comissão de Direitos Humanos da ONU, em seus relatórios de visitas temáticas e de visitas a países, elaborou normas sobre tortura e maus-tratos e recomendou medidas preventivas contra tais situações e práticas. As recentes elaborações de normas relacionadas à tortura e aos maus-tratos incluíram comissões de inquérito,⁶⁷ condições de detenção e as Regras de Nelson Mandela,⁶⁸ a regra de exclusão,⁶⁹ perspectivas de gênero sobre a tortura,⁷⁰ tortura em ambientes de saúde,⁷¹ confinamento solitário,⁷² o papel da perícia forense no combate à impunidade da tortura⁷³ e o uso extracustodial da força.⁷⁴

b. Relatora Especial sobre violência contra a mulher, suas causas e consequências

42. Em um relatório de 2013, a Relatora Especial sobre a violência contra a mulher, suas causas e consequências, Rashida Manjoo, escreveu sobre a “forte ligação entre a violência contra a mulher e o encarceramento de mulheres, seja antes, durante ou depois do encarceramento”.⁷⁵ Em um relatório de 2015, ela relatou a influência da Convenção Interamericana para Prevenir e Punir a Tortura na “conceituação do estupro como tortura”, afirmando a influência dos mecanismos regionais e internacionais de direitos humanos na interpretação progressiva do estupro como tortura.⁷⁶

.....
64 E/CN.4/1996/35, par. 136.

65 A/62/221, par. 46.

66 Ibid., par. 53 (e).

67 A/HRC/19/61.

68 A/64/215; e A/68/295.

69 A/HRC/25/60.

70 A/HRC/7/3; e A/HRC/31/57.

71 A/HRC/22/53.

72 A/63/175; e A/66/268.

73 A/62/221; e A/69/387.

74 A/72/178.

75 A/68/340, par. 2.

76 A/HRC/29/27, pars. 54 e 58.

c. Relator Especial sobre o direito de todos ao gozo do mais alto padrão possível de saúde física e mental

43. Em 2005, o Relator Especial sobre o direito de todos ao gozo do mais alto nível possível de saúde física e mental, Paul Hunt, um dos principais especialistas em saúde física e mental, relatou que: “Onde há serviços de assistência e apoio à saúde mental disponíveis, os(as) usuários(as) são vulneráveis a violações de seus direitos humanos nesses ambientes. Isso é particularmente verdadeiro em sistemas de serviços segregados e instituições residenciais, como hospitais psiquiátricos, instituições para pessoas com deficiências intelectuais, lar de idosos(as), instalações de assistência social, orfanatos e prisões.”⁷⁷ Em 2017, o Relator Especial, Dainius Pūras, concluiu que: “A saúde mental tem sido frequentemente negligenciada e, quando recebe recursos, é dominada por modelos, atitudes e desequilíbrios ineficazes e prejudiciais. (...) Pessoas de todas as idades, quando têm necessidades de saúde mental, muitas vezes sofrem com a ausência de cuidados e apoio ou com serviços que são ineficazes e prejudiciais.”⁷⁸

d. Relator(a) Especial sobre a promoção e a proteção dos direitos humanos e das liberdades fundamentais no combate ao terrorismo

44. O mandato do(a) Relator(a) Especial sobre a promoção e a proteção dos direitos humanos e das liberdades fundamentais no combate ao terrorismo foi estabelecido em abril de 2005 pela Comissão de Direitos Humanos. Os(As) detentores(as) do mandato têm enfatizado consistentemente a proibição absoluta de tortura e maus-tratos, inclusive enquanto os Estados estiverem enfrentando o terrorismo.⁷⁹

e. Relator(a) Especial sobre execuções extrajudiciais, sumárias ou arbitrárias e o Protocolo de Minnesota sobre a Investigação de Morte Potencialmente Ilegal

45. O(A) Relator(a) Especial sobre execuções extrajudiciais, sumárias ou arbitrárias frequentemente refere-se ao Protocolo de Minnesota sobre a Investigação de Morte Potencialmente Ilegal⁸⁰ ao cumprir o dever de proteger o direito à vida e promover a justiça, a responsabilização e o direito à reparação, e ao assegurar que investigações sejam realizadas em casos de mortes potencialmente ilegais ou desaparecimentos forçados. O Protocolo de Minnesota facilita o trabalho dos Estados, bem como de instituições e indivíduos, na realização dessas investigações e contém informações que vão desde a estrutura jurídica pertinente aos casos de morte ilegal e desaparecimento forçado até as melhores práticas e padrões para a recuperação de restos mortais, realização de autópsias, entrevista com testemunhas, escavação de sepulturas e análise de restos de esqueletos.

77 E/CN.4/2005/51, par. 8.

78 A/HRC/35/21, par. 84.

79 A/73/361, par. 40 (expressando preocupação de que a regulamentação antiterrorismo possa prejudicar o direito humano de não ser submetido à tortura); e A/HRC/40/52, par. 55 (observando que várias comunicações individuais alegam o uso de tortura como parte dos esforços de combate ao terrorismo).

80 Escritório do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos (OHCHR, sigla em inglês), Protocolo de Minnesota sobre a Investigação de Mortes Potencialmente Ilegais (2016); *Manual Revisado das Nações Unidas sobre a Prevenção e Investigação Eficazes de Execuções Extrajudiciais, Arbitrárias e Sumárias* (Nova Iorque e Genebra, 2017).

f. Grupo de Trabalho sobre Detenção Arbitrária

46. O Grupo de Trabalho sobre Detenção Arbitrária investiga casos de privação de liberdade impostos de forma arbitrária ou inconsistente com os padrões legais internacionais aplicáveis. Indivíduos detidos arbitrariamente são frequentemente submetidos a várias formas de tortura ou maus-tratos, um ponto que foi ressaltado pelo Grupo de Trabalho. Por exemplo, em 2009, o Grupo de Trabalho declarou que “os exames anais forçados violam a proibição da tortura e de outros tratamentos cruéis, desumanos e degradantes, quer (...) sejam empregados com o objetivo de punir, coagir uma confissão ou promover a discriminação”.⁸¹

g. Grupo de Trabalho sobre Desaparecimentos Forçados ou Involuntários

47. O Grupo de Trabalho sobre Desaparecimentos Forçados ou Involuntários tem o dever de examinar questões relevantes aos desaparecimentos forçados ou involuntários de pessoas, buscando e recebendo informações de governos e organizações intergovernamentais, organizações humanitárias e outras fontes confiáveis.
48. O Grupo de Trabalho contribuiu para o desenvolvimento de normas internacionais sobre a questão dos desaparecimentos forçados, incluindo a Declaração sobre a Proteção de Todas as Pessoas contra Desaparecimentos Forçados. Ele produziu uma série de comentários gerais sobre a Declaração e construiu sua própria doutrina sobre várias questões, inclusive a conexão entre desaparecimentos forçados e tortura. Em seu comentário geral sobre a definição de desaparecimento forçado, o Grupo de Trabalho declarou:

O Grupo de Trabalho considera que, quando o corpo morto da vítima é encontrado mutilado ou com sinais claros de ter sido torturado ou com os braços ou pernas amarrados, essas circunstâncias mostram claramente que a detenção não foi imediatamente seguida de uma execução, mas que a privação de liberdade teve alguma duração, mesmo que de pelo menos algumas horas ou dias. Uma situação dessa natureza não apenas constitui uma violação do direito de não ser desaparecido(a), mas também ao direito de não ser submetido(a) à tortura, ao direito de ser reconhecido(a) como pessoa perante a lei e ao direito à vida, conforme previsto no art. 1º, § 2º, da Declaração.⁸²

49. Com relação ao direito à verdade, o Grupo de Trabalho elaborou a respeito do impacto dos desaparecimentos forçados sobre os(as) parentes(as) da vítima, afirmando que o direito à verdade sobre o destino da pessoa desaparecida é um direito absoluto, não sujeito a limitação ou derrogação. Esse caráter absoluto resulta do fato de que o desaparecimento forçado causa sofrimento aos familiares que atinge o limiar da tortura.⁸³

h. Especialista Independente em proteção contra violência e discriminação com base em orientação sexual e identidade de gênero

50. O(a) Especialista Independente em proteção contra a violência e a discriminação com base na orientação sexual e identidade de gênero avalia a implementação de instrumentos internacionais de direitos humanos com relação a formas de superar a violência e a discriminação contra pessoas com base em sua orientação sexual ou identidade de gênero.

81 A/HRC/16/47/Add.1 e Corr.1, parecer n.º 25/2009, par. 28.

82 A/HRC/7/2, par. 26 (par. 9 do comentário geral).

83 Grupo de Trabalho sobre Desaparecimentos Forçados ou Involuntários, comentário geral sobre o direito à verdade em relação ao desaparecimento forçado, par. 4 (A/HRC/16/48, par. 39).

Em um relatório de 2018, o Especialista Independente, Victor Madrigal-Borloz, observou que a “falta de reconhecimento da identidade de gênero pode (...) levar a violações de direitos humanos em outros contextos, incluindo tortura e maus-tratos em ambientes médicos e de detenção, violência sexual e procedimentos médicos coercitivos.”⁸⁴

i. Relator(a) Especial sobre os direitos das pessoas com deficiência

51. O(A) Relator(a) Especial sobre os direitos das pessoas com deficiência investiga as barreiras enfrentadas por pessoas com deficiência que impedem sua plena participação como membros iguais da sociedade.⁸⁵
52. As pessoas com deficiência privadas de liberdade estão em uma posição extremamente vulnerável e correm um risco maior de serem submetidas à tortura ou maus-tratos, inclusive medicação forçada, eletrochoques, uso de drogas, uso de restrições e confinamento solitário.⁸⁶ Elas podem ter cuidados médicos negados e muitas vezes são formalmente destituídas de sua capacidade jurídica.⁸⁷ Em um relatório de 2021, o Relator Especial, Gerard Quinn, expressou preocupação com a super-representação de pessoas com deficiência na população detida e com a necessidade de considerar acomodações razoáveis com relação às suas condições de vida.⁸⁸ O Relator Especial expressou preocupação especial com os problemas de saúde mental que afetavam muitos(as) prisioneiros(as) com deficiência e com o impacto da detenção na saúde mental, que estão relacionados a padrões mínimos de detenção e tratamento desumano ou degradante.⁸⁹
53. Uma avaliação de 2019 da ação das Nações Unidas para integrar a acessibilidade e a inclusão de deficientes concluiu que a inclusão precisava de uma abordagem baseada nos direitos humanos, o que exigia a adesão e a promoção de todos os padrões internacionais de direitos humanos.⁹⁰ Essa abordagem exige o afastamento de uma abordagem caridosa ou medial em relação às pessoas com deficiência e a visão das pessoas com deficiência como detentoras de direitos.

j. Grupo de Trabalho sobre discriminação contra mulheres e meninas

54. O Grupo de Trabalho sobre discriminação contra mulheres e meninas tem o dever de aplicar uma abordagem abrangente e coerente baseada nos direitos humanos para garantir que as mulheres e meninas estejam no centro dos esforços para responsabilizar os Estados pela implementação de padrões internacionais de direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais.
55. O Grupo de Trabalho concentra-se na defesa de garantias legais para proteger todas as mulheres e meninas e procura responder às interseções da discriminação baseada em gênero com outros motivos de discriminação. O Grupo de Trabalho reconhece que mulheres e meninas não são um grupo uniforme. Mulheres e meninas, em sua diversidade e em

.....

84 A/73/152, par. 18.

85 Os(As) detentores(as) de mandatos até o momento incluem Gerard Quinn (2020-atual) e Catalina Devandas Aguilar (2014–2020).

86 A/HRC/40/54, pars. 24 e 38.

87 *Ibid.*, par. 24.

88 A/HRC/46/27, par. 110.

89 *Ibid.*, par. 111.

90 A/75/186, pars. 6, 12 e 26.

muitas circunstâncias diferentes, são afetadas de formas diferentes por leis e práticas discriminatórias.

56. O Grupo de Trabalho observou que: “A privação de liberdade (...) tem consequências devastadoras para a vida das mulheres, colocando-as em risco de tortura, violência e abuso, condições inseguras e insalubres, falta de acesso a serviços de saúde e maior marginalização. Ela afasta as mulheres de oportunidades educacionais e econômicas, de suas famílias e amigos(as), e da possibilidade de fazer suas próprias escolhas e dirigir o curso de suas vidas como bem entenderem.”⁹¹

k. Fundo Voluntário das Nações Unidas para Vítimas de Tortura

57. O Fundo Voluntário das Nações Unidas para Vítimas de Tortura recebe contribuições voluntárias, principalmente dos Estados, e as distribui para organizações da sociedade civil que prestam assistência psicológica, médica, social, econômica, jurídica e outras formas de assistência humanitária a vítimas de tortura e membros de suas famílias. O Fundo promove notavelmente uma abordagem centrada na vítima com o objetivo de fazer a diferença em nível individual; é uma ferramenta para promover e abordar a responsabilidade como um elemento crucial no processo de cura das vítimas de tortura. De fato, as sequelas físicas e psicológicas da tortura podem ser devastadoras e durar anos, afetando não apenas os(as) sobreviventes, mas também membros de suas famílias. A falta de uma reabilitação eficaz pode deixar as vítimas traumatizadas e destruir famílias e comunidades. O art. 14 da Convenção contra a Tortura estipula que os Estados Partes devem garantir que uma vítima de tortura sob sua jurisdição obtenha reparação, incluindo os meios para a mais completa reabilitação possível. A assistência para a recuperação do trauma sofrido pode ser obtida em instituições estatais e organizações da sociedade civil especializadas na assistência às vítimas de tortura.

2. Sistemas regionais de direitos humanos

58. Os órgãos regionais de direitos humanos fizeram contribuições significativas para o desenvolvimento de padrões para a prevenção da tortura. Esses órgãos incluem a Comissão Interamericana de Direitos Humanos, a Corte Interamericana de Direitos Humanos, a Corte Europeia de Direitos Humanos e a Comissão Europeia para a Prevenção da Tortura e de Penas ou Tratamentos Desumanos ou Degradantes, a Comissão Africana de Direitos Humanos e dos Povos e a Corte Africana de Direitos Humanos e dos Povos.

(a) Sistema interamericano

59. O artigo I da Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem⁹² afirma que: “Todo ser humano tem direito à vida, à liberdade e à segurança de sua pessoa.” O artigo XXV da Declaração estabelece que: “Todo indivíduo que tenha sido privado de sua liberdade (...) tem direito a tratamento humano durante o período em que estiver sob custódia.” Isso é complementado pela proibição no artigo XXVI de “punição cruel, infame ou inhumana”. Em 1959, a Organização dos Estados Americanos criou a Comissão Interamericana de

.....
91 A/HRC/41/33, par. 74.

92 Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem (Bogotá, 2 de maio de 1948).

Direitos Humanos, que recebeu o dever de examinar casos individuais contra os Estados Membros da Organização em 1965.

60. O art. 5º da Convenção Americana sobre Direitos Humanos afirma que:
1. Toda pessoa tem o direito de ter sua integridade física, mental e moral respeitada.
 2. Ninguém deve ser submetido(a) à tortura ou a punições ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes. Todas as pessoas privadas de sua liberdade devem ser tratadas com respeito à dignidade inerente à pessoa humana.
 - ...
61. O art. 33 da Convenção Americana sobre Direitos Humanos confere competência à Comissão Interamericana de Direitos Humanos e à Corte Interamericana de Direitos Humanos com relação ao cumprimento das obrigações assumidas por Estados Partes nos termos da Convenção.⁹³ Conforme declarado em suas regras de procedimento, a principal função da Comissão é promover a observância e a defesa dos direitos humanos e servir como órgão consultivo da Organização dos Estados Americanos nessa área.⁹⁴ Ao cumprir essa função, a Comissão tem se baseado na Convenção Interamericana para Prevenir e Punir a Tortura para orientar sua interpretação do que se entende por tortura nos termos do art. 5º da Convenção Americana sobre Direitos Humanos.
62. O art. 2º da Convenção Interamericana para Prevenir e Punir a Tortura define tortura como:
- Qualquer ato realizado intencionalmente por meio do qual dor ou sofrimento físico ou mental é infligido a uma pessoa para fins de investigação criminal, como meio de intimidação, como punição pessoal, como medida preventiva, como penalidade ou para qualquer outra finalidade. A tortura também deve ser entendida como o uso de métodos contra uma pessoa com a intenção de obliterar a personalidade da vítima ou de diminuir suas capacidades físicas ou mentais, mesmo que não causem dor física ou angústia mental.⁹⁵
63. De acordo com o art. 1º da Convenção Interamericana para Prevenir e Punir a Tortura, os Estados Partes comprometem-se a prevenir e punir a tortura de acordo com os termos da Convenção. O art. 6º estabelece que os Estados também devem tomar medidas eficazes para prevenir e punir os maus-tratos dentro de sua jurisdição. A Convenção Interamericana para Prevenir e Punir a Tortura, entretanto, não fornece uma definição de tal conduta ou indica as circunstâncias que distinguem os maus-tratos da tortura. A Corte Interamericana de Direitos Humanos indicou que a distinção se baseia, em parte, na gravidade do tratamento,⁹⁶ mas sustentou que a distinção não é rígida e pode evoluir à luz das crescentes demandas pela proteção dos direitos e liberdades fundamentais.⁹⁷ O art. 6º também estabelece que os Estados devem garantir que a tortura seja um

93 A Corte Interamericana de Direitos Humanos é um órgão judicial com um mandato mais limitado do que o da Comissão Interamericana de Direitos Humanos, pois a primeira só pode decidir casos apresentados contra os Estados Membros da Organização dos Estados Americanos que tenham aceitado especificamente a jurisdição contenciosa da Corte, e esses casos devem ser processados primeiramente pela Comissão. Além disso, somente os Estados Partes da Convenção e a Comissão podem encaminhar casos à Corte.

94 Regras de procedimento da Comissão Interamericana de Direitos Humanos, art. 1º (1).

95 A definição de tortura contida na Convenção Interamericana para Prevenir e Punir a Tortura difere da definição contida na Convenção contra a Tortura em três aspectos: (a) não faz referência à "severidade" como qualificação para a tortura; (b) faz referência a "qualquer outro propósito" sem qualificar tal propósito como sendo baseado em discriminação; e (c) inclui métodos destinados a obliterar a personalidade das vítimas ou diminuir suas capacidades, independentemente de tais métodos causarem dor ou sofrimento. Os Estados que são partes de ambos os tratados são obrigados a aplicar os padrões que mais ou melhor protegem o direito de não ser submetido à tortura.

96 Corte Interamericana de Direitos Humanos, *Loayza-Tamayo v. Peru*, Sentença, 17 de setembro de 1997, par. 57.

97 Corte Interamericana de Direitos Humanos, *Cantoral-Benavides v. Peru*, Sentença, 18 de agosto de 2000, pars. 99–104.

delito penal e que todos os atos de tortura – e tentativas de tortura – são puníveis com penas severas.

64. O art. 8º da Convenção Interamericana para Prevenir e Punir a Tortura estabelece que os Estados são obrigados a conduzir uma investigação imediata e adequada sobre qualquer alegação de que houve tortura. A Comissão Interamericana de Direitos Humanos reiterou que os princípios de independência, imparcialidade, competência, diligência e transparência devem ser observados por todas as autoridades do Estado. O dever de investigar surge assim que as autoridades do Estado tomam conhecimento de alegações ou motivos para acreditar que a tortura ocorreu.⁹⁸ A Comissão Interamericana de Direitos Humanos reiterou que os princípios de independência, imparcialidade, competência, diligência, meticulosidade e presteza devem ser observados e respeitados. As investigações de alegados atos de tortura devem ser as marcas registradas de uma investigação.⁹⁹ Além disso, a investigação deve levar em consideração as regras internacionais para documentar e interpretar elementos de provas forenses relativas ao cometimento de atos de tortura.¹⁰⁰
65. A Corte Interamericana de Direitos Humanos abordou a necessidade de investigar alegações de violações da Convenção Americana sobre Direitos Humanos. Em *Velásquez Rodríguez v. Honduras*, a Corte declarou que:
- O Estado é obrigado a investigar toda situação que envolva uma violação dos direitos protegidos pela Convenção. Se o aparato estatal agir de tal forma que a violação fique impune e o pleno gozo desses direitos pela vítima não seja restaurado o mais rápido possível, o Estado não cumpriu seu dever de garantir o livre e pleno exercício desses direitos às pessoas sob sua jurisdição.¹⁰¹
66. A Corte Interamericana de Direitos Humanos rejeitou explicitamente a aplicabilidade de todas as disposições sobre prescrição (estatutos de limitação), anistia e outras medidas destinadas a eliminar a responsabilidade por graves violações de direitos humanos, incluindo a tortura, uma vez que tais disposições visam impedir a investigação e a punição de pessoas responsáveis por tais violações e são proibidas como violações de disposições não derogáveis do direito internacional dos direitos humanos.¹⁰² Além disso, a Corte considerou que a execução de sentenças em casos de graves violações de direitos humanos é parte integrante dos direitos das vítimas de acesso à justiça e que a obrigação internacional de punir os(as) responsáveis por graves violações de direitos humanos, incluindo a tortura, “não pode ser indevidamente afetada ou tornar-se ilusória durante a execução da sentença que impôs a sanção, de acordo com o princípio da proporcionalidade”.¹⁰³ A Corte também estabeleceu princípios para garantir a integridade

98 Corte Interamericana de Direitos Humanos, *Servellón-García et al. v. Honduras*, Sentença, 21 de setembro de 2006, par. 119.

99 Comissão Interamericana de Direitos Humanos, Instituições Democráticas, Estado de Direito e Direitos Humanos na Venezuela: Relatório do País (2017), par. 251; e Violações Graves de Direitos Humanos no Contexto de Protestos Sociais na Nicarágua (2018), par. 192. Veja também Comissão Interamericana de Direitos Humanos, Relatório sobre os Direitos Humanos das Pessoas Privadas de Liberdade nas Américas (2011), par. 345; e Corte Interamericana de Direitos Humanos, *Bueno-Alves v. Argentina*, Sentença, 11 de maio de 2007, par. 108.

100 Corte Interamericana de Direitos Humanos, *Vargas Areco v. Paraguai*, Sentença, 26 de setembro de 2006, par. 93.

101 Corte Interamericana de Direitos Humanos, *Velásquez-Rodríguez v. Honduras*, Sentença, 29 de julho de 1988, par. 176.

102 Corte Interamericana de Direitos Humanos, *Barrios Altos v. Peru*, Sentença, 14 de março de 2001, par. 41.

103 Corte Interamericana de Direitos Humanos, *Barrios Altos e La Cantuta v. Peru*, Decisão de Monitoramento, 30 de maio de 2018, par. 47 (tradução não oficial do espanhol).

da investigação e a punição dos(as) responsáveis por violações de direitos humanos nos sistemas de justiça transicional.¹⁰⁴

67. Em sua jurisprudência, a Corte Interamericana de Direitos Humanos citou o Protocolo de Istambul em várias decisões envolvendo tortura e maus-tratos, para chamar a atenção para a necessidade de adotar estruturas jurídicas adequadas e fortalecer as capacidades institucionais que facilitarão a investigação efetiva de graves violações de direitos humanos.¹⁰⁵
68. Os arts. 12, 13 e 14 da Convenção Interamericana para Prevenir e Punir a Tortura estabelecem jurisdição universal para o crime de tortura, o que significa que os Estados são obrigados a extraditar suspeitos(as) ou conduzir investigações e, se apropriado, processos criminais, independentemente da nacionalidade do(a) suspeito(a) e se o crime foi cometido dentro da jurisdição do Estado. A Corte Interamericana de Direitos Humanos considerou que buscar a extradição de suspeitos(as) pelo crime de tortura é uma obrigação de acordo com o direito internacional consuetudinário.¹⁰⁶
69. A Corte Interamericana de Direitos Humanos também declarou que meras ameaças de recorrer a comportamentos proibidos pelo art. 5º da Convenção Americana sobre Direitos Humanos, se forem suficientemente reais e iminentes, podem equivaler à tortura. Além disso, os danos psicológicos e o sofrimento moral também devem ser considerados ao avaliar se o art. 5º foi violado.¹⁰⁷ Dessa forma, a Corte determinou que ser mantido(a) incomunicável ou em isolamento prolongado constitui tratamento cruel e desumano.¹⁰⁸ A Corte também estipulou que uma pessoa só pode ser mantida em detenção incomunicável em circunstâncias excepcionais; e, mesmo assim, o Estado deve garantir os direitos mínimos e não derogáveis dos(as) detentos(as) e defender seu direito de questionar a legalidade da detenção e à defesa efetiva durante a detenção.¹⁰⁹ Em vários casos, a Corte baseou-se na definição de tortura do art. 1º da Convenção contra a Tortura para estabelecer que a tortura foi infligida.¹¹⁰
70. A Corte Interamericana de Direitos Humanos também decidiu que as autoridades do Estado não devem classificar ou reter informações sobre violações de direitos humanos de autoridades judiciais ou administrativas com base em interesse público, segredos oficiais ou segurança nacional.¹¹¹ Além disso, a Corte condenou veementemente qualquer participação de militares do Estado em investigações e processos de violações de direitos humanos; em vez disso, tais investigações e processos devem ser conduzidos por entidades civis.¹¹²

104 Corte Interamericana de Direitos Humanos, *Barrios Altos v. Peru*, par. 41.

105 Corte Interamericana de Direitos Humanos, *Prisão Miguel Castro-Castro v. Peru*, Sentença, 25 de novembro de 2006, par. 326; *González et al. ("Campo de Algodão") v. México*, Sentença, 16 de novembro de 2009, pars. 502 e 542; *Rosendo Cantú et al. v. México*, Sentença, 31 de agosto de 2010, pars. 239–243; e *Vélez Loor v. Panamá*, Sentença, 23 de novembro de 2010, par. 270.

106 Corte Interamericana de Direitos Humanos, *La Cantuta v. Peru*, Sentença, 29 de novembro de 2006, pars. 159–160. Ver também Corte Interamericana de Direitos Humanos, *Goiburú et al. v. Paraguai*, Sentença, 22 de setembro de 2006, pars. 128–132.

107 Corte Interamericana de Direitos Humanos, *Prisão de Miguel Castro-Castro v. Peru*, par. 279.

108 Corte Interamericana de Direitos Humanos, *Godínez-Cruz v. Honduras*, Sentença, 20 de janeiro de 1989, par. 164. Ver também Comissão Interamericana de Direitos Humanos, *Luis Lizardo Cabrera v. República Dominicana*, Caso 10.832, Relatório n.º 35/96, 19 de fevereiro de 1998, pars. 86–87.

109 Corte Interamericana de Direitos Humanos, *Suárez-Rosero v. Equador*, Sentença, 12 de novembro de 1997, par. 51.

110 Corte Interamericana de Direitos Humanos, *Maritzá Urrutia v. Guatemala*, Sentença, 27 de novembro de 2003, par. 90.

111 Corte Interamericana de Direitos Humanos, *Gomes Lund et al. ("Guerrilha do Araguaia") v. Brasil*, Sentença, 24 de novembro de 2010, par. 202.

112 Corte Interamericana de Direitos Humanos, *Fernández Ortega et al. v. México*, Sentença, 30 de agosto de 2010, pars. 172 e 176.

71. A Corte Interamericana de Direitos Humanos também estabeleceu que o Estado é responsável pelo direito a um tratamento humano de qualquer indivíduo sob sua custódia.¹¹³ Nesse sentido, existe uma presunção de que o Estado é responsável pela tortura, crueldade e violência, tratamento desumano ou degradante sofrido por uma pessoa sob a custódia de agentes do Estado se as autoridades não tiverem realizado uma investigação séria dos fatos.¹¹⁴ Portanto, o ônus da prova recai sobre o Estado que deve fornecer uma explicação satisfatória e convincente do que ocorreu e refutar as alegações sobre sua responsabilidade.¹¹⁵
72. Em inúmeras decisões, a Corte Interamericana de Direitos Humanos reconheceu que certas pessoas em situações de vulnerabilidade enfrentam um risco maior de abusos de direitos humanos e tortura e, portanto, têm direito a certas proteções e recursos eficazes que levam em conta suas circunstâncias individuais.¹¹⁶ A Comissão Interamericana de Direitos Humanos observou que o monitoramento independente, a inspeção pública e o acesso aos locais onde os indivíduos estão privados de liberdade são eficazes na prevenção da tortura.¹¹⁷
73. Para proteger os(as) detentos(as) mais vulneráveis, inclusive as pessoas que foram detidas ilegalmente, a Corte Interamericana de Direitos Humanos determinou que os centros de detenção da polícia devem atender a determinados padrões mínimos que garantam, entre outras coisas, o direito ao tratamento humano e ao respeito pela sua dignidade.¹¹⁸ A Corte também estabeleceu que os Estados devem regulamentar e supervisionar os estabelecimentos de saúde públicos e privados sob sua jurisdição a fim de proteger a vida e a integridade de todas as pessoas sob sua competência.¹¹⁹
74. A questão da tortura e dos maus-tratos foi abordada pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos nos Princípios e Melhores Práticas sobre a Proteção das Pessoas Privadas de Liberdade nas Américas em 2008 e em um extenso relatório sobre os direitos humanos das pessoas privadas de liberdade nas Américas em 2011. Entre outras salvaguardas, os Princípios garantem a todas as pessoas privadas de sua liberdade o direito de apresentar queixas sobre atos de tortura, quer os indivíduos o façam em seu próprio nome ou em nome de terceiros.¹²⁰
75. A Corte Interamericana de Direitos Humanos também reconheceu os efeitos psicológicos negativos que o confinamento solitário pode ter sobre as mães separadas de seus(suas) filhos(as) e reconheceu que os Estados devem oferecer cuidados especiais às mulheres grávidas detidas e garantir que as mães possam visitar seus(suas) filhos(as).¹²¹

113 Corte Interamericana de Direitos Humanos, *Baldeón-García v. Peru*, Sentença, 6 de abril de 2006, par. 120; *Ximenes-Lopes v. Brasil*, Sentença, 4 de julho de 2006, par. 138; e *López Álvarez v. Honduras*, Sentença, 1º de fevereiro de 2006, pars. 104–106.

114 Corte Interamericana de Direitos Humanos, *Prisão de Miguel Castro-Castro v. Peru*, par. 273.

115 Corte Interamericana de Direitos Humanos, *Juan Humberto Sánchez v. Honduras*, Sentença, 7 de junho de 2003, par. 111; e *Baldeón-García v. Peru*, par. 120.

116 Ver, por exemplo, Corte Interamericana de Direitos Humanos, *Ximenes-Lopes v. Brasil*, Sentença, 4 de julho de 2006, par. 103; *Baldeón-García v. Peru*, par. 119; e *Furlan e família v. Argentina*, Sentença, 31 de agosto de 2012, pars. 284–288.

117 Comissão Interamericana de Direitos Humanos, *Verdade, Justiça e Reparação: Relatório de País – Colômbia* (2013), par. 1121.

118 Corte Interamericana de Direitos Humanos, *Baldeón-García v. Peru*, par. 119; *Ximenes-Lopes v. Brasil*, pars. 125–130; *Furlan e família v. Argentina*, pars. 131–132; e *Bulacio v. Argentina*, Sentença, 8 de setembro de 2003, par. 132.

119 Corte Interamericana de Direitos Humanos, *Ximenes-Lopes v. Brasil*, par. 141.

120 Princípios e Melhores Práticas sobre a Proteção de Pessoas Privadas de Liberdade nas Américas, princípio V.

121 Corte Interamericana de Direitos Humanos, *Prisão Miguel Castro-Castro v. Peru*, par. 330.

76. Em 1996, a Comissão Interamericana de Direitos Humanos tornou-se o primeiro órgão internacional a reconhecer o estupro como tortura, declarando que o estupro é um método de tortura psicológica que muitas vezes tem como objetivo a humilhação da vítima, bem como da família e da comunidade da vítima.¹²² A Comissão e a Corte Interamericana de Direitos Humanos desenvolveram uma extensa jurisprudência esclarecendo as obrigações dos Estados de exercer a devida diligência na prevenção, investigação e punição de casos de violência de gênero,¹²³ e de tortura e maus-tratos de modo geral.¹²⁴ A Corte desenvolveu padrões importantes sobre a coleta de provas em casos de violência sexual,¹²⁵ o valor probatório das declarações das vítimas¹²⁶ e a necessidade de considerar que as discrepâncias nessas declarações não devem ser consideradas *per se* como denotando a falsidade do testemunho.¹²⁷ Além disso, a Corte responsabilizou os Estados pela violência sexual como uma forma de tortura cometida por agentes não estatais quando as autoridades falharam em prevenir e investigar o crime.¹²⁸
77. Em 1994, a Organização dos Estados Americanos adotou a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará).¹²⁹ A Convenção de Belém do Pará estabelece que as mulheres têm o direito de viver uma vida livre de violência e obriga os Estados Partes a tomarem medidas apropriadas para alterar ou revogar as leis e regulamentações existentes e modificar as práticas legais ou costumeiras que perpetuam e toleram a violência contra a mulher.
78. O artigo 1º da Convenção de Belém do Pará define a violência contra a mulher como “qualquer ato ou conduta, baseado no gênero, que cause morte ou dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na privada”. O art. 2º reconhece que a violência pode ocorrer na família ou na unidade doméstica, bem como em outras relações interpessoais. O art. 6º reconhece que as mulheres têm o direito de serem valorizadas e educadas sem estereótipos e práticas comportamentais e sociais baseados em inferioridade ou subordinação, e o art. 7º exige que os Estados se abstenham de cometer ou praticar violência contra as mulheres e que exerçam a devida diligência para prevenir, investigar e impor penalidades por atos de violência contra as mulheres.
79. Também em 1994, a Organização dos Estados Americanos adotou a Convenção Interamericana sobre Desaparecimento Forçado de Pessoas, que oferece salvaguardas adicionais que ajudam a garantir a investigação e a punição de atos de desaparecimento forçado.¹³⁰

122 Comissão Interamericana de Direitos Humanos, *Raquel Martí de Mejía v. Peru*, Caso 10.970, Relatório n.º 5/96, 1º de março de 1996.

123 Corte Interamericana de Direitos Humanos, *Azul Rojas Marín v. Peru*, Sentença, 12 de março de 2020 (referente à tortura cometida com intenção discriminatória com base na identidade de gênero da vítima), pars. 178–205 (somente em espanhol; resumo oficial disponível em inglês); *Fernández Ortega et al. v. México*, par. 193; *Cabrera García e Montiel Flores v. México*, Sentença, 26 de novembro de 2010, pars. 213–215; *J. v. Peru*, Sentença, 27 de novembro de 2013, par. 344; *López Soto et al. v. Venezuela*, Sentença, 26 de setembro de 2018, pars. 273–287; e *Prisão Miguel Castro-Castro v. Peru*, par. 378.

124 Corte Interamericana de Direitos Humanos, *Espinoza Gonzáles v. Peru*, Sentença, 20 de novembro de 2014, par. 237–240; e *J. v. Peru*, pars. 341–343.

125 Corte Interamericana de Direitos Humanos, *González et al. (“Campo de Algodão”) v. México*; e *Velásquez Paiz et al. v. Guatemala*, Sentença, 19 de novembro de 2015.

126 Corte Interamericana de Direitos Humanos, *Fernández Ortega et al. v. México*, par. 100.

127 Corte Interamericana de Direitos Humanos, *Espinoza Gonzáles v. Peru*, par. 149.

128 Corte Interamericana de Direitos Humanos, *López Soto et al. v. Venezuela*.

129 A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (“Convenção de Belém do Pará”) (9 de junho de 1994) entrou em vigor em 5 de março de 1995.

130 A Convenção Interamericana sobre Desaparecimento Forçado de Pessoas (Belém do Pará, 6 de setembro de 1994) entrou em vigor em 28 de março de 1996.

80. Em 2004, a Comissão Interamericana de Direitos Humanos estabeleceu o mandato do(a) Relator(a) Especial sobre os direitos das pessoas privadas de liberdade nas Américas. O(A) Relator(a) Especial realiza visitas de apuração de fatos aos Estados Membros da Organização dos Estados Americanos, monitora o tratamento das pessoas privadas de liberdade e as condições de detenção, publica relatórios nacionais e temáticos, e emite recomendações para melhorar a situação das pessoas privadas de liberdade e ações urgentes quando necessário.¹³¹

(b) Conselho da Europa – Tribunal Europeu de Direitos Humanos

81. O art. 3º da Convenção para a Proteção dos Direitos Humanos e das Liberdades Fundamentais (Convenção Europeia sobre Direitos Humanos) estabelece que: “Ninguém será submetido(a) a tortura ou a tratamento ou punição degradante”. Todas as vítimas têm acesso direto ao Tribunal Europeu de Direitos Humanos.
82. Em sua jurisprudência, o Tribunal Europeu de Direitos Humanos sustentou que a garantia consagrada no art. 3º, um elemento essencial do Estado de Direito, ocupa um lugar de destaque no sistema de proteção da Convenção Europeia de Direitos Humanos, como é enfatizado pelo fato de que nenhuma derrogação é permitida pelo art. 15 em tempo de guerra ou outra emergência pública.¹³² Para se enquadrar no escopo do art. 3º, o Tribunal afirmou que “os maus-tratos devem atingir um nível mínimo de gravidade”, que é determinado pela avaliação de todas as circunstâncias do caso (por exemplo, duração do tratamento, efeitos físicos ou mentais, idade e saúde da vítima).¹³³ O Tribunal também declarou que, na ausência de dano ou sofrimento físico ou mental, atos que envolvam humilhação, diminuição da dignidade humana, incluindo força física desnecessária por parte de agentes da lei, ou que despertem nas vítimas medo ou angústia ou inferioridade capaz de quebrar sua resistência moral e física podem ser caracterizados como degradantes e podem se enquadrar nas proibições estabelecidas no art. 3º.¹³⁴
83. O Tribunal Europeu de Direitos Humanos destacou a importância do art. 3º e abordou a distinção entre conduta que constitui tratamento desumano ou degradante e tortura em *Aksoy v. Turquia*, em que o requerente foi submetido a suspensão invertida, espancamentos, choques elétricos nos órgãos genitais, exacerbados pelo lançamento de água sobre ele, e abuso verbal; o Tribunal declarou que a conduta no caso era “de natureza tão séria e cruel que só pode ser descrita como tortura”.¹³⁵ O Tribunal também declarou que, para constituir tortura nos termos do art. 3º, um ato deliberado de tratamento desumano deve causar “sofrimento sério e cruel”.¹³⁶
84. Em *Gäfgen v. Alemanha*, o Tribunal Europeu de Direitos Humanos considerou que “ameaçar um indivíduo com tortura pode constituir, no mínimo, um tratamento desumano” e violar o art. 3º.¹³⁷ O Tribunal mais tarde, descobriu que a gravidade é um fator distintivo

131 Consulte www.oas.org/en/iachr/jsForm/?File=/en/IACHR/r/DPPL/mandato.asp.

132 Tribunal Europeu de Direitos Humanos, *Öcalan v. Turquia*, petição n.º 46221/99, Sentença, 12 de maio de 2005, pars. 179–183.

133 Tribunal Europeu de Direitos Humanos, *Bouyid v. Bélgica*, petição n.º 23380/09, Sentença, 28 de setembro de 2015, par. 86.

134 *Ibid.*, pars. 87–88.

135 Tribunal Europeu de Direitos Humanos, *Aksoy v. Turquia*, petição n.º 21987/93, Sentença, 18 de dezembro de 1996, pars. 60–64, no par. 64.

136 Tribunal Europeu de Direitos Humanos, *Irlanda v. Reino Unido*, aplicação n.º 5310/71, Sentença, 18 de janeiro de 1978, par. 167.

137 Tribunal Europeu de Direitos Humanos, *Gäfgen v. Alemanha*, petição n.º 22978/05, Sentença, 1 de junho de 2010 (retificada em 3 de junho de 2010), par. 91.

fundamental entre tortura e tratamento ou punição desumana ou degradante, assim como o propósito e a intenção – aproximando, assim, o entendimento do que é tortura do entendimento da definição contida na Convenção contra a Tortura, que foi citada pelo Tribunal.¹³⁸ No entanto, o Tribunal não classificou esses elementos como exaustivos.¹³⁹

85. O Tribunal Europeu de Direitos Humanos também reconheceu que o estupro pode ser considerado tortura de acordo com o art. 3º da Convenção. No caso *Aydin v. Turquia*, o Tribunal considerou que “o acúmulo de atos de violência física e mental infligidos à requerente e o ato especialmente cruel de estupro ao qual ela foi submetida constituíram tortura em violação ao art. 3º da Convenção”.¹⁴⁰
86. Em suas decisões, o Tribunal Europeu de Direitos Humanos também se baseou na definição de tortura utilizada na Convenção contra a Tortura para chegar a uma conclusão de tortura. Em *Selmouni v. França*, o Tribunal estabeleceu que a dor e o sofrimento infligidos ao requerente foram severos e que seu propósito era extrair uma “confissão”, estabelecendo assim firmemente que os tribunais devem considerar tanto a severidade quanto o propósito do sofrimento infligido ao determinar se um ato constitui tortura.¹⁴¹ Posteriormente, o Tribunal esclareceu que, embora a finalidade fosse um fator, “a ausência de tal finalidade não pode excluir conclusivamente a constatação de uma violação do art. 3º”.¹⁴² Além disso, o Tribunal afirmou que, ao considerar se uma forma de tratamento era “degradante” no sentido do art. 3º, ele levaria em conta se sua finalidade era “humilhar e rebaixar a pessoa em questão”; no entanto, afirmou novamente que a ausência de finalidade não excluía a constatação de uma violação do art. 3º.¹⁴³
87. O Tribunal Europeu de Direitos Humanos estabeleceu que a não realização de uma investigação eficaz pode dar origem a uma violação da proibição contra tortura ou maus-tratos nos termos do art. 3º em casos de violência doméstica,¹⁴⁴ violência cometida contra lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros,¹⁴⁵ esterilização de mulheres ciganas,¹⁴⁶ brutalidade policial¹⁴⁷ e desaparecimento forçado.¹⁴⁸ Além disso, o Tribunal concluiu que “um ‘recurso efetivo’ implica, além do pagamento de indenização, quando apropriado, (...) o acesso efetivo do(a) reclamante ao procedimento investigatório”.¹⁴⁹

.....
138 Tribunal Europeu de Direitos Humanos, *Cestaro v. Itália*, aplicação n.º 6884/11, Sentença, 7 de abril de 2015, pars. 172–176.

139 Tribunal Europeu de Direitos Humanos, *Bouyid v. Bélgica*, pars. 100–102.

140 Tribunal Europeu de Direitos Humanos, *Aydin v. Turquia*, petição n.º 23178/94, Sentença, 25 de setembro de 1997, par. 86.

141 Tribunal Europeu de Direitos Humanos, *Selmouni v. França*, petição n.º 25803/94, Sentença, 28 de julho de 1999, pars. 97–105. O Tribunal também aplicou o conceito de “instrumento vivo” em *Selmouni*, o que o levou a concluir que o que poderia não ter sido considerado tortura em 1979, quando o caso *Irlanda v. Reino Unido* foi decidido, foi definitivamente considerado tortura em 1999, quando *Selmouni* foi decidido.

142 Tribunal Europeu de Direitos Humanos, *V. v. Reino Unido*, petição n.º 24888/94, Sentença, 16 de dezembro de 1999, par. 71.

143 Tribunal Europeu de Direitos Humanos, *Kalashnikov v. Rússia*, petição n.º 47095/99, Sentença, 15 de julho de 2002, par. 95. Veja também Tribunal Europeu de Direitos Humanos, *Peers v. Grécia*, petição n.º 28524/95, Sentença, 19 de abril de 2001, par. 74.

144 Tribunal Europeu de Direitos Humanos, *Opuz v. Turquia*, petição n.º 33401/02, Sentença, 9 de junho de 2009, par. 176; *Eremia v. República da Moldávia*, pedido n.º 3564/11, Sentença, 28 de maio de 2013, par. 67; *M.G. v. Turquia*, petição n.º 646/10, Sentença, 22 de março de 2016, par. 107 (versão oficial disponível em francês); *Talpis v. Itália*, petição n.º 41237/14, Sentença, 2 de março de 2017 (retificada em 21 de março de 2017), pars. 129–131; e *Bălșan v. Romênia*, petição n.º 49645/09, Sentença, 23 de maio de 2017, pars. 71 e 89.

145 Tribunal Europeu de Direitos Humanos, *Identoba e outros v. Geórgia*, petição n.º 73235/12, Sentença, 12 de maio de 2015, par. 71; e *M.C. e A.C. v. Romênia*, petição n.º 12060/12, Sentença, 12 de abril de 2016, pars. 124–125.

146 Tribunal Europeu de Direitos Humanos, *V.C. v. Eslováquia*, petição n.º 18968/07, Sentença, 8 de novembro de 2011, pars. 109 e 120; e *I.G. e outros v. Eslováquia*, petição n.º 15966/04, Sentença, 13 de novembro de 2012, pars. 124, 126 e 134.

147 Tribunal Europeu de Direitos Humanos, *Jasar v. antiga República Iugoslava da Macedônia*, petição n.º 69908/01, Sentença, 15 de fevereiro de 2007, par. 60; *Petropoulou-Tsakiris v. Grécia*, petição n.º 44803/04, Sentença, 6 de dezembro de 2007, pars. 55 e 66; e *Adam v. Eslováquia*, petição n.º 68066/12, Sentença, 26 de julho de 2016, par. 82.

148 Tribunal Europeu de Direitos Humanos, *Er e outros v. Turquia*, petição n.º 23016/04, Sentença, 31 de julho de 2012, pars. 92–97.

149 Tribunal Europeu de Direitos Humanos, *Aksoy v. Turquia*, par. 98.

88. Além disso, o Tribunal Europeu de Direitos Humanos constatou violações da Convenção com relação à regra de exclusão¹⁵⁰ e reiterou a natureza absoluta e não derogável do art. 3º em casos relacionados a supostos atos de terrorismo, declarando que os(as) requerentes suspeitos(as) ou acusados(as) de atividades relacionadas ao terrorismo têm o direito de não serem submetidos(as) à tortura e tratamento desumano ou degradante enquanto estiverem sob custódia.¹⁵¹ Em *El-Masri v. a antiga República Iugoslava da Macedônia*, o Tribunal decidiu que uma rendição secreta e subsequente detenção escondida pela antiga República Iugoslava da Macedônia era ilegal e uma violação do art. 3º.¹⁵² O Tribunal também tem sustentado de forma consistente que os Estados têm a obrigação de não extraditar ou expulsar pessoas, inclusive supostos(as) terroristas, para países onde enfrentam um risco real de serem submetidos(as) à tortura ou maus-tratos (veja também o parágrafo 112 e seguintes abaixo).¹⁵³
89. Em sua jurisprudência, o Tribunal Europeu de Direitos Humanos também determinou que a interferência nos direitos de saúde reprodutiva pode ser considerada maus-tratos¹⁵⁴ e que a falta de supervisão médica adequada para detentos(as) com tendências suicidas ou outras deficiências psicossociais pode levar a uma violação da proibição contra tortura e maus-tratos conforme o art. 3º.¹⁵⁵ Os procedimentos médicos considerados de necessidade terapêutica (por exemplo, alimentação forçada com o objetivo de salvar a vida) não podem, em princípio, ser considerados desumanos ou degradantes; a necessidade médica deve ser estabelecida, as garantias processuais devem ser seguidas e o procedimento médico deve ser administrado de forma a minimizar o sofrimento.¹⁵⁶ Se essas salvaguardas não forem respeitadas, ainda assim poderá ocorrer uma violação do art. 3º.
90. Condições de vida deploráveis em centros de detenção em casos de expulsão, extradição e migração também podem constituir uma violação do art. 3º. O Tribunal Europeu de Direitos Humanos considerou que a exposição de menores a condições precárias em centros de detenção equivale a uma violação do art. 3º e não fez distinção nesses casos com base no fato de o(a) menor em questão estar acompanhado(a)¹⁵⁷ ou desacompanhado(a).¹⁵⁸ Em ambos os casos, o Tribunal considerou que o fator determinante era que as condições

150 Tribunal Europeu de Direitos Humanos, *El Haski v. Bélgica*, petição n.º 649/08, Sentença, 25 de setembro de 2012, par. 86 e 99. Veja também Tribunal Europeu de Direitos Humanos, *Othman (Abu Qatada) v. Reino Unido*, petição n.º 8139/09, Sentença, 17 de janeiro de 2012, par. 267, 273 e 276, em que o Tribunal afirmou que estabelecer um “risco real” de que a prova tenha sido obtida por meio de tortura era suficiente para que a prova fosse excluída devido às dificuldades especiais em provar alegações de tortura.

151 Tribunal Europeu de Direitos Humanos, *Martínez Sala e Outros v. Espanha*, petição n.º 58438/00, Sentença, 2 de novembro de 2004, par. 118 e 120 (versão oficial disponível em francês); e *Öcalan v. Turquia*, par. 179 e 192–196.

152 Tribunal Europeu de Direitos Humanos, *El-Masri v. antiga República Iugoslava da Macedônia*, petição n.º 39630/09, Sentença, 13 de dezembro de 2012, par. 215–223.

153 Tribunal Europeu de Direitos Humanos, *Chahal v. Reino Unido*, petição n.º 22414/93, Sentença, 15 de novembro de 1996, par. 73–74; *Cruz Varas e outros v. Suécia*, petição n.º 15576/89, Sentença, 20 de março de 1991, par. 69–70; e *H.R. v. França*, petição n.º 64780/09, 22 de setembro de 2011, par. 49–65 (versão oficial disponível em francês).

154 Tribunal Europeu de Direitos Humanos, *R.R. v. Polônia*, petição n.º 27617/04, Sentença, 26 de maio de 2011, par. 148–162.

155 Tribunal Europeu de Direitos Humanos, *Rivière v. França*, petição n.º 33834/03, Sentença, 11 de julho de 2006, par. 59–77 (versão oficial disponível em francês); *Renalde v. França*, petição n.º 5608/05, Sentença, 16 de outubro de 2008, par. 119–130; *Güveç v. Turquia*, petição n.º 70337/01, Sentença, 20 de janeiro de 2009, par. 82–99; e *Ketreb v. França*, petição n.º 38447/09, Sentença, 19 de julho de 2012, par. 108–116 (versão oficial disponível em francês).

156 Tribunal Europeu de Direitos Humanos, *Nevmerzhiysky v. Ucrânia*, petição n.º 54825/00, Sentença, 5 de abril de 2005, par. 93–99; e *Ciorap v. Moldávia*, petição n.º 12066/02, Sentença, 19 de junho de 2007, par. 76–89.

157 Tribunal Europeu de Direitos Humanos, *Popov v. França*, petições n.º 39472/07 e n.º 39474/07, Sentença, 19 de janeiro de 2012, par. 91–103; *Mahmundi e outros v. Grécia*, petição n.º 14902/10, Sentença, 31 de julho de 2012, par. 61–76 (versão oficial disponível em francês); *A.B. e outros v. França*, petição n.º 11593/12, Sentença, 12 de julho de 2016, par. 107–115; e *S.F. e outros v. Bulgária*, petição n.º 8138/16, Sentença, 7 de dezembro de 2017, par. 84–93.

158 Tribunal Europeu de Direitos Humanos, *Mohamad v. Grécia*, petição n.º 70586/11, Sentença, 11 de dezembro de 2014, par. 69–76 (versão oficial disponível em francês).

nos centros de detenção causavam nos(as) menores sentimentos de medo, angústia e inferioridade.

(c) Conselho da Europa: Comitê Europeu para a Prevenção da Tortura e de Penas ou Tratamentos Desumanos ou Degradantes

91. A Convenção Europeia para a Prevenção da Tortura e de Penas ou Tratamentos Desumanos ou Degradantes criou o Comitê Europeu para a Prevenção da Tortura e de Tratamentos Desumanos ou Degradantes.
92. O Comitê Europeu para a Prevenção da Tortura realiza visitas sem aviso prévio a locais de privação de liberdade localizados nos Estados Membros do Conselho da Europa. Os membros do Comitê podem conversar com pessoas privadas de liberdade em particular, visitar qualquer pessoa ou todas as pessoas que desejarem nesses locais e ver todas as instalações sem restrições.
93. O Comitê Europeu para a Prevenção da Tortura desenvolveu critérios para o tratamento de pessoas detidas sob custódia, os quais constituem normas gerais.¹⁵⁹ Essas normas tratam não apenas das condições materiais, mas também das garantias processuais, inclusive o direito das pessoas privadas de liberdade de informar imediatamente um terceiro (membro da família) sobre a prisão, de ter acesso imediato a um(a) advogado(a) e ter acesso a um(a) médico(a), inclusive, se assim desejarem, a um(a) médico(a) de sua própria escolha.
94. O Comitê Europeu para a Prevenção da Tortura também enfatizou repetidamente que um dos meios mais eficazes de evitar maus-tratos por agentes da lei é o exame diligente, pelas autoridades competentes, de todas as queixas de tortura e maus-tratos e, quando apropriado, a imposição de penalidades adequadas.

(d) União Africana: Comissão Africana de Direitos Humanos e dos Povos e a Corte Africana de Direitos Humanos e dos Povos

95. Ao contrário dos sistemas europeu e interamericano, o sistema africano não tem uma convenção especificamente dedicada à tortura ou à sua prevenção. A questão da tortura é abordada principalmente no art. 5º da Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos, que afirma que:

Todo indivíduo terá direito ao respeito da dignidade inerente a um ser humano e ao reconhecimento de seu status legal. Todas as formas de exploração humana e degradação do homem, particularmente a escravidão, o tráfico de escravos, a tortura, as penas e os tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes serão proibidos.

96. A Comissão Africana de Direitos Humanos e dos Povos tem o dever de, segundo o art. 30 da Carta Africana, promover os direitos humanos e dos povos e garantir sua proteção na África. Uma vítima ou uma ONG pode fazer uma reclamação à Comissão com relação a atos de tortura, conforme definido no art. 5º da Carta Africana.¹⁶⁰

.....
159 Conselho da Europa, "Custódia policial" (Estrasburgo, 1992). Disponível em <https://rm.coe.int/16806cea2f>.

160 Por exemplo, em novembro de 2017, uma queixa foi apresentada à Comissão por vítimas em relação à falha do Chade em implementar a sentença de reparação de 2015 concedida por um tribunal chadiano. Consulte a Comissão Africana de Direitos Humanos e dos Povos, *Clement Abaifouta e 6.999 outros v. República do Chade*, Caso n.º 691/18.

97. Em 2017, a Comissão Africana de Direitos Humanos e dos Povos adotou o comentário geral n.º 4 sobre o direito à reparação para vítimas de tortura e outras punições ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes (art. 5º). No comentário geral, a Comissão fornece uma interpretação autorizada sobre o escopo e o conteúdo do direito à reparação para as vítimas de tortura ou maus-tratos em contextos específicos e define a reparação como incluindo restituição, compensação, reabilitação e satisfação, o que inclui o direito à verdade e a garantias de não repetição.¹⁶¹ Também identifica medidas concretas e práticas que os Estados precisam tomar para fornecer reparação às vítimas de tortura ou maus-tratos em vários contextos específicos, inclusive para vítimas de violência sexual e de gênero, para indivíduos torturados durante conflitos armados, para vítimas de tortura em contextos de justiça transicional e, principalmente, em casos de danos coletivos. A Comissão observa que, embora as violações de tortura e maus-tratos sejam essencialmente perpetradas contra indivíduos, essas violações podem, no entanto, ter um impacto sobre grupos, especialmente aqueles que são estruturalmente desfavorecidos.¹⁶²
98. A Comissão Africana de Direitos Humanos e dos Povos interpretou a distinção entre tortura, incluindo abusos físicos e mentais, e maus-tratos.¹⁶³ Por exemplo, a não notificação, sem justificativa, de membros da família da data e hora da execução de um(a) detento(a) era um caso de maus-tratos e uma violação do art. 5º.¹⁶⁴
99. A Comissão Africana de Direitos Humanos e dos Povos também considerou os Estados Partes responsáveis pela tortura de uma pessoa dentro de sua jurisdição quando havia provas claras que detalhavam a tortura, apresentadas pelo(a) reclamante ou por outra parte confiável, como uma organização internacional.¹⁶⁵ Se a Comissão considerar que as provas não comprovam a ocorrência de um ato de tortura, ela ainda pode considerar o Estado Parte em violação do art. 5º por sua falha em investigar.¹⁶⁶
100. A Comissão Africana de Direitos Humanos e dos Povos também constatou violações do art. 5º com base nas condições precárias das prisões, incluindo confinamento solitário excessivo, superlotação, falta de acesso a cuidados médicos adequados, algemas e alimentos de qualidade extremamente ruim.¹⁶⁷
101. Outros instrumentos também abordam a tortura e os maus-tratos no contexto africano, incluindo as Diretrizes sobre as Condições de Prisão, Custódia Policial e Detenção Pré-Julgamento na África (Diretrizes de Luanda) (2014), as Diretrizes sobre o Combate à Violência Sexual e suas Consequências na África (2017) e os Princípios e Diretrizes sobre os Direitos Humanos e dos Povos no Combate ao Terrorismo na África (2015). A Comissão Africana de Direitos Humanos e dos Povos também adotou uma série de resoluções e documentos relacionados à tortura e aos maus-tratos, principalmente as Diretrizes e Medidas para a Proibição e Prevenção da Tortura e de Penas ou Tratamentos

.....
161 Comissão Africana de Direitos Humanos e dos Povos, comentário geral n.º 4 (2017), par. 10.

162 *Ibid.*, pars. 50–51.

163 Comissão Africana de Direitos Humanos e dos Povos, *Gabriel Shumba v. Zimbábue*, comunicação 288/04, Decisão, 2004, pars. 143–145.

164 Comissão Africana de Direitos Humanos e dos Povos, *Spilg e Mack e Ditshwanelo (em nome de Lehlohonolo Bernard Kobedi) v. Botsuana*, comunicação 277/2003, Decisão, 16 de dezembro de 2011, par. 177.

165 Comissão Africana de Direitos Humanos e dos Povos, *Gabriel Shumba v. Zimbábue*, pars. 111, 113 e 121.

166 *Ibid.*, par. 136.

167 Comissão Africana de Direitos Humanos e dos Povos, *Krishna Achuthan (em nome de Aleke Banda)*, *Anistia Internacional (em nome de Orton e Vera Chirwa)* e *Anistia Internacional (em nome de Orton e Vera Chirwa) v. Malaui*, comunicação 64/92–68/92–78/92_8AR (1995), Decisão, 27 de abril de 1994, pars. 4 e 7.

Cruéis, Desumanos ou Degradantes na África (Diretrizes de Robben Island) em 2002, que abordam a tortura no continente africano e ajudam a aplicar a proibição absoluta de tortura e maus-tratos da Carta Africana.

102. A Comissão Africana de Direitos Humanos e dos Povos também criou mecanismos especiais para questões temáticas específicas, em linhas semelhantes aos procedimentos especiais do Conselho de Direitos Humanos.
103. O Comitê para a Prevenção da Tortura na África, anteriormente conhecido como Comitê de Acompanhamento das Diretrizes de Robben Island, presta consultoria aos Estados e à Comissão Africana sobre as medidas necessárias para implementar o art. 5º da Carta Africana e as Diretrizes de Robben Island. Desde sua criação, os membros do Comitê realizaram diversas atividades de treinamento e conscientização em vários países e realizaram visitas a vários Estados.¹⁶⁸
104. A Comissão Africana de Direitos Humanos e dos Povos também estabeleceu o(a) Relator(a) Especial sobre Prisões, Condições de Detenção e Policiamento na África; o(a) Relator(a) Especial sobre os Direitos das Mulheres na África; e o Grupo de Trabalho sobre Pena de Morte e Assassinatos Extrajudiciais, Sumários ou Arbitrários e Desaparecimentos Forçados na África. Esses mecanismos criaram caminhos para que as vítimas de tortura e as ONGs enviassem informações diretamente aos(as) Relatores(as) Especiais.
105. A Corte Africana de Direitos Humanos e dos Povos proferiu jurisprudência relevante, inclusive concluindo que “a detenção incomunicável constitui, por si só, uma violação grave dos direitos humanos que pode levar a outras violações, como tortura [e] maus-tratos”.¹⁶⁹
106. O Protocolo da Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos sobre os Direitos das Mulheres na África (Protocolo de Maputo), em vigor desde 2005, inclui um catálogo abrangente dos direitos das mulheres na África. Entre outros, ele inclui a proibição de “todas as formas de exploração, punição e tratamento cruel, desumano ou degradante”.¹⁷⁰
107. A Carta Africana sobre os Direitos e o Bem-Estar da Criança descreve uma ampla gama de direitos para crianças na África, incluindo uma disposição que protege as crianças contra abuso e tortura (art. 16).¹⁷¹ Na sua jurisprudência, o Comitê de Especialistas sobre os Direitos e o Bem-Estar da Criança, que monitora a implementação da Carta, encontrou Estados responsáveis por violar o art. 16 com base em sua falha em proteger as crianças de espancamentos por agentes não estatais quando esses espancamentos são usados como punição física e têm a intenção de causar dor ou desconforto, em alguns casos chegando ao nível de tortura.¹⁷²

.....
 168 Desde 2007, o Comitê organizou vários seminários para agentes da lei na Nigéria, Libéria, Benin e Camarões. Ele organizou conferências regionais sobre o Protocolo Opcional da Convenção contra a Tortura e Outras Penas ou Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes em Dacar e uma sobre o mecanismo preventivo nacional no Senegal. Consulte www.achpr.org/sessions/interession?id=152.

169 Tribunal Africano de Direitos Humanos e dos Povos, *Comissão Africana de Direitos Humanos e dos Povos v. Líbia*, petição n.º 002/2013, Sentença, 3 de junho de 2016, pars. 84- 85.

170 Protocolo à Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos sobre os Direitos das Mulheres na África (Maputo, 11 de julho de 2003), art. 4º (1).

171 Carta Africana sobre os Direitos e o Bem-Estar das Crianças (Adis Abeba, 11 de julho de 1990), art. 16.

172 Comitê Africano de Especialistas sobre os Direitos e o Bem-Estar da Criança, *Centro de Direitos Humanos (Universidade de Pretória) e Reunião Africana para a Defesa dos Direitos Humanos (Senegal) v. Senegal*, Decisão, 15 de abril de 2014, pars. 62–68.

(e) Tribunais, instituições e instrumentos regionais adicionais

108. *Comunidade Econômica dos Estados da África Ocidental*. O órgão judicial da Comunidade Econômica dos Estados da África Ocidental é o Tribunal de Justiça da Comunidade, criado de acordo com os arts. 6 e 15 do tratado revisado da Comunidade em 2005. O Tribunal é competente para examinar casos que envolvam supostas violações de direitos humanos e tem o dever de investigar e julgar alegações de tortura, considerar os Estados responsáveis e conceder indenizações às vítimas.¹⁷³
109. *Tribunal de Justiça da África Oriental*. O Tribunal de Justiça da África Oriental foi criado em novembro de 2001, de acordo com o art. 9º do Tratado para o Estabelecimento da Comunidade da África Oriental. O Tribunal tem o dever de resolver disputas entre os Estados Membros da Comunidade. Os(As) reclamantes podem entrar com ações contra os Estados Partes por violarem seu direito de não ser submetido(a) a tortura e maus-tratos, protegido pelo art. 7º (2) do Tratado.¹⁷⁴
110. *Declaração de Direitos Humanos da Associação das Nações do Sudeste Asiático (ASEAN) e a Comissão Intergovernamental de Direitos Humanos da ASEAN*. A Declaração de Direitos Humanos da ASEAN estabelece que: “Nenhuma pessoa será submetida à tortura ou a punição ou tratamento cruel, desumano ou degradante.”¹⁷⁵
111. *Carta Árabe de Direitos Humanos*. A Carta Árabe sobre Direitos Humanos foi adotada em uma cúpula da Liga dos Estados Árabes em 2004 e entrou em vigor em 2008.¹⁷⁶ O art. 8º da Carta proíbe explicitamente a tortura e o tratamento cruel, degradante, humilhante ou desumano, mas não a punição. O art. 8º (2) estabelece a punição de atos de tortura e maus-tratos, sem prescrição, garantindo reparação, reabilitação e compensação para as vítimas. No entanto, a Carta permite a imposição da pena capital, inclusive em pessoas menores de 18 anos de idade quando tal punição for “estipulada nas leis em vigor no momento do cometimento do crime”.¹⁷⁷ A imposição da pena capital a pessoas com menos de 18 anos no momento do cometimento do delito é uma clara violação da lei internacional de direitos humanos.¹⁷⁸

B. Direito internacional dos(as) refugiados(as) e não devolução (non-refoulement)

112. O princípio de não devolução (*non-refoulement*), derivado do art. 33 da Convenção sobre o Estatuto dos Refugiados, não é apenas um componente importante do direito dos(as) refugiados(as), mas também do direito internacional dos direitos humanos, particularmente com relação à tortura e aos maus-tratos. O princípio de não devolução está

173 Tribunal de Justiça da Comunidade Europeia, *Federação de Jornalistas Africanos e outros v. Gâmbia*, ECW/CCJ/JUD/04/18, Sentença, 13 de março de 2018, pars. 60–62; e *Adamu e sete outros v. República Federal da Nigéria*, ECW/CCJ/JUD/33/19, Sentença, 9 de dezembro de 2019, p. 56–57 (constatando que o Tribunal é competente para ouvir as alegações dos(as) requerentes de violação do art. 5º).

174 Tribunal de Justiça da África Oriental, *Plaxeda Rugumba v. Secretário Geral da Comunidade da África Oriental e o Procurador Geral de Ruanda*, Referência n.º 8 de 2010, Sentença, 1 de dezembro de 2011 (usando o art. 7º (2) do Tratado (boa governança) para apresentar uma queixa contra o Estado por condições de detenção incommunicável).

175 Declaração de Direitos Humanos da ASEAN (Phnom Penh, 19 de novembro de 2012), princípio geral 14.

176 Carta Árabe sobre Direitos Humanos (Túnis, 22 de maio de 2004).

177 *Ibid.*, art. 7º (1).

178 Veja as proibições explícitas na Convenção sobre os Direitos da Criança, art. 37 (a), e o Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos, art. 6º (5).

codificado em convenções internacionais¹⁷⁹ e é considerado parte da proibição de tortura e maus-tratos¹⁸⁰ de acordo com a jurisprudência bem estabelecida do Comitê de Direitos Humanos¹⁸¹ e do Comitê Europeu de Direitos Humanos¹⁸². A Convenção Relativa ao Status dos Refugiados define a não devolução como o princípio que proíbe os Estados contratantes de expulsar ou devolver (*refouler*) refugiados(as), de qualquer forma, para as fronteiras de territórios onde suas vidas ou liberdade estariam ameaçadas em razão de sua raça, religião, nacionalidade, filiação a um determinado grupo social ou opinião política.¹⁸³ É também uma regra do direito internacional consuetudinário.¹⁸⁴

113. A proteção contra o *refoulement* nos termos da Convenção relativa ao Estatuto dos Refugiados aplica-se a qualquer pessoa que se enquadre na definição de refugiado(a), bem como a pessoas que ainda não tiveram seu status determinado, como os(as) solicitantes de asilo.¹⁸⁵ O art. 1º da Convenção define um(a) refugiado(a) como um indivíduo com “fundado temor de ser perseguido por motivos de raça, religião, nacionalidade, filiação a determinado grupo social ou opiniões políticas, [que] se encontre fora do país de sua nacionalidade e não possa ou, em virtude desse temor, não queira se valer da proteção desse país”. A tortura foi reconhecida como uma instância de perseguição.¹⁸⁶ Como o Comitê contra a Tortura declarou, a proibição de *refoulement* de pessoas para onde houver motivos substanciais para acreditar que elas correm o risco de serem submetidas à tortura, conforme previsto no art. 3º da Convenção contra a Tortura, é absoluta.¹⁸⁷
114. Entretanto, as aplicações do princípio de não devolução encontradas na Convenção contra a Tortura e na Convenção relativa ao Estatuto dos Refugiados diferem em escopo. Enquanto a Convenção relativa ao Estatuto dos Refugiados proíbe o retorno de pessoas aos países dos quais fugiram, a aplicação da Convenção contra a Tortura inclui explicitamente casos de transferência forçada, expulsão, deportação, remoção ou extradição para qualquer país onde existam motivos substanciais para acreditar que uma pessoa enfrenta um risco previsível, real e pessoal de tortura ou maus-tratos.¹⁸⁸ Além disso, o Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados contempla que a não devolução nos termos da Convenção relativa ao Estatuto dos Refugiados se aplica não apenas ao retorno para o país de origem do(a) refugiado(a), mas também a qualquer outro lugar onde uma pessoa tenha motivos para temer perseguição.¹⁸⁹ A Convenção contra a Tortura, por outro lado, é mais ampla e não exige que uma pessoa corra o risco de ser perseguida por um dos motivos discutidos na Convenção sobre o Estatuto dos Refugiados; em vez disso, essa pessoa deve correr o risco de ser torturada ou sofrer maus-tratos.

.....
179 Convenção contra a Tortura, art. 3º; e Convenção relativa ao Status dos Refugiados, art. 33.

180 Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos, art. 7º; e Convenção Europeia sobre Direitos Humanos, art. 3º.

181 Comitê de Direitos Humanos, *Kindler v. Canadá* (CCPR/C/48/D/470/1991), par. 13.2; e Comitê de Direitos Humanos, comentário geral n.º 20 (1992), par. 9.

182 Tribunal Europeu de Direitos Humanos, *Jabari v. Turquia*, petição n.º 40035/98, Sentença, 11 de julho de 2000, par. 38.

183 Convenção relativa ao Status dos Refugiados, art. 33 (1).

184 Consulte, por exemplo, o Escritório do Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (UNHCR, sigla em inglês), “O princípio da não devolução como uma norma de direito internacional consuetudinário: Resposta às questões colocadas ao UNHCR pelo Tribunal Constitucional Federal da República Federal da Alemanha nos casos 2 BvR 1938/93, 2 BvR 1953/93, 2 BvR 1954/93” (Genebra, 1994); e “Parecer consultivo sobre a aplicação extraterritorial das obrigações de não devolução previstas na Convenção de 1951 relativa ao Estatuto dos Refugiados e seu Protocolo de 1967” (Genebra, 2007), pars. 14–16.

185 UNHCR, “Parecer consultivo”, par. 6.

186 Comitê contra a Tortura, comentário geral n.º 4 (2017), par. 29 (c).

187 *Ibid.*, par. 9.

188 *Ibid.*, par. 11.

189 UNHCR, “Parecer consultivo”, par. 7.

115. Os Estados têm o dever de assegurar que todas as formas de transferência forçada de uma pessoa, inclusive a expulsão, o retorno forçado e a extradição, sejam determinadas individualmente, caso a caso, e de maneira imparcial, independente e de acordo com as garantias processuais.¹⁹⁰ O risco de tortura deve ser avaliado, entre outras coisas, à luz da situação geral dos direitos humanos no país de origem da pessoa.¹⁹¹ Isso inclui o envio de estrangeiros(as) a um Estado que os(as) enviará a um terceiro Estado onde correm o risco de serem torturados(as), o chamado *refoulement* indireto ou em cadeia. O Estado remetente não pode se basear em garantias diplomáticas de um Estado receptor de que uma pessoa não será torturada ao retornar como uma brecha para minar o princípio de não devolução.¹⁹² Ao determinar se há risco de tortura, o Estado remetente deve ser capaz de garantir que a pessoa não será torturada. Se a tortura existir, os Estados devem levar em consideração situações de direitos humanos que possam constituir uma indicação de risco de tortura, bem como de maus-tratos que não sejam considerados tortura. Além disso, os Estados não devem adotar medidas ou políticas dissuasivas destinadas a obrigar as pessoas a retornarem ao seu país de origem, apesar do risco de tortura, como a detenção em condições precárias por períodos indefinidos ou a recusa em processar seus pedidos de asilo etc.¹⁹³ Os órgãos de direitos humanos têm afirmado o princípio de não repulsão em suas decisões.¹⁹⁴ O Comitê de Direitos Humanos afirmou que os Estados não podem extraditar, deportar, expulsar ou remover indivíduos de seu território se houver motivos substanciais para acreditar que tais indivíduos estariam em uma situação real e pessoal de risco de tortura ou maus-tratos nos termos do art. 7º do Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos.¹⁹⁵
116. A Corte Interamericana de Direitos Humanos considerou que a deportação de membros de uma família para seu país de origem, com o conhecimento de que poderiam ter proteção como refugiados(as) em um terceiro país, é incompatível com o direito de buscar e receber asilo e com o princípio de não devolução.¹⁹⁶ A Corte Europeia de Direitos Humanos estabeleceu que, quando uma pessoa gravemente doente, se removida, “enfrentaria um risco real, devido à ausência de tratamento adequado no país receptor ou à falta de acesso a esse tratamento, de ser exposta a uma doença grave, declínio rápido e irreversível em seu estado de saúde, resultando em sofrimento intenso ou em uma redução significativa da expectativa de vida”, isso levantaria questões de maus-tratos.¹⁹⁷ Além disso, a Corte considerou que a expulsão coletiva ou individual de solicitantes de asilo para países com

.....
190 Comitê contra a Tortura, comentário geral n.º 4 (2017), par. 13.

191 Comitê de Direitos Humanos, *X v. Dinamarca* (CCPR/C/110/D/2007/2010), par. 9.2; e *X v. Suécia* (CCPR/C/103/D/1833/2008), par. 5.18.

192 Comitê contra a Tortura, comentário geral n.º 4 (2017), par. 20. Veja também Comitê contra a Tortura, *Agiza v. Suécia* (CAT/C/34/D/233/2003), par. 13.4.

193 Comitê contra a Tortura, comentário geral n.º 4 (2017), pars. 14 e 18.

194 CAT/C/CAN/CO/7, par. 25 (a); CAT/C/NLD/CO/7, par. 11; e Comitê contra a Tortura, *F.B. v. Holanda* (CAT/C/56/D/613/2014) (constatando uma violação do princípio de não devolução nos termos do art. 3º depois que o Estado Parte buscou expulsar uma estrangeira que seria forçada a se submeter à mutilação genital feminina em seu retorno).

195 Comitê de Direitos Humanos, comentário geral n.º 20 (1992), par. 9. Veja também Comitê de Direitos Humanos, *Hashi e S.A.A. v. Dinamarca* (CCPR/C/120/D/2470/2014), par. 9.3.

196 Corte Interamericana de Direitos Humanos, *Família Pacheco Tineo v. Estado Plurinacional da Bolívia*, Sentença, 25 de novembro de 2013, par. 199.

197 Tribunal Europeu de Direitos Humanos, *Paposhvili v. Bélgica*, petição n.º 41738/10, Sentença, 13 de dezembro de 2016, par. 183.

deficiências processuais conhecidas em seus sistemas de asilo equivalia a uma violação do art. 3º da Convenção Europeia de Direitos Humanos.¹⁹⁸

C. Direito internacional humanitário

117. Os tratados internacionais e as regras de direito consuetudinário que regem os conflitos armados também são conhecidos como direito internacional humanitário, leis de guerra ou leis dos conflitos armados; e eles inequivocadamente proíbem a tortura e os maus-tratos em todas as situações de conflito armado.¹⁹⁹ As quatro Convenções de Genebra, de 12 de agosto de 1949, estabelecem regras para a condução de conflitos armados e, especialmente, para o tratamento de pessoas que não participam, ou que não participam mais, das hostilidades, incluindo feridos(as), capturados(as) e civis. Todas as quatro convenções proíbem a infligência de tortura e maus-tratos, e a proibição contra a tortura se estende extraterritorialmente com o objetivo de proteger indivíduos em conflitos armados onde quer que eles ocorram, independentemente de um conflito armado ser reconhecido ou declarado pelos(as) beligerantes.
118. O Protocolo Adicional às Convenções de Genebra de 12 de agosto de 1949, relativo à Proteção das Vítimas de Conflitos Armados Internacionais (Protocolo I), e o Protocolo Adicional às Convenções de Genebra de 12 de agosto de 1949, relativo à Proteção das Vítimas de Conflitos Armados Não Internacionais (Protocolo II), expandem a proteção e o escopo das Convenções de Genebra. Todas as quatro Convenções de Genebra e ambos os Protocolos Adicionais a elas, adotados em 1977, identificam a tortura ou o tratamento desumano e o fato de causar intencionalmente grande sofrimento ou sérios danos ao corpo ou à saúde como violações e graves infrações das Convenções de Genebra ou crimes de guerra.
119. Quando cometidos em um conflito armado internacional, a tortura e algumas formas de maus-tratos também constituem crimes de guerra de acordo com o direito internacional humanitário consuetudinário. Em *Promotor v. Duško Tadić*, o Tribunal Internacional para a Antiga Iugoslávia concluiu que os crimes de guerra poderiam ser cometidos independentemente do conflito armado ser internacional ou não internacional.²⁰⁰ Os tribunais penais internacionais e outros declararam que todas as partes de qualquer conflito armado – seja internacional ou “sem caráter internacional” e lutando em nome de um Estado ou em nome de um grupo armado não estatal – estão obrigadas à proibição absoluta de tortura e maus-tratos.²⁰¹
120. O art. 3º, comum a todas as quatro Convenções de Genebra (art. 3º comum), aplica-se a conflitos armados “não de caráter internacional”, o termo não foi esclarecido, e as obrigações fundamentais devem ser respeitadas por todas as partes em todos os conflitos armados; isso é geralmente entendido como significando que, independentemente da natureza de um conflito armado, certas regras básicas de humanidade não podem ser

.....
198 Tribunal Europeu de Direitos Humanos, *Sharifi e outros v. Itália e Grécia*, petição n.º 16643/09, Sentença, 21 de outubro de 2014, pars. 240–243 (versão oficial disponível em francês); e *M.S.S. v. Bélgica e Grécia*, petição n.º 30696/09, Sentença, 21 de janeiro de 2011, pars. 192 e 344–361.

199 Para obter mais informações sobre as regras do direito internacional humanitário consuetudinário, consulte Comitê Internacional da Cruz Vermelha, *Customary IHL Database*. Disponível em <https://ihl-databases.icrc.org/customary-ihl/eng/docs/home>.

200 Tribunal Internacional para a Antiga Iugoslávia, *Promotor v. Duško Tadić*, Caso n.º IT-94–1, Decisão, 2 de outubro de 1995, par. 94.

201 A/HRC/34/54, pars. 44–48.

revogadas.²⁰² A proibição de tortura e maus-tratos é uma delas e é comum ao direito internacional humanitário e ao direito dos direitos humanos. O art. 3º comum estabelece:

Os seguintes atos são e continuarão sendo proibidos em qualquer momento e em qualquer lugar (...) (a) violência contra a vida e a pessoa, em particular assassinato de todos os tipos, mutilação, tratamento cruel e tortura; (...) (c) ultrajes à dignidade pessoal, em particular tratamentos humilhantes e degradantes.

121. O ex-Relator Especial sobre tortura, Sir Nigel Rodley, declarou que: “A proibição da tortura ou de maus-tratos dificilmente poderia ser formulada em termos absolutos. Nas palavras do comentário oficial sobre o texto do Comitê Internacional da Cruz Vermelha (ICRC, sigla em inglês), ‘não há nenhuma brecha possível; não pode haver nenhuma desculpa, nenhuma circunstância atenuante’.”²⁰³
122. Um outro vínculo entre o direito internacional humanitário e o direito dos direitos humanos é encontrado no preâmbulo do Protocolo II Adicional às Convenções de Genebra de 1949. Ele afirma que “os instrumentos internacionais relativos aos direitos humanos oferecem uma proteção básica à pessoa humana”.²⁰⁴ De acordo com o comentário pelo ICRC aos Protocolos Adicionais às Convenções de Genebra de 1949, o termo “instrumentos internacionais relativos aos direitos humanos” significa, em particular, o Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos e a Convenção contra a Tortura.²⁰⁵ Embora o direito internacional humanitário e o direito internacional dos direitos humanos sejam dois sistemas jurídicos distintos, cada um com seus próprios fundamentos e mecanismos, eles se aplicam concomitantemente em tempos de conflito armado.²⁰⁶

D. Justiça criminal internacional

123. O Estatuto de Roma do Tribunal Penal Internacional, adotado em 17 de julho de 1998, estabeleceu um tribunal penal internacional permanente para julgar indivíduos responsáveis por genocídio, crimes contra a humanidade e crimes de guerra, acrescentando posteriormente o crime de agressão à lista. O Tribunal Penal Internacional tem jurisdição sobre casos que alegam tortura como crime de guerra, especialmente quando a tortura é cometida como parte de um plano ou política ou execução em larga escala de tais crimes, ou como parte do crime de genocídio ou como um crime contra a humanidade, neste último caso quando a tortura é cometida conscientemente como parte de um ataque generalizado ou sistemático a qualquer população civil. A tortura como crime contra a humanidade é definida no Estatuto de Roma, dentro desse contexto, como a infligência intencional de dor ou sofrimento intenso, físico ou mental, a uma pessoa sob a custódia ou controle do(a) acusado(a).²⁰⁷
124. A tortura não é apenas um crime internacional sujeito à jurisdição universal, mas também foi incluída nos estatutos de vários tribunais internacionais, incluindo o Tribunal Penal

.....
202 Jelena Pejic, “O escopo protetor do art. 3º comum: mais do que aparenta”, *Revisão Internacional da Cruz Vermelha*, v. 93, n. 881 (março de 2011), p. 214–216.

203 Nigel Rodley e Matt Pollard, *O Tratamento dos Prisioneiros sob o Direito Internacional*, 3. ed. (Oxford, Oxford University Press, 2009), p. 60.

204 Protocolo II Adicional às Convenções de Genebra de 1949, segundo parágrafo preambular.

205 ICRC, *Comentário aos Protocolos Adicionais de 8 de junho de 1977 às Convenções de Genebra de 12 de agosto de 1949* (1987), par. 4428.

206 *Ibid.*, par. 4429.

207 Estatuto de Roma do Tribunal Penal Internacional, art. 7º (2) (e).

Internacional,²⁰⁸ o Tribunal Internacional para a Antiga Iugoslávia,²⁰⁹ o Tribunal Penal Internacional para Ruanda²¹⁰ e o Tribunal Especial para Serra Leoa.²¹¹

125. A tortura foi processada como crime de guerra tanto no Tribunal Internacional para a Antiga Iugoslávia quanto no Tribunal Penal Internacional para Ruanda. O Tribunal Penal Internacional para Ruanda desempenhou um papel influente no direito penal internacional ao concluir, entre outras coisas, que o estupro poderia ser processado como tortura e como um ato de genocídio. Como o primeiro tribunal de crimes de guerra criado pelas Nações Unidas, o Tribunal Internacional para a Antiga Iugoslávia estabeleceu muitos precedentes e afetou o julgamento de tortura, principalmente em relação a conflitos armados.
126. A definição de tortura como um crime de guerra utilizada pelo Tribunal Internacional para a Antiga Iugoslávia e pelo Tribunal Penal Internacional para Ruanda diverge da definição aplicável sob a lei de direitos humanos devido às especificidades do direito internacional humanitário, que deixam claro que ela está confinada ao contexto do conflito armado. Primeiro, não há necessidade do envolvimento de um(a) funcionário(a) público(a).²¹² Essa diferença foi justificada com base na necessidade de levar “em consideração as especificidades do [direito internacional humanitário]”.²¹³ Outra divergência aplica-se especificamente ao Estatuto de Roma, em que o delito subjacente à tortura como crime contra a humanidade não exige um propósito específico.²¹⁴ No entanto, exige que o(a) perpetrador(a) soubesse que a conduta era parte de, ou pretendesse ser “parte de um ataque generalizado ou sistemático dirigido contra qualquer população civil”²¹⁵ e ser cometida “de acordo com ou em prol de uma política de Estado ou de organização para cometer tal ataque”,²¹⁶ sendo que ambos indicam propósito.
127. O Tribunal Internacional para a Antiga Iugoslávia delineou a proibição da tortura em conflitos armados em *Promotor v. Anto Furundžija*. O Tribunal considerou que não precisava determinar se as disposições haviam passado para o direito consuetudinário em sua totalidade, porque “uma proibição geral contra a tortura evoluiu no direito consuetudinário internacional”,²¹⁷ e enfatizou que, dependendo das circunstâncias do caso específico, a tortura pode ser processada como uma categoria de graves violações do direito humanitário, graves violações das Convenções de Genebra, crimes contra a humanidade ou genocídio.²¹⁸ Além disso, “de acordo com o direito internacional humanitário, além da responsabilidade criminal individual [por atos de tortura], a responsabilidade do Estado pode surgir como resultado do envolvimento de funcionários(as) do Estado em tortura

.....
208 Ibid.

209 Estatuto atualizado do Tribunal Internacional para a Antiga Iugoslávia (2009), arts. 2º (b) e 5º (f).

210 Estatuto do Tribunal Penal Internacional para Ruanda (atualizado em 2002), arts. 3º (f) e 4º (a).

211 Estatuto do Tribunal Especial para Serra Leoa (2002), arts. 2º (f) e 3º (a).

212 Tribunal Internacional para a Antiga Iugoslávia, *Promotor v. Dragoljub Kunarac et al.*, Caso n.º IT-96-23-T e n.º IT-96-23/1-T, Sentença, 22 de fevereiro de 2001, pars. 495–496; e Tribunal Penal Internacional para Ruanda, *Promotor v. Laurent Semanza*, Caso n.º ICTR-97-20-T, Sentença, 15 de maio de 2003, pars. 342–343.

213 Tribunal Internacional para a Antiga Iugoslávia, *Promotor v. Dragoljub Kunarac et al.*, par. 471.

214 Estatuto de Roma, art. 7º (1) (f).

215 Ibid., art. 7º (1).

216 Ibid., art. 7º (2) (a).

217 Tribunal Internacional para a Antiga Iugoslávia, *Promotor v. Anto Furundžija*, Caso n.º IT-95-17/1-T, Sentença, 10 de dezembro de 1998, par. 137.

218 Ibid., par. 141.

ou da falha em prevenir a tortura ou em punir os(as) torturadores(as).”²¹⁹ O Tribunal também concluiu que a proibição da tortura durante conflitos armados é reforçada por instrumentos internacionais de direitos humanos e que a proibição da tortura se tornou uma norma peremptória do direito internacional, abrangendo possíveis violações e impondo obrigações a todos(as).²²⁰

128. O estupro e a violência sexual em conflitos armados também foram abordados. Em *Promotor v. Jean-Paul Akayesu*, a Câmara de Julgamento do Tribunal Internacional de Ruanda concluiu que o estupro pode constituir tortura. De acordo com a Câmara de Julgamento:

Assim como a tortura, o estupro é usado para fins de intimidação, degradação, humilhação, discriminação, punição, controle ou destruição de uma pessoa. Assim como a tortura, o estupro é uma violação da dignidade pessoal, e o estupro de fato constitui tortura quando infligido por, ou por instigação de, ou com o consentimento ou aquiescência de um(a) funcionário(a) público(a) ou outra pessoa agindo em uma capacidade oficial.²²¹

129. A Câmara de Apelações do Tribunal Internacional para a Antiga Iugoslávia afirmou que o estupro pode constituir tortura²²² e o Tribunal Penal Internacional concluiu que o estupro e outras formas de violência sexual foram usados como arma de guerra.²²³
130. O Tribunal Penal Internacional para Ruanda também concluiu que a tortura pode ser um dos “delitos subjacentes” do genocídio porque constitui um ato que “causa sérios danos corporais ou mentais aos membros do grupo”.²²⁴ Além disso, o Tribunal Internacional para a Antiga Iugoslávia concluiu que não era necessário haver lesão permanente para que um ato constituísse tortura, e que causar sofrimento mental poderia ser qualificado como tortura e que “o propósito proibido não precisa ser nem o único nem o principal propósito de infligir dor ou sofrimento severo”.²²⁵ O Tribunal Internacional para a Antiga Iugoslávia não teve uma resposta uniforme sobre a necessidade ou não de funcionários(as) públicos(as) desempenharem um papel em atos de tortura,²²⁶ e o Tribunal Penal Internacional para Ruanda decidiu que não havia exigência de funcionário(a) público(a) quando os atos de tortura constituíam crimes contra a humanidade.²²⁷

219 Ibid., par. 142.

220 Ibid., pars. 144 e 147–152.

221 Tribunal Penal Internacional para Ruanda, *Promotor v. Jean-Paul Akayesu*, Caso n.º ICTR-96-4-T, Sentença, 2 de setembro de 1998, par. 597 (veja também o par. 687).

222 Tribunal Internacional para a Antiga Iugoslávia, *Procurador v. Dragoljub Kunarac et al.*, Caso n.º IT-96-23 e IT-96-23/1-A, Sentença, 12 de junho de 2002, pars. 149–151.

223 Tribunal Penal Internacional, *Promotor v. Jean-Pierre Bemba Gombo*, Caso n.º ICC-01/05-01/08, Sentença, 21 de março de 2016, pars. 98–112. A Câmara de Apelações do Tribunal Penal Internacional anulou a decisão de Bemba em 2018.

224 Human Rights Watch, *Genocídio, crimes de guerra e crimes contra a humanidade: resumos da jurisprudência do Tribunal Penal Internacional para Ruanda e do Tribunal Penal Internacional para a Antiga Iugoslávia* (Nova Iorque, 2004), p. 12 e 21–22. Consulte também Tribunal Penal Internacional para Ruanda, *Promotor v. Jean-Paul Akayesu*, par. 504; e *Procurador v. Georges Anderson Nderubumwe Rutaganda*, Caso n.º ICTR-96-3-T, Sentença, 6 de dezembro de 1999, par. 51.

225 Tribunal Internacional para a Antiga Iugoslávia, *Procurador v. Miroslav Kvočka et al.*, Caso n.º IT-98-30/1-T, Sentença, 2 de novembro de 2001, par. 153; veja também os pars. 148–149.

226 Tribunal Internacional para a Antiga Iugoslávia, *Promotor v. Dragoljub Kunarac et al.*, Sentença, 12 de junho de 2002, par. 148; *Promotor v. Milorad Krnojelac*, Caso n.º IT-97-25-T, Sentença, 15 de março de 2002, par. 187; *Promotor v. Anto Furundžija*, par. 162; e *Promotor v. Zdravko Mucić et al.*, Sentença, 16 de novembro de 1998, pars. 494–496.

227 Tribunal Penal Internacional para Ruanda, *Procurador v. Laurent Semanza*, pars. 342–343.

II. CÓDIGOS DE ÉTICA RELEVANTES

131. Todas as profissões trabalham com códigos de ética, que fornecem uma declaração dos valores compartilhados e dos deveres reconhecidos dos(as) profissionais e estabelecem padrões que eles(as) devem cumprir. Os padrões éticos são estabelecidos principalmente de duas maneiras: por instrumentos internacionais elaborados por órgãos como as Nações Unidas e por códigos de conduta elaborados pelas próprias profissões, por meio de suas associações representativas nacionais ou internacionais. Os princípios fundamentais são geralmente os mesmos e concentram-se nas obrigações devidas pelo(a) profissional a clientes ou pacientes individuais, à sociedade em geral e aos(às) colegas, a fim de promover os interesses de clientes e pacientes, manter a integridade da profissão e garantir que o poder e a autoridade investidos nos membros da profissão não sejam abusados. Essas obrigações refletem e complementam os direitos a que todas as pessoas têm de acordo com os instrumentos internacionais. Embora este capítulo trate especificamente da ética dos(as) profissionais da área jurídica e de saúde, outros(as) que trabalham com supostas vítimas e sobreviventes de tortura ou maus-tratos devem estar cientes de suas obrigações profissionais e, quando elas não existirem, considerar as obrigações éticas relevantes apresentadas neste capítulo.

A. Ética relevante dos(as) profissionais do direito

1. Princípios comuns a todos os códigos de ética profissional jurídica

132. Os(As) profissionais da área jurídica “desempenham um papel fundamental na defesa dos direitos humanos, incluindo o direito absoluto e não derogável de liberdade contra a tortura e outras penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes”.²²⁸ As obrigações éticas de juízes(as), promotores(as) e advogados(as) são articuladas pelas normas e códigos de ética desenvolvidos pelas Nações Unidas²²⁹ e por associações internacionais²³⁰, regionais e nacionais de profissionais do direito²³¹. Essas obrigações éticas são a base dos direitos a um julgamento justo e ao devido processo legal, incluindo um judiciário imparcial, independente e competente.²³²

(a) Dever de se comportar de forma profissional e independente

133. Os(As) profissionais da área jurídica devem desempenhar suas funções sem quaisquer restrições, incentivos, pressões, intimidações, influências ou interferências impróprias,

228 Resolução n.º 35/12 do Conselho de Direitos Humanos, décimo terceiro parágrafo preambular.

229 Para as obrigações éticas das Nações Unidas para juízes(as), consulte os Princípios Básicos sobre a Independência do Judiciário; Princípios de Conduta Judicial de Bangalore; Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime, *Comentário sobre os Princípios de Conduta Judicial de Bangalore* (Viena, 2007); e Grupo de Integridade Judicial, “Medidas para a implementação efetiva dos Princípios de Conduta Judicial de Bangalore (as medidas de implementação)” (Lusaca, 2010). Para promotores(as), consulte Diretrizes sobre o Papel dos Promotores, adotadas pelo Oitavo Congresso das Nações Unidas sobre a Prevenção do Crime e o Tratamento de Infratores (1990) (A/CONF.144/28/Rev.1). Para advogados(as), consulte Princípios Básicos sobre a Função dos Advogados, adotados no mesmo Congresso.

230 Para obrigações éticas internacionais para juízes(as), consulte a Associação Internacional de Independência Judicial e Paz Mundial; Código Global de Ética Judicial de Bolonha e Milão (2015); e Comissão Internacional de Juristas, *Responsabilidade Judicial: Um Guia para Profissionais* (Genebra, 2016). Para promotores(as), consulte Padrões de Responsabilidade Profissional e Declaração dos Deveres e Direitos Essenciais dos Promotores, adotado pela Associação Internacional de Procuradores (1999); e Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime, *O Status e o Papel dos Promotores: Guia do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime e da Associação Internacional de Promotores* (Nova Iorque, 2014). Para advogados(as), consulte os Princípios Internacionais de Conduta para a Profissão Jurídica, adotados pela Associação Internacional de Advogados (International Bar Association) (2011).

231 Consulte www.icj.org/icj-launches-new-practitioners-guide-on-judicial-accountability. Consulte também American Bar Association, *Código Modelo de Conduta Judicial*, edição revisada (2020); e Conselho da Europa, “Diretrizes Europeias sobre Ética e Conduta para Promotores Públicos: As Diretrizes de Budapeste” (Estrasburgo, 2005).

232 Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos, art. 14; e Comitê de Direitos Humanos, comentário geral n.º 32 (2007).

diretas ou indiretas, ou por qualquer motivo, ou exposição injustificada à responsabilidade civil, penal ou de outra natureza.²³³ Os(As) profissionais da área jurídica também devem observar a conduta profissional em todos os momentos. Eles(as) devem manter os mais altos padrões de integridade, propriedade e aparência de honra, dignidade, competência e diligência.²³⁴

(b) Dever de garantir tratamento igualitário a todas as pessoas

134. Os(As) juízes(as) e promotores(as) têm o dever de garantir tratamento igualitário a todas as pessoas, sem discriminação.²³⁵ Nesse sentido, ao lidar com vítimas de tortura e outras penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes, eles(as) “devem se esforçar para minimizar a revitimização ou o trauma”.²³⁶ Os(As) advogados(as) também devem evitar todos os tipos de discriminação e podem ser solicitados(as) pelos(as) juízes(as) em processos perante um tribunal em “que se abstenham de manifestar parcialidade ou preconceito, ou de se envolver em assédio”.²³⁷

2. Princípios que orientam a conduta dos(as) juízes(as)

(a) Dever de promover e proteger os direitos humanos

135. Como árbitros finais da justiça, os(as) juízes(as) desempenham um papel especial na proteção dos direitos humanos. Eles(as) têm o dever ético de garantir que os direitos humanos sejam protegidos. Eles(as) podem ser responsáveis por violações de direitos humanos quando “exercem ou deixam de exercer sua autoridade de forma a ocultar violações perpetradas por militares, paramilitares ou agentes da lei”.²³⁸

(b) Dever de decidir as questões com imparcialidade, de acordo com a lei

136. O princípio 6 dos Princípios Básicos sobre a Independência do Judiciário afirma que: “O princípio da independência do Judiciário dá o direito e exige que o judiciário garanta que os processos judiciais sejam conduzidos de forma justa e que os direitos das partes sejam respeitados”. Além disso, o Código Global de Ética Judicial de Bolonha e Milão exige a estrita independência do judiciário em relação aos Poderes Legislativo e Executivo do governo e “que, no processo de tomada de decisões, os(as) juízes(as) sejam independentes e possam agir sem qualquer restrição, influência imprópria, incentivos, pressões, ameaças

233 Com relação ao dever dos(as) juízes(as) de se comportarem profissional e independentemente, consulte os Princípios Básicos sobre a Independência do Judiciário, art. 2º; Princípios de Bangalore sobre Conduta Judicial, valor 2; *American Bar Association*, Código Modelo de Conduta Judicial, cânone 1; e Código Global de Bolonha e Milão sobre Ética Judicial, princípio 3.5. Para promotores(as), consulte Diretrizes sobre o Papel dos Promotores, par. 4; Associação Internacional de Promotores, Padrões de Responsabilidade Profissional, par. 2; e Protocolo de Istambul, pars. 49 e 74. Para advogados(as), consulte os Princípios Básicos sobre a Função dos Advogados, princípio 16. Consulte também o preâmbulo da Resolução n.º 35/12 do Conselho de Direitos Humanos, na qual o Conselho lembrou que: “Um judiciário independente e imparcial, uma profissão jurídica independente, uma promotoria objetiva e imparcial capaz de desempenhar suas funções adequadamente e a integridade do sistema judiciário são pré-requisitos para a proteção dos direitos humanos e a aplicação do Estado de Direito e para garantir julgamentos justos e a administração da justiça sem qualquer discriminação.”

234 Para juízes(as), consulte os Princípios de Bangalore de Conduta Judicial, valores 3, 4 e 6; e o Código Global de Ética Judicial de Bolonha e Milão, princípios 5.1 e 5.2. Para promotores(as), consulte Diretrizes sobre o Papel dos Promotores, par. 3; e Associação Internacional de Promotores, Padrões de Responsabilidade Profissional, par. 1. Para advogados(as), consulte os Princípios Internacionais de Conduta para a Profissão Jurídica, princípio 2.

235 Sobre o dever dos(as) juízes(as) de garantir tratamento igual a todas as pessoas, consulte Princípios de Bangalore de Conduta Judicial, valor 5; e Código Global de Ética Judicial de Bolonha e Milão, princípio 5.3. Com relação aos(as) promotores(as), consulte Diretrizes sobre o Papel dos Promotores, par. 13 (a).

236 Comissão Internacional de Juristas, Princípios sobre o Papel de Juízes e Advogados em relação a Refugiados e Migrantes (Genebra, 2017), p. 22, comentário ao princípio 13. Consulte também Conor Foley, *Protecting Brazilians from Torture: A Manual for Judges, Prosecutors, Public Defenders and Lawyers*, 2. ed. (Londres, International Bar Association, 2013), p. 181.

237 *American Bar Association*, Código Modelo de Conduta Judicial, regra 2.3 (C).

238 Comissão Internacional de Juristas, *Judicial Accountability: A Practitioners' Guide*, p. 9.

ou interferências, direta ou indiretamente, de qualquer parte ou por qualquer motivo”.²³⁹ O Código também reconhece a importância de um judiciário competente, independente e imparcial na proteção dos direitos humanos. Assim, a fim de proteger os indivíduos contra tortura e maus-tratos, os(as) juízes(as) devem ter conhecimento suficiente do Protocolo de Istambul e de seus princípios e garantir que eles sejam aplicados pelas partes relevantes nos processos judiciais.

(c) O papel dos(as) juízes(as) na prevenção e proteção contra a tortura

137. A fim de proteger os indivíduos contra a tortura e maus-tratos, os(as) juízes(as) “podem exigir que o(a) suspeito(a) seja apresentado(a) a eles(as) na primeira oportunidade e verificar se ele(a) está sendo tratado(a) adequadamente. Quando tiverem poder discricionário, podem interpretar o equilíbrio da prova, com relação às alegações de tortura e à admissibilidade das provas obtidas por meio dela, de forma a desencorajar os(as) agentes da lei e os(as) responsáveis pelos locais de detenção a praticar ou permitir que outros(as) pratiquem tortura e outras formas de maus-tratos.”²⁴⁰ O ex-Relator Especial sobre tortura, Sir Nigel Rodley, especificou que “quando há provas *prima facie* de que um(a) réu(é) confessou sob tortura e se suas alegações são consistentes com outras evidências, tais como evidências forenses, o julgamento deve ser suspenso pelo(a) juiz(a)”.²⁴¹ Além disso, “se uma confissão [obtida por meio de tortura ou sob coação] é a única evidência contra um(a) réu(ré), o(a) juiz(a) deve decidir que não há base para a condenação”.²⁴²

3. Princípios que orientam a conduta dos(as) promotores(as)

(a) Dever de investigar e processar a tortura e outras penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes

138. Os(As) promotores(as) têm a obrigação ética de investigar e processar a tortura ou outras penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes cometidos por funcionários(as) públicos(as). O art. 15 das Diretrizes sobre o Papel dos Promotores afirma que: “Os(As) promotores(as) darão a devida atenção ao julgamento de crimes cometidos por funcionários(as) públicos(as), especialmente corrupção, abuso de poder, graves violações de direitos humanos e outros crimes reconhecidos pelo direito internacional e, quando autorizados(as) por lei ou consistentes com a prática local, a investigação de tais delitos”²⁴³. Os(As) promotores(as) devem “levar a sério todas as queixas de maus-tratos”²⁴⁴ e realizar investigações de forma ativa (veja o parágrafo 253 abaixo) e rápida.²⁴⁵ No exercício de seu dever de investigar efetivamente as alegações de tortura ou maus-tratos, os(as)

239 Código Global de Ética Judicial de Bolonha e Milão, par. 4.4 (nota de rodapé omitida). As disposições desse Código foram articuladas para esclarecer códigos judiciais internacionais anteriores e se destinam a ser aplicadas a todos(as) os(as) juízes(as).

240 Conor Foley, *Combating Torture: A Manual for Judges and Prosecutors* (Colchester, University of Essex, 2003), p. 2.

241 E/CN.4/2001/66/Add.2, par. 102.

242 Ibid.

243 Diretrizes sobre o Papel dos Promotores, par. 15; e Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime, *The Status and Role of Prosecutors*.

244 Foley, *Protecting Brazilians from Torture*, p. 29.

245 Diretrizes sobre o Papel dos Promotores, pars. 11–12; Associação Internacional de Promotores, Padrões de Responsabilidade Profissional, par. 4.2; e Foley, *Protecting Brazilians from Torture*, p. 181.

promotores(as) devem ter conhecimento adequado e aplicar o Protocolo de Istambul e seus Princípios em suas práticas de investigação e documentação.²⁴⁶

(b) Dever de recusar provas obtidas por meio de tortura ou maus-tratos: a regra de exclusão

139. O parágrafo 16 das Diretrizes sobre o Papel dos Promotores Públicos afirma:

Quando os(as) promotores(as) tiverem em mãos provas contra suspeitos(as) que eles(as) saibam ou acreditem, por motivos razoáveis, terem sido obtidas por meio de métodos ilegais, que constituam uma grave violação dos direitos humanos do(a) suspeito(a), especialmente envolvendo tortura ou tratamento ou punição cruel, desumana ou degradante, ou outros abusos dos direitos humanos, eles(as) deverão se recusar a usar essas provas contra qualquer pessoa que não seja a que usou tais métodos, ou informar o tribunal a esse respeito, e deverão tomar todas as medidas necessárias para garantir que os(as) responsáveis pelo uso de tais métodos sejam levados à justiça. Para evitar conflitos de interesse, a investigação sobre as alegações de que a prova foi obtida ilegalmente deve ser realizada por um(a) promotor(a) que não seja o(a) responsável pela investigação criminal inicial.²⁴⁷ As normas internacionais estabelecem que: “na instituição de processos criminais, eles prosseguirão somente quando um caso estiver bem fundamentado em provas que se acredita serem razoavelmente confiáveis e admissíveis, e não darão continuidade a uma acusação na ausência de tais provas”.²⁴⁸ Na ausência de outro material incriminatório, os(as) promotores(as) não devem se basear apenas em uma confissão para a acusação. Os(As) promotores(as) devem “examinar a prova proposta para verificar se ela foi obtida de forma legal ou constitucional”.²⁴⁹ Esse exame deve ser feito “de acordo com a gravidade da ilegalidade ou impropriedade e com os padrões descritos nas regras de prova de seu próprio Estado”.²⁵⁰

(c) Dever de imparcialidade e objetividade

140. Embora seja dever do Estado “assegurar que os(as) promotores(as) públicos(as) possam desempenhar suas funções profissionais sem intimidação, impedimento, assédio, interferência imprópria ou exposição injustificada à responsabilidade civil, penal ou de outra natureza”, os(as) promotores(as) públicos(as) têm o dever de conduzir suas investigações de forma imparcial (Diretrizes sobre o Papel dos Promotores, parágrafo 4) e “desempenhar suas funções de forma justa, consistente e rápida, respeitar e proteger a dignidade humana e defender os direitos humanos” (*ibid.*, parágrafo 12). Os(As) promotores(as) devem se esforçar para serem, e serem vistos(as) como, objetivos e imparciais.²⁵¹

(d) Dever de garantir que as autoridades do Estado respeitem o direito de não ser submetido(a) à tortura e a outras penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes

141. Os(As) promotores(as) devem assegurar que as autoridades do Estado respeitem o direito de não ser submetido(a) à tortura e a outras penas ou tratamentos cruéis, desumanos

246 “O Estado Parte deve: (a) assegurar que o Protocolo de Istambul se torne parte essencial do treinamento de todos(as) os(as) profissionais médicos(as) e outros(as) funcionários(as) públicos(as) envolvidos(as) no trabalho com pessoas privadas de liberdade” (CAT/C/NOR/CO/8, par. 30).

247 E/CN.4/2001/66/Add.2, par. 102.

248 Associação Internacional de Promotores, Padrões de Responsabilidade Profissional, par. 4.2 (d); e Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime, *The United Nations Convention against Corruption: Implementation Guide and Evaluative Framework for Article 11* (Nova Iorque, 2015), par. 159.

249 Associação Internacional de Promotores, Padrões de Responsabilidade Profissional, par. 4.3 (e).

250 Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime, *The Status and Role of Prosecutors*, p. 41.

251 Associação Internacional de Promotores, Padrões de Responsabilidade Profissional, pars. 1 (e), 3 (a) e 4.2 (c).

e degradantes. Eles(as) devem dar instruções precisas contra o uso de métodos ilegais ou impróprios para obter provas a outros(as) investigadores(as) e funcionários(as) sob sua responsabilidade e supervisionar sua conduta; realizar visitas regulares a locais de detenção e delegacias de polícia; e exigir que as confissões sejam realizadas na presença de um(a) juiz(a).²⁵² Os(As) promotores(as) têm a obrigação especial de tomar todas as medidas necessárias para levar à justiça aqueles(as) que são suspeitos(as) de terem cometido violações contra os direitos humanos, como tortura e maus-tratos. Seu trabalho é fundamental tanto para a reparação de violações de direitos humanos passadas quanto para a prevenção de futuras violações.²⁵³

4. Princípios que orientam a conduta dos(as) advogados(as)

(a) Dever de promover e proteger os direitos humanos

142. O princípio 14 dos Princípios Básicos sobre o Papel dos Advogados estabelece que: “Os(As) advogados(as), ao protegerem os direitos de seus seus(suas) clientes e ao promoverem a causa da justiça, devem procurar defender os direitos humanos e as liberdades fundamentais reconhecidos pela legislação nacional e internacional e devem sempre agir livre e diligentemente de acordo com a lei e com os padrões e a ética reconhecidos da profissão de advogado(a)”. Dada sua obrigação profissional de defender as liberdades fundamentais, como a liberdade de tortura e maus-tratos, os(as) advogados(as) devem ter conhecimento adequado e aplicar o Protocolo de Istambul e seus Princípios para garantir práticas eficazes de investigação e documentação.

(b) Dever de tratar os interesses de seus(suas) clientes como primordiais

143. De acordo com o princípio 13 dos Princípios Básicos sobre a Função dos(as) Advogados(as), os deveres desses(as) profissionais incluem: “(a) Aconselhar os(as) clientes quanto a seus direitos e obrigações legais e quanto ao funcionamento do sistema jurídico na medida em que isso seja relevante para os direitos e obrigações legais dos(as) clientes; (b) Auxiliar os(as) clientes de todas as formas apropriadas e tomar medidas legais para proteger seus interesses; (c) Auxiliar os(as) clientes perante tribunais, cortes ou autoridades administrativas, quando apropriado.” Além disso, o princípio 15 afirma: “Os(As) advogados(as) devem sempre respeitar lealmente os interesses de seus clientes.” Em 2011, a *International Bar Association* desenvolveu os Princípios Internacionais de Conduta para a Profissão Jurídica como um meio de colocar os interesses de seus(suas) clientes em primeiro lugar. Esses princípios incluem, entre outros: manter a independência profissional; honestidade, integridade e justiça nas interações com os(as) clientes, com o tribunal e com os(as) colegas; manter a confidencialidade do(a) cliente; e tratar os interesses do(a) cliente como primordiais.²⁵⁴ Os(As) advogados(as) têm um dever primordial para com seus(suas) clientes e devem dar a eles(as) “aconselhamento e representação imparciais (...) inclusive quanto à probabilidade de sucesso do caso do cliente” e tratar seus “interesses como primordiais”.²⁵⁵ A nota explicativa do princípio 1 lembra que: “O fato de

252 Essa declaração é apoiada pela Convenção contra a Tortura, art. 11.

253 OHCHR, *Human Rights in the Administration of Justice: A Manual on Human Rights for Judges, Prosecutors and Lawyers* (Nova Iorque e Genebra, 2003), Série de Treinamento Profissional n.º 9, p. 369.

254 Princípios Internacionais de Conduta para a Profissão Jurídica, princípios 1, 2, 4 e 5.

255 *Ibid.*, princípios 1 e 5; e Princípios Básicos sobre a Função dos Advogados, princípios 13 e 15.

os(as) advogados(as) serem pagos(as) por terceiros não deve afetar a sua independência e julgamento profissional na prestação de seus serviços ao(à) cliente.” Entretanto, os deveres dos(as) advogados(as) para com seus(suas) clientes estão “sempre sujeitos a não haver conflito com os deveres do(a) advogado(a) para com o tribunal e os interesses da justiça, para observar a lei e para manter os padrões éticos”.²⁵⁶ O princípio 5 estabelece que: “Os(As) advogados(as) não devem se envolver em, ou auxiliar seu(sua) cliente em, conduta que tenha a intenção de enganar ou afetar adversamente o interesse da justiça, ou violar deliberadamente a lei.”²⁵⁷

(c) Dever de confidencialidade

144. O(A) advogado(a) deve sempre manter a confidencialidade “em relação aos assuntos de clientes atuais ou antigos(as), a menos que seja permitido ou exigido de outra forma pela lei e/ou pelas regras de conduta profissional aplicáveis”.²⁵⁸ Além disso, o princípio 22 dos Princípios Básicos sobre o Papel dos Advogados afirma que “todas as comunicações e consultas entre advogados(as) e seus(suas) clientes dentro de seu relacionamento profissional são confidenciais”. No entanto, os(as) advogados(as) “não podem invocar a confidencialidade/sigilo profissional em circunstâncias em que o(a) advogado(a) atua como cúmplice de um crime”.²⁵⁹

B. Obrigações éticas dos(as) profissionais de saúde

145. Há vínculos claros entre os conceitos de direitos humanos e os princípios bem estabelecidos da ética na área da saúde. As obrigações éticas dos(as) profissionais de saúde são articuladas em documentos das Nações Unidas da mesma forma que são para a profissão jurídica. Elas também estão incorporadas em declarações emitidas por organizações internacionais que representam os profissionais de saúde, como a Associação Médica Mundial (WMA, sigla em inglês), a Associação Psiquiátrica Mundial (WPA, sigla em inglês) e o Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN, sigla em inglês).²⁶⁰ As associações médicas nacionais e as organizações de enfermagem também emitem códigos de ética, que seus membros devem seguir. O princípio central de toda ética dos(as) profissionais de saúde, seja qual for sua articulação, é sempre o dever fundamental de respeitar a dignidade humana e agir no melhor interesse do(a) paciente, independentemente de outras restrições, pressões ou obrigações contratuais. Em alguns países, princípios éticos médicos específicos, como o da confidencialidade entre médico(a) e paciente, são incorporados na legislação nacional. Em algumas situações, a lei nacional também pode estar em conflito com as obrigações éticas dos(as) profissionais de saúde. Todos(as) os(as) profissionais de saúde estão moralmente vinculados(as) aos padrões éticos estabelecidos por seus órgãos profissionais e podem ser julgados(as) culpados(as) de má conduta profissional se eles(as) se desviarem dos padrões profissionais sem justificativa razoável.

256 Princípios Internacionais de Conduta para a Profissão Jurídica, princípio 5.

257 Ibid., p. 25, nota explicativa do princípio 5.

258 Ibid., princípio 4.

259 Princípios Internacionais de Conduta para a Profissão Jurídica, p. 22, nota explicativa do princípio 4.

260 Há também vários grupos regionais, como a *Commonwealth Medical Association* e a Federação de Associações Médicas Islâmicas, que emitem declarações importantes sobre ética médica e direitos humanos para seus membros.

146. É importante observar que as obrigações éticas dos(as) profissionais de saúde se aplicam a todos os encontros com indivíduos em que os conhecimentos e/ou habilidades profissionais são aplicados para algum fim. A realização de uma avaliação clínica de casos suspeitos ou alegados de tortura, seja em contextos médico-legais, policiais, militares, de atenção primária à saúde ou outros, é um procedimento baseado em conhecimentos e habilidades profissionais que implica em possíveis benefícios e riscos para o indivíduo. O termo “paciente”²⁶¹ é comumente usado para se referir a indivíduos que são objeto de alguma intervenção profissional de saúde e, portanto, inclui supostas vítimas de tortura ou maus-tratos. Quer os(as) profissionais de saúde se refiram às supostas vítimas de tortura ou maus-tratos como “pacientes” ou não, as obrigações éticas dos(as) profissionais de saúde aplicam-se a todas as avaliações clínicas. As principais obrigações éticas que são discutidas neste capítulo – beneficência, não maleficência, confidencialidade e respeito à autonomia do(a) paciente – aplicam-se igualmente em tempos de conflito armado e outras emergências e em tempos de paz, e o pessoal militar tem as mesmas obrigações éticas que os(as) profissionais de saúde civis.²⁶²

1. Declarações das Nações Unidas relevantes para os(as) profissionais de saúde

147. As Nações Unidas abordaram especificamente as obrigações éticas dos(as) médicos(as) e de outros(as) profissionais de saúde nos Princípios de Ética Médica relevantes para o Papel do Pessoal de Saúde, particularmente dos(as) Médicos(as), na Proteção de Prisioneiros(as) e Detentos(as) contra a Tortura e Outras Penas ou Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes.²⁶³ Os Princípios de Ética Médica impõem ao pessoal de saúde o dever de fornecer atendimento médico a todos(as) os(as) detentos(as) e proteger sua saúde física e mental, de acordo com os princípios de não discriminação e igualdade de tratamento médico (princípio 1). Eles também especificam as circunstâncias que constituem uma violação da ética médica e invocam a responsabilidade do pessoal de saúde, incluindo: não se envolver, ativa ou passivamente, em atos de tortura ou maus-tratos (princípio 2); estar envolvido(a) em um relacionamento profissional com os(as) detentos(as), separado do único propósito de avaliar, proteger ou melhorar a saúde física e mental deles(as) (princípio 3); aplicar seus conhecimentos e habilidades para auxiliar no interrogatório de prisioneiros(as) e detentos(as) de uma forma que possa afetar negativamente a saúde física ou mental ou a condição de tais pessoas e que não esteja de acordo com os instrumentos internacionais relevantes (princípio 4 [a]); certificar a aptidão de prisioneiros(as) ou detentos(as) a qualquer forma de tratamento ou punição que possa afetar adversamente sua saúde física ou mental (como confinamento solitário prolongado) ou participar da imposição de qualquer tratamento ou punição que não esteja de acordo com os instrumentos internacionais relevantes (princípio 4 [b]); e participar de qualquer procedimento para restringir prisioneiros(as) ou detentos(as), a menos que tal procedimento seja determinado, de acordo com critérios puramente médicos,

261 “Paciente” é definido não apenas como “um indivíduo que aguarda ou está sob cuidados e tratamento médico”, mas também como “o(a) destinatário(a) de qualquer um dos vários serviços pessoais” e “aquele(a) sobre o(a) qual se age”. A palavra “paciente” deriva do latim “pati”, que significa sofrer.

262 WMA e outros, princípios éticos da assistência médica em tempos de conflito armado e outras emergências (adotados em 2015). Consulte também os regulamentos da WMA em tempos de conflito armado e outras situações de violência (adotados em 1956 e revisados pela última vez em 2012).

263 Resolução n.º 37/194 da Assembleia Geral, anexo.

como sendo necessário para a proteção da saúde física ou mental ou para a segurança dos(as) próprios(as) prisioneiros(as) ou detentos(as), de seus familiares ou de seus(suas) amigos(as). Os Princípios de Ética Médica também lembram a natureza não derogável dos princípios acima mencionados em qualquer circunstância (princípio 6).

148. Os(As) profissionais de saúde, assim como todas as outras pessoas que trabalham em sistemas prisionais, devem observar as Regras Mínimas Padrão para o Tratamento de Prisioneiros (Regras de Nelson Mandela), que exigem que os serviços médicos, inclusive psiquiátricos, estejam disponíveis a todas as pessoas privadas de liberdade sem discriminação e que todas as pessoas privadas de liberdade doentes ou que solicitem tratamento sejam atendidas diariamente. As Regras das Nações Unidas para o Tratamento de Mulheres Presas e Medidas Não Privativas de Liberdade para Mulheres Infratoras (Regras de Bangkok) complementam as Regras de Nelson Mandela e articulam deveres éticos específicos para proteger as mulheres privadas de liberdade.²⁶⁴ Essas exigências reforçam as obrigações éticas dos(as) médicos(as) e de outros(as) profissionais de saúde, discutidas abaixo, de tratar e agir no melhor interesse de seus(suas) pacientes. A regra 32 (1) das Regras de Nelson Mandela afirma que “o relacionamento entre o(a) médico(a) ou outros(as) profissionais de saúde e os(as) prisioneiros(as) deve ser regido pelos mesmos padrões éticos e profissionais aplicáveis aos(as) pacientes da comunidade”. Isso inclui o “dever de proteger a integridade física e mental do(a) prisioneiro(a)”;²⁶⁵ “adesão à autonomia das pessoas privadas de liberdade em relação à sua própria saúde e ao consentimento informado na relação médico-paciente”;²⁶⁶ “confidencialidade das informações médicas, a menos que a manutenção dessa confidencialidade resulte em uma ameaça real e iminente ao(à) paciente ou a outros(as)”;²⁶⁷ e a “proibição absoluta de se envolver, ativa ou passivamente, em atos que possam constituir tortura ou outras penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes”.²⁶⁸ Os(As) profissionais de saúde também estão proibidos(as) de desempenhar qualquer papel na imposição de sanções disciplinares ou outras medidas restritivas.²⁶⁹ Isso inclui confinamento solitário (22 horas ou mais por dia sem contato humano significativo), confinamento solitário prolongado (15 dias consecutivos), colocação de um(a) prisioneiro(a) em uma cela escura ou constantemente iluminada, castigos corporais ou a redução da dieta ou da água potável de uma pessoa privada de liberdade e castigos coletivos.²⁷⁰ Além disso, a regra 34 das Regras de Nelson Mandela exige que os(as) profissionais de saúde que “tomarem conhecimento de quaisquer sinais de tortura ou outras penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes” devem “documentar e relatar tais casos à autoridade médica, administrativa ou judicial competente”.
149. Com relação às mulheres privadas de liberdade, a regra 10 das Regras de Bangkok afirma que “todas as mulheres têm direito a tratamento e cuidados equivalentes aos padrões da comunidade para suas necessidades de saúde específicas de gênero” e o direito ao

.....
264 Regras de Bangkok, regras 10 e 12-18.

265 Regras de Nelson Mandela, regra 32 (1) (a).

266 Ibid., regra 32 (1) (b).

267 Ibid., regra 32 (1) (c).

268 Ibid., regra 32 (1) (d).

269 Ibid., regra 46 (1).

270 Ibid., regra 43 (1) (a)-(e).

sigilo médico.²⁷¹ Além disso, a regra 6 (5) das Regras de Bangkok estabelece o dever do pessoal de saúde de documentar “quaisquer sinais de maus-tratos ou tortura” nos exames de saúde.

150. Devem ser seguidas as devidas salvaguardas processuais para não expor a pessoa privada de liberdade ou pessoas associadas a um risco previsível de dano. As garantias processuais relevantes relativas aos riscos de danos especificamente no contexto de avaliações clínicas de tortura ou maus-tratos são discutidas nos parágrafos 312 a 315 abaixo. Órgãos regionais de direitos humanos, como o Comitê Europeu para a Prevenção da Tortura e dos Maus-Tratos, também exigem que os(as) profissionais de saúde que trabalham em locais de detenção documentem e relatem evidências médicas de tortura ou maus-tratos.²⁷²
151. A “participação na tortura” inclui avaliar a capacidade de um indivíduo de resistir a maus-tratos; estar presente, supervisionar ou infligir maus-tratos; ressuscitar indivíduos para fins de maus-tratos adicionais ou fornecer tratamento médico imediatamente antes, durante ou depois da tortura, sob as instruções daqueles(as) que provavelmente serão responsáveis por ela; fornecer conhecimento profissional ou informações pessoais de saúde dos indivíduos aos(às) torturadores(as); e intencionalmente negligenciando evidências e falsificando relatórios, como relatórios de autópsia e atestados de óbito.²⁷³ Em uma situação em que uma intervenção após a tortura é essencial para preservar a vida de um indivíduo, tal intervenção emergencial pode ser realizada. Além disso, a equipe de saúde deve relatar os efeitos adversos de sanções disciplinares ou outras medidas restritivas e aconselhar o(a) diretor(a) a encerrar a separação involuntária a fim de garantir que essa separação não agrave a condição médica ou a deficiência mental ou física da pessoa privada de liberdade. Os Princípios de Ética Médica também proíbem qualquer relacionamento profissional com pessoas privadas de liberdade que não seja exclusivamente para avaliar, proteger ou melhorar sua saúde física e mental. Portanto, avaliar a saúde de um(a) detento(a) para facilitar a punição ou a tortura é claramente antiético.
152. O dever dos(as) profissionais de saúde de não participar, ativa ou passivamente, de práticas de tortura e maus-tratos e de documentar e relatar tais práticas estende-se a uma ampla gama de abusos que foram reconhecidos como tortura ou maus-tratos pelo Relator Especial sobre a tortura e pelo Comitê contra a Tortura.²⁷⁴ Isso inclui, mas não se limita a, práticas abusivas relacionadas à discriminação de gênero, inclusive aquelas sob o pretexto de tratamento médico ou exames, como testes de virgindade, exames anais para “detectar homossexualidade”, estupro, mutilação genital feminina, casamento forçado, casamento infantil, assassinato em defesa da honra, queima de viúvas, tráfico de pessoas, terapias de conversão para mudar a orientação sexual, cirurgias não

.....
 271 Regras de Bangkok, regras 8 e 11. Consulte também as regras 12–18, que elaboram deveres sobre as necessidades específicas de cuidados com a saúde física e mental das mulheres com base no gênero.

272 Comitê Europeu para a Prevenção da Tortura, 23º Relatório Geral do CPT (1 de agosto de 2012–31 de julho de 2013) (Estrasburgo, Conselho da Europa, 2013), pars. 71–84.

273 Os(As) profissionais de saúde devem, no entanto, ter em mente o dever de confidencialidade devido aos(às) pacientes e a obrigação de obter consentimento informado para a divulgação de informações, especialmente quando os indivíduos podem ser colocados em risco por essa divulgação (consulte os pars 165–171 acima).

274 A/HRC/31/57; A/HRC/7/3, pars. 25–26; e OHCHR, “Gender-based crimes through the lens of torture International Women’s Day”, comunicado à imprensa, 8 de março de 2016.

consensuais de mudança de sexo, testes de gravidez forçados ou coercitivos, esterilização forçada ou coercitiva, determinações médicas de sexo sem consentimento e cirurgias e tratamentos desnecessários em crianças intersexuais sem seu consentimento. O Relator Especial também reconheceu certas formas de abusos em ambientes de assistência médica que podem ser equivalentes a tortura ou maus-tratos, incluindo: alimentação forçada de grevistas de fome,²⁷⁵ negação de alívio da dor,²⁷⁶ detenção compulsória por razões médicas, como a detenção compulsória de drogas e “reabilitação”, intervenções médicas não consensuais contra pessoas com deficiência, inclusive a administração não consensual de psicocirurgia, eletrochoques e drogas que alteram a mente, como os neurolépticos, o uso de contenção e confinamento solitário para aplicações de longo e curto prazo.²⁷⁷

153. Os(as) profissionais de saúde que participam do monitoramento dos locais de detenção, principalmente como parte dos mecanismos nacionais de prevenção da tortura,²⁷⁸ têm um papel especial na abordagem de questões de saúde relacionadas à tortura e aos maus-tratos; na avaliação do sistema de saúde na detenção, por exemplo, por meio de uma análise dos arquivos e registros médicos e de discussões com a equipe de saúde nos locais de detenção; e na avaliação do impacto das condições gerais de detenção (higiene, nutrição, acesso a chuveiros, superlotação etc.) sobre a saúde da população detida. Essa experiência médica aprimora a qualidade do monitoramento realizado pelos mecanismos de visita. Nessa perspectiva, os(as) profissionais de saúde podem contribuir substancialmente para a aplicação de normas e padrões – especialmente no que se refere ao fornecimento e ao acesso à assistência médica, e sobre práticas éticas para aqueles(as) que trabalham em locais de detenção – e recomendações às autoridades estatais que lidam com questões de saúde na detenção que podem equivaler a tortura e/ou maus-tratos.²⁷⁹

2. Declarações de órgãos profissionais internacionais

154. Muitas declarações de órgãos profissionais internacionais concentram-se em princípios relevantes para a proteção dos direitos humanos e representam um consenso médico internacional sobre essas questões. As declarações da WMA definem os deveres éticos a que todos(as) os(as) médicos(as) estão sujeitos(as). As diretrizes para médicos(as) sobre tortura e a Declaração de Tóquio, adotada pela Assembleia Médica Mundial,²⁸⁰ reiteram a proibição de qualquer forma de participação médica ou presença médica na tortura ou maus-tratos. Essa proibição é reforçada pelos Princípios de Ética Médica acima mencionados, que se referem especificamente à Declaração de Tóquio. Os(as) médicos(as) são explicitamente proibidos(as) de fornecer informações ou qualquer instrumento ou substância médica que possa facilitar os maus-tratos. A mesma regra é especificamente

275 OHCHR, “Force-feeding is cruel and inhuman – UN experts urge Israel not to make it legal”, comunicado à imprensa, 25 de junho de 2014.

276 A resolução da WMA sobre o acesso ao tratamento adequado da dor (2011, revisada em 2020) destaca o problema de a grande maioria da população mundial não ter acesso ou ter um tratamento inadequado para a dor. A resolução insta os(as) profissionais de saúde e os governos a garantir o tratamento adequado da dor para todos(as) e a estabelecer mecanismos eficazes de monitoramento e conformidade.

277 A/HRC/22/53, par. 89 (b).

278 De acordo com o Protocolo Opcional da Convenção contra a Tortura.

279 Associação para a Prevenção da Tortura, “Visiting places of detention: what role for physicians and other health professionals?” (Genebra, 2008), p. 6–7.

280 Adotado em 1975 e revisado em 2005, 2006 e 2016.

aplicada à psiquiatria na Declaração do Havaí da WPA,²⁸¹ que proíbe o uso indevido de habilidades psiquiátricas para violar os direitos humanos de qualquer indivíduo ou grupo, e sua Declaração de Madri sobre padrões éticos para a prática psiquiátrica.²⁸² A Conferência Internacional de Medicina Islâmica fez uma observação semelhante em sua Declaração do Kuwait,²⁸³ que proíbe os(as) médicos(as) de permitir que seus conhecimentos especiais sejam usados “para prejudicar, destruir ou infligir danos ao corpo, à mente ou ao espírito, qualquer que seja a razão militar ou política”. Disposições semelhantes são feitas para enfermeiros(as) na declaração de posição sobre o papel dos(as) enfermeiros(as) no cuidado de detentos(as) e pessoas privadas de liberdade.²⁸⁴

155. Os(As) profissionais de saúde também têm o dever de apoiar os(as) colegas que denunciam violações de direitos humanos relacionadas à tortura. Se não o fizerem, correm o risco não apenas de violar os direitos do(a) paciente e de infringir as declarações listadas acima, mas também de colocar os(as) profissionais da área de saúde em descrédito. Isso é elaborado por outras políticas da WMA que complementam a Declaração de Tóquio. Por exemplo, a Recomendação da WMA sobre o Desenvolvimento de um Sistema de Monitoramento e Relatórios para Permitir a Auditoria da Adesão dos Estados à Declaração de Tóquio recomenda o apoio a médicos(as) e associações médicas nacionais em seus esforços para denunciar violações dos direitos de saúde dos(as) pacientes e da ética profissional dos(as) médicos(as) em ambientes de custódia. A WMA analisa casos de supostas violações da Declaração de Tóquio e facilita as investigações das associações médicas nacionais sobre tais alegações, incluindo o possível encaminhamento ao(à) Relator(a) Especial sobre a tortura.²⁸⁵ A Declaração de Hamburgo da WMA sobre o apoio a médicos(as) que se recusam a participar ou tolerar o uso de tortura e outros tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes²⁸⁶ reafirma a responsabilidade de indivíduos e grupos médicos organizados em todo o mundo de incentivar médicos(as) para que resistam à tortura ou a qualquer pressão para que ajam de forma contrária aos princípios éticos. A resolução conclama os(as) médicos(as) a se manifestarem individualmente contra a tortura e os maus-tratos e insta as organizações médicas nacionais e internacionais a apoiarem aqueles(as) que resistirem a essa pressão. A resolução da WMA sobre a responsabilidade dos(as) médicos(as) na documentação e denúncia de atos de tortura ou tratamento cruel, desumano ou degradante estabelece o dever dos(as) médicos(as) de documentar e denunciar atos de tortura e maus-tratos e prevê que o não cumprimento desse dever constitui cumplicidade em tais abusos.²⁸⁷ Esse dever se aplica a todos(as) os(as) médicos(as) – governamentais e não governamentais – e a todos(as) os(as) profissionais de saúde. O dever dos(as) médicos(as) de documentar e denunciar a tortura e os maus-tratos é, portanto, uma exceção ética ao sigilo profissional, permitindo que os(as) médicos(as) denunciem abusos. Outros(as) profissionais da área da saúde têm a mesma obrigação

.....
281 Adotado em 1977 e atualizado em 1983.

282 Aprovado pela Assembleia Geral da WPA em 1996 e revisado em 1999, 2002, 2005 e 2011.

283 Adotado em 1981, também conhecido como o código islâmico de ética médica.

284 Adotado pela ICN em 1998 e revisado em 2006 e 2011.

285 Adotado em 2011.

286 Adotado em 1997 e revisado em 2017.

287 Adotado em 2003 e revisado em 2007, 2008 e 2020.

ética de identificar, documentar e denunciar a tortura.²⁸⁸ O dever dos(as) médicos(as) de documentar e denunciar a tortura e os maus-tratos, consequentemente, sustenta uma exceção ética ao sigilo profissional, permitindo que os(as) médicos(as) denunciem abusos em circunstâncias limitadas. A WPA e o ICN também estabeleceram deveres semelhantes para psiquiatras e enfermeiros(as) no sentido de denunciar a tortura e os maus-tratos.²⁸⁹

156. A WMA também estabeleceu a obrigação ética dos(as) médicos(as) de não se envolverem em outras práticas abusivas que constituam tratamento cruel e degradante e possivelmente tortura, incluindo o confinamento solitário prolongado,²⁹⁰ revistas corporais forçadas,²⁹¹ alimentação forçada de indivíduos competentes, como grevistas de fome,²⁹² exame anal forçado para comprovar atividade sexual entre pessoas do mesmo sexo²⁹³ e cirurgia de mutilação genital feminina.²⁹⁴
157. Além disso, quando os(as) profissionais de saúde se encontram em situações em que a legislação estatal ou militar ou as políticas governamentais apóiam práticas de detenção e/ou interrogatório que violam sistematicamente o direito internacional e a ética médica, o(a) profissional de saúde deve se recusar a participar e relatar a situação às autoridades internacionais. Profissionais de saúde que desconsideram suas obrigações éticas podem se tornar cúmplices de práticas de tortura e maus-tratos de várias maneiras.²⁹⁵

3. Códigos nacionais de ética profissional de saúde

158. Os princípios éticos também são articulados por meio de códigos nacionais. Esses códigos refletem, em grande parte, os mesmos valores fundamentais mencionados acima, uma vez que a ética médica é a expressão de valores comuns entre os(as) profissionais de saúde. Em praticamente todas as culturas e códigos, ocorrem as mesmas presunções básicas sobre os deveres de evitar danos, ajudar os(as) doentes e proteger os(as) vulneráveis, além de não discriminar os(as) pacientes com base em qualquer outro critério que não seja a urgência de suas necessidades médicas. Valores idênticos estão presentes nos códigos para a profissão de enfermagem. Um aspecto desafiador dos princípios éticos é que eles não fornecem regras definitivas para todos os dilemas, mas exigem alguma interpretação. Ao ponderar sobre dilemas éticos, é vital que os(as) profissionais de saúde tenham em mente as obrigações morais fundamentais expressas em seus valores

.....
288 Por exemplo, os(as) enfermeiros(as) que tiverem conhecimento de abusos e maus-tratos devem tomar as medidas adequadas para proteger os direitos dos(as) detentos(as) e prisioneiros(as). Consulte ICN, "Nurses' role in the care of detainees and prisoners".

289 WPA, Diretrizes de Consenso para Exames Médicos Independentes (março de 2015); e ICN, "Nurses' role in the care of detainees and prisoners".

290 Declaração da WMA sobre confinamento solitário, adotada em 2014 e revisada em 2019.

291 Declaração da WMA sobre revistas corporais de prisioneiros(as), adotada em 1993 e revisada em 2005 e 2016.

292 Declaração da WMA de Malta sobre grevistas de fome, adotada em 1991 e revisada em 1992, 2006 e 2017.

293 Resolução da WMA sobre a proibição de exames anais forçados para comprovar a atividade sexual entre pessoas do mesmo sexo, adotada em 2017.

294 Declaração da WMA sobre mutilação genital feminina, adotada em 1993 e revisada em 2005 e 2016.

295 David H. Hoffman e outros, *Independent Review Relating to APA Ethics Guidelines, National Security Interrogations, and Torture* (Chicago, Sidley Austin, 2015). A Associação Americana de Psicologia (APA), a maior associação de psicólogos(as) do mundo, proibiu a presença de psicólogos(as) em interrogatórios de segurança nacional, veja Associação Americana de Psicologia, Conselho de Representantes, resolução para alterar as resoluções do Conselho de 2006 e 2013 para esclarecer as funções dos(as) psicólogos(as) relacionadas ao interrogatório e ao bem-estar dos(as) detentos(as) em ambientes de segurança nacional, para implementar ainda mais a resolução da petição de 2008 e para proteger contra atos de tortura e penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes em todos os ambientes, adotada em 2015.

profissionais compartilhados e que eles(as) as implementem de uma maneira que reflita o dever básico de evitar danos aos(às) seus(suas) pacientes.²⁹⁶

C. Aplicação de princípios éticos em avaliações clínicas de tortura e maus-tratos

159. Os códigos de conduta dos(as) profissionais de saúde compartilham vários princípios fundamentais. Os princípios éticos mais relevantes para as avaliações clínicas de casos supostos ou suspeitos de tortura ou maus-tratos são agir no melhor interesse dos(as) pacientes (beneficência), “não causar danos” (não maleficência), respeitar as decisões dos(as) pacientes (autonomia) e manter a confidencialidade das informações compartilhadas nos encontros com os(as) profissionais de saúde. Nos últimos anos, a WMA e as Regras de Nelson Mandela estabeleceram a obrigação ética para médicos(as) e outros(as) profissionais da área médica de documentar e relatar atos de tortura e maus-tratos em determinadas circunstâncias. Embora esses princípios éticos possam se reforçar mutuamente e apoiar uma avaliação clínica de suposta tortura ou maus-tratos, eles podem entrar em conflito e, portanto, representar um desafio para os(as) profissionais de saúde. A presente seção analisa a aplicação dos princípios éticos fundamentais nas avaliações clínicas de casos em que há suspeita ou alegação de tortura ou maus-tratos.

1. Beneficência e não maleficência

160. O dever dos(as) médicos(as) de agir no melhor interesse do(a) paciente e não prejudicá-lo(a) é reconhecido há séculos em vários códigos, incluindo o Charaka Samhita, um código hindu que data do primeiro século d.C., a Declaração do Kuwait, a Oração de Maimônides e o Juramento de Hipócrates. A Declaração da WMA de Genebra²⁹⁷ é uma reafirmação moderna dos valores hipocráticos que reflete quatro princípios fundamentais – beneficência, não maleficência, confidencialidade e respeito à autonomia do(a) paciente. Ela é uma promessa pela qual os(as) médicos(as) comprometem-se a fazer da saúde de seus(suas) pacientes sua principal consideração e prometem se dedicar ao serviço da humanidade com consciência e dignidade. Esses princípios éticos fundamentais também são reconhecidos pela WPA e pela ICN e aplicam-se a psiquiatras e enfermeiros(as).²⁹⁸
161. Em casos de alegação de tortura ou maus-tratos, os melhores interesses do(a) paciente ou da suposta vítima geralmente são consistentes com o objetivo da avaliação clínica, ou seja, a documentação efetiva da tortura e dos maus-tratos, o que pode corroborar as alegações de abuso de um indivíduo.
162. A obrigação ética de beneficência está refletida em muitas declarações da WMA, que deixam claro que os(as) médicos(as) devem sempre fazer o que é melhor para o(a) paciente, incluindo pessoas acusadas ou condenadas por crimes. Esse dever de beneficência também é expresso por meio da noção de independência profissional, exigindo que os(as) médicos(as) sigam as boas e aceitas práticas médicas, apesar de qualquer pressão que

.....
²⁹⁶ Isso é reconhecido pela WMA na revisão regular (no mínimo a cada 10 anos) de suas políticas para garantir que elas permaneçam suficientemente detalhadas e claras para orientar a tomada de decisões dos(as) médicos(as). As atualizações esclarecem a linguagem e procuram tratar de assuntos que não foram abordados em versões anteriores.

²⁹⁷ Adotado em 1948 e revisado em 1968, 1983, 1994, 2005, 2006 e 2017.

²⁹⁸ WPA, Declaração do Havaí (1983) e Declaração de Madri; e ICN, Código de Ética para Enfermeiros da ICN (adotado em 1953 e revisado pela última vez em 2012).

possa ser exercida. O Código Internacional de Ética Médica da WMA enfatiza o dever dos(as) médicos(as) de prestar atendimento com total independência profissional e moral, com compaixão e respeito pela dignidade humana.²⁹⁹ Ele também contém o dever de se recusar a usar o conhecimento médico para violar os direitos humanos, mesmo sob ameaça. A política permanente da WMA, como a Declaração de Tóquio ou a Declaração de Seul sobre autonomia profissional e independência clínica,³⁰⁰ não deixa dúvidas de que os(as) médicos(as) devem insistir em ser livres para agir de acordo com os interesses dos(as) pacientes, independentemente de outras considerações, inclusive as instruções de empregadores(as), autoridades prisionais ou forças de segurança. Princípios semelhantes são prescritos para enfermeiros(as) no Código de Ética para Enfermeiros do ICN.

163. Outra maneira pela qual os deveres dos(as) médicos(as) são expressos pela WMA é por meio do reconhecimento dos direitos do(a) paciente. Sua Declaração de Lisboa sobre os direitos do(a) paciente³⁰¹ reconhece que toda pessoa tem direito, sem discriminação, a cuidados de saúde adequados e reitera que os(as) médicos(as) devem sempre agir no melhor interesse do(a) paciente. De acordo com a Declaração, isso inclui esforços por parte de médicos(as) e outras pessoas ou órgãos envolvidos na prestação de serviços de saúde para defender os direitos dos(as) pacientes, incluindo autonomia e justiça. A Declaração afirma em seu preâmbulo: “Sempre que a legislação, ação governamental ou qualquer outra administração ou instituição negar aos(as) pacientes esses direitos, os(as) médicos(as) devem buscar os meios adequados para assegurá-los ou restaurá-los”. Os indivíduos têm direito à assistência médica adequada, independentemente de fatores como raça, cor, nacionalidade, origem étnica ou social, idioma, idade, sexo, gênero, orientação sexual e identidade de gênero, status de imigração, opinião política ou outra, religião, descendência, nascimento, deficiência, estado de saúde, mérito individual etc. As pessoas acusadas ou condenadas por crimes têm o mesmo direito moral a cuidados médicos e de enfermagem adequados. A Declaração enfatiza que o único critério aceitável para discriminação entre os(as) pacientes é a urgência relativa de suas necessidades médicas.
164. Ao trabalhar com crianças e jovens, é importante lembrar que: “As organizações têm o dever de cuidar das crianças com as quais trabalham, com as quais têm contato ou que são afetadas por seu trabalho e suas operações.”³⁰² O princípio de proteger as crianças e os(as) jovens inclui garantir que eles(as) sejam protegidos(as) contra danos e não sejam expostos(as) a riscos de danos e que qualquer risco seja relatado e tratado imediatamente.

2. Consentimento informado

165. O princípio fundamental da ética médica é a autonomia do(a) paciente. A autonomia reconhece que os(as) próprios(as) pacientes são os(as) melhores juízes(as) de seus próprios interesses. Isso exige que os(as) profissionais de saúde sigam as decisões de um(a) paciente adulto(a) em vez de seguir as opiniões de qualquer pessoa com autoridade sobre o que seria melhor para esse indivíduo. Isso é igualmente verdadeiro no contexto de avaliações clínicas de suposta tortura ou maus-tratos que possam resultar em represálias e na

.....
299 Adotado em 1949 e revisado em 1968, 1983 e 2006.

300 Adotado em 2008 e revisado em 2018.

301 Adotado em 1981 e revisado em 1995, 2005 e 2015.

302 *Keeping Children Safe, The International Child Safeguarding Standards ... and How to Implement Them* (2014/2020), p. 10.

imposição de danos físicos e/ou mentais graves. Nos casos em que o(a) paciente estiver inconsciente ou em que foram feitos esforços significativos e não é possível obter o consentimento livre e informado de um indivíduo ou para verificar sua vontade e preferências, inclusive por meio do fornecimento de apoio e acomodações, o padrão de “melhor interpretação da vontade e preferência” deve ser aplicado como último recurso.

166. Organizações de profissionais de saúde, como a WMA, a WPA e a ICN, as Regras de Bangkok e as Regras de Nelson Mandela exigem que médicos(as) e enfermeiros(as) respeitem as decisões autônomas de seus(suas) pacientes e obtenham o consentimento voluntário e informado dos(as) pacientes antes de qualquer exame ou procedimento. Isso significa que os indivíduos precisam saber e entender as implicações de concordar e as consequências de recusar, bem como quaisquer alternativas razoáveis. Antes de examinar os(as) pacientes, os(as) profissionais de saúde devem, portanto, explicar francamente e de forma acessível o objetivo do exame e do tratamento. O consentimento obtido sob coação ou como resultado da transmissão de informações falsas ou parciais ao(à) paciente é inválido, e os(as) médicos(as) que agem conscientemente com base nele estão violando a ética médica. Além disso, o Relator Especial sobre o direito de todos ao gozo do mais alto padrão possível de saúde física e mental observou que a garantia do consentimento informado é uma característica fundamental do respeito à autonomia, à autodeterminação e à dignidade humana de um indivíduo na continuidade apropriada de serviços voluntários de saúde.³⁰³
167. A tortura e os maus-tratos, por definição, são crimes cometidos por ou com o consentimento ou aquiescência de funcionários(as) do Estado. As autoridades estatais geralmente tentam ocultar esses crimes ameaçando as vítimas com tortura e maus-tratos adicionais se revelarem qualquer informação de abuso a qualquer pessoa, inclusive aos(as) médicos(as) avaliadores(as). No contexto das avaliações médico-legais de supostas torturas e maus-tratos, o consentimento informado é imperativo. O consentimento informado exige a divulgação de todas as informações relevantes, inclusive o objetivo da avaliação, os possíveis riscos e benefícios, a natureza da avaliação, a possibilidade de tirar fotos, os limites de confidencialidade, como quaisquer exigências de relatórios obrigatórios do(a) médico(a), a forma como as informações coletadas nas avaliações serão usadas e armazenadas e quem terá acesso a elas.
168. O consentimento deve ser confirmado mais uma vez no final da entrevista, após a revelação de informações específicas pela suposta vítima e antes da avaliação clínica. O consentimento informado exige que os(as) pacientes e as supostas vítimas compreendam as informações fornecidas, sendo que o mais importante é que as informações devem ser discutidas minuciosamente, o que pode exigir tradução ou interpretação, e fornecer consentimento voluntariamente. As informações fornecidas pelo(a) médico(a) devem ser acessíveis e compreensíveis, o que significa que, quando necessário, as informações devem estar disponíveis em meios, modos e formatos acessíveis de comunicação, e devem ser fornecidas acomodações razoáveis, como a tomada de decisão apoiada. Conforme discutido abaixo no parágrafo 273, o consentimento informado deve ser obtido desde o

.....
303 A/64/272, par. 18.

início de todas as avaliações clínicas de tortura ou maus-tratos alegados ou suspeitos e totalmente documentado.

169. Presume-se sempre que os(as) pacientes adultos(as) sejam competentes para tomar decisões por si mesmos(as). Os(As) profissionais de saúde têm a obrigação de reconhecer e respeitar a capacidade legal de todos(as) os(as) adultos(as), incluindo pessoas com deficiências e pessoas cuja capacidade mental tenha sido prejudicada, e isso inclui o respeito pelo consentimento livre e esclarecido do indivíduo. Os(As) profissionais de saúde devem se esforçar para se comunicar de uma forma que seja acessível e compreensível para o indivíduo. Isso pode implicar em tornar as informações disponíveis em formatos acessíveis, fornecendo interpretação em linguagem de sinais ou por meio de tomada de decisão apoiada. Em situações em que esforços significativos foram feitos e não é possível obter o consentimento livre e esclarecido do indivíduo, os(as) profissionais de saúde não devem recorrer à substituição da decisão do indivíduo com base em uma determinação de “melhores interesses”, mas devem adotar como último recurso o padrão de “melhor interpretação da vontade e das preferências”.³⁰⁴ Esse padrão implica verificar o que o indivíduo teria desejado em vez de decidir com base em seus melhores interesses. O processo deve incluir a consideração das preferências, valores, atitudes, narrativas e ações previamente manifestadas, incluindo a comunicação verbal e não verbal, do indivíduo em questão.³⁰⁵
170. Aqueles(as) que são menores de idade no momento da tomada de decisão podem consentir, já que o consentimento não tem uma idade específica na qual ele torna-se válido. A capacidade de consentimento das crianças desenvolve-se à medida que elas aprendem a tomar decisões cada vez mais complexas e sérias e, portanto, pode estar relacionada à experiência e não à idade. Portanto, as crianças devem ser informadas da forma mais completa possível sobre a avaliação e os procedimentos relacionados, de uma maneira que possam entender, garantindo informações e comunicação acessíveis e ajustando a comunicação de acordo com sua idade e desenvolvimento. Em muitos casos, dada a complexidade de entendimento para uma avaliação médico-legal, será necessário ou recomendado informar o pai ou a mãe e buscar seu consentimento; no entanto, o consentimento do pai ou da mãe não será válido se for dado contra os melhores interesses da criança.³⁰⁶ Além disso, a idade em que os pais/responsáveis legais devem ser informados(as) sobre qualquer participação ou procedimento envolvendo a criança em seus cuidados varia entre os países.³⁰⁷ Portanto, é necessário estar informado(a) sobre as obrigações legais locais em termos de consentimento informado das crianças e escolher processos que atendam aos melhores interesses da criança. É importante lembrar que o consentimento informado não isenta os(as) profissionais de saúde do dever de proteger as crianças e seus melhores interesses. Esse dever exige que os(as) profissionais de saúde garantam que qualquer risco potencial imediato e de longo prazo para uma criança como resultado de uma avaliação seja identificado e considerado

304 Comitê sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, comentário geral n.º 1 (2014), par. 21.

305 A/HRC/37/56, par. 31.

306 Royal College of Paediatrics and Child Health: Comitê Consultivo de Ética, “Guidelines for the ethical conduct of medical research involving children”, *Archives of Disease in Childhood*, v. 82 (2000), p. 177–182.

307 Pirkko Lepola e outros, “Informed consent for paediatric clinical trials in Europe”, *Archives of Disease in Childhood*, v. 101 (2016), p. 1017–1025.

antes de buscar o consentimento e realizar tal avaliação.³⁰⁸ As crianças que ainda não são capazes de compreender sua situação e alternativas devem ter a oportunidade de concordarem com o tratamento ou de expressarem seus desejos, como parte de seu direito básico de serem ouvidas.

171. A autonomia dos indivíduos que se recusam a fornecer consentimento para uma avaliação deve ser respeitada e, em nenhuma circunstância, eles devem ser forçados a se submeter a uma avaliação. Em alguns casos, deve-se presumir que os exames clínicos são realizados à força e sem consentimento informado quando se baseiam em profunda discriminação e criminalização e em situações em que as vítimas entendem que os(as) funcionários(as) do Estado têm o poder de obrigá-las a se submeterem a uma avaliação e o não cumprimento provavelmente resultará em resultados legais adversos, maus-tratos ou represálias. Exames forçados do hímen para detectar a virgindade e exames anais forçados de indivíduos para detectar atividade sexual entre pessoas do mesmo sexo são exemplos de tais exames – eles não têm valor clínico, representam formas de agressão sexual e constituem maus-tratos, podendo equivaler a tortura, dependendo das circunstâncias individuais.³⁰⁹

3. Confidencialidade

172. Os códigos de ética, desde o Juramento de Hipócrates até os tempos modernos, incluem o dever de confidencialidade como um princípio fundamental. A confidencialidade também aparece com destaque nas declarações da WMA, como a Declaração de Lisboa, bem como nas Regras de Nelson Mandela. Em algumas jurisdições, a obrigação de confidencialidade é vista como tão importante que é incorporada à legislação nacional. O dever de confidencialidade não é absoluto e pode ser eticamente violado em circunstâncias excepcionais em que a não observância desse dever possa previsivelmente causar danos graves ao(a) paciente ou a outros(as). No entanto, em geral, o dever de confidencialidade que abrange as informações pessoais de saúde identificáveis só pode ser anulado com a autorização informada do(a) paciente.³¹⁰ As informações não identificáveis podem ser usadas para outros fins e devem ser usadas preferencialmente em todas as situações em que a divulgação da identidade do(a) paciente não seja essencial. Esse pode ser o caso, por exemplo, da coleta de dados sobre padrões de tortura ou maus-tratos, embora seja necessário um cuidado especial para proteger esses dados. Surgem dilemas quando os(as) profissionais de saúde são pressionados(as) ou obrigados(as) por lei a divulgar informações identificáveis que provavelmente colocariam os(as) pacientes em risco de danos. Nesses casos, as obrigações éticas fundamentais são respeitar a autonomia e a privacidade do(a) paciente e evitar danos. Isso prevalece sobre outras considerações. Os(As) profissionais de saúde devem deixar claro para o tribunal ou para a autoridade que está solicitando informações que eles(as) estão vinculados(as) a deveres profissionais de confidencialidade, apesar da possível responsabilidade legal. Os(As) profissionais de saúde que se submetem a esse tipo de situação têm direito ao apoio de sua associação

.....
 308 Royal College of Paediatrics and Child Health, “Guidelines for the ethical conduct of medical research involving children”.

309 Independent Forensic Expert Group, “Statement on virginity testing”, *Torture Journal*, v. 25, n. 1 (2015), p. 62–68; e “Statement on anal examinations in cases of alleged homosexuality”, *Torture Journal*, v. 26, n. 2 (2016), p. 85–91.

310 Exceto para requisitos comuns de saúde pública, como a notificação por nome de indivíduos, por exemplo, com doenças infecciosas, dependência de drogas ou transtornos mentais, e atos de violência, como homicídio, violência doméstica, agressão sexual e abuso de crianças e idosos.

profissional e de seus(suas) colegas. Além disso, durante períodos de conflito armado, a lei humanitária internacional dá proteção específica à confidencialidade entre médico(a) e paciente, exigindo que os(as) médicos(as) não denunciem pessoas doentes ou feridas.³¹¹ Os(As) profissionais de saúde não podem ser obrigados(as) a divulgar informações sobre seus(suas) pacientes em tais situações, especialmente em situações de conflito armado.

D. Profissionais de saúde com obrigações conflitantes

173. Os(As) profissionais de saúde podem ter responsabilidades conflitantes devido às circunstâncias de seu emprego e/ou ter obrigações éticas conflitantes relacionadas ao ambiente de seu encontro com o(a) paciente. No caso de profissionais de saúde empregados(as) em instituições do Estado, especialmente aqueles(as) que trabalham com a polícia, militares, outros serviços de segurança ou no sistema prisional, os interesses de seu(sua) empregador(a) e de seus(suas) colegas não médicos(as) podem estar em conflito com os melhores interesses do(a) detento(a)/paciente. Independentemente das circunstâncias de seu emprego, todos(as) os(as) profissionais de saúde têm o dever fundamental de agir no melhor interesse das pessoas que examinam e tratam. Eles(as) não podem ser obrigados(as) por considerações contratuais ou de outra natureza a violar suas obrigações éticas fundamentais ou comprometer sua independência profissional. Eles(as) devem fazer uma avaliação imparcial dos interesses de saúde do(a) paciente e agir de acordo. Além disso, os(as) profissionais de saúde podem ter obrigações éticas conflitantes, pois têm o dever primordial de promover os melhores interesses do(a) paciente e um dever geral para com a sociedade de garantir que a justiça seja feita e evitar violações dos direitos humanos. Nessas circunstâncias, a principal obrigação ética dos(as) profissionais de saúde é agir de acordo com os melhores interesses de seus(suas) pacientes. Em situações em que a pressão institucional é exercida sobre um(a) profissional de saúde, eles(as) devem garantir que tenham mecanismos para resistir a essa pressão, denunciá-la ao seu órgão profissional e aumentar suas preocupações com a saúde de seus(suas) pacientes se suas recomendações não forem seguidas.³¹²

1. Princípios que orientam os(as) profissionais de saúde com obrigações conflitantes

174. Em todos os casos em que os(as) profissionais de saúde estiverem agindo em nome de outra parte, eles(as) têm a obrigação de garantir que isso seja compreendido pelo(a) paciente. Os(As) profissionais de saúde devem se identificar aos(as) pacientes e explicar a finalidade de qualquer exame ou tratamento. Mesmo quando os(as) profissionais de saúde são nomeados(as) e pagos(as) por um terceiro, eles(as) têm o dever claro de respeitar suas obrigações éticas fundamentais. Eles(as) devem se recusar a cumprir quaisquer procedimentos que possam prejudicar os(as) pacientes ou deixá-los(as) física ou psicologicamente vulneráveis a danos. Eles(as) devem garantir que seus termos contratuais lhes permitam independência profissional para fazer julgamentos clínicos. Os(As) profissionais de saúde devem garantir que qualquer pessoa sob custódia tenha acesso a qualquer exame médico e tratamento necessários. Quando a pessoa detida é

311 Protocolo I (art. 16) e Protocolo II (art. 10) adicionais às Convenções de Genebra de 1949.

312 Faculty of Forensic and Legal Medicine of the Royal College of Physicians, *Quality Standards for Healthcare Professionals Working with Victims of Torture in Detention* (Londres, 2019, revisado em 2022).

menor de idade ou um(a) adulto(a) vulnerável, os(as) médicos(as) têm deveres adicionais de atuar como defensores(as). Os(As) profissionais de saúde mantêm um dever geral de confidencialidade, de modo que as informações não devem ser divulgadas sem o conhecimento do(a) paciente. Eles(as) devem garantir que seus registros médicos sejam mantidos em sigilo. Os(As) profissionais de saúde têm o dever de monitorar e se manifestar quando os serviços em que estão envolvidos são antiéticos, abusivos, inadequados ou representam uma ameaça potencial à saúde dos(as) pacientes. Nesses casos, eles(as) têm o dever ético de tomar medidas imediatas, pois a falta de uma posição rápida dificulta o protesto em um estágio posterior. Eles(as) devem relatar o assunto às autoridades competentes ou a agências internacionais que possam investigar, mas sem expor os(as) pacientes, suas famílias ou a si mesmos(as) a qualquer risco grave e previsível de dano. Os(As) profissionais de saúde e as associações profissionais devem apoiar os(as) colegas que tomam essas medidas com base em evidências razoáveis.

2. Dilemas decorrentes de obrigações conflitantes

175. Dilemas podem ocorrer quando a ética e a lei estão em contradição. As circunstâncias podem surgir em situações em que os deveres éticos dos(as) profissionais de saúde os(as) obrigam a não obedecer uma determinada lei, como uma obrigação legal de revelar informações médicas confidenciais sobre um(a) paciente ou participar de práticas prejudiciais. Há um consenso internacional e declarações nacionais de preceitos éticos que outros imperativos, inclusive a lei, não podem obrigar os(as) profissionais de saúde a agirem de forma contrária à ética médica e à sua consciência. Nesses casos, os(as) profissionais de saúde devem se recusar a cumprir a lei ou regulamento em vez de comprometer os preceitos éticos básicos ou expor os(as) pacientes a danos.
176. Em alguns casos, duas obrigações éticas podem estar em conflito. Os códigos internacionais e os princípios éticos exigem a comunicação de informações sobre tortura ou maus-tratos a um órgão responsável. Em algumas jurisdições, essa também é uma exigência legal. Em alguns casos, no entanto, os(as) pacientes podem se recusar a consentir que sejam examinados(as) para tais fins ou que as informações obtidas no exame sejam divulgadas a outras pessoas. Eles(as) podem ter medo dos riscos de represálias para si mesmos(as) ou para suas famílias. Nessas situações, os(as) profissionais de saúde têm responsabilidades conflitantes: com o(a) paciente e com a sociedade em geral, que tem interesse em evitar a tortura e os maus-tratos e em garantir que os(as) autores(as) de abusos sejam levados(as) à justiça.
177. Conforme declarado anteriormente, a regra 32 (1) (c) das Regras de Nelson Mandela exige a confidencialidade das informações médicas “a menos que a manutenção dessa confidencialidade resulte em uma ameaça real e iminente ao(à) paciente ou a outros(as)”. Além disso, a regra 34 estabelece que qualquer sinal de tortura ou maus-tratos deve ser relatado à “autoridade médica, administrativa ou judicial competente” e que: “Devem ser seguidas as devidas salvaguardas processuais para não expor o(a) prisioneiro(a) ou pessoas associadas a riscos previsíveis de danos.” A regra 71 exige que os(as) diretores(as) de prisões relatem a tortura e os maus-tratos a uma “autoridade competente que seja independente da administração da prisão e que tenha o dever de conduzir investigações imediatas, imparciais e eficazes sobre as circunstâncias e as causas de tais casos”.

Observou-se que a exceção à confidencialidade na regra 32 (1) (c) deve ser entendida de forma restrita e não se aplica a todo o prontuário médico. Em vez disso, ela exige uma avaliação de quais informações específicas precisam ser comunicadas e em que nível, com base na “necessidade de saber”.³¹³ A WMA forneceu orientação aos(as) médicos(as) sobre as circunstâncias em que as quebras de confidencialidade podem ser consideradas, por exemplo, quando se acredita que o dano é iminente, grave (e irreversível), inevitável, exceto pela divulgação não autorizada, e maior do que o dano que provavelmente resultará da divulgação. Ao determinar a proporcionalidade desses respectivos danos, o(a) médico(a) precisa avaliar e comparar a gravidade dos danos e a probabilidade de sua ocorrência. Em caso de dúvida, a WMA recomenda que os(as) médicos(as) busquem orientação especializada. Também recomenda que a divulgação contenha apenas as informações necessárias para evitar o dano previsto e seja direcionada apenas àqueles(as) que precisam das informações a fim de evitar o dano, que o(a) médico(a) informe o(a) paciente sobre a divulgação de informações, explique o motivo da divulgação e busque a cooperação do(a) paciente, se possível. Passos razoáveis devem ser tomados para minimizar o dano e a ofensa ao(à) paciente que podem resultar da divulgação. Recomenda-se que os(as) médicos(as) informem seus(suas) pacientes de que a confidencialidade pode ser violada para sua própria proteção e a de qualquer vítima em potencial. A cooperação do(a) paciente deve ser solicitada, se possível.

178. Ao aplicar essa orientação ao contexto de avaliações clínicas de casos suspeitos ou alegados de tortura ou maus-tratos, os(as) profissionais de saúde precisam equilibrar o dever de não prejudicar a suposta vítima e o de evitar possíveis danos a outras pessoas que, de outra forma, poderiam ser submetidas a práticas de tortura não controladas. Antes que os(as) profissionais de saúde considerem a possibilidade de quebrar a confidencialidade sem o consentimento da suposta vítima, o(a) profissional de saúde deve acreditar razoavelmente que:
 - (a) Danos graves ou com risco de vida a terceiros ocorrerão iminentemente (não apenas previsíveis e prováveis) se o(a) profissional de saúde não tomar providências;
 - (b) A divulgação de informações evitará danos possivelmente certos e iminentes, graves ou que ameacem a vida de outras pessoas;
 - (c) O risco de represálias às supostas vítimas é considerado baixo tanto pelo(a) clínico(a) quanto pela suposta vítima;
 - (d) Há evidências clínicas suficientes, como lesões observadas e/ou sofrimento psicológico, para justificar uma suspeita de tortura ou maus-tratos;
 - (e) As informações podem ser fornecidas a um órgão independente que conduzirá uma investigação imediata, imparcial e eficaz sobre as circunstâncias.
179. Os(As) profissionais de saúde devem buscar todas as oportunidades para garantir a segurança da suposta vítima e que ela não será torturada novamente. Dadas essas considerações, as circunstâncias em que os(as) profissionais de saúde podem violar o dever de confidencialidade são limitadas. Por exemplo, os(as) médicos(as) que observam

.....
 313 *Penal Reform International e o Centro de Direitos Humanos da Universidade de Essex, Essex Paper 3: Initial Guidance on the Interpretation and Implementation of the UN Nelson Mandela Rules* (Londres, 2017).

evidências de padrões de abuso podem relatar informações anônimas a um órgão independente sem desencadear represálias contra a vítima de tortura. Os(as) médicos(as) que trabalham em prisões, locais de detenção, instituições forenses e instituições nacionais (por exemplo, instituições nacionais de direitos humanos e mecanismos preventivos nacionais) e órgãos de monitoramento internacional podem observar evidências de padrões de abuso e relatar informações anônimas, evitando assim possíveis danos a outros(as). Um(a) médico(a) que examina uma suposta vítima que teme represálias e se recusa a consentir com uma avaliação clínica, no entanto, não deve violar os deveres éticos primários de “não causar danos” e respeitar a autonomia em detrimento da obrigação de documentar e relatar.

180. A capacidade do(a) clínico(a) de respeitar a autonomia e a confidencialidade estabelece uma base de confiança que é essencial para a realização de uma avaliação eficaz das evidências físicas e psicológicas de tortura e maus-tratos. Embora as obrigações éticas dos(as) médicos(as) sejam as mesmas em todos os encontros com pacientes e supostas vítimas, a capacidade de um indivíduo de exercer a livre escolha sobre a divulgação de informações pode depender das circunstâncias da avaliação. Por exemplo, em contextos terapêuticos e avaliações médico-legais conduzidas por clínicos(as) independentes e não governamentais a pedido da suposta vítima, geralmente não há requisitos de notificação obrigatória. Nessas circunstâncias, os indivíduos normalmente consideram que as avaliações clínicas de tortura e maus-tratos são do seu interesse e a capacidade do(a) médico(a) de respeitar a autonomia e a confidencialidade estabelece uma base para a confiança e, conseqüentemente, para a divulgação de informações. Documentar e relatar a tortura e os maus-tratos em tais encontros é totalmente apropriado, desde que haja consentimento informado.
181. Embora os(as) profissionais de saúde em instituições estatais tenham as mesmas obrigações éticas que outros(as) profissionais de saúde, em algumas instituições estatais, as condições de suas avaliações podem dificultar o estabelecimento de confiança com pacientes e supostas vítimas. Os(as) funcionários(as) do Estado, especialmente os(as) peritos(as) forenses e aqueles(as) que trabalham com a polícia, militares ou outros serviços de segurança ou no sistema penitenciário, geralmente têm exigências de relatórios obrigatórios. Nesses ambientes, os indivíduos podem ter poder de escolha limitado na avaliação e podem não querer falar abertamente sobre o suposto abuso por medo de represálias contra eles(as) ou membros da família. Os(as) profissionais de saúde nessas circunstâncias devem, no entanto, cumprir suas obrigações éticas e fazer o melhor possível para facilitar a confiança e o relacionamento com o(a) paciente/detento(a). Conforme declarado nos parágrafos 166–167 acima, antes de iniciar qualquer avaliação, o(a) clínico(a) deve se identificar, informar o indivíduo sobre o objetivo e o conteúdo da avaliação e divulgar quaisquer requisitos de relatórios obrigatórios. Os regulamentos não podem permitir que o(a) paciente recuse o exame, mas o(a) paciente tem a opção de escolher se quer cooperar com a avaliação e/ou revelar a causa de qualquer lesão. Nesses casos, o(a) médico(a) deve respeitar a decisão do(a) paciente, inclusive a decisão de não cooperar com a avaliação. Os(as) médicos(as) não devem examinar indivíduos para o tribunal sem o consentimento do indivíduo, independentemente da lei. Os(as) médicos(as) forenses não podem falsificar seus relatórios, mas devem fornecer provas imparciais,

inclusive deixando claro em seus relatórios qualquer evidência de maus-tratos.³¹⁴ Se a pessoa detida não der consentimento para a avaliação (ou qualquer parte da avaliação) ou sua documentação, o(a) clínico(a) deve documentar o motivo da falta de consentimento (consulte também o parágrafo 273).

182. Conforme mencionado acima, os(as) profissionais de saúde também devem ter em mente que a denúncia de abuso às autoridades em cuja jurisdição se alega que o abuso ocorreu pode acarretar risco de danos ao(à) paciente ou a outros(as), inclusive o(a) denunciante. Os(As) profissionais de saúde não devem colocar conscientemente os indivíduos em risco de represália. Eles(as) não estão isentos(as) de tomar providências, mas devem usar de discrição e considerar a possibilidade de relatar as informações a um órgão responsável fora da jurisdição imediata ou, em situações em que isso não acarretar riscos previsíveis para os(as) profissionais de saúde e pacientes, informar o fato de forma não identificável. Obviamente, se a última solução for adotada, os(as) profissionais de saúde devem levar em conta a probabilidade de serem pressionados(as) a divulgar dados de identificação ou a possibilidade de terem seus registros médicos apreendidos à força. Embora não existam soluções fáceis, os(as) profissionais de saúde devem ser orientados(as) pela injunção básica de evitar danos acima de todas as outras considerações e buscar orientação, sempre que possível, de órgãos nacionais ou internacionais de profissionais de saúde.

.....
³¹⁴ Vincent Iacopino e outros, "Physician complicity in misrepresentation and omission of evidence of torture in postdetention medical examinations in Turkey", *Journal of the American Medical Association*, v. 276, n. 5 (1996), p. 396–402.

III. INVESTIGAÇÃO LEGAL DE TORTURA E MAUS-TRATOS

183. A Convenção contra a Tortura prevê três pilares principais na luta contra a tortura: a obrigação dos Estados de garantir a justiça e de prevenir e reparar todos os atos de tortura. A obrigação de investigar é fundamental para a realização de todos os três pilares principais.³¹⁵ O Relator Especial sobre tortura especificou que:

A obrigação de investigar atos de tortura é iniciada pela existência de motivos razoáveis. As evidências de tortura que se elevam ao nível de “prova” em processos criminais (ou seja, sem sombra de dúvida razoável) são necessárias para estabelecer o reconhecimento e a responsabilidade do Estado pela tortura ou para acionar as obrigações que não envolvem a atribuição de culpa e punição individual, como a implementação de políticas públicas para prevenção e recursos administrativos ou civis, inclusive reabilitação. Isso é importante porque os Estados frequentemente alegam que a tortura e suas correspondentes obrigações de enfrentá-la não existem porque a tortura nunca foi “provada” em um tribunal.³¹⁶

184. De acordo com o direito internacional, os Estados são obrigados a investigar os incidentes de tortura relatados de forma imediata, imparcial e eficaz.³¹⁷ Em situações em que as evidências o justifiquem, um Estado sob cuja jurisdição uma pessoa que supostamente cometeu ou participou de tortura estiver presente deve submeter o caso às suas próprias autoridades competentes para fins de investigação e processo nos termos da legislação penal nacional ou local, a menos que extradite o(a) suposto(a) perpetrador(a) para outro Estado que tenha jurisdição competente.³¹⁸ Os princípios fundamentais de qualquer investigação viável de incidentes de tortura são competência, imparcialidade, independência, recursos adequados, prontidão, eficácia, rigor, sensibilidade a gênero, idade, deficiência e características reconhecidas de forma semelhante, envolvimento da vítima e escrutínio público. Esses elementos podem ser adaptados a qualquer sistema jurídico e devem orientar todas as investigações de supostas torturas.
185. As investigações podem assumir a forma de uma investigação criminal sobre atos específicos de tortura, especialmente conforme definido no art. 1º da Convenção contra a Tortura ou tortura como elemento de crimes de guerra, crimes contra a humanidade ou genocídio, ou outras formas de tratamento ou punição cruel, desumana ou degradante (maus-tratos).³¹⁹ A investigação de tais atos também pode ser realizada por instituições nacionais de direitos humanos, missões de apuração de fatos ou comissões de inquérito, que exercem importantes funções investigativas.³²⁰ As provas de tortura são relevantes e, muitas vezes, de importância crítica, em uma série de procedimentos legais, por exemplo: inquéritos civis e de direito público, pedidos de reparação por tortura, pedidos de asilo e de não devolução, procedimentos nacionais, regionais e internacionais de queixas de direitos humanos e procedimentos criminais, inclusive a exclusão de provas obtidas como resultado de tortura. Independentemente do contexto jurídico em que ocorra, para combater a impunidade, qualquer investigação ou outro procedimento para

.....
315 A/69/387, par. 21.

316 Ibid., par. 25.

317 Convenção contra a Tortura, arts. 12–13. Consulte também A/69/387, pars. 22–28.

318 Convenção contra a Tortura, arts. 5º–8º.

319 Veja, *inter alia*, Estatuto de Roma, arts. 8º (2) (a) (ii) e (c) (i), 7º (1) (f) e 6º (b).

320 OHCHR, *Commissions of Inquiry and Fact-Finding Missions on International Human Rights and Humanitarian Law: Guidance and Practice* (Nova Iorque e Genebra, 2015).

estabelecer os fatos e a responsabilidade pela tortura ou maus-tratos deve ser realizado em conformidade com os padrões estabelecidos neste manual.

186. De acordo com a Convenção contra a Tortura, os Estados devem tomar medidas legislativas, institucionais, administrativas, orçamentárias e outras para garantir que haja uma estrutura adequada para investigações rápidas, imparciais, independentes, eficazes e sensíveis ao gênero e às crianças.³²¹ O Relator Especial sobre a tortura recomendou a adoção e implementação do manual “como uma ferramenta e padrão de investigação”.³²² Os Estados são obrigados a tornar a tortura um crime específico sob a lei nacional, sujeito a penalidades proporcionais que reflitam a gravidade do crime;³²³ estabelecer jurisdição sobre o crime de tortura, inclusive prevendo o exercício do princípio da jurisdição universal;³²⁴ e remover barreiras legais, tais como anistias, imunidades, estatutos de limitação ou outras restrições processuais,³²⁵ inclusive perdões ou outras medidas que resultem em impunidade.³²⁶ Os Estados devem garantir os direitos das vítimas e testemunhas em todas as etapas da investigação, inclusive o direito de apresentar queixas, participar de procedimentos, ser protegido(a) contra ameaças e assédio,³²⁷ ter seu direito à privacidade respeitado, bem como o direito a um recurso efetivo e à reparação. A reparação deve ser orientada para a vítima, sensível ao gênero, adequada, eficaz, imediata e abrangente, adaptada às necessidades particulares da(s) vítima(s) e proporcional à gravidade do dano sofrido.³²⁸
187. Em situações em que os procedimentos investigativos são inadequados devido à falta de recursos ou de conhecimento especializado, à aparente parcialidade e à possível, a aparente existência de um padrão de abuso ou de outras razões substanciais, o Estado deverá realizar investigações por meio de um órgão ou mecanismo independente, como uma comissão de inquérito ou procedimento semelhante. Os membros desse órgão devem ser escolhidos por sua reconhecida imparcialidade, competência e independência como indivíduos. Em particular, eles devem ser independentes de qualquer instituição, agência ou pessoa que possa ser objeto da investigação. Os órgãos de investigação, como as comissões de inquérito, devem ser dotados de recursos financeiros e humanos adequados.³²⁹
188. O direito internacional reconhece o papel importante nas investigações de outros atores além dos órgãos de investigação da justiça criminal, incluindo órgãos independentes em nível nacional, regional e internacional, e atores não estatais, como defensores(as) de direitos humanos que documentam a tortura, promovem e monitoram investigações e representam as vítimas de tortura.³³⁰ Os Estados devem respeitar o exercício das funções

.....
321 Convenção contra a Tortura, art. 2º; e Comitê contra a Tortura, comentário geral n.º 2 (2007), par. 2.

322 A/69/387, par. 67.

323 Comitê contra a Tortura, comentário geral n.º 2 (2007), pars. 8–11.

324 A/HRC/4/33, pars. 41–47.

325 Comitê contra a Tortura, comentário geral n.º 2 (2007), par. 5; e comentário geral n.º 3 (2012), par. 38.

326 Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Barrios Altos v. Peru* (ver nota de rodapé 102); e *Barrios Altos e La Cantuta v. Peru* (ver nota de rodapé 103). Ver também Comitê contra a Tortura, *Urra Gurruti v. Espanha* (CAT/C/34/D/212/2002), par. 6.7.

327 Comitê contra a Tortura, comentário geral n.º 3 (2012), pars. 29–36.

328 *Ibid.*, pars. 6–18; Princípios e Diretrizes Básicos sobre o Direito a um Recurso e Reparação para Vítimas de Violações Graves do Direito Internacional dos Direitos Humanos e Violações Graves do Direito Internacional Humanitário; e Comissão Africana de Direitos Humanos e dos Povos, comentário geral n.º 4.

329 A/HRC/19/61, par. 58.

330 A/69/387, par. 54.

legítimas desses atores.³³¹ Qualquer ator com ou sem mandato que investigue tortura ou maus-tratos, ou cuja função tenha relação com a investigação de tortura ou maus-tratos, deve aderir aos padrões estabelecidos neste manual.

189. A Seção A descreve o objetivo geral de uma investigação sobre tortura ou maus-tratos. A Seção B estabelece os princípios básicos relativos à investigação e documentação eficazes da tortura e dos maus-tratos. A Seção C sugere procedimentos para a condução de uma investigação sobre suposta tortura ou maus-tratos, considerando primeiramente a decisão sobre a autoridade investigativa apropriada e, em seguida, oferece diretrizes relativas à coleta de depoimentos da vítima denunciada e de outras testemunhas e outras provas. A Seção D fornece diretrizes para o estabelecimento de uma comissão de inquérito independente. Essas diretrizes baseiam-se nas experiências de profissionais e na prática de vários países que estabeleceram comissões independentes para investigar supostos abusos de direitos humanos, inclusive execuções extrajudiciais, tortura e desaparecimentos. A Seção E descreve o papel dos(as) promotores(as), juizes(as) e outros(as) agentes na investigação de tortura ou maus-tratos. A Seção F estabelece princípios básicos sobre o uso de provas de tortura ou maus-tratos em outros procedimentos legais.

A. Objetivos de uma investigação sobre tortura ou maus-tratos

190. O objetivo geral da investigação é estabelecer os fatos relacionados a supostos incidentes de tortura ou maus-tratos, com o objetivo de identificar os(as) responsáveis pelos incidentes e facilitar seu julgamento, ou para uso no contexto de outros procedimentos destinados a obter reparação ou proteção para as vítimas. As questões abordadas aqui também podem ser relevantes para outros tipos de investigações de tortura ou maus-tratos. Para cumprir esse objetivo, aqueles(as) que realizam a investigação devem, no mínimo, procurar (a) obter depoimentos das vítimas da suposta tortura; (b) recuperar e preservar provas, inclusive médicas, relacionadas à suposta tortura ou maus-tratos para ajudar em qualquer possível processo contra os(as) responsáveis; (c) identificar possíveis testemunhas e perpetradores(as) e obter depoimentos deles(as) sobre a suposta tortura ou maus-tratos; e (d) determinar como, quando e onde os supostos incidentes de tortura ou maus-tratos ocorreram, bem como qualquer padrão ou prática em que tenham ocorrido, inclusive a identificação de locais e perpetradores(as) específicos(as), métodos usados e o papel da corrupção, além de outros fatores contextuais, como gênero, orientação sexual, identidade de gênero, deficiência, raça, etnia, nacionalidade, idade e *status* socioeconômico da(s) vítima(s).

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

191. Os princípios a seguir baseiam-se em normas jurídicas internacionais, conforme discutido no capítulo I, e em exemplos de boas práticas, representando um consenso entre indivíduos

.....
³³¹ Declaração sobre o Direito e a Responsabilidade dos Indivíduos, Grupos e Órgãos da Sociedade de Promover e Proteger os Direitos Humanos e Liberdades Fundamentais Universalmente Reconhecidos (Resolução n.º 53/144 da Assembleia Geral, anexo), *inter alia*, art. 9º; e conjunto atualizado de princípios para a proteção e promoção dos direitos humanos por meio de ações de combate à impunidade, princípio 19. 9; e conjunto atualizado de princípios para a proteção e promoção dos direitos humanos por meio de ações de combate à impunidade, princípio 19.

e organizações com experiência na investigação de tortura e maus-tratos. Os objetivos de uma investigação e documentação eficazes da tortura e dos maus-tratos incluem os seguintes (ver anexo I):

- (a) Esclarecimento dos fatos e estabelecimento e reconhecimento da responsabilidade individual e do Estado pelas vítimas e suas famílias;
- (b) Identificação das medidas necessárias para evitar a recorrência;
- (c) Facilitação de processos judiciais ou, conforme apropriado, sanções disciplinares para as pessoas indicadas pela investigação como responsáveis e demonstração da necessidade de reparação total e de indenização por parte do Estado, incluindo uma compensação financeira justa e adequada e o fornecimento de meios para cuidados médicos e reabilitação.³³²

1. Elementos do crime de tortura

192. Os fatos a serem determinados em uma investigação dependem dos elementos do crime (ou outro contexto legal) que está sendo investigado, conforme reconhecido na jurisdição ou perante o tribunal em questão. No caso da tortura, como definido no art. 1º da Convenção contra a Tortura, esses elementos consistem na infligência intencional de dor ou sofrimento severo, seja físico ou mental, o propósito relevante e o nível de envolvimento de pessoas agindo em uma capacidade oficial. Os elementos de punição ou tratamento cruel, desumano ou degradante consistem nas múltiplas formas de maus-tratos que foram identificadas em instrumentos internacionais, na jurisprudência e na prática relevante.³³³ A tortura ou os maus-tratos cometidos como elementos de crimes internacionais requerem a comprovação de elementos adicionais, como o nexos com um conflito armado para a tortura como crime de guerra, ou ser parte de um ataque generalizado ou sistemático contra qualquer população civil para a tortura como crime contra a humanidade.³³⁴ Os crimes baseados em gênero cometidos contra homens, mulheres, meninos, meninas ou pessoas transgênero ou intersexo, crimes raciais, étnicos ou de motivação política e crimes que abusam da vulnerabilidade, como de crianças ou pessoas com deficiência, podem merecer consideração especial. Eles podem constituir crimes concomitantes de tortura e estupro, ou tortura e outros delitos relevantes relacionados à forma específica de abuso, respectivamente.³³⁵ A investigação de tais crimes requer o estabelecimento de fatos, padrões e causas do crime, especialmente a discriminação, também com o objetivo de evitar a reincidência, incluindo medidas adequadas de proteção.

2. Investigações rápidas, independentes e eficazes

193. Os Estados devem estabelecer, de preferência em uma base estatutária, mecanismos com plenos poderes de investigação que sejam institucional e funcionalmente independentes, tais como comissões independentes de queixas policiais ou ouvidorias, para garantir a

.....
 332 A reparação adequada inclui restituição, indenização, reabilitação, satisfação e garantias de não repetição, conforme estabelecido nos Princípios Básicos e Diretrizes sobre o Direito a um Recurso e Reparação para Vítimas de Violações Graves do Direito Internacional dos Direitos Humanos e Violações Graves do Direito Internacional Humanitário. Consulte também o Comitê contra a Tortura, comentário geral n.º 3 (2012).

333 A/HRC/13/39, par. 60.

334 Veja, por exemplo, Tribunal Penal Internacional, Elementos dos Crimes (2010), arts. 7º (1) (f), 8º (2) (a) (ii)-1 e 8º (2) (c) (i)-4.

335 A/HRC/31/57, *inter alia*, pars. 51–53.

imparcialidade.³³⁶ Os órgãos de investigação devem refletir a diversidade das comunidades que atendem.³³⁷ Os Estados devem garantir que as queixas e denúncias de tortura ou maus-tratos sejam prontamente e efetivamente investigadas. Mesmo na ausência de uma denúncia expressa, uma investigação deve ser realizada sempre que houver motivos razoáveis para acreditar que um ato de tortura ou maus-tratos tenha sido cometido. Uma investigação imediata é essencial para garantir a proteção da vítima e para evitar o risco de que qualquer vestígio de tortura ou maus-tratos desapareça.³³⁸ As investigações devem ser iniciadas sem demora, ocorrendo dentro de horas ou, no máximo, alguns dias após a suspeita de tortura ter acontecido, e que sejam conduzidas rapidamente em todo o processo.³³⁹ A ausência de uma investigação rápida ou ágil não é justificativa para a falta de ação devido à passagem do tempo, pois a tortura e os maus-tratos não devem estar sujeitos a nenhum prazo de prescrição.³⁴⁰ As investigações devem ser realizadas de maneira imparcial, levando em conta prováveis conflitos de interesse, relações hierárquicas com possíveis suspeitos(as) e a conduta específica dos(as) investigadores(as).³⁴¹ Uma investigação imparcial deve ser minuciosa e incluir várias etapas essenciais de averiguação, inclusive uma investigação médica forense.³⁴² Os(As) investigadores(as), que devem ser independentes dos(as) autores(as) suspeitos(as) e do órgão ao qual servem, devem ser competentes e imparciais. Eles(as) devem ter acesso ou poder encomendar investigações a médicos(as) imparciais ou outros(as) especialistas. Os métodos usados devem atender aos mais altos padrões profissionais. A investigação deve ser conduzida de forma transparente e as vítimas, seus(suas) advogados(as) e a autoridade judicial devem ter acesso aos resultados. As autoridades devem coletar sistematicamente e publicar regularmente dados desagregados sobre o número, o conteúdo e o resultado das queixas e investigações relacionadas à tortura ou aos maus-tratos.³⁴³ Um órgão de análise independente deve ser encarregado de verificar o tratamento de queixas e investigações específicas relacionadas à tortura ou aos maus-tratos, mediante solicitação, e de examinar a eficácia dos procedimentos de queixas e investigações relevantes e apresentar um relatório anual sobre o assunto.³⁴⁴

3. Recursos, capacidade e competência adequados

194. A autoridade investigativa deve ter o poder e a obrigação de obter todas as informações necessárias para a investigação.³⁴⁵ As pessoas que conduzem a investigação devem ter à sua disposição todos os recursos orçamentários e técnicos necessários para uma

336 Conselho da Europa, "Opinion of the Commissioner for Human Rights concerning independent and effective determination of complaints against the police", CommDH (2009) 4, 12 de março de 2009.

337 Os órgãos de investigação devem se concentrar na incorporação de medidas antipreconceito em seu recrutamento, treinamento, educação e avaliação de investigadores(as). Consulte Michael H. Tulloch, *Report of the Independent Police Oversight Review* (Ontário, 2017), sects. 4.100, par. 9, e 4.730; e Comitê para a Eliminação da Discriminação Racial, recomendação geral n.º 31 (2005) par. 1 (b).

338 Comitê contra a Tortura, *Blanco Abad v. Espanha* (CAT/C/20/D/59/1996), par. 8.2.

339 Convenção contra a Tortura, arts. 12–13; e Convenção Interamericana para Prevenir e Punir a Tortura, art. 8º. Consulte também A/69/387, pars. 24 e 68 (a).

340 Tribunal Europeu de Direitos Humanos, *Cestaro v. Itália* (consulte a nota de rodapé 138), par. 208. Consulte também, por exemplo, CCPR/C/JOR/CO/5, par. 17 (a); e CAT/C/THA/CO/1, par. 9 (c).

341 Regras de Nelson Mandela, regra 57 (3).

342 Consulte, por exemplo, A/68/295.

343 Erik Svandize, *Effective Investigation of Ill-Treatment: Guidelines on European Standards*, 2. ed. (Conselho da Europa, 2014), p. 15 e 65; e Comitê contra a Tortura, comentário geral n.º 2 (2007), par. 23. Consulte também CAT/C/57/4, pars. 59 e 75.

344 Svandize, *Effective Investigation of Ill-Treatment*, p. 42 e 58; e Conselho da Europa, "Opinion of the Commissioner for Human Rights", pars. 80–87.

345 Em determinadas circunstâncias, a ética profissional pode exigir que as informações sejam mantidas em sigilo. Essas exigências devem ser respeitadas.

investigação eficaz. O órgão investigativo também deve ter autoridade para obrigar todos(as) aqueles(as) que atuam em uma capacidade oficial que supostamente estiveram envolvidos(as) em tortura ou maus-tratos para comparecer e testemunhar. O mesmo se aplica a qualquer testemunha. Para esse fim, a autoridade investigativa tem o direito de emitir intimações para testemunhas, incluindo quaisquer funcionários(as) supostamente envolvidos(as), e de exigir a apresentação de provas.

4. Medidas de proteção

195. As supostas vítimas de tortura ou maus-tratos, testemunhas e aqueles(as) que conduzem a investigação e suas famílias devem ser protegidos(as) contra violência, ameaças de violência ou qualquer outra forma de intimidação ou represálias que possam surgir durante a investigação. As pessoas potencialmente implicadas em tortura ou maus-tratos devem ser removidas de qualquer posição de controle ou poder, seja direto ou indireto, sobre os(as) reclamantes, testemunhas ou suas famílias, bem como sobre aqueles(as) que conduzem a investigação.³⁴⁶ Além disso, os Estados devem tomar as medidas necessárias para proteger as vítimas e/ou testemunhas, como transferi-las para um local seguro (por exemplo, proteção de testemunhas e casas seguras).

5. Direitos das vítimas no contexto de investigações

196. As supostas vítimas de tortura ou maus-tratos têm o direito de se queixar de tal tratamento e de ter tais queixas examinadas pronta e imparcialmente, bem como o direito a um recurso eficaz.³⁴⁷ Os Estados devem garantir que o direito de reclamar possa ser exercido de forma eficaz. Isso inclui o direito: (a) de ser informado(a) sobre os recursos e procedimentos de reclamação disponíveis;³⁴⁸ (b) de ter acesso a um(a) advogado(a), a um(a) médico(a) (ao ser levado(a) sob custódia e regularmente durante a detenção), a membros da família³⁴⁹ e a representantes diplomáticos(as) e consulares (para estrangeiros(as)³⁵⁰ e para refugiados(as) e apátridas);³⁵¹ (c) a apresentar queixas de forma oportuna e confidencial;³⁵² e (d) a ter acesso a órgãos judiciais e de monitoramento externos.³⁵³ “As queixas sobre tortura devem ser registradas por escrito, e um exame médico forense (inclusive, se apropriado, por um(a) psiquiatra forense) deve ser imediatamente ordenado”.³⁵⁴ É também de interesse público que qualquer pessoa possa fazer alegações de tortura ou maus-tratos, ou denunciar tortura ou maus-tratos, sem o risco de que essas pessoas, seus familiares, representantes legais e defensores(as) dos direitos

346 Regras de Nelson Mandela, regra 71 (3).

347 Comitê contra a Tortura, comentário geral n.º 3 (2012), pars. 25 e 33–34.

348 Conjunto de Princípios para a Proteção de Todas as Pessoas sob Qualquer Forma de Detenção ou Prisão, princípio 13; e Regras de Nelson Mandela, regra 54 (b).

349 Conjunto de Princípios para a Proteção de Todas as Pessoas Sujeitas a Qualquer Forma de Detenção ou Prisão, princípios 15–19 e 24–25; Regras de Nelson Mandela, regras 58–61; e Comitê Europeu para a Prevenção da Tortura, “12º relatório geral sobre as atividades do CPT abrangendo o período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2001”, CPT/Inf (2002) 15, par. 40. Ver, sobre serviços de saúde em detenção, Regras de Nelson Mandela, regras 24–35; e Svandize, *Effective Investigations of Ill-Treatment*, p. 25–30.

350 Regras de Nelson Mandela, regra 62 (1); Conjunto de Princípios para a Proteção de Todas as Pessoas sob Qualquer Forma de Detenção ou Prisão, princípio 16 (2); e Convenção de Viena sobre Relações Consulares, art. 36 (1).

351 Regras de Nelson Mandela, regra 62 (2).

352 *Ibid.*, regras 56–57; Conjunto de Princípios para a Proteção de Todas as Pessoas Sujeitas a Qualquer Forma de Detenção ou Prisão, princípio 33 (1)–(3); e Svandize, *Effective Investigations of Ill-Treatment*, p. 35–37.

353 Regras de Nelson Mandela, regra 56 (3); e Conjunto de Princípios para a Proteção de Todas as Pessoas sob Qualquer Forma de Detenção ou Prisão, princípios 29 e 33 (4). Consulte também a Comissão Interamericana de Direitos Humanos, Relatório sobre os Direitos Humanos das Pessoas Privadas de Liberdade nas Américas (2011), par. 254.

354 A/62/221, par. 53 (a). Consulte também Comitê contra a Tortura, comentário geral n.º 3 (2012), par. 25.

humanos sejam expostos(as) a consequências adversas em decorrência da apresentação e do prosseguimento de uma denúncia.³⁵⁵

197. As supostas vítimas de tortura ou maus-tratos e seus(suas) representantes legais devem ser informados(as) e ter acesso a qualquer audiência, bem como a todas as informações relevantes para a investigação, e devem ter o direito de apresentar outras provas. Além disso, eles(as) devem poder contestar as medidas investigativas, ou a falta delas, perante um órgão independente e, quando necessário, receber assistência jurídica.³⁵⁶ As autoridades devem garantir os direitos das vítimas à segurança, privacidade e integridade física e mental, e tomar medidas para minimizar o risco de traumatização durante o curso das investigações e outros procedimentos legais relevantes.³⁵⁷ Em casos de investigação de violência ou abuso sexual de crianças ou outras pessoas vulneráveis, as autoridades devem adotar uma abordagem que leve totalmente em consideração as características das vítimas e o impacto da forma específica de tortura.

6. Comissão de inquérito independente

198. Nos casos em que os procedimentos de investigação estabelecidos forem inadequados devido à falta de conhecimento especializado ou suspeita de parcialidade, ou devido à existência aparente de um padrão de abuso, ou por outras razões substanciais, os Estados devem garantir que as investigações sejam realizadas por uma comissão independente de inquérito ou procedimento semelhante. Os membros de tal comissão devem ser escolhidos por sua reconhecida imparcialidade, competência e independência como indivíduos. Em particular, eles devem ser independentes de qualquer suspeito(a) de ser o(a) autor(a) do crime e das instituições ou órgãos aos quais possam servir. A comissão deve ter autoridade para obter todas as informações necessárias para o inquérito e deve conduzi-lo conforme previsto nesses princípios.³⁵⁸ Um relatório por escrito, elaborado dentro de um prazo razoável, deve incluir o escopo do inquérito, os procedimentos e métodos usados para avaliar as evidências, bem como as conclusões e recomendações baseadas em constatações de fatos e na legislação aplicável. A publicação das conclusões deve estar de acordo com os melhores interesses das vítimas. Portanto, deve levar em conta o dever de confidencialidade nos exames e o risco para a integridade das vítimas como resultado da divulgação das descobertas. Também deve descrever detalhadamente os eventos específicos que foram considerados e as evidências nas quais tais descobertas se basearam, além de listar os nomes das testemunhas que depuseram com exceção daquelas cujas identidades foram mantidas em sigilo para sua própria proteção. O Estado deve, dentro de um período de tempo razoável, responder ao relatório da investigação e, conforme apropriado, indicar as medidas a serem tomadas em resposta (consulte os parágrafos 238–251 abaixo).

.....
355 A/69/387, par. 55.

356 Svandize, *Effective Investigation of Ill-Treatment*, p. 58, par. 4.5.1.

357 Comitê contra a Tortura, comentário geral n.º 3 (2012), par. 21; e Sara Ferro Ribeiro e Danaé van der Straten Ponthoz, *International Protocol on the Documentation and Investigation of Sexual Violence in Conflict – Best Practice on the Documentation of Sexual Violence as a Crime or Violation of International Law*, 2. ed. (Londres, 2017), p. 239, que lista as seguintes estratégias para mitigar a retraumatização: (a) garantir a segurança física e emocional antes, durante e depois da entrevista; (b) promover a confiabilidade; (c) escolha; (d) colaboração e participação; e (e) empoderamento.

358 Em determinadas circunstâncias, a ética profissional pode exigir que as informações sejam mantidas em sigilo. Essas exigências devem ser respeitadas.

7. Relatório do(a) perito(a) médico(a)

199. Os(As) peritos(as) médicos(as) envolvidos(as) na investigação de tortura ou maus-tratos devem se comportar sempre em conformidade com os mais altos padrões éticos e, em especial, devem obter consentimento informado antes de realizar qualquer exame. O exame deve estar em conformidade com os padrões estabelecidos de prática médica. Em particular, os exames devem ser realizados privadamente, sob o controle do(a) médico(a) perito(a) e fora da presença de agentes de segurança e outros(as) funcionários(as) do governo. O(A) médico(a) perito(a) deve preparar prontamente um relatório escrito preciso. Esse relatório deve incluir pelo menos o seguinte (consulte o anexo I):
- (a) *As circunstâncias da entrevista.* O nome do sujeito e o nome e a afiliação das pessoas presentes no exame; a hora e a data exatas, o local, a natureza e o endereço da instituição (incluindo, quando apropriado, a sala) onde o exame está sendo realizado (por exemplo, centro de detenção, clínica ou casa); quaisquer circunstâncias apropriadas no momento do exame (por exemplo, a natureza de quaisquer restrições na chegada ou durante o exame, a presença de forças de segurança durante o exame, o comportamento das pessoas que acompanham o(a) prisioneiro(a) e quaisquer declarações ameaçadoras ao(à) examinador[a]); e quaisquer outros fatores relevantes;
 - (b) *O histórico.* Um registro detalhado do relato do sujeito sobre os eventos, conforme feito durante a entrevista, incluindo os métodos alegados de tortura ou maus-tratos, o momento em que a tortura ou os maus-tratos supostamente ocorreram e todas as queixas de sintomas físicos e psicológicos;
 - (c) *Um exame físico e psicológico.* Um registro de todos os achados físicos e psicológicos no exame clínico, incluindo testes diagnósticos apropriados, diagramas corporais para registrar a localização e a natureza de todas as lesões e, quando possível, fotografias coloridas de todas as lesões;
 - (d) *Uma opinião.* Uma interpretação quanto à provável relação dos achados físicos e psicológicos com possíveis torturas ou maus-tratos. Uma recomendação relativa a qualquer tratamento médico e/ou psicológico necessário ou exame(s) adicional(is) também será dada;
 - (e) *Um registro de autoria.* O relatório deve identificar claramente as pessoas que realizaram o exame e sua autoridade e deve ser assinado.
200. Os relatórios devem ser confidenciais e comunicados aos sujeitos ou a seus(suas) representantes indicados(as). Os relatórios devem ser fornecidos por escrito, quando apropriado, à autoridade responsável pela investigação da alegação de tortura ou maus-tratos. É responsabilidade do Estado garantir que os relatórios sejam entregues de forma segura a essas pessoas. Os relatórios não devem ser disponibilizados a nenhuma outra pessoa, exceto com o consentimento dos sujeitos ou quando autorizado por um tribunal com poderes para executar a transferência. Para considerações gerais sobre relatórios escritos após alegações de tortura, consulte o capítulo IV. Os capítulos V e VI descrevem em detalhes as avaliações físicas e psicológicas, respectivamente.

C. Procedimentos envolvidos em uma investigação de tortura ou maus-tratos

1. Determinação do órgão de investigação apropriado

201. Os Estados devem assegurar que qualquer investigação de tortura seja realizada por um órgão independente e imparcial, que não tenha vínculos institucionais com o(a/os/as) suposto(a/os/as) perpetrador(a/es/as) e que não seja tendencioso.³⁵⁹ Em casos em que pessoas agindo em caráter oficial sejam suspeitas de envolvimento em tortura, incluindo possíveis ordens para o uso de tortura por parte de ministros(as), assessores(as) ministeriais, oficiais agindo com o conhecimento de ministros(as), oficiais de alto escalão em ministérios do Estado, líderes militares de alto escalão ou outros(as) em posições similares de autoridade, ou tolerância à tortura por parte de tais indivíduos, uma investigação objetiva e imparcial pode não ser possível a menos que um órgão independente especialmente constituído seja estabelecido (como uma comissão de inquérito). Um órgão investigativo independente especialmente constituído também pode ser necessário em situações em que o interesse público seria atendido, particularmente nos casos em que as investigações por meio de órgãos regulares de investigação são questionados devido à falta de capacidade, especialização ou imparcialidade ou por outros motivos, incluindo a importância do assunto, a existência aparente de um padrão de abuso, reclamações da pessoa ou outros motivos substanciais.
202. Os Estados devem considerar os seguintes fatores ao decidir estabelecer um órgão ou mecanismo independente especialmente constituído, como uma comissão de inquérito. Primeiro, as pessoas sujeitas a um inquérito devem ter asseguradas as garantias processuais mínimas reconhecidas pelo direito internacional em todos os estágios da investigação. Em segundo lugar, os(as) investigadores(as) devem ter o apoio de pessoal técnico e administrativo adequado, bem como acesso à assessoria jurídica objetiva e imparcial para garantir que a investigação produzirá provas admissíveis para processos criminais ou outros processos legais. Terceiro, os(as) investigadores(as) devem receber o escopo completo dos recursos e poderes do Estado. Por fim, os(as) investigadores(as) devem ter o poder de buscar ajuda da comunidade internacional de especialistas em direito e medicina.
203. Os Estados devem “assegurar que os princípios fundamentais de investigação (...) sejam (...) oficialmente reconhecidos entre os departamentos e funcionários(as) relevantes, inclusive promotores(as), advogados(as) de defesa, juízes(as), agentes da lei, funcionários(as) penitenciários(as) e militares, profissionais forenses e de saúde e os(as) responsáveis pela assistência médica aos(às) detentos(as)”.³⁶⁰ Os Estados devem oferecer treinamento e orientação e instruções adequadas sobre as normas internacionais relativas à investigação de tortura ou maus-tratos, conforme estabelecido neste manual, e sobre boas práticas a todas as pessoas envolvidas em investigações relevantes e outros procedimentos legais.³⁶¹ Tais medidas devem incluir um enfoque em considerações específicas aplicáveis em casos

.....
359 Regras de Nelson Mandela, regra 71; Comitê contra a Tortura, comentário geral n.º 3 (2012), par. 23; e CAT/C/DEU/CO/5, par. 19.

360 A/69/387, par. 66.

361 Comitê contra a Tortura, comentário geral n.º 3 (2012), par. 35; e Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Espinoza Gonzáles v Peru*, pars. 323–327.

de investigação de violência ou abuso sexual de crianças ou outras pessoas vulneráveis, como a necessidade de uma abordagem sensível ao gênero e à criança.

2. Planejamento e preparação de uma investigação

204. Os órgãos de investigação devem planejar e preparar cuidadosamente suas investigações sobre tortura ou maus-tratos. As considerações essenciais de planejamento incluem, em particular: (a) realizar avaliações completas e dinâmicas de riscos e ameaças; (b) selecionar, treinar e avaliar os membros da equipe de investigação (incluindo investigadores(as), possíveis intérpretes, intermediários(as), analistas e pessoal de apoio); (c) preparar um plano de investigação por escrito; (d) mapear os serviços de apoio para o qual a vítima pode ser encaminhada conforme necessário; (e) considerar quais evidências devem ser coletadas e como registrar, armazenar, transportar, organizar e analisar essas evidências com segurança e de modo apropriado; (f) estabelecer códigos de conduta e procedimentos operacionais padrão, inclusive procedimentos adequados de autocuidado para minimizar o risco de trauma secundário para os membros da equipe de investigação; (g) selecionar um local de entrevista que seja seguro, privado, neutro e confortável; e (h) estabelecer medidas de proteção para vítimas e testemunhas.
205. Considerando que pode haver vários atores (nacionais e internacionais) com diferentes deveres relacionados à investigação de tortura ou maus-tratos, os(as) investigadores(as) precisam estar cientes, desde os estágios iniciais e durante toda a investigação, da necessidade de coordenação. Eles(as) devem estar equipados(as) com conhecimentos e habilidades sobre o uso da consolidação de depoimentos. Os(As) investigadores(as) e outros(as) agentes devem procurar evitar a coleta de depoimentos adicionais ou duplicados de vítimas e testemunhas em casos em que elas já tenham sido entrevistadas, especialmente para evitar o risco de retraumatização e de minar a confiança no trabalho e na eficácia dos procedimentos judiciais. Isso inclui a adoção de uma abordagem de equipe que envolva investigadores(as) legais e médicos(as) legistas, que também querem e precisam obter um histórico detalhado dos eventos.

3. Condução de uma investigação

206. Os órgãos de investigação devem conduzir, da forma mais rápida e expedita possível, toda a gama de medidas investigativas geralmente reconhecidas com o objetivo de estabelecer um registro que seja tão abrangente e preciso quanto possível nas circunstâncias do caso específico. Essas etapas investigativas incluem a coleta de: (a) evidências testemunhais (ou seja, entrevistas com as supostas vítimas, testemunhas e o suposto(a) perpetrador(a)³⁶²; (b) provas físicas, incluindo provas forenses; (c) provas digitais; e (d) provas documentais, tanto em relação a atos específicos de tortura ou maus-tratos e elementos relevantes do crime, quando apropriado, quanto a padrões mais amplos de tortura e maus-tratos.

(a) Entrevista com as supostas vítimas e outras testemunhas

207. Devido à natureza dos casos de tortura e ao trauma que as pessoas sofrem como resultado, muitas vezes incluindo uma sensação devastadora de impotência, é particularmente

.....
 362 Para obter orientação sobre entrevistas eficazes e implementação de salvaguardas durante o interrogatório, consulte os Princípios sobre Entrevistas Eficazes para Investigações e Coleta de Informações (2021). Disponível em www.apt.ch/sites/default/files/publications/apt_PoEI_EN_08.pdf.

importante demonstrar sensibilidade para com a suposta vítima de tortura e outras testemunhas, implementando medidas e procedimentos que reduzam o risco de mais traumatização ou retraumatização.³⁶³ O Estado deve proteger as supostas vítimas de tortura e as testemunhas e suas famílias contra a violência, ameaças de violência ou qualquer outra forma de intimidação que possa surgir em decorrência da investigação. Os(As) investigadores(as) devem informar as testemunhas sobre as consequências de seu envolvimento na investigação e sobre qualquer desenvolvimento posterior do caso que possa afetá-las.

(i) Consentimento informado e outras proteções para as supostas vítimas

208. Desde o início, as supostas vítimas devem ser informadas, sempre que possível, sobre a natureza do processo, por que suas provas estão sendo solicitadas e se e como as provas oferecidas por elas podem ser usadas. Os(As) investigadores(as) devem explicar às supostas vítimas quais partes da investigação serão informações públicas e quais serão confidenciais e estabelecer um mecanismo para fazer essas determinações. Todo esforço deve ser feito para acomodar a agenda e os desejos das supostas vítimas. As supostas vítimas devem ser informadas regularmente sobre o andamento da investigação, especialmente após as entrevistas e exames. As supostas vítimas também devem ser notificadas de todas as audiências importantes na investigação e no julgamento do caso. Os(As) investigadores devem informar as supostas vítimas sobre a prisão dos(as) supostos(as) perpetradores(as). As supostas vítimas de tortura ou maus-tratos devem receber informações de contato de grupos de defesa e tratamento que possam dar assistência a elas. Os(As) investigadores(as) devem trabalhar com esses grupos dentro de sua jurisdição para garantir que haja uma troca mútua de informações e treinamento sobre tortura e maus-tratos.
209. A busca do consentimento informado das crianças envolve seus pais ou responsáveis legais, mas também leva em consideração um possível consentimento independente da criança, além do consentimento dos(as) adultos(as) responsáveis. Isso requer a consideração da proteção dos melhores interesses da criança (consulte o parágrafo 170 e o anexo II abaixo).

(ii) Seleção do(a) pesquisador(a)

210. As autoridades que estão investigando o caso devem identificar uma pessoa que seja a principal responsável por entrevistar as supostas vítimas. Embora as supostas vítimas possam precisar discutir seu caso com profissionais jurídicos e médicos, a equipe de investigação deve fazer todos os esforços para minimizar a repetição desnecessária de tais relatos de pessoas sobre os eventos. Ao selecionar uma pessoa como investigador(a) principal responsável pelas supostas vítimas, deve-se levar em consideração a preferência das supostas vítimas por uma pessoa do mesmo sexo, com a mesma formação cultural ou com a capacidade de se comunicar em seu idioma nativo. O(A) investigador(a) principal deve ter treinamento ou experiência prévia em documentar a tortura e em trabalhar com vítimas de trauma, inclusive tortura. Se for o caso, o(a) investigador(a) principal

.....
 363 Comitê contra a Tortura, comentário geral n.º 3 (2012), par. 21. Com relação à necessidade de "treinamento metodológico a fim de evitar a retraumatização das vítimas de tortura ou maus-tratos", consulte o comentário geral n.º 3 (2012), par. 35.

também deve ter conhecimentos específicos para lidar com crianças vítimas de tortura ou maus-tratos, ou vítimas de tortura sexual. Crianças que possam ter sido traumatizadas pela tortura não devem ser isoladas do contato positivo e solidário de adultos(as). A qualidade das provas pode ser comprometida se as crianças forem entrevistadas por pessoas sem as habilidades apropriadas, portanto, somente investigadores(as) com experiência suficiente em entrevistar crianças ou com conhecimento para trabalhar com elas devem participar de entrevistas com crianças vítimas de tortura ou maus-tratos. Entrevistas que não são conduzidas adequadamente podem retraumatizar as vítimas, colocá-las em risco adicional, afetar a qualidade e a confiabilidade das informações fornecidas e distorcer a memória das vítimas sobre os eventos.³⁶⁴ Ao mesmo tempo, ao ter o cuidado de garantir que as crianças sejam entrevistadas por profissionais com habilidades apropriadas, as crianças não devem ser isoladas por medo de contaminar as evidências daqueles(as) que devem continuar a ter contato normal e cuidadoso com elas. O bem-estar e os melhores interesses da criança devem ser primordiais em todos os momentos. Informações e orientações sobre tortura e como entrevistar vítimas de tortura estão disponíveis em fontes, como este manual, e várias outras publicações profissionais e de treinamento, cursos de treinamento e conferências profissionais.³⁶⁵ O(A) investigador(a) também deve ter acesso à consultoria e assistência de especialistas internacionais durante toda a investigação.

(iii) Contexto da investigação

211. Os(As) investigadores(as) devem considerar cuidadosamente o contexto em que estão trabalhando, tomar as medidas necessárias e precauções e fornecer as devidas salvaguardas. Se estiver entrevistando pessoas que ainda estejam presas ou em situações semelhantes em que haja possibilidade de represálias, o(a) entrevistador(a) deve tomar cuidado para não colocá-las em perigo. Ele(a) deve escolher um local para uma entrevista particular onde a testemunha se sinta à vontade para falar livremente, tanto quanto possível, e fazer todos os esforços para obter essas condições.
212. As investigações ocorrem em uma variedade de contextos políticos. Isso resulta em diferenças importantes na maneira pela qual as investigações devem ser conduzidas. O(A) investigador(a) deve adaptar as seguintes diretrizes de acordo com a situação específica e o objetivo da investigação.
213. As investigações que ocorrem em contextos desafiadores, como durante conflitos armados ou em contextos de recursos extremamente limitados, devem, no entanto, tomar

.....
 364 Ferro Ribeiro e van der Straten Ponthoz, *International Protocol on the Documentation and Investigation of Sexual Violence*, p. 161.

365 Os materiais incluem Polona Tepina, *The Torture Reporting Handbook: How to Document and Respond to Allegations of Torture within the International System for the Protection of Human Rights*, 2. ed. (Colchester, Human Rights Centre, University of Essex, 2015), incluindo apêndices que listam instrumentos relevantes e informações e leituras adicionais; Svandize, *Effective Investigation of Ill-Treatment*, que tem seis apêndices, incluindo documentos europeus importantes; *Asia Pacific Forum of National Human Rights Institutions, Undertaking Effective Investigations: A Guide for National Human Rights Institutions* (Sydney, 2013, atualizado em 2018); *Association for the Prevention of Torture, Asia Pacific Forum of National Human Rights Institutions e OHCHR, Preventing Torture: An Operational Guide for National Human Rights Institutions* (Genebra, 2010); *Redress Trust, Taking Complaints of Torture Seriously: Rights of Victims and Responsibilities of Authorities* (Londres, 2004); e Foley, *Combating Torture* (consulte a nota de rodapé 240). Sobre violência sexual, consulte Comissão Africana de Direitos Humanos e dos Povos, *Guidelines on Combating Sexual Violence and its Consequences in Africa* (2017); e Ferro Ribeiro e van der Straten Ponthoz, *International Protocol on the Documentation and Investigation of Sexual Violence*. Para entrevistas de vítimas de abuso infantil, consulte Estados Unidos da América, Instituto Nacional de Saúde Infantil e Desenvolvimento Humano, “*Revised NICHD Protocol: interview guide*” (2014).

todas as medidas razoáveis para cumprir as normas estabelecidas neste manual.³⁶⁶ Em situações em que o cumprimento estrito das normas se mostre impossível, por exemplo, em contextos em que a capacidade ou os recursos não estejam presentes, os Estados devem se esforçar para recorrer à experiência e ao apoio internacionais a fim de cumprir suas obrigações.

214. O contexto político pode ser hostil em relação à suposta vítima e ao(à) examinador(a), por exemplo, quando os(as) detidos(as) são entrevistados(as) enquanto estão presos(as) por seus governos ou enquanto estão detidos(as) por governos estrangeiros para serem deportados(as). Nos países em que os(as) solicitantes de asilo são examinados(as) a fim de estabelecer evidências de tortura ou maus-tratos, a relutância em reconhecer as alegações de trauma, tortura ou maus-tratos pode ter motivação política. A possibilidade de colocar ainda mais em risco a segurança do(a) detento(a) é muito real e deve ser levada em consideração durante todas as partes do processo investigativo. Mesmo nos casos em que as pessoas que alegam tortura ou maus-tratos não estiverem em perigo iminente, os(as) investigadores(as) devem ter muito cuidado ao entrar em contato com elas. A escolha da linguagem e da atitude do(a) investigador(a) afetará muito a capacidade e a disposição da suposta vítima para ser entrevistada. O local da entrevista deve ser o mais seguro e confortável possível, incluindo acesso a banheiros e bebidas. Deve-se reservar tempo suficiente para entrevistar a suposta vítima. Os(As) investigadores(as) não devem esperar obter o relato completo dos eventos durante a primeira entrevista. Perguntas de natureza privada podem ser traumáticas para a suposta vítima. O(A) investigador(a) deve ser sensível no tom, na formulação e na sequência das perguntas, dada a natureza traumática do depoimento da suposta vítima. A testemunha deve ser informada do direito de interromper o interrogatório a qualquer momento, de fazer um intervalo, se necessário, ou de optar por não responder a qualquer pergunta.
215. Conselheiros(as) psicológicos(as) ou pessoas treinadas para trabalhar com vítimas de tortura devem estar acessíveis, se possível, à suposta vítima, às testemunhas e aos membros da equipe de investigação. Relatar os fatos da tortura ou maus-tratos pode fazer com que a pessoa reviva a experiência ou sofra outros sintomas relacionados ao trauma (ver parágrafos 277–280 abaixo). Ouvir detalhes da tortura pode resultar em sintomas de trauma secundário para os(as) entrevistadores(as), e eles(as) devem ser incentivados(as) a discutir suas reações uns(umas) com os(as) outros(as), respeitando suas exigências éticas profissionais de confidencialidade. Sempre que possível, isso deve ser feito com a ajuda de um(a) facilitador(a) experiente. Há dois riscos específicos dos quais se deve estar ciente: primeiro, há o perigo de que os(as) entrevistadores(as) podem se identificar com as pessoas que alegam tortura e não questionar suficientemente o relato dos acontecimentos; e, segundo, os(as) entrevistadores(as) podem ficar tão acostumados(as) a ouvir histórias de tortura que diminuam em suas próprias mentes as experiências da pessoa que está sendo entrevistada.

.....
³⁶⁶ Consulte também o Tribunal Europeu de Direitos Humanos, *Mocanu e outros v. Romênia*, petição n.º 10865/09, n.º 45886/07 e n.º 32431/08, Sentença, 17 de setembro de 2014, par. 319: “Mesmo quando os eventos que levam ao dever de investigar ocorrem em um contexto de violência generalizada e os(as) investigadores(as) são confrontados(as) com obstáculos e restrições que obrigam o uso de medidas menos eficazes de investigação ou fazem com que uma investigação seja adiada, o fato é que os arts. 2º e 3º (da Convenção Europeia de Direitos Humanos, o direito à vida e a proibição da tortura, respectivamente) implicam que todas as medidas razoáveis devem ser tomadas para garantir que uma investigação eficaz e independente seja conduzida.”

(iv) Segurança da testemunha

216. O depoimento da vítima é fundamental para estabelecer a ocorrência de tortura ou maus-tratos. Outras testemunhas desempenham um papel importante nas investigações de tortura ou maus-tratos, inclusive como testemunhas oculares de atos ou omissões relevantes, ou testemunhando sobre a condição da suposta vítima antes e depois da provável tortura ou maus-tratos, sobre as condições de detenção, outras circunstâncias relevantes, as identidades dos(as) perpetradores(as) ou como testemunhas especializadas. As testemunhas podem ser vulneráveis, não cooperativas ou hostis e, portanto, podem representar um desafio para as autoridades de investigação. Os Estados precisam considerar a difícil posição em que as testemunhas normalmente se encontram quando envolvidas em investigações de tortura ou maus-tratos. O Estado é responsável por proteger os(as) reclamantes, as vítimas e as testemunhas, suas famílias e representantes legais, e os(as) defensores(as) dos direitos humanos contra violência, ameaças de violência ou quaisquer outras formas de intimidação que possam surgir em decorrência da investigação e de medidas investigativas específicas, como desfiles de identificação. As pessoas potencialmente implicadas em tortura ou maus-tratos devem ser removidas de qualquer posição de controle ou poder, seja ele direto ou indireto, sobre reclamantes, testemunhas e suas famílias, bem como aqueles(as) que conduzem as investigações. Os(As) investigadores(as) devem considerar constantemente o efeito da investigação sobre a segurança da pessoa que alega tortura ou maus-tratos e de outras testemunhas. Os direitos das testemunhas, como o direito à privacidade, só podem sofrer interferência na medida absolutamente necessária para a investigação e em conformidade com as normas internacionais reconhecidas de direitos humanos.
217. Uma técnica sugerida para proporcionar uma medida de segurança aos(as) entrevistados(as), inclusive às pessoas privadas de liberdade em países em situação de conflito, é manter um registro seguro das identidades das pessoas visitadas para que os(as) investigadores(as) possam acompanhar a segurança desses indivíduos durante uma visita de retorno. Os(As) investigadores(as) devem ter permissão para falar com qualquer pessoa, livremente e em particular, e devem ter permissão para repetir uma visita à mesma pessoa (portanto, a necessidade de identidades rastreáveis dos(as) entrevistados[as]). Nem todos os países aceitam essas condições e os(as) investigadores(as) podem ter dificuldade em obter tais garantias. Nos casos em que as testemunhas possam ser colocadas em perigo por causa de seu depoimento, o(a) investigador(a) deve procurar outras formas de evidência mencionadas neste capítulo que possam ser garantidas sem criar esse risco.
218. As pessoas privadas de liberdade correm um risco maior de sofrer represálias como resultado de sua cooperação com os(as) investigadores(as). As pessoas privadas de liberdade podem ter reações diferentes a situações diferentes. Em uma situação, as pessoas privadas de liberdade podem, sem querer, se colocar em perigo ao se manifestar de forma muito precipitada, pensando que estão protegidas pela própria presença do(a) investigador(a) “externo(a)”. Esse pode não ser o caso. Em outras situações, os(as) investigadores(as) podem se deparar com um “muro de silêncio”, pois as pessoas privadas de liberdade podem se sentir intimidadas demais para confiar em alguém, mesmo quando lhes são oferecidas conversas em particular. Nessa última situação, pode ser necessário começar com “informações em grupo” (mas não com entrevistas em grupo), para poder explicar

claramente o escopo e o objetivo da investigação e, posteriormente, oferecer entrevistas em particular com as pessoas que desejarem falar. Se o medo de represálias, justificadas ou não, for muito grande, pode ser necessário entrevistar todas as pessoas privadas de liberdade em um determinado local de custódia, para não apontar nenhuma pessoa específica. Em situações nas quais uma investigação levar a um processo judicial ou a outro fórum público de apuração da verdade, o(a) investigador(a) deve recomendar medidas para evitar danos à suposta vítima, como a exclusão de nomes e outras informações que identifiquem a pessoa nos registros públicos ou a oferta da oportunidade de testemunhar por meio de dispositivos de alteração de imagem ou voz ou de circuito fechado de televisão. Essas medidas devem ser compatíveis com os direitos do(a) acusado(a).

(v) *Uso de intérpretes*

219. Os(As) intérpretes desempenham um papel fundamental nas investigações. O(A) intérprete é o(a) guardião(ã) e o canal para o fluxo de informações entre o(a) entrevistador(a) e o(a) entrevistado(a). A ausência de um(a) bom(a) intérprete pode comprometer a eficácia da investigação. Trabalhar com um(a) intérprete ao investigar a tortura não é fácil, mesmo com profissionais (ver parágrafos 296–298 abaixo). Nem sempre será possível ter intérpretes à disposição para todos os idiomas e dialetos diferentes e, às vezes, pode ser necessário usar intérpretes da família ou do grupo cultural da pessoa. Isso não é o ideal, pois as pessoas nem sempre se sentem à vontade para falar sobre a experiência de tortura ou maus-tratos com pessoas que conhecem. Não se deve esperar que crianças interpretem para seus pais em entrevistas relacionadas a tortura ou maus-tratos. O ideal é que o(a) intérprete faça parte da equipe de investigação, com treinamento profissional comprovado, e com conhecimento sobre tortura e questões de maus-tratos, bem como palavras e eufemismos usados para se referir a partes do corpo e atos sexuais, a fim de reconhecer dicas se a tortura sexual estiver sendo revelada e reagir adequadamente. Ao entrevistar crianças, somente intérpretes que tenham recebido treinamento especial e tenham experiência prévia de trabalho com crianças devem ser utilizados(as) (consulte o anexo II). Os(As) intérpretes devem: (a) falar diretamente com as vítimas e testemunhas; (b) usar apenas discurso direto (“você pode descrever o que aconteceu?” e não “o investigador está perguntando o que aconteceu”); (c) usar técnicas de escuta ativa (postura, aceno de cabeça e contato visual respeitoso); (d) ser capaz de controlar suas reações emocionais e demonstrar empatia e sensibilidade; e (e) não editorializar, ou seja, interpretar exatamente o que foi dito e nada mais.

(vi) *Informações a serem obtidas da pessoa que supostamente foi torturada ou sofreu maus-tratos*

220. O(A) investigador(a) deve tentar obter o máximo possível das seguintes informações por meio do testemunho da suposta vítima (ver parágrafos 360–370 abaixo):
- (a) As circunstâncias que levaram à alegada tortura ou maus-tratos, inclusive ameaças, assédio, insultos, prisão ou sequestro e detenção;
 - (b) Datas e horários aproximados da possível tortura ou maus-tratos, inclusive quando ocorreu a última instância de tortura ou maus-tratos. Estabelecer essas informações pode não ser fácil, pois pode haver vários locais e supostos(as) perpetradores(as) (ou grupos de supostos(as) perpetradores[as]) envolvidos(as). Talvez seja necessário

registrar histórias separadas sobre os diferentes lugares. Espera-se que as cronologias sejam imprecisas e, às vezes, até mesmo confusas; as noções de tempo costumam ser difíceis de serem focadas por alguém que foi torturado ou sofreu maus-tratos. Histórias separadas sobre diferentes lugares podem ser úteis quando se tenta obter uma visão global da situação. Os(AS) sobreviventes geralmente não sabem exatamente para onde foram levados(as), pois foram vendados(as) ou ficaram semiconscientes. Ao reunir testemunhos convergentes, pode ser possível “mapear” locais, métodos e até mesmo perpetradores(as) específicos;

- (c) Uma descrição detalhada das pessoas direta ou indiretamente envolvidas na suposta prisão, detenção e tortura ou maus-tratos, incluindo a estrutura de comando do local de detenção, se conheciam algumas delas antes dos eventos relacionados à possível tortura ou maus-tratos, roupas, cicatrizes, marcas de nascença, tatuagens, altura, peso (as vítimas podem ser capazes de descrever os(as) supostos(as) torturadores(as) ou as pessoas que cometeram os maus-tratos em relação ao seu próprio tamanho), qualquer coisa incomum sobre a anatomia do(a) perpetrador(a), idioma e sotaque, nomes, incluindo apelidos usados, e se os(as) supostos(as) perpetradores(as) estavam intoxicados(as) em algum momento;
- (d) Detalhes do que foi dito ou perguntado à pessoa. Por exemplo, isso pode fornecer informações relevantes ao tentar identificar locais de detenção secretos ou não reconhecidos;
- (e) Uma descrição – que pode ser complementada por esboços – do local de detenção e sua disposição, ou do local da suposta tortura ou maus-tratos se fora de um centro de detenção, celas de detenção, salas de interrogatório e salas de tortura se diferentes, incluindo equipamentos de tortura presentes na sala e/ou utilizados (por exemplo, varas, canos, ganchos, cordas, arame farpado e tanques de água);
- (f) Uma descrição das condições de detenção (por exemplo, espaço, alimentação, higiene, temperatura, luz, acesso a tratamento médico, contato com outros(as) detentos(as) e visitas), a rotina habitual do local de detenção e o padrão dos supostos maus-tratos (por exemplo, o local e a hora do dia em que a tortura ou os maus-tratos tendem a ocorrer, sua duração e outros fatores semelhantes);
- (g) Uma descrição dos fatos da suposta tortura ou maus-tratos, inclusive os métodos utilizados. Compreensivelmente, isso é muitas vezes difícil e os(as) investigadores(as) não devem esperar obter o relato completo de eventos durante uma entrevista. É importante obter informações precisas, mas as perguntas relacionadas a humilhações e agressões íntimas serão traumáticas, muitas vezes extremamente traumáticas;
- (h) Se o indivíduo foi agredido sexualmente. A maioria das pessoas tende a responder a uma pergunta sobre suposta agressão sexual como se fosse estupro ou sodomia. Os(AS) investigadores(as) devem estar atentos(as) ao fato de que agressões verbais, desnudamento, apalpação, atos lascivos ou humilhantes, golpes ou choques elétricos nos órgãos genitais geralmente não são considerados pela vítima como agressão sexual, e que as crianças podem não compreender o conceito de agressão sexual ou identificá-lo. Todos esses atos violam a intimidade do indivíduo e devem ser

considerados como parte integrante da agressão sexual. Muitas vezes, as vítimas de agressão sexual não dizem nada ou até mesmo negam qualquer agressão sexual. Muitas vezes, somente na segunda ou até na terceira visita, se o contato feito tiver sido empático e sensível ao gênero, orientação sexual, cultura e personalidade da pessoa, é que mais do histórico de abuso sexual será revelado (consulte os parágrafos 274–276 abaixo);

- (i) Lesões físicas sofridas no decorrer da alegada tortura ou maus-tratos, bem como outros danos físicos imediatos e de longo prazo relacionados;
- (j) Danos mentais, imediatos e de longo prazo, sofridos, limitações funcionais e o impacto socioeconômico da suposta tortura ou maus-tratos sobre a pessoa e sua família;
- (k) Uma descrição das armas ou outros objetos físicos supostamente utilizados. Se um equipamento de tortura especificamente projetado tiver sido supostamente usado, qualquer informação sobre seu tipo, marca (fabricante) e país de origem;
- (l) A identidade das testemunhas dos eventos que envolvem suposta tortura ou maus-tratos;
- (m) Uma descrição de qualquer outra prova relevante, como gravações da suposta tortura ou maus-tratos ou dos eventos que os antecederam ou os sucederam, e a existência de documentos, como uma declaração assinada sob ameaça de tortura ou maus-tratos.

(vii) Declaração da pessoa que está alegando tortura e de outras testemunhas

221. O(A) investigador(a) com mandato oficial e capacidade para manter os registros em segurança deve gravar uma declaração detalhada da pessoa e fazer com que ela seja transcrita. Ele(a) deve usar perguntas abertas amplas (ou seja, perguntas que exijam uma resposta narrativa) para obter um relato vasto e ininterrupto e perguntas abertas mais específicas para obter detalhes particulares e esclarecer o relato. O depoimento ou as anotações da entrevista devem se basear nas respostas dadas em explicações a perguntas abertas do tipo “conte, explique e descreva” (por exemplo, “Por favor, diga-me como...”, “Por favor, explique-me o que...” e “Por favor, descreva para mim o que...” e perguntas abertas sobre “o que”, “quem”, “quando”, “onde”, “como” e “como você sabe” da suposta tortura ou maus-tratos. “Por que” geralmente não é um tipo de pergunta produtiva, pois pode levar a uma resposta de opinião em vez de uma resposta baseada em fatos, mas também pode ser estigmatizante ou culpabilizante. Os(As) investigadores(as) não devem usar perguntas direcionadas. As perguntas não diretivas não fazem suposições ou conclusões e permitem que a pessoa ofereça a resposta mais completa e o testemunho mais imparcial possível. Exemplos de perguntas não indutoras são “O que aconteceu com você?” e “Onde isso aconteceu?” em vez de “Você foi torturado na prisão?”. A última pergunta pressupõe que o que aconteceu com a testemunha foi tortura e limita a localização das ações na prisão. Evite fazer perguntas com listas, pois isso pode forçar o indivíduo a dar respostas imprecisas se o que realmente aconteceu não corresponder exatamente a uma das opções. Permita que as pessoas contem seus próprios relatos dos eventos sem interrompê-las para obter primeiro um relato de livre memória, mas ajude fazendo perguntas que aumentem a especificidade. Incentive as pessoas a usarem todos os sentidos ao descreverem o que aconteceu com elas. Pergunte o que elas cheiraram, ouviram e sentiram. Isso é importante, por exemplo, em situações em que a pessoa pode

ter sido vendada ou sofreu o ataque no escuro. Considerações similares aplicam-se, com os devidos ajustes, à coleta de depoimentos de outras testemunhas, inclusive parentes(as) de supostas vítimas, co-detidos(as) e funcionários(as), em relação ao estabelecimento de fatos relevantes relacionados à alegada tortura ou maus-tratos, inclusive antes, durante e depois de tal tratamento.

(viii) Declarações de supostos(as) perpetradores(as)

222. Os(As) investigadores(as) devem fazer todos os esforços possíveis para entrevistar os(as) supostos(as) perpetradores(as). Quando necessário, os(as) investigadores(as) devem usar desfiles de reconhecimento ou outras medidas investigativas para identificar os(as) supostos(as) perpetradores(as). Os(As) investigadores(as) devem fornecer aos(as) supostos(as) perpetradores(as) as proteções legais garantidas pelas leis internacionais e nacionais. Isso inclui salvaguardas contra prisão e detenção arbitrárias, a presunção de inocência e o direito a um julgamento justo. Tais garantias não incluem anistias, imunidades ou outros mecanismos que resultem na impunidade dos(as) perpetradores(as).

(b) Segurança e obstrução de evidências físicas

223. Um dos aspectos mais importantes de uma investigação completa e imparcial de tortura ou maus-tratos é a coleta e análise de provas físicas. A evidência física consiste em qualquer objeto ou matéria física que possa fornecer informações relevantes para ajudar a estabelecer a ocorrência de tortura ou fornecer um vínculo entre a tortura e a suposta vítima ou entre a tortura e o(s) suposto(s) autor(es). Isso inclui: (a) material físico, como vendas, fita adesiva, roupas ou dispositivos elétricos; (b) armas, como facas, cassetetes ou outros dispositivos de tortura; (c) materiais biológicos/forenses, incluindo saliva, sangue, vômito, sêmen e fluidos vaginais; (d) itens eletrônicos/digitais, (e) análise toxicológica, mostrando a presença de drogas, veneno ou álcool; (f) vestígios, como fibras ou cabelos; (g) impressões, incluindo impressões digitais, pegadas e marcas; e (h) os locais de supostas violações, como centros de detenção.
224. Desde que os(as) investigadores(as) tenham a autoridade legal e o treinamento profissional necessários para coletar e armazenar provas físicas relevantes, e os recursos para armazenar, transportar e preservar tais provas de forma adequada e segura, eles(as) devem coletar o máximo de provas físicas possível para documentar um incidente ou padrão de tortura ou maus-tratos. Os(As) investigadores(as) que não tiverem autoridade, capacidade ou recursos não devem coletar provas físicas e, em vez disso, documentar as provas por meio de anotações, esboços e fotografias e/ou gravações em vídeo. Eles(as) devem documentar a cadeia de custódia envolvida na recuperação e preservação das provas físicas para que possam usá-las em futuros processos legais, incluindo possíveis processos criminais.
225. A maioria das torturas e maus-tratos ocorre em locais de detenção nos quais a preservação de provas físicas ou o acesso irrestrito podem ser inicialmente difíceis ou até mesmo impossíveis. Os(As) investigadores(as) devem receber a autoridade do Estado para obter acesso irrestrito a qualquer lugar ou instalação e devem ser capazes de proteger o ambiente no qual a tortura supostamente ocorreu. O pessoal de investigação e outros(as) investigadores(as) devem coordenar seus esforços para realizar uma investigação completa

do local onde a tortura supostamente ocorreu. Eles(as) devem ter acesso irrestrito à provável cena de tortura ou maus-tratos. Seu acesso deve incluir, mas não se limitar a, áreas abertas ou fechadas, inclusive edifícios, veículos, escritórios, celas de prisão ou outras instalações nas quais se alega que houve tortura ou maus-tratos.

226. Um local de violação/cena de crime, como um local de detenção, pode conter evidências físicas, digitais e documentais úteis que podem corroborar provas testemunhais fornecidas pela suposta vítima ou por outras testemunhas. A colaboração com a equipe clínica e especialistas forenses é de vital importância na recuperação e análise de provas presentes em locais de violações e para garantir que a cadeia de custódia seja mantida adequadamente. Qualquer edifício ou área sob investigação deve ser fechado para não perder ou arriscar a contaminação de qualquer possível evidência. Somente investigadores(as) devidamente treinados(as) e sua equipe devem ter permissão para entrar em uma área que tenha sido designada como sob investigação. Deve-se examinar a cena do crime em busca de qualquer evidência material.
227. Todas as provas devem ser coletadas, manuseadas, embaladas, rotuladas e guardadas adequadamente para evitar contaminação, adulteração ou perda de provas. Se a tortura ou os maus-tratos supostamente tiverem ocorrido há pouco tempo, o suficiente para que tais provas sejam relevantes, quaisquer amostras encontradas de fluidos corporais (como sangue ou sêmen), cabelos, fibras e fios devem ser coletadas, rotuladas e preservadas adequadamente. Quaisquer implementos que possam ser usados para infligir tortura, sejam eles destinados a esse fim ou usados circunstancialmente, devem ser coletados e preservados. Se forem recentes o suficiente para serem relevantes, todas as impressões digitais encontradas devem ser coletadas e preservadas. Um esboço rotulado das instalações ou do local onde a tortura supostamente ocorreu deve ser feito em escala, mostrando todos os detalhes importantes, como a localização dos andares em um prédio, salas, entradas e janelas, móveis e terreno ao redor. Também devem ser tiradas fotografias coloridas e/ou gravações de vídeo para registrar o mesmo. Deve ser feito um registro da identidade de todas as pessoas presentes no local da suposta tortura, incluindo nomes completos, endereços e números de telefone ou outras informações de contato. Se a tortura for recente o suficiente para ser relevante, um inventário das roupas da pessoa que alega a tortura, roupas de cama, lençóis, vendas e outras evidências importantes devem ser coletadas e testadas em um laboratório, se disponível, para fluidos corporais e outras evidências físicas. Devem ser obtidas informações de qualquer pessoa presente nas instalações ou na área sob investigação para determinar se ela testemunhou os incidentes da suposta tortura ou maus-tratos. Todos os papéis, registros ou documentos relevantes devem ser guardados para uso como prova e análise de caligrafia.

(c) Evidências médico-legais

228. A documentação médico-legal pode assumir a forma de anotações, prontuários médicos (inclusive prontuários corporais, como os incluídos no anexo III, para mostrar a localização das lesões), atestados médicos oficiais, arquivos de computador, arquivos móveis digitais, gravações, fotografias, relatórios ou uma combinação desses itens. A coleta de provas médico-legais consiste na coleta de: (a) o histórico narrativo da suposta tortura ou maus-tratos, exame médico (físico e psicológico) e documentação dos resultados para

fins de corroboração e, quando possível, armazenamento e processamento de amostras; e (b) evidência física – espécimes forenses – do corpo da(s) suposta(s) vítima(s) (ou de outras pessoas envolvidas). As provas médico-legais só devem ser coletadas, processadas e analisadas por profissionais de saúde e forenses treinados(as). Os(As) investigadores(as) que solicitarem aos serviços médicos que forneçam registros médicos, prestação de serviços ou informações sobre o(a) paciente só devem fazê-lo em situações em que estejam devidamente mandatados e tenham os poderes legais necessários, considerando plenamente a confidencialidade, proteção de dados e consentimento informado.

229. Os(As) investigadores(as) devem providenciar exames médicos para as supostas vítimas. A pontualidade desses exames médicos é particularmente importante. Um exame médico-legal deve ser realizado independentemente do tempo decorrido desde a alegada tortura ou maus-tratos e deve ser providenciado com urgência antes que os sinais agudos desapareçam. O exame deve incluir uma avaliação da necessidade de tratamento de lesões e doenças, ajuda psicológica, aconselhamento e acompanhamento (consulte o cap. V para uma descrição da avaliação clínica de provas físicas). Os exames médico-legais só devem ser realizados com o consentimento informado das supostas vítimas, inclusive no que diz respeito ao seu direito de serem examinadas por um(a) profissional do gênero de sua escolha, em ambientes privados e seguros. Idealmente, o tratamento clínico e os exames médico-legais devem ser realizados ao mesmo tempo, para reduzir o número de procedimentos aos quais a vítima deve se submeter. Uma avaliação psicológica da suposta vítima de tortura é sempre necessária e pode fazer parte do exame físico ou, em situações em que não há sinais físicos, pode ser realizada apenas como uma avaliação psicológica (consulte o cap. VI para obter uma descrição da avaliação clínica de provas psicológicas). Em situações em que se alega que uma pessoa morreu como resultado de tortura ou maus-tratos, ou após ter sido submetida a tais abusos, o(a) investigador(a) deverá providenciar a realização de uma autópsia de acordo com os padrões internacionais reconhecidos.³⁶⁷
230. Os Princípios de Istambul indicam que os(as) médicos(as) devem fornecer uma “interpretação quanto à provável relação dos achados físicos e psicológicos com a possível tortura ou maus-tratos”.³⁶⁸ Em sua interpretação dos achados, os(as) clínicos(as) devem avaliar o nível de consistência entre os achados físicos e psicológicos e as alegações de tortura ou maus-tratos. Orientações adicionais sobre a interpretação dos indícios físicos e psicológicos de tortura e maus-tratos são fornecidas nos capítulos IV, V e VI (consulte os parágrafos 379–381, 417–423 e 540–545) e nos anexos I e IV. Se o(a) médico(a) considerar que há razões clínicas para uma conclusão inconsistente, isso deve ser discutido (consulte os parágrafos 268, 342–353 e 386 abaixo). Os Princípios de Istambul também exigem que eles(as) forneçam um parecer clínico sobre a possibilidade geral de tortura ou maus-tratos. Ao formular um parecer clínico sobre a possibilidade de tortura ou maus-tratos, os(as) médicos(as) devem considerar todas as evidências clínicas relevantes, incluindo “achados físicos e psicológicos, informações históricas, achados fotográficos, resultados de testes diagnósticos, conhecimento de práticas regionais de

367 O Protocolo de Minnesota sobre a Investigação de Morte Potencialmente Ilegal: o Manual Revisado das Nações Unidas sobre a Prevenção e Investigação Eficazes de Execuções Extrajudiciais, Arbitrárias e Sumárias (publicação das Nações Unidas, 2017).

368 Resolução n.º 55/89 da Assembleia Geral, anexo, par. 6 (b) (iv).

tortura, relatórios de consultas etc.”, conforme indicado no anexo IV. Além de fornecer uma conclusão sobre a possibilidade de tortura ou maus-tratos, eles(as) devem reiterar os sintomas e deficiências atuais e os prováveis efeitos sobre o funcionamento social e, proporcionando quaisquer recomendações para avaliações e cuidados adicionais para o indivíduo.

231. O(A) investigador(a) deve garantir que qualquer avaliação clínica seja do mais alto padrão e esteja de acordo com o Protocolo de Istambul e seus Princípios para evitar a necessidade de uma segunda avaliação clínica. Em situações em que uma avaliação clínica realizada anteriormente ou organizada pelo(a) investigador(a) não foi realizada de acordo com o Protocolo de Istambul e seus Princípios, inclusive devido a preocupações de que a condição do(a) avaliador(a) clínico(a) como funcionário(a) do governo possa ter influenciado a avaliação, o(a) investigador(a) deve respeitar o direito das supostas vítimas de tortura ou maus-tratos e seus familiares para solicitar uma avaliação clínica independente e um relatório a qualquer momento.³⁶⁹ Em situações em que uma avaliação anterior tenha sido realizada sem o cumprimento dessas normas, um(a) avaliador(a) clínico(a) deve abordar um possível segundo exame com cuidado adicional e colocar em prática medidas de mitigação relativas aos riscos de duplicação, incluindo retraumatização e inconsistências de segundas entrevistas. As avaliações clínicas realizadas por especialistas estrangeiros(as) devem ser permitidas com o consentimento ou mediante solicitação das supostas vítimas ou de seus familiares, caso as prováveis vítimas não estejam em condições de dar seu consentimento ou fazer tal solicitação.

(d) Evidências digitais e fontes de informações digitais

232. O(A) investigador(a) deve procurar proteger qualquer informação probatória que esteja armazenada, recebida ou transmitida por um dispositivo eletrônico. As evidências digitais podem ser adquiridas, em particular, quando dispositivos eletrônicos, como computadores e telefones celulares, são apreendidos e quando se navega na Internet em busca de informações de fonte aberta. Se a evidência digital for recuperada de dispositivos eletrônicos apreendidos, esses dispositivos precisam ser preservados como evidência física e o(a) perito(a) digital que extraiu os dados deve preparar um relatório ou declaração juramentada que possa ser usada no tribunal. As evidências digitais incluem: (a) registros eletrônicos de saúde; (b) vídeos gravados por câmeras de circuito fechado; (c) fotos e vídeos, por exemplo, de locais de violações e lesões físicas, tirados com dispositivos móveis, como câmeras digitais ou *smartphones*; (d) fotos, vídeos ou outras informações publicadas em mídias sociais; (e) informações armazenadas nos discos rígidos de computadores e outros equipamentos periféricos, como cartões de memória, unidades USB e CD-ROMs; (f) *e-mails*, textos e mensagens instantâneas; (g) fotos aéreas e imagens de satélite, por exemplo, de um centro de detenção secreto ou outro local de violação; (h) informações de localização armazenadas em um telefone celular ou mídia social; e (i) metadados, ou seja, informações que fornecem dados sobre um arquivo (por exemplo, hora e local em que uma fotografia digital foi tirada). A autenticidade da

.....
369 A/69/387, par. 39; e Conjunto de Princípios para a Proteção de Todas as Pessoas Sujeitas a Qualquer Forma de Detenção ou Prisão, princípio 25.

evidência digital é uma consideração essencial para seu uso como prova. Portanto, sua autenticidade deve ser verificada por meio de técnicas reconhecidas de perícia digital.

233. Conforme estabelecido no Protocolo de Berkeley sobre Investigações Digitais de Código Aberto:

Investigações de fonte aberta são investigações que se baseiam, no todo ou em parte, em informações publicamente disponíveis para conduzir averiguações formais e sistemáticas *on-line* sobre supostas irregularidades. Atualmente, grandes quantidades de informações disponíveis publicamente podem ser acessadas pela Internet, onde um cenário digital em rápida evolução levou a novos tipos e fontes de referências que podem ajudar na investigação de supostas violações de direitos humanos e crimes internacionais graves. A capacidade de investigar tais alegações é particularmente valiosa para os(as) investigadores(as) que não podem fisicamente acessar cenas de crime em tempo hábil, o que geralmente acontece em investigações internacionais. As informações de fonte aberta podem fornecer pistas, apoiar os resultados de inteligência e servir como evidência direta em tribunais. No entanto, para que sejam usadas em processos formais de investigação, incluindo investigações legais, missões de apuração de fatos e comissões de inquérito, os(as) investigadores(as) devem empregar métodos consistentes, que fortaleçam a precisão de suas descobertas e permitam que juízes(as) e outros(as) apuradores(as) de fatos avaliem melhor a qualidade do próprio processo de investigação.³⁷⁰

(e) Fotografia

234. Devem ser tiradas fotografias coloridas dos ferimentos das pessoas que alegam ter sido torturadas ou maltratadas com o consentimento da pessoa, das instalações onde a tortura ou os maus-tratos supostamente ocorreram (interior e exterior) e de qualquer outra evidência física encontrada no local. Uma fita métrica ou algum outro meio de mostrar a escala na fotografia é essencial. As fotografias devem ser tiradas o mais rápido possível, mesmo com uma câmera básica ou outro equipamento adequado, pois alguns sinais físicos desaparecem rapidamente e os locais podem sofrer interferência. Fotos reveladas instantaneamente podem se deteriorar com o tempo. Fotos mais profissionais são preferíveis e devem ser tiradas assim que o equipamento estiver disponível. Se possível, as fotografias devem ser tiradas com uma câmera digital que registre a data e a hora (na própria foto ou como metadados anexados eletronicamente à foto). Se for usada uma câmera de filme, se possível, ela deve ter data e hora automáticas e a cadeia de custódia do filme, dos negativos e das impressões devem ser totalmente documentados. É necessário um rigor adicional com relação ao armazenamento e ao uso de imagens íntimas. Se as fotografias analógicas forem tiradas por alguém que não seja o(a) investigador(a), sua coleta e manuseio devem seguir os princípios de coleta de provas e cadeia de custódia.

(f) Evidências documentais

235. Os documentos, oficiais e não oficiais, podem ser a fonte de informações extremamente relevantes ao documentar a tortura ou os maus-tratos. As evidências documentais devem ser coletadas, especialmente nos locais de detenção, nos edifícios oficiais, bases militares, registros judiciais, arquivos de hospitais, arquivos históricos ou fontes abertas.

.....
³⁷⁰ Centro de Direitos Humanos, Universidade da Califórnia, Berkeley, Escola de Direito, e OHCHR, *Berkeley Protocol on Digital Open Source Investigations: A Practical Guide on the Effective Use of Digital Open Source Information in Investigating Violations of International Criminal, Human Rights and Humanitarian Law* (Nova Iorque e Genebra, 2020), p. vii.

236. Os documentos oficiais incluem: (a) listas de prisioneiros(as) e outros registros de custódia (por exemplo, listas de mortes, registros de transferência e registros de entrega de alimentos); (b) atestados médicos; (c) registros policiais e arquivos de investigação; (d) queixas apresentadas à polícia, instituições nacionais de direitos humanos, escritórios de pessoas desaparecidas ou outros; (e) documentos de julgamento e jurisprudência anterior; (f) relatórios militares e de inteligência e outros documentos operacionais (registros de serviço, de transporte e logísticos, relatórios de atividades, planos e estratégias militares, registros de comunicação, diretivas e ordens escritas); (g) documentos de identidade e registro, inclusive documentos oficiais sobre pessoas desaparecidas e registros de sepulturas; e (h) arquivos oficiais, como atas de sessões do governo, documentos de comando e controle, memorandos internos do governo e registros diplomáticos.
237. Os documentos não oficiais incluem: (a) outros registros de saúde; (b) relatórios e registros de organizações da sociedade civil, incluindo organizações não governamentais de direitos humanos; (c) artigos de jornal e materiais jornalísticos, incluindo anotações feitas por jornalistas não incluídas em publicações; (d) relatos de denunciante/informantes sobre eventos, práticas e informações relevantes; (e) diários e palavras riscadas em uma parede, por exemplo, em um local de detenção; e (f) esboços, por exemplo, de locais de violações.

D. Comissões de inquérito

238. As comissões de inquérito desempenham um papel importante na contribuição para a responsabilidade dos(as) perpetradores(as), resposta às necessidades das vítimas, identificação da responsabilidade institucional, proposta reformas institucionais, legais e de pessoal, e promoção da reconciliação.³⁷¹ No entanto, por si só, uma comissão de inquérito “nunca é suficiente para satisfazer plenamente as obrigações de um Estado nos termos do direito internacional com relação à tortura e outras formas de maus-tratos” e “deve-se tomar cuidado para garantir que o trabalho da comissão não iniba os processos judiciais de forma alguma”.³⁷²

1. Definição do escopo da pesquisa

239. Os Estados e as organizações que estabelecem comissões de inquérito precisam definir o escopo do inquérito incluindo termos de referência em sua autorização. A definição dos termos de referência da comissão pode aumentar muito o seu sucesso, dando legitimidade aos procedimentos, ajudando os membros da comissão a chegarem a um consenso sobre o escopo da investigação e fornecendo uma medida pela qual o relatório final da comissão possa ser julgado. A atribuição de uma tarefa específica a uma comissão de inquérito deve ser complementada pelo fornecimento de recursos adequados para que a comissão possa cumprir a incumbência. As recomendações para definir os termos de referência são os seguintes:

- (a) Eles devem ser formulados de forma neutra para que não sugiram um resultado predeterminado. Para serem neutros, os termos de referência não devem limitar as

.....
371 A/HRC/19/61, par. 26.

372 Ibid., pars. 69 e 55. Consulte também o conjunto atualizado de princípios para a proteção e promoção dos direitos humanos por meio de ações de combate à impunidade, princípios 6–13.

investigações em áreas que possam revelar a responsabilidade do Estado por tortura ou maus-tratos;

- (b) Eles devem indicar com precisão quais eventos e questões devem ser investigados e abordados no relatório final da comissão;
- (c) Eles devem oferecer flexibilidade no escopo do inquérito para garantir que a investigação completa pela comissão não seja prejudicada por restrições excessivas ou termos de referência excessivamente amplos. A flexibilidade necessária pode ser alcançada, por exemplo, permitindo que a comissão altere seus termos de referência conforme necessário. É importante, no entanto, que a comissão mantenha o público informado sobre quaisquer alterações em seu mandato.

2. Poder da comissão

240. Os poderes da comissão devem ser definidos por meio da estipulação de princípios gerais. A comissão precisa especificamente do seguinte:

- (a) Autoridade para obter todas as informações necessárias para a investigação, incluindo a autoridade para obrigar testemunho sob sanção legal, para ordenar a apresentação de documentos, inclusive registros do Estado e médicos(as), e para proteger testemunhas, familiares da vítima e outras fontes;
- (b) Autoridade para emitir um relatório público;
- (c) Autoridade para realizar visitas no local, inclusive no local onde se suspeita que a tortura ou os maus-tratos tenham ocorrido;
- (d) Autoridade para receber provas de testemunhas e organizações localizadas fora do país.

3. Critérios de associação

241. Os membros da comissão devem ser escolhidos por seu histórico e reconhecida imparcialidade, competência e independência como indivíduos, conforme definido a seguir:

- (a) *Imparcialidade.* Os membros da comissão não devem estar intimamente associados a nenhum indivíduo, entidade estatal, partido político ou outra organização potencialmente implicada em tortura ou maus-tratos. Eles não devem ter vínculos muito estreitos com uma organização ou grupo do qual a vítima seja membro, pois isso pode prejudicar a credibilidade da comissão. No entanto, isso não deve ser uma desculpa para a exclusão geral da comissão, por exemplo, de membros de grandes organizações das quais a vítima também seja membro ou de pessoas associadas a organizações dedicadas ao tratamento e à reabilitação de vítimas de tortura;
- (b) *Competência.* Os membros da comissão devem ser capazes de avaliar e ponderar as evidências e exercer um bom julgamento. Se possível, as comissões de investigação devem incluir indivíduos com experiência em direito, medicina e outros campos especializados apropriados;
- (c) *Independência.* Os membros da comissão devem ter uma reputação em sua comunidade de honestidade e justiça;

(d) *Representação*. A composição da comissão deve ser tal que garanta uma representação adequada de gênero e pessoas com características e experiências relevantes no contexto específico.

242. A objetividade da investigação e as conclusões da comissão podem, entre outras coisas, depender do fato de ela ter três ou mais membros em vez de um ou dois. Em geral, um(a) único(a) comissário(a) não deve conduzir investigações em casos de tortura ou maus-tratos. Um(a) comissário(a) único(a) e isolado(a) geralmente terá limitações quanto à profundidade da investigação que poderá conduzir sozinho(a). Além disso, ele(a) terá que tomar decisões polêmicas e importantes sem debate e será particularmente vulnerável às pressões do Estado e de outros agentes externos.

4. Equipe da comissão

243. As comissões de inquérito devem ter um(a) advogado(a) imparcial e especializado(a). Quando a comissão estiver investigando alegações de má conduta do Estado, seria aconselhável nomear um(a) advogado(a) fora do Ministério da Justiça. O(A) conselheiro(a)-chefe da comissão deve ser isolado(a) de influências políticas, por meio de um cargo no serviço público ou como membro totalmente independente da Ordem dos Advogados. A investigação frequentemente exigirá consultores(as) especializados(as). A comissão deve ter acesso a conhecimentos técnicos especializados em áreas como patologia, ciência forense, psiquiatria, psicologia, ginecologia e pediatria. Para conduzir uma investigação completamente imparcial e uma investigação minuciosa, a comissão quase sempre precisaria de seus(suas) próprios(as) investigadores(as) para buscar pistas e desenvolver provas. A credibilidade de uma investigação seria, portanto, significativamente aumentada na medida em que a comissão puder confiar em seus(suas) próprios(as) investigadores(as).

5. Proteção de testemunhas

244. O Estado protegerá os(as) reclamantes, testemunhas, aqueles(as) que conduzem a investigação e suas famílias. A comissão pode considerar aconselhável ouvir as provas à porta fechada, manter a identidade de um(a) informante ou testemunha em sigilo ou qualquer outra forma de intimidação (consulte os parágrafos 204–207 acima). Se a comissão concluir que há um receio razoável de perseguição, assédio ou dano a qualquer testemunha ou possível testemunha, a comissão poderá considerar aconselhável ouvir as provas à porta fechada e manter a identidade de um(a) informante ou testemunha confidencial, usar somente evidências que não causem risco de identificação da testemunha e tomar outras medidas apropriadas.

6. Procedimentos

245. De acordo com os princípios gerais do processo criminal, as audiências devem ser conduzidas em público, a menos que os procedimentos à porta fechada sejam necessários para proteger a segurança e/ou a privacidade de uma testemunha. Os procedimentos à porta fechada devem ser gravados e o registro selado e não publicado deve ser mantido em um local conhecido. Ocasionalmente, o sigilo total pode ser necessário para incentivar o testemunho e a comissão pode querer ouvir as testemunhas em particular, informalmente ou sem gravar o depoimento.

7. Notificação de inquérito

246. Deve-se dar amplo aviso sobre a criação de uma comissão e o assunto da investigação. A notificação deve incluir um convite para o envio de informações relevantes e declarações por escrito à comissão e instruções às pessoas dispostas a testemunhar. A notificação pode ser divulgada por meio de jornais, revistas, rádio, televisão, folhetos e pôsteres.

8. Recebimento de provas

247. As comissões de inquérito devem ter o poder de obrigar o testemunho e a apresentação de documentos, bem como a autoridade para obrigar o testemunho de funcionários(as) supostamente envolvidos(as) em tortura ou maus-tratos. Na prática, essa autoridade pode envolver o poder de impor multas ou sentenças se os(as) funcionários(as) do governo ou outros indivíduos se recusarem a cumprir a lei. A comissão de inquérito deve convidar pessoas para testemunhar ou apresentar declarações por escrito como primeira etapa da coleta de provas. As declarações escritas podem se tornar uma importante fonte de evidência se seus autores tiverem medo de testemunhar, não puderem viajar para os procedimentos ou não estiverem disponíveis de outra forma. As comissões de inquérito devem analisar outros procedimentos que possam fornecer informações relevantes.

9. Direitos das partes

248. Aqueles(as) que alegam ter sido torturados(as) (ou sofrido maus-tratos) e seus(suas) representantes legais devem ser informados(as) e ter acesso a qualquer audiência e a todas as informações relevantes para a investigação e devem ter o direito de apresentar provas. Essa ênfase especial no papel das supostas vítimas como partes do processo reflete o papel especialmente importante que seus interesses desempenham na condução da investigação. Entretanto, todas as outras partes interessadas também devem ter a oportunidade de serem ouvidas. O órgão investigativo deve ter o direito de emitir intimações para testemunhas, inclusive para os(as) funcionários(as) supostamente envolvidos(as), e para exigir a apresentação de provas. Todas essas testemunhas devem ter direito a um(a) advogado(a) se houver a possibilidade de serem prejudicadas pela investigação, por exemplo, quando seu depoimento puder expô-las a acusações criminais ou responsabilidade civil. As testemunhas não podem ser obrigadas a depor contra si mesmas. Deve haver uma oportunidade para o questionamento eficaz das testemunhas pela comissão. As partes envolvidas na investigação devem ter permissão para enviar perguntas por escrito à comissão.

10. Avaliação de evidências

249. A comissão deve avaliar todas as informações e provas que receber para determinar a confiabilidade e a probidade. A comissão deve avaliar o testemunho oral, levando em conta o comportamento e a credibilidade geral da testemunha. A comissão deve ser sensível às questões sociais, culturais e de gênero que afetam o comportamento. A corroboração de evidências de várias fontes aumentará o valor probatório de tais evidências e a confiabilidade das evidências de boatos. A confiabilidade das provas de boatos deve ser cuidadosamente considerada antes que a comissão as aceite como fatos. O testemunho não testado por interrogatório também deve ser visto com cautela.

O testemunho à porta fechada, preservado em um registro fechado ou não gravado, geralmente não está sujeito a interrogatório e, portanto, pode ter menos peso.

11. Relatório da comissão

250. A comissão deve emitir um relatório público dentro de um período de tempo razoável, que “deve ser publicado amplamente e de forma acessível ao maior público possível”.³⁷³ Além disso, quando a comissão não for unânime em suas conclusões, os(as) comissários(as) da minoria devem apresentar um parecer contrário às opiniões. Os relatórios da comissão de inquérito devem conter, no mínimo, as seguintes informações:
- (a) O escopo da investigação e os termos de referência;
 - (b) Os procedimentos e métodos de avaliação de evidências;
 - (c) Uma lista de todas as testemunhas, incluindo idade e sexo, que depuseram, exceto aquelas cujas identidades foram mantidas em sigilo para proteção ou que depuseram à porta fechada, e os documentos recebidos como prova;
 - (d) A hora e o local de cada sessão (isso pode ser anexado ao relatório);
 - (e) O histórico da investigação, como condições sociais, políticas e econômicas relevantes;³⁷⁴
 - (f) Os eventos específicos que ocorreram e as evidências nas quais essas conclusões se baseiam;
 - (g) A lei na qual a comissão se baseou;
 - (h) As conclusões da comissão com base na legislação aplicável e nas constatações de fato;
 - (i) Recomendações baseadas nas conclusões da comissão.
251. O Estado deve responder prontamente e publicamente ao relatório da comissão e, quando apropriado, indicar as medidas que pretende tomar em resposta ao relatório, especialmente com o objetivo de implementar suas recomendações de forma rápida e eficaz.

E. Papel dos(as) promotores(as), juízes(as), instituições nacionais de direitos humanos e outros atores na investigação da tortura

252. “Juízes(as), promotores(as) e advogados(as) desempenham um papel fundamental na defesa dos direitos humanos, inclusive o direito absoluto e não derogável de não ser submetido à tortura e a outras penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes.”³⁷⁵

1. Promotores(as) de justiça

253. Os(As) promotores(as), na administração da justiça, “devem desempenhar um papel ativo nos processos criminais, incluindo a instituição da acusação e, quando autorizado por lei ou consistente com a prática local, na investigação do crime, na supervisão da

373 A/HRC/19/61, par. 77.

374 De acordo com o Relator Especial sobre a tortura, “além de uma recitação dos fatos, o relatório de uma comissão de inquérito deve tentar fornecer um quadro preciso do contexto social e político em que ocorreram os atos de tortura e outros crimes internacionais. Crucialmente, o relatório deve identificar as brechas na ordem institucional pública e privada que permitiram a quebra das proteções legais e processuais e levaram a uma cultura de impunidade para os crimes investigados pela comissão” (*Ibid.*, par. 75).

375 Resolução n.º 35/12 do Conselho de Direitos Humanos, décimo terceiro parágrafo preambular. Consulte também Foley, *Combating Torture* (consulte a nota de rodapé 240).

legalidade dessas investigações, na supervisão da execução das decisões judiciais e no exercício de outras funções como representantes do interesse público”.³⁷⁶ Ao fazer isso, “os promotores devem dar a devida atenção à acusação de crimes cometidos por funcionários(as) públicos(as), especialmente corrupção, abuso de poder, graves violações dos direitos humanos e outros crimes reconhecidos pela comunidade internacional, e, quando autorizado por lei ou consistente com a prática local, a investigação de tais delitos”.³⁷⁷

254. Como princípio geral, “os(as) promotores(as) devem, de acordo com a lei, desempenhar suas funções de forma justa, consistente e expedita, respeitar e proteger a dignidade humana e defender os direitos humanos, contribuindo assim para garantir o devido processo legal e o bom funcionamento do sistema de justiça criminal”.³⁷⁸ Os(As) promotores(as) têm o dever de se recusar a levar em consideração provas que eles(as) saibam ou acreditem, com base em motivos razoáveis, que foram obtidas por meio de tortura ou maus-tratos. Eles(as) devem garantir que qualquer informação, confissão ou admissão obtida de uma pessoa por tais meios seja inadmissível como prova contra essa pessoa em qualquer processo (a regra de exclusão). Entretanto, tais provas, informações, confissões ou admissões podem ser admitidas contra qualquer pessoa acusada de tortura como prova de que foram obtidas por meio de tortura.³⁷⁹ Nesses casos, os(as) promotores(as) devem informar o tribunal sobre a existência de tais provas e devem tomar todas as medidas necessárias para garantir que os(as) responsáveis pelo uso de tais métodos sejam levados à justiça.³⁸⁰
255. Os(As) promotores(as) devem ser qualificados(as) profissionalmente e receber treinamento regular, recursos adequados, independência e proteção para garantir que possam exercer seu papel no contexto das investigações de supostos atos de tortura ou maus-tratos de acordo com este manual. As autoridades responsáveis pela acusação devem emitir diretrizes sobre o uso deste manual e os(as) promotores(as) devem receber treinamento regular sobre as questões relevantes.³⁸¹ Os(As) promotores(as) devem exercer seu poder discricionário de forma a defender plenamente a proibição da tortura em todos os procedimentos legais. Eles(as) não devem se tornar cúmplices da permissão ou do cometimento de atos de tortura ou maus-tratos ou da impunidade de tais atos.
256. Ao receber uma denúncia, ou ao tomar conhecimento de uma alegação de tortura ou maus-tratos, os(as) promotores(as) devem tomar medidas imediatas para garantir que uma investigação rápida, imparcial, eficaz e sensível ao gênero e à criança seja realizada de acordo com este manual.³⁸² Os(As) promotores(as) devem tomar ou solicitar que medidas investigativas rápidas sejam tomadas de acordo com este capítulo. Eles(as) devem abrir uma investigação para esse fim e, em situações em que as investigações sejam, em qualquer estágio, consideradas inadequadas à luz dos padrões estabelecidos neste manual, a investigação original deve ser reaberta ou uma nova investigação deve ser iniciada.

.....
376 Diretrizes sobre o Papel dos Promotores, par. 11.

377 Ibid., par. 15.

378 Ibid., par. 12.

379 Veja, em particular, a Convenção contra a Tortura, art. 15.

380 Diretrizes sobre o Papel dos Promotores, par. 16.

381 A/69/387, par. 67.

382 CAT/C/54/2, par. 92.

Durante todo o processo, os(as) promotores(as) devem tomar todas as medidas possíveis para garantir a proteção das vítimas e testemunhas. Isso inclui a instauração de processos contra qualquer pessoa que coloque em risco a integridade física ou psicológica das vítimas, testemunhas ou outros(as) envolvidos(as) nas investigações. Os(As) promotores(as) devem procurar estabelecer a responsabilidade de quaisquer funcionários(as) ou outros indivíduos envolvidos em atos de tortura ou maus-tratos e apresentar acusações pelo crime de tortura ou maus-tratos, ou de crimes similares relevantes de acordo com a legislação nacional, em situações em que haja provas suficientes. Nos casos em que não houver provas suficientes para apresentar acusações de tortura ou maus-tratos, os(as) promotores(as) devem considerar a possibilidade de apresentar acusações por crimes menores ou recomendar medidas disciplinares caso sejam adequadas. Ao solicitar uma punição, especialmente uma pena privativa de liberdade, os(as) promotores(as) devem garantir que ela seja proporcional à gravidade do crime, levando em consideração os direitos e as opiniões das vítimas de tortura ou maus-tratos e suas famílias, conforme apropriado.

2. Juízes(as)

257. “Um judiciário independente e imparcial (...) e a integridade do sistema judiciário são pré-requisitos para a proteção dos direitos humanos, a aplicação do Estado de Direito e a garantia de julgamentos justos e administração da justiça sem qualquer discriminação”.³⁸³ Os(As) juízes(as) devem receber a independência, o treinamento, os recursos e a proteção necessários para que possam desempenhar adequadamente suas múltiplas funções no contexto de investigações e outros procedimentos legais relacionados à tortura e maus-tratos de acordo com este manual.
258. Os(As) juízes devem ser particularmente vigilantes no exercício de um papel de supervisão dentro do escopo de suas funções para garantir a integridade física e psicológica e o bem-estar de qualquer pessoa privada de sua liberdade.³⁸⁴ Eles(as) têm autoridade judicial para ordenar e garantir que os(as) suspeitos(as) e os(as) detidos(as) não sejam presos(as) arbitrariamente, ou transferidos(as) para locais onde possam ser torturados(as). Em situações em que as autoridades do Estado ou outras pessoas agindo em uma capacidade oficial, assim como os(as) juízes(as), sabem ou têm motivos razoáveis para acreditar que a tortura ou os maus-tratos foram, estão sendo ou serão cometidos por agentes do Estado ou por agentes privados(as) e, quando obrigados(as) a fazê-lo, deixam de investigar, processar e punir os(as) agentes, o Estado tem responsabilidade. Os(as) funcionários(as) que não tomaram medidas para impedir que tal tratamento ocorresse devem ser responsabilizados(as) por consentir ou aquiescer com tais atos inadmissíveis.³⁸⁵ O Comitê contra a Tortura cita o exemplo específico do caso em que uma pessoa deve ser transferida ou enviada para a custódia de um indivíduo ou instituição que se sabe ter praticado tortura ou maus-tratos ou não ter implementado salvaguardas adequadas.³⁸⁶

383 Resolução n.º 35/12 do Conselho de Direitos Humanos, quinto parágrafo preambular. Consulte também os Princípios Básicos sobre a Independência do Judiciário.

384 Conjunto de Princípios para a Proteção de Todas as Pessoas sob Qualquer Forma de Detenção ou Prisão, princípio 4; e CAT/OP/2.

385 Comitê contra a Tortura, comentário geral n.º 2 (2007), par. 18.

386 *Ibid.*, par. 19.

259. Em situações em que os(as) juízes(as) suspeitem que uma pessoa tenha sido submetida a tortura ou maus-tratos, eles(as) devem usar sua autoridade e poder judiciais para iniciar investigações ou informar os(as) promotores(as) para que possam intervir na questão. Em particular, em situações nas quais os(as) suspeitos(as) ou o(a) acusado(a) fazem alegações de tortura ou maus-tratos no curso de processos judiciais ou julgamentos, os(as) juízes(as) devem tomar medidas para garantir que uma investigação imediata, imparcial e eficaz seja realizada sobre tais alegações, de acordo com este manual.³⁸⁷ De acordo com o art. 15 da Convenção contra a Tortura, um(a) juiz(a) não deve admitir qualquer prova que se alegue ter sido obtida como resultado de tortura ou maus-tratos em situações nas quais as autoridades de acusação não possam demonstrar que tal prova não foi obtida dessa forma, a não ser como prova contra a pessoa acusada de obter tal prova. A proibição do uso de provas ou informações supostamente obtidas como resultado de tortura (a regra de exclusão) aplica-se a qualquer processo, incluindo processos judiciais e não judiciais, como audiências penais e administrativas e audiências de extradição.³⁸⁸
260. Os(As) juízes(as) com mandato para conduzir investigações em casos de tortura ou maus-tratos devem garantir que todas as medidas investigativas relevantes sejam tomadas de acordo com a legislação vigente. Nos julgamentos criminais contra os(as) supostos(as) perpetradores(as) de tortura, os(as) juízes(as) devem ouvir e pesar todas as evidências disponíveis com o objetivo de estabelecer, de acordo com o padrão de prova exigido, se os(as) acusados(as) são culpados(as) – considerando plenamente seu direito a um julgamento justo – e, em caso afirmativo, qual é a punição apropriada em circunstâncias específicas. Em particular, eles(as) devem examinar a relevância e a confiabilidade da prova forense, que foi descrita como um tipo de prova pericial, considerando a perícia profissional, as circunstâncias relevantes e outras provas.³⁸⁹ Conforme enfatizado pelo Relator Especial sobre tortura:
- O Protocolo de Istambul deve ser usado para a avaliação de alegações de tortura e relatórios médico-legais realizados em conformidade com os padrões e princípios do Protocolo, incluindo independência e imparcialidade, [que] apresentam conclusões confiáveis sobre a tortura. Portanto, esses relatórios médico-legais devem ser considerados como prova confiável sobre a questão de se a tortura foi ou não perpetrada.³⁹⁰
261. Os(As) juízes(as) devem assegurar que os princípios e padrões estabelecidos neste manual sejam mantidos em todos os procedimentos legais, incluindo casos de direitos fundamentais e civis, procedimentos administrativos e civis, e casos de asilo e não devolução. Os(As) juízes(as) dos tribunais e cortes regionais e internacionais e os membros dos órgãos de tratados de direitos humanos devem considerar questões relativas à tortura ou maus-tratos com a devida referência às normas e aos princípios estabelecidos neste manual. No entanto, o resultado dos procedimentos legais não deve depender de uma investigação prévia completa das alegações de tortura ou de maus-tratos. Por exemplo, em casos constitucionais, civis ou administrativos nos quais uma vítima apresenta alegações confiáveis de tortura ou maus-tratos ou um indivíduo morreu sob custódia,

.....
 387 CAT/C/54/2, par. 92.

388 Comitê contra a Tortura, P.E. v. França (CAT/C/29/D/193/2001), pars. 3.3, 6.2 e 6.3.

389 A/69/387, par. 49.

390 Ibid., par. 52.

o ônus da prova deve ser transferido para o Estado, que deve fornecer uma explicação plausível de como o dano foi causado.³⁹¹

3. Instituições nacionais de direitos humanos e mecanismos preventivos nacionais

262. Instituições nacionais que, de acordo com os princípios relativos ao status das instituições nacionais para a promoção e proteção dos direitos humanos (os Princípios de Paris), são investidas da competência de promover e proteger os direitos humanos devem ter o dever de investigar todas as queixas de violações de direitos humanos, inclusive tortura e maus-tratos.³⁹² Ao exercer esse dever, as instituições nacionais de direitos humanos devem cumprir suas funções em relação aos atos alegados, e padrões de tortura ou maus-tratos, de acordo com as técnicas de investigação não coercitivas e com as normas e princípios estabelecidos neste manual, particularmente no que diz respeito a quaisquer investigações legais sobre alegações de tortura ou maus-tratos que tal instituição esteja incumbida de realizar.³⁹³ Os órgãos de monitoramento, como os mecanismos preventivos nacionais, embora não tenham a tarefa de investigar denúncias, também devem receber treinamento sobre o manual.³⁹⁴ Os órgãos devem ser capazes de receber alegações confidenciais de tortura ou maus-tratos e ter o mandato de identificar questões preocupantes, que devem ser levantadas com as autoridades em questão, como parte de suas visitas regulares.

4. Outros atores

263. O direito internacional obriga os Estados a investigar alegações de tortura ou maus-tratos. Outros atores além dos Estados, como as organizações da sociedade civil, desempenham um importante papel independente e complementar na tentativa de alcançar os objetivos das investigações para combater a impunidade, garantir a justiça e defender o Estado de Direito. Esse papel consiste em documentar a tortura ou os maus-tratos, representar as vítimas, estimular investigações ou outros inquéritos ou procedimentos legais que resultem em investigações, fornecer provas e/ou conhecimentos especializados aos órgãos de investigação, examinar os procedimentos e fornecer análises legais sobre a adequação das investigações. Ao documentar tortura ou maus-tratos, para uso em procedimentos legais – como investigações ou procedimentos judiciais ou quase judiciais – para reparação, prevenção e acesso a serviços ou em pedidos de asilo ou de não devolução, os atores não estatais devem buscar documentação que seja proveniente de uma fonte confiável e identificável, detalhado, internamente consistente e coletado o mais rápido possível. Os(As) agentes não estatais devem aderir aos princípios estabelecidos neste manual, de modo a não prejudicar o objetivo de uma investigação. Os Estados devem respeitar o

391 E/CN.4/2003/68, par. 26 (k). Isso está de acordo com a jurisprudência de tribunais regionais e internacionais e órgãos de tratados de direitos humanos, consulte Fundo Voluntário das Nações Unidas para Vítimas de Tortura, "Interpretation of torture in the light of the practice and jurisprudence of international bodies" (2011), p. 9.

392 A/56/44, par. 46 (c).

393 Associação para a Prevenção da Tortura, Fórum Ásia-Pacífico da Instituição Nacional de Direitos Humanos e OHCHR, *Preventing Torture: An Operational Guide for National Human Rights Institutions*, p. 55–60.

394 Consulte, entre outros, o Protocolo Facultativo à Convenção contra a Tortura. Sobre a relação entre as instituições nacionais de direitos humanos e os mecanismos preventivos nacionais, consulte OHCHR, *Preventing Torture: The Role of National Preventive Mechanisms- A Practical Guide*, Série de Treinamento Profissional n.º 21 (Nova Iorque e Genebra, 2018), p. 16.

papel desempenhado por esses(as) agentes e oferecer proteção eficaz contra ameaças, assédio ou outras interferências injustificadas.³⁹⁵

F. Uso de provas de tortura ou maus-tratos em outros procedimentos legais

264. Os resultados das investigações sobre supostos atos de tortura ou maus-tratos devem ser levados em consideração em qualquer outro processo legal relevante. Isso inclui: (a) procedimentos relativos à exclusão de confissões ou declarações feitas sob tortura (regra de exclusão), na qual o Estado tem o ônus da prova ao demonstrar que uma pessoa não foi torturada;³⁹⁶ (b) casos civis e administrativos e casos de direitos fundamentais e direitos humanos, especialmente para estabelecer a responsabilidade e identificar formas adequadas de reparação, de modo a garantir o direito das vítimas a um recurso eficaz e reparação;³⁹⁷ (c) comissões da verdade e outros procedimentos estabelecidos no contexto de uma transição de regimes repressivos e/ou conflitos;³⁹⁸ e (d) pedidos de asilo ou de não devolução.³⁹⁹ Em situações em que nenhuma investigação completa tenha sido realizada, qualquer evidência apresentada em procedimentos legais relevantes deve ser obtida por meio da adesão ao Protocolo de Istambul e seus Princípios.
265. Os(As) tomadores(as) de decisão, especialmente em casos de asilo e devolução, devem aplicar o padrão correto de prova – de uma probabilidade razoável ou risco real de ser submetido(a) à tortura (ou outras violações de direitos humanos que equivalem à perseguição) e considerar adequadamente as evidências disponíveis, especialmente as evidências clínicas, em sua tomada de decisão. Em particular, os(as) tomadores(as) de decisão não devem adotar opiniões sobre questões clínicas para as quais não estejam qualificados(as) e não devem descartar provas clínicas com base em uma conclusão negativa de credibilidade anterior. Evidência clínica de tortura passada ou maus-tratos é tipicamente um forte indicador de um risco real de perseguição ou tortura no retorno.⁴⁰⁰ A falta de evidência clínica não estabelece que uma pessoa não tenha sido torturada ou que a alegação de uma pessoa que alega tortura carece de credibilidade.

.....
395 Resoluções n.º 32/31 e n.º 70/161 da Assembleia Geral.

396 A/HRC/25/60.

397 Comitê contra a Tortura, comentário geral n.º 3 (2012), *inter alia*, par. 30: "Os Estados Partes também devem disponibilizar prontamente às vítimas todas as provas relativas a atos de tortura ou maus-tratos, mediante solicitação das vítimas, de seu(sua) advogado(a) ou juiz(a). A falta de um Estado Parte em fornecer provas e informações, como registros de avaliações ou tratamentos médicos, pode prejudicar indevidamente a capacidade das vítimas de apresentar queixas e buscar reparação, compensação e reabilitação."

398 A/HRC/24/42.

399 Comitê contra a Tortura, comentário geral n.º 4 (2017), par. 18 (e).

400 *Ibid.*, par. 28.

IV. CONSIDERAÇÕES GERAIS PARA ENTREVISTAS

266. Quando uma pessoa que supostamente foi torturada é entrevistada, há uma série de questões e fatores práticos que devem ser levados em consideração. Essas considerações gerais aplicam-se a todos(as) os(as) clínicos(as) que realizam entrevistas. As avaliações clínicas de tortura e maus-tratos ajudam a estabelecer tais fatos e fornecer evidências críticas em contextos médico-legais e outros (consulte o cap. VII). Elas também podem servir como diretrizes úteis para outros(as) profissionais que realizam entrevistas com supostas vítimas, incluindo advogados(as), promotores(as), juízes(as), defensores(as) dos direitos humanos e outros(as). Este capítulo fornece orientações “comuns” sobre considerações gerais da entrevista e aborda diferentes contextos de entrevista.

A. Considerações preliminares

1. Objetivo da investigação, exame e documentação

267. O objetivo da investigação é estabelecer os fatos constitutivos dos supostos incidentes de tortura ou maus-tratos (consulte o cap. III e o anexo I), para garantir a responsabilização e a reparação desses crimes e, em última instância, a prevenção por meio da dissuasão. Avaliações clínicas de tortura ou maus-tratos podem fornecer evidências críticas em contextos médico-legais e outros (ver cap. VII), inclusive:

- (a) Avaliações clínicas de evidências físicas e psicológicas de suposta tortura ou maus-tratos em casos criminais, civis, administrativos e outros, para fins de:
 - (i) Proteção de pessoas contra tortura e maus-tratos por meio de avaliações clínicas periódicas de possíveis evidências físicas e psicológicas de tortura ou maus-tratos durante períodos de privação de liberdade, como em ambientes de custódia e prisões;
 - (ii) Identificação dos(as) perpetradores(as) responsáveis por tortura e maus-tratos e levá-los(as) à justiça;
 - (iii) Documentação de evidências de tortura e maus-tratos em procedimentos de asilo;
 - (iv) Documentação e estabelecimento de constatações de tortura e maus-tratos para fins de vários processos judiciais, incluindo a identificação de confissões obtidas sob tortura ou maus-tratos;
 - (v) Documentação e estabelecimento de práticas nacionais, regionais e internacionais de tortura e maus-tratos;
- (b) Visitas internacionais de monitoramento de direitos humanos e prevenção de tortura a locais de detenção;
- (c) Investigações, missões e inquéritos sobre direitos humanos;
- (d) Responsabilização dos(as) funcionários(as) do Estado e práticas de investigação e documentação do Estado, incluindo avaliações clínicas por funcionários(as) do Estado;
- (e) Defesa da prevenção, responsabilização e reparação da tortura;

- (f) Encontros de atendimento primário de saúde nos quais há alegação ou suspeita de tortura ou maus-tratos;
 - (g) Implementação das condições necessárias para a investigação e documentação eficazes da tortura e maus-tratos (consulte o cap. VIII);
 - (h) Identificação das necessidades terapêuticas, de reabilitação e de possíveis reparações dos(as) sobreviventes de tortura.
268. O objetivo da avaliação médico-legal de casos suspeitos ou alegados de tortura ou maus-tratos é fornecer uma interpretação clínica do grau em que os achados clínicos se correlacionam com a alegação de abuso da suposta vítima e uma opinião clínica sobre a veracidade de tais alegações e a possibilidade de tortura, com base em todas as evidências clínicas relevantes, e de comunicar efetivamente essas descobertas, interpretações e conclusões ao Judiciário ou a outras autoridades competentes. Além disso, o testemunho clínico geralmente serve para educar o Judiciário, outros(as) funcionários(as) do governo e as comunidades locais e internacionais sobre as sequelas físicas e psicológicas da tortura. Todas as avaliações clínicas de alegados(as) ou suspeitos(as) de tortura ou maus-tratos devem ser conduzidas de acordo com os Princípios incluídos no anexo I. O(A) examinador(a) deve estar preparado(a) para fazer o seguinte:
- (a) Avaliar possíveis lesões e abusos, mesmo na ausência de alegações específicas de indivíduos, autoridades policiais ou judiciais;
 - (b) Documentar evidências físicas e psicológicas de lesões e abuso;
 - (c) Correlacionar o grau de consistência entre os resultados da avaliação e as alegações específicas de abuso da suposta vítima;
 - (d) Correlacionar o grau de consistência entre os resultados da avaliação individual e os métodos de tortura usados em uma determinada região e seus efeitos colaterais comuns;
 - (e) Fornecer uma interpretação clínica dos resultados das avaliações médico-legais e/ou emitir um parecer especializado sobre a possibilidade de tortura com base em todas as evidências clínicas relevantes, incluindo “achados físicos e psicológicos, informações históricas, achados fotográficos, resultados de testes diagnósticos, conhecimento das práticas regionais de tortura, relatórios de consultas etc.”, conforme declarado no anexo IV;
 - (f) Usar as informações obtidas de maneira apropriada para aprimorar a apuração dos fatos e a documentação adicional de tortura;
 - (g) Mediante solicitação judicial ou outra solicitação legal apropriada, fornecer uma avaliação da confiabilidade dos achados clínicos.

2. Condições essenciais e habilidades de entrevista

269. Todas as avaliações clínicas de casos em que se alega ou suspeita de tortura ou maus-tratos devem ser conduzidas com objetividade e imparcialidade. A avaliação deve se basear no conhecimento especializado e na experiência profissional do(a) médico(a). As obrigações éticas de beneficência, não maleficência, confidencialidade e respeito à autonomia exigem

precisão e imparcialidade intransigentes para estabelecer e manter a credibilidade profissional. Os(As) médicos(as) que realizam avaliações de pessoas privadas de liberdade devem ter conhecimento do Protocolo de Istambul e de seus Princípios e a capacidade de avaliar e documentar com eficácia os efeitos físicos e psicológicos da tortura e dos maus-tratos.

270. Os(As) médicos(as) devem ter conhecimento das condições de detenção e dos métodos de tortura usados na região específica onde a suposta vítima foi detida ou presa, em situações em que essa informação esteja disponível, e dos efeitos posteriores comuns da tortura. O relatório clínico deve ser factual e cuidadosamente redigido. Deve-se evitar o uso de jargões. Toda a terminologia clínica deve ser definida de modo que seja compreensível para pessoas leigas. O(A) clínico(a) não deve presumir que o(a) funcionário(a) que está solicitando uma avaliação médico-legal tenha transmitido todos os fatos relevantes. É responsabilidade dos(as) médicos(as) descobrir e relatar quaisquer descobertas materiais que considerem importantes, mesmo que possam ser consideradas irrelevantes ou adversas ao caso do(a) paciente ou da parte que está solicitando a avaliação clínica.
271. O local da entrevista e do exame deve ser o mais seguro, privado e confortável possível, e a entrevista deve ter tempo suficiente, o que pode exigir várias entrevistas.
272. A construção da confiança e do relacionamento são componentes essenciais para obter um relato preciso do abuso. Para estabelecer um relacionamento e ganhar a confiança de alguém que sofreu tortura ou outros maus-tratos, é necessário que o(a) entrevistador(a) trate a pessoa com cortesia e respeito por meio do uso da escuta ativa, da comunicação metódica, da empatia genuína e da honestidade. Explicar com antecedência o que esperar pode dar ao(à) entrevistado(a) uma sensação maior de controle. O(A) clínico(a) deve estar atento(a) ao tom, à formulação e à sequência das perguntas (perguntas delicadas devem ser feitas somente depois que algum grau de relacionamento tiver sido desenvolvido) e deve reconhecer o direito do indivíduo de fazer uma pausa, se necessário, ou de optar por não responder a qualquer pergunta. Proporcionar ao(à) entrevistado(a) um senso de controle sobre o ritmo da entrevista pode fortalecer o relacionamento.
273. Os(As) médicos(as) e intérpretes têm o dever de manter a confidencialidade das informações e de divulgá-las somente com o consentimento da suposta vítima (consulte os parágrafos 165–171). As pessoas devem ser examinadas individualmente, com privacidade. Elas devem ser informadas, de maneira clara e compreensível, sobre quaisquer limites sobre a confidencialidade da avaliação, inclusive aqueles que possam ser impostos pelas autoridades judiciais do Estado. O(A) médico(a) deve se certificar de que as informações fornecidas sejam claramente compreendidas pelos(as) entrevistados(as). Isso inclui quaisquer requisitos de relatórios obrigatórios que o(a) médico(a) possa ter. Os(As) clínicos(as) devem garantir que o consentimento informado seja baseado na divulgação e compreensão adequadas dos possíveis benefícios e consequências adversas de uma avaliação clínica, que o indivíduo seja mentalmente competente e que o consentimento seja dado voluntariamente, sem coerção por parte de terceiros, especialmente autoridades policiais ou judiciais. A suposta vítima tem o direito de recusar a avaliação. Em tais circunstâncias, o(a) médico(a) deve documentar o motivo da recusa da avaliação.

3. Revelação de tortura sexual ou maus-tratos

274. A revelação de tortura sexual ou maus-tratos pode ser tão difícil que a pessoa prefere não falar sobre o assunto ou pode ser revelada somente muito tempo depois, durante a terapia.⁴⁰¹ Entretanto, sem a divulgação dessas experiências, a documentação ficará incompleta e a avaliação das necessidades de cuidados com a saúde ficará comprometida. É importante que os indivíduos mantenham o controle sobre suas revelações para minimizar a retraumatização, especialmente no que diz respeito a quando, quantos detalhes e para quem. O(A) examinador(a) deve fazer uma avaliação subjetiva sobre até que ponto a pressão por detalhes é necessária para a eficácia do relatório no tribunal. Pistas que indiquem que uma pessoa sofreu violência sexual, mas não a revelou, podem ser encontradas explorando lacunas em sua narrativa de eventos ou eufemismos, como “eles fizeram o que queriam”. Uma pergunta útil a ser feita pode ser: “Os policiais chegaram a tirar suas roupas?” Pistas no exame psicológico também podem levantar preocupações de que a violência sexual tenha ocorrido, mas não tenha sido revelada, tais como histórico de lavagens compulsivas muitas vezes ao dia, comportamento repetido de automutilação e a natureza do comportamento de desencadeamento e evitação relacionado à lembrança intrusiva e a *flashbacks* de experiências traumáticas.
275. A evitação, uma característica do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), também pode inibir a revelação. Os(As) clínicos(as) precisam estar atentos(as) às suas próprias reações às revelações de uma pessoa e não evitar também essas questões importantes. A revelação de violência sexual, mesmo no ambiente relativamente seguro de uma avaliação, pode ser intensamente angustiante e suscitar o risco de automutilação e suicídio da pessoa. Deve ser feita uma avaliação de risco de danos a si mesmo(a) e a outros(as). Se a revelação for feita pela primeira vez no contexto de uma avaliação médico-legal, as razões para não fazer a revelação anteriormente devem ser discutidas no relatório. As vítimas podem achar que os(as) outros(as) as julgarão culpadas por terem se colocado em risco de alguma forma. Elas podem achar que, se não tiverem sido fisicamente feridas, não acreditarão nelas ou não acreditarão que não consentiram.
276. A revelação da violência sexual pode ser inibida por muitos fatores, incluindo a vergonha e o medo evocados, o desafio que isso representa para a identidade de gênero e a orientação sexual de uma pessoa ou o medo de “violência de honra” por parte da família ou da comunidade. Há dificuldades específicas para homens, mulheres e outras pessoas ao revelarem experiências de violência sexual. As normas de gênero estão arraigadas na maioria das sociedades e tanto as ideias das próprias vítimas sobre sua orientação sexual e identidade de gênero quanto as opiniões da sociedade em que vivem podem estar indissociavelmente ligadas ao impacto da experiência de violência sexual para elas e influenciar a revelação. A violência sexual contra homens destaca a vulnerabilidade e a impotência da vítima, desafiando e entrando em conflito com suas ideias de masculinidade. As percepções de sexualidade, capacidade de procriação e identidade de gênero também podem ser desafiadas.⁴⁰² A resposta de submissão ou

.....
 401 Os dados da pesquisa de crimes do Reino Unido da Grã-Bretanha e Irlanda do Norte mostram que quase 31% das vítimas de estupro nunca revelaram sua experiência a ninguém e aproximadamente 83% não a relataram à polícia. Escritório de Estatísticas Nacionais, “Sexual offences in England and Wales: year ending March 2017” (Londres, 2018).

402 UNHCR, “Working with men and boy survivors of sexual and gender-based violence in forced displacement” (Genebra, 2012), p. 4.

congelamento, a associação do estupro masculino com o prazer homossexual e a falta de reconhecimento e de serviços para a violência sexual contra os homens podem afetar significativamente a revelação dos homens.⁴⁰³ Nas mulheres, o estigma social e as preocupações com a “perda da honra” e/ou a exclusão da família ou da comunidade são frequentemente arraigados nas sociedades e influenciam a revelação. A violência sexual contra indivíduos homossexuais também tem impactos únicos sobre as vítimas e desafios distintos com relação à revelação que devem ser considerados e atenuados.

4. Risco de retraumatização do(a) entrevistado(a)

277. Os(As) entrevistadores(as) devem estar cientes de que as entrevistas e avaliações clínicas, inclusive a narração de experiências passadas de tortura e traumas graves, bem como de lesões físicas, podem ser um problema. O exame psicológico e os procedimentos comuns e testes diagnósticos auxiliares, como exames de sangue, podem ser profundamente retraumatizantes para as vítimas, tanto durante o exame quanto depois. A retraumatização refere-se a reações de estresse traumático (emocional e/ou físico) desencadeadas pela exposição a lembranças ou recordações de eventos traumáticos passados.⁴⁰⁴ Durante a avaliação, a retraumatização pode se manifestar como ansiedade em relação à entrevista, vontade de evitar a discussão de determinados incidentes, minimização da conversa, re-experimentação de sintomas físicos ou emocionais, sintomas de hiperexcitação ou insônia, entorpecimento da capacidade de resposta geral ou ficar sobrecarregado(a) de lembranças e emoções. Os indivíduos retraumatizados podem mobilizar fortes defesas que resultam em um profundo retraimento afetivo durante o exame ou a entrevista; como alternativa, eles podem expressar hostilidade e raiva. A retraumatização apresenta dificuldades especiais porque as vítimas de tortura podem ser incapazes de comunicar seu histórico de trauma e as sequelas relacionadas, embora isso fosse benéfico para elas. Os sintomas de retraumatização podem estar presentes durante a entrevista ou afetar o(a) sobrevivente por dias e até semanas após a entrevista e o exame. Além disso, aqueles(as) que sobrevivem à tortura e permanecem em seu país podem sentir intenso medo e suspeita de serem presos(as) novamente e podem se sentir forçados(as) a se esconder.
278. Entrevistas, exames e testes diagnósticos também podem exacerbar as sequelas psicológicas em sobreviventes de tortura. A entrevista pode desencadear sintomas novos ou agravantes de estresse pós-traumático, como (a) sintomas de dor física ou ansiedade; (b) reviver o evento traumático (por exemplo, *flashbacks*); (c) evitar lembranças associadas ao trauma; (d) entorpecimento da capacidade de resposta geral; (e) insônia e fenômenos relacionados ao sono; e (f) sentimentos de medo, vergonha e culpa. Os sintomas de depressão e ansiedade também podem se agravar durante e após a entrevista e o exame. Como a exacerbação desses sintomas pode piorar os pensamentos suicidas, os(as) médicos(as) devem considerar a reavaliação do risco de automutilação quando for relevante. Eles(as) também devem estar cientes de que as perguntas sobre sofrimento psicológico são, às vezes, consideradas tabu em muitas sociedades tradicionais e que fazer essas perguntas pode ser considerado desrespeitoso ou ofensivo.

403 Clayton M. Bullock e Mace Beckson, “Male victims of sexual assault: phenomenology, psychology, physiology”, *Journal of American Academy of Psychiatry and Law*, v. 39, n. 2 (2011), p. 197–205.

404 Melanie P. Duckworth e Victoria M. Follette, orgs., *Re-traumatization: Assessment, Treatment, and Prevention* (Nova Iorque, Routledge, 2012), cap. 1.

279. As reações pessoais do(a) sobrevivente de tortura em relação ao(à) entrevistador(a) (e ao(à) intérprete, nos casos em que for utilizado(a) um[a]) podem afetar o processo da entrevista e, por sua vez, o resultado da avaliação. Da mesma forma, as reações pessoais do(a) entrevistador(a) em relação ao(à) entrevistado(a) também pode afetar o processo da entrevista e o resultado da avaliação. É importante examinar as barreiras à comunicação eficaz, incluindo o viés implícito e explícito do(a) clínico(a) e a possível influência dessas reações pessoais na avaliação. O(A) médico(a) deve se manter atento(a) a esses fatores por meio de um exame contínuo do processo de entrevista e avaliação. Consultas e discussões com colegas familiarizados(as) com o campo da avaliação psicológica e do tratamento de sobreviventes de tortura podem ser úteis.
280. Os(As) examinadores(as) podem evitar e atenuar a retraumatização e as sequelas psicológicas com uma comunicação efetiva, com empatia e permitindo que os indivíduos tenham controle sobre sua narrativa dos supostos eventos. A aplicação dessas e de outras habilidades essenciais de entrevista é de suma importância para a realização de uma entrevista eficaz e para evitar a retraumatização de um(a) sobrevivente de tortura. Apesar dos esforços para evitar e atenuar a retraumatização, é provável que os(as) sobreviventes de tortura sintam algum nível de angústia durante uma entrevista clínica. Os(As) médicos(as), juntamente com o indivíduo, devem equilibrar os possíveis efeitos traumáticos de uma entrevista com os possíveis benefícios de uma avaliação médico-legal abrangente. Quando o(a) entrevistador(a) suspeitar da ocorrência de retraumatização, seria importante reconhecer a preocupação, atenuar a retraumatização em andamento (por exemplo, com pausas, exercícios de respiração e redirecionamento para tópicos menos emocionais), oferecer apoio psicológico e encaminhar a suposta vítima para o acompanhamento adequado.

5. Gênero, orientação sexual e identidade de gênero

281. Tanto as vítimas quanto os(as) autores(as) de tortura ou maus-tratos podem ser de qualquer orientação sexual ou gênero e, embora frequentemente discutidos juntos, sexo, gênero e orientação sexual são diferentes um do outro. A orientação sexual refere-se à atração emocional, romântica e/ou sexual inerente a outras pessoas. A identidade de gênero refere-se à forma como os indivíduos se percebem e como se chamam. As pessoas que se identificam como pertencentes a um amplo e variado espectro de orientações não heterossexuais são geralmente chamadas de lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros e pessoas *queer*. Pessoas intersexuais são aquelas que nascem com características sexuais (inclusive genitais, gônadas e padrões cromossômicos) que não se encaixam nas noções binárias típicas de corpos masculinos ou femininos. Esses indivíduos, bem como aqueles que se encontram no processo de questionar, explorar ou começar a entender sua orientação sexual, correm um risco maior de tortura e maus-tratos. Nos casos em que as supostas vítimas não se enquadram na noção binária tradicional de gênero (incluindo transgêneros, intersexuais e pessoas que não se conformam com o gênero), os(as) entrevistadores(as) devem reconhecer a identidade de gênero declarada dos(as) entrevistados(as) e usar seu nome preferido e pronomes de gênero de acordo (consulte os parágrafos 599–601 abaixo).

282. É importante diferenciar entre tortura e abuso sexual e de gênero. A tortura sexual inclui atos verbais, emocionais e físicos de natureza sexual com a intenção de produzir sofrimento físico e psicológico. Na tortura baseada em gênero, a identidade de gênero e/ou a orientação sexual das pessoas envolvidas desempenha um papel fundamental no abuso. Tanto a tortura sexual quanto a baseada em gênero dependem da dinâmica de poder envolvida e podem mudar de acordo com o contexto social, cultural e religioso. Mesmo que não seja alegada nenhuma agressão sexual explícita, muitas formas de tortura têm aspectos sexuais ou de gênero que devem ser considerados na avaliação.
283. O gênero do(a) médico(a) também pode influenciar o processo de avaliação. Idealmente, uma equipe de avaliação deve incluir clínicos(as) de diferentes gêneros, oferecendo ao(à) entrevistado(a) a opção de ser atendido(a) por um(a) médico(a) e, quando necessário, por um(a) intérprete do mesmo gênero ou de outro gênero. O desejo da suposta vítima de ter um(a) clínico(a) do mesmo gênero ou de outro gênero conduzindo a entrevista deve ser respeitado. A experiência tem demonstrado, especialmente em casos de vítimas ainda sob custódia, que, na maioria das situações, o fator mais importante pode ser que o(a) entrevistador(a) seja um(a) médico(a) a quem a vítima possa fazer perguntas honestas, independentemente do gênero. Quando a equipe de avaliação não tem um(a) clínico(a) do gênero desejado para uma avaliação, o(a) entrevistado(a) ainda pode optar por falar com um(a) médico(a) para obter informações e orientações clínicas. Essas considerações são particularmente importantes em situações de violência baseada em gênero e tortura sexual conhecidas. Nos casos em que o clínico(a) e o(a) entrevistado(a) são de gêneros diferentes, e especialmente durante um exame físico, é essencial que seja oferecido(a) um(a) acompanhante.

6. Entrevistas com crianças

284. Há considerações únicas e especializadas que devem ser levadas em conta ao entrevistar crianças. O ideal é que os(as) médicos(as) que entrevistam crianças recebam treinamento especializado sobre como conduzir avaliações pediátricas. Recomenda-se que os(as) médicos(as) sem conhecimento especializado sejam cautelosos(as) ao avaliar crianças.
285. As crianças têm o direito de ter seu consentimento e confidencialidade respeitados. Exceto em circunstâncias excepcionais, discutidas no parágrafo 170 acima, elas não devem receber tratamento médico sem o seu consentimento ou o de um dos pais ou responsável. Deve-se dar atenção especial ao fornecimento de apoio, como, por exemplo, dedicar tempo para criar um relacionamento, usar linguagem clara e adequada à idade durante todo o processo e oferecer intervalos e oportunidades para fazer perguntas.
286. É importante entender que as características e os efeitos psicológicos da tortura e dos maus-tratos dependem do estágio de desenvolvimento da criança e das normas sociais da comunidade em que ela está inserida. As crianças mais jovens podem ser torturadas para causar dor aos pais. As crianças mais velhas podem ser torturadas para suprimir a atividade política. A comunicação adequada à idade com as crianças é fundamental tanto na fase de recebimento do consentimento/assentimento informado e da realização de avaliações. As informações sobre os procedimentos precisam ser adaptadas às crianças e comunicadas de forma que elas possam entender. Embora possam se assemelhar fisicamente aos(as) adultos(as), é cada vez mais reconhecido que o desenvolvimento do

cérebro continua até o início da idade adulta, e as entrevistas com crianças mais velhas, adolescentes e adultos(as) jovens devem ser adaptadas à sua capacidade cognitiva e verbal individual.

287. A memória e a cognição em crianças dependem do desenvolvimento, bem como do trauma, de sua frequência e do contexto social. O desenvolvimento dos processos cognitivos necessários para o armazenamento da memória adulta – recordação e recontagem de forma cronológica coerente – é um processo gradual e pode ser retardado em crianças traumatizadas. Ao considerar a memória e a recordação de eventos traumáticos, é importante considerar alguns problemas específicos das crianças. Embora tanto traumas únicos ou repetidos possam afetar a linguagem, o desenvolvimento e a memória de um(a) jovem, o trauma repetido pode ter um efeito mais grave. Parte da memória de uma criança pode se formar a partir de sua família lembrar e recontar experiências, o que ajuda a reforçar a memória. Se uma criança foi separada da família em uma idade jovem ou se a família não fala de certas experiências, as lembranças dessas experiências podem ser frágeis e pouco detalhadas e podem se perder completamente à medida que a criança cresce. As crianças que sofreram experiências traumáticas e aquelas que foram separadas de seus(suas) cuidadores(as) podem apresentar um desenvolvimento particularmente desigual. Essas crianças podem ser hábeis em alguns aspectos devido ao fato de terem a responsabilidade de cuidar de si mesmas ou de outras pessoas desde cedo, apesar de não terem educação formal. Experiência de tortura ou maus-tratos, condições de saúde mental subsequentes e dificuldades de desenvolvimento pré-existentes, como dificuldades de aprendizado ou deficiências, podem influenciar a compreensão da criança sobre os eventos e sua capacidade de narrá-los.
288. A construção de um relacionamento com as crianças pode ser facilitada pela adoção de medidas para garantir que o ambiente e o tom da entrevista seja o mais informal e confortável possível. É útil permitir que as crianças participem do fluxo das entrevistas, informando-as sobre a duração aproximada das conversas e que os intervalos estão disponíveis quando solicitados. A capacidade de atenção das crianças pode ser bastante curta, portanto pode ser necessário fazer intervalos durante as entrevistas ou conduzi-las em várias sessões.
289. Os(As) entrevistadores(as) devem usar uma linguagem apropriada para crianças e adaptar seu estilo de comunicação à terminologia local e às normas culturais para ajudar a criança a se sentir à vontade e a se envolver no processo de entrevista. O(A) entrevistador(a) pode utilizar uma “narrativa prática” em que a criança é incentivada a falar em profundidade sobre um tópico neutro. Isso também permite que os(as) entrevistadores(as) conheçam as crianças, sua capacidade verbal e seu grau de facilidade relacional ou falta dela. Perguntas sobre a idade, o que gostam de fazer quando têm tempo livre e onde moram atualmente podem ser bons “quebra-gelos” antes da transição para tópicos mais sensíveis. Um(a) clínico(a) pode conduzir lentamente a tópicos relacionados a traumas usando suas próprias palavras em resposta para perguntas abertas sempre que possível.
290. As reações emocionais das crianças podem variar. As crianças podem ficar em silêncio por um longo período de tempo, desviar o olhar ou mudar completamente de assunto quando se sentem sobrecarregadas por uma pergunta. Nesses casos, geralmente é melhor

seguir o exemplo delas e mudar, pelo menos temporariamente, para um assunto menos ameaçador. A capacidade de se concentrar e participar de entrevistas também pode ser afetada por uma emocionalidade exacerbada e pela capacidade limitada de regular seu afeto, especialmente em adolescentes. As explicações de eventos que parecem superficiais ou implausíveis para um(a) adulto(a) podem ser reflexo de um raciocínio limitado ou de um comportamento mais impulsivo de uma criança ou adolescente.

291. A presença de figuras importantes de apego, como os pais ou responsáveis, pelo menos no início do processo de entrevista, pode confortar uma criança ansiosa e também permitir que os pais ou responsáveis endossem tacitamente a cooperação da criança. Especialmente quando a tortura consistiu na separação forçada dos(as) cuidadores(as), os(as) profissionais devem ter paciência para dessensibilizar a criança a ser entrevistada sozinha, o que, em última análise, é desejável. A criança pode se sentir desconfortável ao revelar informações sobre o trauma na presença de uma pessoa que a esteja entrevistando. Os(As) médicos(as) devem ter bom senso e paciência para deixar a criança confortável e apoiá-la quando for entrevistada sozinha, especialmente em situações que envolvem violência sexual. Eles(as) devem considerar o desejo das crianças de manter as informações que divulgam confidenciais em relação aos pais e como lidar com isso de forma ética.
292. Ao discutir eventos traumáticos, algumas técnicas podem ajudar a criança a descrever os eventos. Desenhar uma linha do tempo pode ajudar a criança a sequenciar os eventos e usar âncoras cronológicas bem lembradas, por exemplo, “Isso aconteceu antes ou depois do seu décimo aniversário?” ou “Antes ou depois do fim do ano letivo?”, pode ajudar ainda mais a identificar os eventos no tempo com maior especificidade. Algumas crianças conseguem relaxar mais quando movimentam todo o corpo, por exemplo, falando enquanto caminham. Uma criança pode preferir fazer um desenho e depois explicá-lo. Embora os brinquedos possam ser úteis para permitir uma variedade de expressões, aliviar fisicamente a ansiedade durante a entrevista e proporcionar conforto, os brinquedos não devem ser usados para obter a história, pois podem confundir a linha entre fantasia e realidade. Para os(as) sobreviventes de tortura e outros traumas, é importante observar que as brincadeiras traumáticas são caracteristicamente muito repetitivas e duradouras, geralmente com um afeto desinteressado e plano ou com um afeto excessivamente excitado e ansioso, o que pode tornar a criança um tanto impermeável a interrupções por parte do(a) clínico(a). Embora os métodos não verbais de exploração devam ser usados com cautela, eles podem ser uma fonte de informações.
293. Em geral, as crianças fornecem menos informações do que os(as) adultos(as). Isso se deve, em parte, ao fato de elas serem menos capazes e menos habilidosas em gerar pistas de recuperação de forma independente. O uso de perguntas de sondagem é eficaz com crianças, especialmente crianças pequenas, pois elas fornecem uma pista dentro da pergunta (por exemplo, “Você mencionou um homem; o homem disse algo a você?” ou “O que o homem disse?”). Entretanto, pelos motivos descritos acima, os(as) entrevistadores(as) devem evitar entrevistar as crianças somente com perguntas de sondagem e fechadas. Um método melhor é incentivar a elaboração com base no que a criança já disse (por exemplo, “Você disse [detalhe]; o que aconteceu depois?” ou “Você disse [detalhe]; conte-me mais sobre isso”). À medida que a criança se torna mais madura em termos de desenvolvimento, ela se torna mais capaz de gerar suas próprias pistas de

recuperação e de responder a perguntas abertas. Capacitar a criança a responder “Não sei” ou se recusar a responder as perguntas se elas forem muito dolorosas ou difíceis não só pode aumentar a precisão das informações obtidas, como também sugere que a agenda de apuração dos fatos não se sobreporá ao bem-estar da criança.

7. Conscientização cultural, religiosa e social/política

294. Os(As) clínicos(as) que realizam avaliações de vítimas de suposta tortura devem ter a humildade cultural e a perspectiva transcultural necessárias para entender e documentar de forma eficaz os aspectos físicos e psicológicos dos efeitos da suposta tortura ou maus-tratos. Ele(as) deve tentar entender o sofrimento mental no contexto da própria experiência, circunstâncias, crenças e normas culturais do(a) entrevistado(a). As expressões idiomáticas de angústia podem ser métodos culturalmente específicos ou vinculados ao idioma para expressar um sentimento ou uma experiência. A cultura e o idioma também podem influenciar a forma como uma doença, sintoma ou experiência específica é conceituada e descrita. A conscientização e o aprendizado constante de expressões idiomáticas de angústia e conceituações culturais específicas de dor e doença são de suma importância para a realização da entrevista, a formulação da impressão clínica e a conclusão.
295. Os(As) entrevistadores(as) também devem estar cientes da dinâmica sociocultural de sua própria identidade e de como as percepções implícitas e explícitas de poder, etnia, nacionalidade, gênero, idade, orientação sexual e status socioeconômico podem afetar a entrevista. Além disso, os(as) entrevistadores(as) devem se certificar de se comportar de forma a não ofender sensibilidades culturais ou religiosas. A falta dessa consciência corre o risco de alienar o indivíduo e/ou fazer com que ele se sinta desconfortável, levando a uma entrevista menos eficaz.

8. Uso de intérpretes

296. Para muitas finalidades, é necessário usar um(a) intérprete para permitir que o(a) entrevistador(a) entenda o que está sendo dito. Há algumas considerações essenciais para o uso de intérpretes que também podem se aplicar a qualquer estagiário(a) ou pessoa de apoio presente durante a avaliação. É essencial instruir adequadamente os(as) intérpretes antes da avaliação. Eles(as) devem ser avisados(as) de que o que ouvem e interpretam nas entrevistas é estritamente confidencial. Eles(as) devem interpretar exatamente o que o(a) entrevistado(a) diz e devem evitar conversas paralelas com o(a) entrevistado(a) durante a entrevista. Os(As) entrevistadores(as) devem ter cuidado ao confiar nos(as) intérpretes para que forneçam o contexto cultural, pois esse conhecimento pode estar desatualizado se os(as) intérpretes tiverem deixado o país anos antes, ou o conhecimento deles(as) pode ser influenciado por suas próprias lentes socioeconômicas, étnicas, religiosas ou de gênero.
297. Os(As) entrevistadores(as) devem se lembrar de falar diretamente com o(a) entrevistado(a) e manter contato visual, em vez de seguir a tendência natural de falar com o(a) intérprete. Ele(a) deve ter o cuidado de falar com o(a) entrevistado(a) na segunda pessoa, e não na terceira, como faria se não houvesse um(a) intérprete presente. É essencial que os(as) entrevistadores(as) observem não apenas as palavras, mas também o que as acompanha,

como linguagem corporal, expressões faciais, tom de voz e gestos dos(as) entrevistados(as) se quiserem obter uma imagem completa e precisa. Os(As) entrevistadores(as) devem se familiarizar com palavras e terminologia relacionadas à tortura no idioma da pessoa para demonstrar que têm conhecimento sobre o assunto.

298. Ao visitar pessoas privadas de liberdade, é melhor não usar intérpretes empregados(as) no mesmo estabelecimento ou por ele. Isso também pode ser injusto para esses(as) intérpretes, que podem ser “interrogados(as)” pelas autoridades do estabelecimento após a visita ou pressionados(as) de outra forma. É melhor usar intérpretes independentes que sejam claramente vistos(as) como vindos(as) de outro lugar. A segunda melhor opção além de falar fluentemente o idioma local é trabalhar com um(a) intérprete treinado(a) e experiente, que seja sensível à questão da tortura e à cultura local. Como regra geral, os co-detidos(as) não devem ser usados(as) para interpretação, a menos que seja uma situação de emergência e que os(as) entrevistados(as) tenham escolhido alguém de sua confiança. No caso de pessoas que não estejam detidas, muitas dessas mesmas regras também se aplicam.

9. Reações emocionais e seus efeitos potenciais

299. O(A) clínico(a) deve explicar o processo da entrevista e os tipos de perguntas que serão feitas para preparar o indivíduo para as reações emocionais difíceis que as perguntas podem provocar. O indivíduo deve ter a oportunidade de solicitar intervalos, interromper a entrevista a qualquer momento e sair se necessário. A pessoa que optar por sair deve ter a oportunidade de marcar uma entrevista mais tarde. Os(As) médicos(as) precisam ser sensíveis e empáticos(as) em seus questionamentos, sem deixar de ser objetivos em sua avaliação clínica.
300. Os(As) médicos(as) que realizam avaliações clínicas e psicológicas devem estar cientes das possíveis reações emocionais que as avaliações de traumas graves podem provocar tanto no(a) entrevistado(a) quanto no(a) entrevistador(a). Essas reações emocionais são conhecidas como transferência e contratransferência, respectivamente. A transferência refere-se aos sentimentos que o(a) sobrevivente tem em relação ao(à) clínico(a) que estão relacionados a experiências passadas, mas que são mal interpretados como direcionados ao(à) clínico(a) pessoalmente. A desconfiança, o medo, a vergonha, a raiva e a culpa estão entre as reações típicas dos(as) sobreviventes de tortura, principalmente quando são solicitados(as) a contar ou lembrar detalhes de seu trauma. Além disso, a reação emocional do(a) médico(a) ao(à) sobrevivente de tortura, conhecida como contratransferência, pode afetar a avaliação psicológica. A transferência e a contratransferência são mutuamente interdependentes e interativas.
301. As reações de transferência podem alterar a avaliação, atribuindo memórias angustiantes e indesejadas, pensamentos e sentimentos do(a) examinador(a). Além disso, embora uma suposta vítima de tortura possa consentir em uma avaliação com a esperança de se beneficiar dela, a exposição resultante pode renovar a própria experiência traumática ou deixar o(a) sobrevivente com lembranças perturbadoras do exame e do(a) examinador(a). Isso pode incluir os seguintes fenômenos:

- (a) As perguntas dos(as) avaliadores(as) podem ser percebidas como uma exposição forçada, semelhante a um interrogatório. Isso pode levar o(a) entrevistado(a) a perceber que o(a) avaliador(a) está do lado do(a) inimigo(a). O simples fato de reservar um tempo no início para explicar ao(a) entrevistado(a) o objetivo da entrevista ajudará a aliviar esse problema;
 - (b) Os(As) sobreviventes de tortura podem perceber os(as) avaliadores(as) como pessoas em posições de autoridade, o que geralmente acontece, e, por essa razão, podem não confiar a eles(as) certos aspectos da história do trauma ou podem confiar demais em situações nas quais os(as) entrevistadores(as) não podem garantir a segurança. Todas as precauções devem ser tomadas para garantir que os(as) detentos(as) não se coloquem em risco desnecessariamente.
302. As reações de contratransferência geralmente são inconscientes, mas podem interferir no processo de avaliação, principalmente quando os(as) clínicos(as) não estão cientes delas. É de se esperar que haja sentimentos ao ouvir as pessoas falarem sobre sua tortura. Quando esses sentimentos não são reconhecidos, eles podem interferir na eficácia do(a) clínico(a), mas quando esses sentimentos são reconhecidos e compreendidos, eles podem fornecer informações importantes sobre o estado psicológico de uma vítima de tortura. Há um consenso entre os(as) profissionais de que aqueles(as) que realizam regularmente esse tipo de exame devem obter apoio profissional de colegas ou conselheiros(as) com experiência nesse campo. As reações comuns de contratransferência incluem:
- (a) Fuga, retraimento e indiferença defensiva;
 - (b) Desilusão, desamparo e identificação excessiva com o(a) sobrevivente;
 - (c) Onipotência e grandiosidade;
 - (d) Sentimentos de insegurança com relação às habilidades profissionais;
 - (e) Sentimentos de culpa por não compartilhar a experiência do(a) sobrevivente de tortura e dor ou frustração por não agir;
 - (f) Raiva e fúria contra torturadores(as) e perseguidores(as). Essas reações são esperadas, mas podem prejudicar a capacidade de manter a objetividade quando são motivadas por experiências pessoais não reconhecidas e, portanto, tornam-se excessivas ou crônicas. Quando expressas durante as avaliações, elas podem ser percebidas pelos(as) sobreviventes como repulsa ou raiva dirigida a eles(as);
 - (g) A raiva ou a repugnância contra a vítima pode surgir como resultado da exposição a níveis incomuns de ansiedade.

B. Realização de entrevistas

1. Qualificações clínicas

303. Todos(as) os(as) médicos(as) que realizam avaliações clínicas de casos suspeitos ou alegados de tortura ou maus-tratos devem fazê-lo de acordo com o Protocolo de Istambul e seus Princípios. As habilidades clínicas necessárias para documentar evidências físicas e psicológicas de tortura e maus-tratos incluem competências clínicas básicas. A realização

de avaliações de acordo com o Protocolo de Istambul não exige certificação como perito(a) forense, mesmo que essa possa ser a prática normativa em alguns Estados e, às vezes, é usada para excluir intencionalmente o testemunho de clínicos(as) independentes dos processos judiciais.

304. A documentação de evidências clínicas de tortura requer conhecimentos específicos por parte de profissionais de saúde qualificados(as). O conhecimento sobre a tortura e suas consequências físicas e psicológicas pode ser adquirido por meio de publicações, cursos de treinamento, conferências profissionais e experiência. Além disso, o conhecimento sobre as práticas regionais de tortura e maus-tratos é importante porque essas informações podem corroborar os relatos de um indivíduo sobre essas práticas regionais. Experiência entrevistando e examinando os indivíduos em busca de evidências físicas e psicológicas de tortura ou maus-tratos documentação dos resultados sob a supervisão de médicos(a) experientes é altamente recomendada.
305. Juízes(as) e especialistas jurídicos(as) devem estar familiarizados(as) com os critérios relevantes para qualificar testemunhas forenses e outros(as) especialistas clínicos(as) em processos judiciais com base em sua especialização, conhecimento, experiência e treinamento, e não com base em uma licença ou certificado profissional específico. A qualificação para realizar avaliações de acordo com o Protocolo de Istambul não é sinônimo de certificação como perito(a) forense. Os(As) peritos(as) forenses são os principais alvos de treinamento em relação ao Protocolo de Istambul e seus Princípios e suas avaliações clínicas devem ser consistentes com esses padrões. Em cada caso jurídico, todas as testemunhas periciais forenses do governo e as testemunhas periciais forenses e clínicas não governamentais devem estar preparadas para demonstrar suas qualificações como especialistas em documentação de tortura e maus-tratos. Os(As) juízes(as) não devem presumir que a certificação oficial é suficiente para qualificar um(a) perito(a) forense do governo para realizar uma avaliação de acordo com o Protocolo de Istambul.
306. O Relator Especial sobre tortura reconheceu a prática de promotores(as) e juízes(as) que excluem especialistas não estatais dos processos judiciais, afirmando que:

Os tribunais não devem excluir os(as) peritos(as) não estatais nem atribuir mais peso ao testemunho de peritos(as) estatais com base apenas em seu *status* “oficial”. Com relação à perícia exigida, ela deve ser determinada com base em seus méritos. Nesse sentido, a independência e a objetividade são uma preocupação fundamental. O Estado geralmente terá mais recursos e estará em uma posição privilegiada para examinar as vítimas. Esses fatos devem ser considerados juntamente com o grau de independência e imparcialidade de que esses(as) especialistas desfrutam, bem como os obstáculos que os(as) peritos(as) não estatais podem enfrentar para obter acesso e provas. A presunção deve ser a de que o Estado deve responder por sua própria ação ou inação e por sua incapacidade de proteger os direitos das pessoas sob seu controle efetivo. É obrigação do Estado refutar as alegações e demonstrar que conduziu investigações realmente eficazes.⁴⁰⁵
307. A qualificação clínica mais importante na condução de uma avaliação de uma suposta vítima é o conhecimento de como aplicar o Protocolo de Istambul e seus Princípios. Se os(as) médicos(as) forem solicitados(as) a listar suas qualificações clínicas em processos judiciais, eles(as) podem considerar listar informações adicionais, como: (a) educação

.....
405 A/69/387, par. 53.

e treinamento clínico; (b) treinamento psicológico/psiquiátrico; (c) experiência na documentação de evidências de tortura e maus-tratos e outras formas de violência; (d) conclusão de cursos de treinamento e seminários relevantes, inclusive aqueles específicos do Protocolo de Istambul; (e) supervisão e orientação de clínicos(as) experientes; (f) associação a uma organização ou rede de direitos humanos ou a um centro de tratamento para sobreviventes de tortura; e (g) experiência regional em direitos humanos relevante para avaliações médico-legais. Quando possível, os(as) médicos(as) que realizam avaliações clínicas devem ter conhecimento das condições das prisões e dos métodos de tortura usados na região em que a tortura e os maus-tratos foram alegados.

308. Muitos(as) clínicos(as), incluindo médicos(as) de cuidados primários, psiquiatras, psicólogos(as), assistentes sociais clínicos(as) e enfermeiros(as), podem adquirir o conhecimento e as habilidades para diagnosticar condições psiquiátricas. Alguns(mas) médicos(as) podem ser capazes de documentar evidências físicas e psicológicas de tortura ou maus-tratos. Os(As) médicos(as) que não são formalmente treinados(as) em psiquiatria e/ou psicologia podem adquirir conhecimentos e habilidades para identificar evidências psicológicas de tortura e maus-tratos, como sintomas de depressão, TEPT e ansiedade, por meio de treinamento ou experiência.

2. Integração de avaliações físicas e psicológicas

309. Avaliações médico-legais de supostas torturas ou maus-tratos podem exigir o conhecimento de mais de um(a) clínico(a), incluindo especialistas em evidências físicas e psicológicas, bem como subespecialistas em medicina, cirurgia e neuropsicologia. Em casos jurídicos, é importante integrar os resultados de várias avaliações em uma única avaliação abrangente quando possível. Pode ser aconselhável que os(as) peritos(as) em provas físicas e psicológicas realizem uma avaliação em conjunto. Quando realizadas separadamente, as avaliações clínicas devem estabelecer, para o claro entendimento dos(as) profissionais do direito, que tais avaliações representam componentes de uma única avaliação clínica e devem ser consideradas de acordo. Se houver avaliações clínicas separadas e houver fortes evidências de apoio em uma avaliação e apenas evidências de apoio moderado na outra, a totalidade das evidências deve ser considerada de forte apoio.

3. Configurações das entrevistas

310. As avaliações clínicas de pessoas que alegam tortura ou maus-tratos devem ser realizadas em um local que o(a) clínico(a) e o(a) entrevistado(a) considerarem mais adequado. Isso é particularmente preocupante em ambientes de detenção. Em muitas situações, não é possível controlar o ambiente da entrevista, por exemplo, em prisões, e o(a) entrevistador(a) e o(a) entrevistado(a) terão de fazer o melhor possível em condições não ideais. Essas deficiências devem ser claramente documentadas no relatório e devem ser feitas solicitações à autoridade relevante para que forneça condições adequadas. Em alguns casos, pode ser melhor insistir para que a avaliação seja realizada na unidade médica do estabelecimento ou fora do local da prisão ou cadeia. Em outros casos, os(as) presos(as) podem preferir ser examinados(as) na relativa segurança de sua cela se, por exemplo, estiverem preocupados(as) com o fato de que as instalações médicas possam estar sob vigilância. Entretanto, os(as) entrevistadores(as) devem aplicar e adaptar esses

princípios básicos de entrevista o máximo possível. O melhor local será ditado por muitos fatores, mas, em todos os casos, os(as) entrevistadores(as) devem garantir que os(as) entrevistados(as) não sejam forçados(as) a aceitar um lugar no qual não se sentem confortáveis ou seguros.

311. Se possível, a sala deve ter condições físicas adequadas (luz, ventilação, tamanho e temperatura). Deve haver acesso a instalações sanitárias e oportunidades para se refrescar. A disposição dos assentos deve permitir que o(a) entrevistador(a) e o(a) entrevistado(a) fiquem igualmente confortáveis e a uma distância adequada para estabelecer contato visual e ver claramente o rosto um do outro. Nem o(a) entrevistador(a) nem o(a) entrevistado(a) devem se sentar em uma posição que bloqueie o acesso à porta. Deve-se prestar atenção para organizar a sala de forma que não lembre os ambientes oficiais ou o processo de interrogatório.

4. Garantias processuais com relação aos(às) detentos(as)

312. As avaliações médico-legais dos(as) detentos(as) devem ser realizadas quando solicitadas por pedidos oficiais por escrito pelos(as) promotores(as) públicos(as) ou outros(as) funcionários(as) apropriados(as) e com o consentimento informado da suposta vítima. As solicitações de avaliações médico-legais feitas por agentes da lei devem ser consideradas inválidas, a menos que sejam solicitadas por ordem escrita de um(a) promotor(a) público(a) ou outro(a) funcionário(a) apropriado(a). Os(As) próprios(as) detentos(as), seus(suas) advogados(as) ou parentes(as) têm o direito de solicitar uma avaliação clínica para avaliar evidências de tortura ou maus-tratos. O(A) detento(a) deve ser levado(a) para o exame clínico por funcionários(as) que não sejam soldados ou policiais, uma vez que a tortura ou os maus-tratos podem ter ocorrido sob sua custódia e, portanto, isso exerceria uma pressão coercitiva inaceitável sobre o(a) detento(a) ou o(a) médico(a) para que não documentasse a tortura ou os maus-tratos de forma eficaz. Os(As) funcionários(as) que supervisionam o transporte da pessoa detida devem ser responsáveis perante o(a) promotor(a) público(a) ou outro(a) funcionário(a) apropriado(a), mas não perante outros(as) funcionários(as) responsáveis pela aplicação da lei. O(A) advogado(a) do(a) detido(a) deve estar presente durante a solicitação do exame e o transporte do(a) detido(a) após o exame. Os(As) detentos(as) têm o direito de obter uma segunda avaliação clínica ou uma avaliação clínica alternativa por um(a) médico(a) qualificado(a) de sua escolha durante e após o período de detenção.
313. Cada detento(a) deve ser examinado(a) em particular. A polícia ou outros(as) agentes da lei não devem estar presentes na sala de exame. Essa proteção processual pode ser excluída somente quando, na opinião do(a) médico(a) examinador(a), houver evidências convincentes de que a pessoa detida representa um sério risco de segurança para a equipe de saúde. Em tais circunstâncias, a equipe de segurança do estabelecimento de saúde, e não a polícia ou outros(as) agentes da lei, deve estar disponível mediante solicitação do(a) médico(a). Nesses casos, o pessoal de segurança deve permanecer fora do alcance dos ouvidos (ou seja, apenas com contato visual) do(a) entrevistado(a).
314. A presença de policiais, soldados, agentes penitenciários(as) ou outros(as) agentes da lei na sala de exame, por qualquer motivo, deve ser registrada no relatório médico-legal oficial do(a) médico(a). Sua presença durante o exame pode ser motivo para desconsiderar

um relatório médico-legal negativo. A identidade e os títulos de outras pessoas que estejam presentes na sala de exame durante as avaliações clínicas devem ser indicados no relatório. As avaliações médico-legais oficiais de detentos(as) por peritos(as) forenses do Estado devem incluir o uso de um formulário de relatório médico padronizado que seja consistente com o Protocolo de Istambul e seus Princípios, incluindo o anexo IV.

315. A avaliação original e completa deve ser transmitida diretamente à pessoa que está solicitando o relatório, geralmente o(a) promotor(a) público(a) ou outros(as) funcionários(as) apropriados(as), e/ou seu(sua) representante legal. Quando os(as) detentos(as) ou advogados(as) agindo em seu nome solicitarem um relatório médico-legal, o relatório deve ser fornecido. Cópias de todos os relatórios médico-legais devem ser mantidas pelo(a) médico(a) examinador(a). Em nenhuma circunstância uma cópia do relatório médico-legal deve ser transferida para autoridades policiais.⁴⁰⁶ É obrigatório que um(a) detento(a) seja submetido(a) a um exame médico completo no momento da detenção.⁴⁰⁷ O acesso a um(a) advogado(a) deve ser fornecido no momento da avaliação clínica. Uma presença externa durante os exames pode ser impossível na maioria das situações de prisão. Nesses casos, deve-se estipular que os(as) médicos(as) da prisão que trabalham com prisioneiros(as) devem respeitar a ética médica e devem ser capazes de desempenhar suas funções profissionais independentemente de qualquer influência de terceiros. Se o exame médico-legal corroborar as alegações de tortura ou maus-tratos, o(a) detento(a) não deve ser devolvido(a) ao local de detenção, mas deve comparecer perante o(a) promotor(a) ou juiz(a) para determinar a disposição legal do(a) detento(a).⁴⁰⁸ Uma associação médica nacional ou uma comissão de inquérito pode optar por auditar os relatórios médico-legais para garantir que as salvaguardas processuais adequadas e os padrões de documentação sejam seguidos, especialmente pelos(as) clínicos(as) empregados(as) e que realizam uma avaliação oficial em nome do Estado. Os relatórios devem ser enviados a essa organização, desde que as questões de independência e confidencialidade tenham sido resolvidas.

5. Visitas oficiais a locais de detenção

316. As visitas a pessoas privadas de liberdade podem, em alguns casos, ser notoriamente difíceis de serem realizadas de forma objetiva e profissional, principalmente em países nos quais a tortura ainda é praticada. Uma visita única, sem acompanhamento para garantir a segurança dos(as) entrevistados(as) após a visita, pode representar um risco ao bem-estar dos(as) detentos(as) ainda maior. A noção de que algumas evidências são melhores do que nenhuma evidência é não é válida quando se trabalha com pessoas privadas de liberdade que podem ser colocadas em perigo ao prestar depoimento. Entrevistadores(as) bem-intencionados(as) podem cair na armadilha de visitar uma prisão ou delegacia de polícia e obter uma imagem incompleta ou falsa da realidade. Eles(as) podem dar um alibi para os(as) perpetradores(as) de tortura ou maus-tratos, que podem explorar o fato de que pessoas de fora visitaram sua prisão e não relataram descobertas de abuso. Pode haver valor em visitas sem aviso prévio ou liberdade de escolher o ambiente de detenção

.....
 406 Quando os(as) policiais transportam os(as) detentos(as) para os(as) clínicos(as) para avaliações e exigem receber uma cópia do relatório, o(a) clínico(a) deve se recusar e, em vez disso, fornecer uma cópia ao(à) promotor(a) público(a) ou a outras autoridades legais apropriadas. Os relatórios do(a) clínico(a) podem ser compartilhados com os(as) detentos(as), mas o risco de a polícia ter acesso a uma cópia deve ser discutido com eles(as).

407 Regras de Nelson Mandela, regra 30; e Regras de Bangkok, regra 6.

408 "Health care for prisoners: implications of 'Kalk's refusal'", *Lancet*, v. 337, n. 8742 (1991), p. 647-648.

a ser visitado porque as autoridades podem se aproveitar do aviso prévio para ocultar provas ou silenciar prisioneiros(as).

317. Comissões independentes constituídas por juristas e clínicos(as) devem ter acesso periódico para visitar locais de detenção e prisões. As visitas de monitoramento, inclusive por investigadores(as) de direitos humanos, instituições nacionais de direitos humanos ou mecanismos preventivos nacionais, devem incluir especialistas jurídicos(as) e clínicos(as) qualificados(as) para garantir que as entrevistas com os(as) detentos(as) sejam consistentes com o Protocolo de Istambul e seus Princípios (ver cap. VII). Os membros dos mecanismos preventivos nacionais devem estar familiarizados com as normas e recomendações do Protocolo de Istambul e seus Princípios e padrões internacionais/regionais para o monitoramento de locais de privação de liberdade.
318. Entrevistas com pessoas que ainda estão sob custódia e, possivelmente, até mesmo nas mãos dos(as) autores(as) dos crimes de tortura ou maus-tratos, obviamente serão muito diferentes de entrevistas na privacidade e segurança de uma instalação médica externa. Nunca é demais enfatizar a importância de obter a confiança da pessoa em tais situações. Entretanto, é ainda mais importante não trair essa confiança, talvez sem querer. Todas as precauções devem ser tomadas para garantir que os(as) detentos(as) não se coloquem em perigo. Deve-se perguntar aos(as) detentos(as) que alegam ter sido torturados(as) ou maltratados(as) se eles(as) têm receio de que as informações que forneceram na avaliação podem ser usadas contra eles(as) e de que forma. Por exemplo, eles(as) podem ter muito medo de permitir o uso de seus nomes, temendo represálias. Entrevistadores(as), médicos(as) e intérpretes não devem fazer promessas aos(as) detentos(as) que não possam cumprir.
319. O local da entrevista deve ser considerado cuidadosamente, fora da vista e da audição dos(as) agentes de segurança, para garantir a confidencialidade. A possível presença de câmeras, microfones e/ou espelhos unidirecionais também deve ser considerada, especialmente se for usada uma sala de entrevistas da polícia. Em geral, as entrevistas devem ser realizadas com o consentimento informado dos(as) entrevistados(as), em uma sala confortável na qual eles(as) não se sintam intimidados(as). Os(As) entrevistadores(as) devem evitar locais que possam conter lembranças de experiências traumáticas para alguns(mas) detentos(as) ou que simplesmente estejam associados a autoridade abusiva.
320. Um dilema claro pode surgir nos casos em que uma equipe visitante descobre que atos generalizados e sistemáticos de tortura e maus-tratos são praticados em um determinado local de privação de liberdade, mas todas as vítimas se recusam a permitir que os(as) entrevistadores(as) usem suas avaliações por medo de represálias. Os(As) médicos(as) devem preservar a confidencialidade e evitar trair as avaliações dos indivíduos por meio de decisões unilaterais de denunciar os abusos. Ao se deparar com esse tipo de situação, em que vários(as) detentos(as) podem mostrar sinais claros de abuso, como marcas de chicotadas, espancamentos, lacerações etc. em seus corpos, mas todos(as) se recusam a permitir a menção de seus casos, é útil organizar uma “inspeção de saúde” de toda a ala, à vista de todos, no pátio. Dessa forma, os(as) entrevistadores(as) clínicos(as) visitantes podem observar diretamente os sinais visíveis de tortura nos indivíduos e fazer um relatório sobre o que viram sem ter que declarar que as pessoas reclamaram

de tortura. Essa primeira etapa garante a confiança dos indivíduos para futuras visitas de acompanhamento.

321. Outras formas menos visíveis de tortura, psicológica ou sexual, por exemplo, não podem ser tratadas da mesma forma. Nesses casos, pode ser necessário que os(as) entrevistadores(as) se abstenham de fazer comentários em uma ou mais visitas até que as circunstâncias permitam ou que os(as) detentos(as) se sintam seguros(as) o suficiente.
322. Os(As) médicos(as) devem realizar a devida diligência em todos os momentos, mesmo quando realizam várias avaliações em um único dia. Uma pessoa entrevistada às 20 horas merece tanta atenção quanto uma entrevistada às 8 horas da manhã. Os(As) entrevistadores(as) devem gerenciar suas cargas de trabalho para garantir tempo e energia suficientes para cada avaliação.

6. Preparação para a entrevista

323. Antes da entrevista, os(as) entrevistadores(as) devem se familiarizar com o caso e se preparar identificando possíveis áreas temáticas importantes para o relatório, além de serem flexíveis o suficiente para esperar que novas áreas temáticas possam surgir durante a entrevista. Para isso, é útil revisar os documentos/declarações apropriados que o(a) advogado(a) da pessoa possa ter preparado. Esses documentos podem ajudar o(a) clínico(a) a antecipar o conteúdo da narrativa do indivíduo. Além disso, o conhecimento de depoimentos anteriores pode ajudar a identificar elementos da história que precisam ser esclarecidos. Apesar da utilidade dos documentos legais/declarações juramentadas, as informações contidas neles não devem ser consideradas exclusivamente e devem ser verificadas de forma independente. Todas as informações relevantes para uma avaliação clínica devem ser coletadas pelo(a) médico(a).
324. É fundamental entender os vários motivos pelos quais os indivíduos traumatizados podem faltar ou se atrasar para as consultas e permitir o reagendamento sempre que possível. O estabelecimento de contato imediatamente antes da consulta pode ajudar a evitar a frustração e a ineficiência de consultas perdidas.

7. Barreiras de comunicação

325. O(A) médico(a) também deve tentar antecipar e, quando possível, abordar possíveis barreiras à comunicação eficaz. As barreiras à comunicação podem influenciar drasticamente o valor e/ou o processo de uma entrevista. As possíveis barreiras à comunicação incluem:
 - (a) Barreiras ambientais, como falta de privacidade, ambiente desconfortável para a entrevista ou tempo inadequado para a entrevista;
 - (b) Barreiras físicas, como dor ou outro desconforto que o indivíduo possa estar sentindo: por exemplo, dor física, dificuldade de ficar sentado por longos períodos, fadiga ou déficits sensoriais, como cegueira ou surdez;
 - (c) Barreiras psicológicas, como medo ou ansiedade, ou transtornos de saúde mental, como depressão, TEPT ou déficits cognitivos;
 - (d) Barreiras socioculturais, como o gênero do(a) entrevistador(a) (isso é particularmente importante no caso de vítimas de tortura sexual ou maus-tratos), questões de idioma

(incluindo a adequação e a precisão do(a) intérprete) e o desequilíbrio de poder entre o(a) examinador(a) e o(a) entrevistado(a) (incluindo raça, cultura ou status social);

- (e) Barreiras relacionadas ao(à) entrevistador(a), como a ausência de um plano ou estrutura de entrevista, o uso de técnicas de questionamento inadequadas e/ou habilidades interpessoais deficientes, preconceitos pessoais ou falta de compreensão das necessidades culturais ou dependentes da idade do(a) entrevistado(a).

8. Construir um relacionamento

326. Construir um relacionamento, que nesse contexto significa uma relação de trabalho entre o(a) entrevistador(a) e o(a) entrevistado(a), é fundamental para a realização de uma entrevista eficaz.⁴⁰⁹ Reservar um tempo para construir a confiança e o relacionamento tornará mais fácil para os(as) entrevistados(as) de todas as idades falar sobre tópicos difíceis.
327. Demonstrar respeito pelo(a) entrevistado(a), estar totalmente engajado(a) no processo de entrevista, linguagem corporal aberta, atenção e correspondência com a entrevista podem criar um relacionamento. Deve-se dar tempo para que haja alguma discussão sobre a família e outros assuntos pessoais para construir um relacionamento. Os indivíduos não devem ser forçados a falar sobre qualquer forma de tortura ou maus-tratos, a menos e até que se sintam à vontade para fazê-lo.
328. A empatia é um componente importante da construção de um relacionamento, o que é particularmente importante para os(as) médicos(as) usarem ao ouvir o(a) entrevistado(a) revelar informações sobre tortura ou maus-tratos. Empatia refere-se à capacidade de reconhecer e compreender a experiência emocional de um(a) entrevistado(a), considerando e reconhecendo como ele(a) pode estar se sentindo. A empatia pode ser comunicada por meio da escuta ativa, de expressões faciais apropriadas ou do reconhecimento verbal das emoções do(a) entrevistado(a). Em alguns casos, os(as) médicos(as) podem achar útil declarar sua posição clara contra violações de direitos humanos, inclusive tortura e maus-tratos. Eles(as) devem reconhecer a angústia que observam em suas entrevistas clínicas e, ao mesmo tempo, manter os limites profissionais e a objetividade clínica.

9. Nível de detalhamento do histórico

329. Durante a obtenção de um relato narrativo de eventos e experiências, o(a) clínico(a) deve tentar obter o máximo possível de detalhes que sejam relevantes para a realização da avaliação. Narrativas extensas e detalhadas podem fornecer mais informações para avaliar a correlação entre as alegações e as descobertas; elas frequentemente proporcionam uma sensação de “estar lá”, que os(as) juízes(as) geralmente consideram útil. No entanto, a inclusão de informações históricas detalhadas pode ser considerada irrelevante por alguns(mas) juízes(as).
330. As tentativas de se obter um histórico detalhado podem provocar relatos de eventos e experiências dos quais os indivíduos têm menos certeza. Os(As) entrevistados(as) devem

.....
 409 Allison Abbe e outros, “The role of rapport in investigative interviewing: a review”, *Journal of Investigative Psychology and Offender Profiling*, v. 10, n. 3 (2013), p. 237–249; e Jonathan P. Vallano e outros, “Rapport-building during witness and suspect interviews: a survey of law enforcement”, *Applied Cognitive Psychology*, v. 29, n. 3 (2015), p. 369–380.

ser orientados(as) a ser francos(as) com relação à incerteza, por exemplo, dizendo quando têm certeza ou não de algo.

331. Um alto nível de detalhes ou um alto grau de certeza com que uma memória é mantida são úteis quando presentes, mas sua ausência não pode ser considerada como indicação de que a memória não é confiável. Podem surgir inconsistências no relato ou entre o relato e outras fontes de informação, e elas devem ser exploradas durante a entrevista. O(A) clínico(a) avaliador(a) deve considerar as razões médicas para as limitações na recordação e no relato de experiências, conforme discutido no parágrafo 342 abaixo.
332. Os(As) entrevistados(as) devem ser lembrados(as) sobre a importância de relatar apenas o que se recordam e ser transparentes sobre quando as lesões não estão relacionadas à suposta tortura ou maus-tratos. O(A) médico(a) avaliador(a) deve reconhecer as possíveis limitações na lembrança de todos os eventos. Além disso, a falta de detalhes não deve ser considerada uma indicação de não estar sendo sincero(a), pois pode haver razões sociais, cognitivas e contextuais importantes para a falta de detalhes, incluindo: o nível de confiança e relacionamento, o alinhamento de gênero na entrevista, a idade, a classe social, a alfabetização e o nível de escolaridade, fatores culturais e condições clínicas que afetam os processos cognitivos.

10. Técnicas de questionamento

333. Várias técnicas podem ajudar a obter informações dos(as) entrevistados(as).

(a) Tipos de perguntas

334. O uso de perguntas abertas como técnica de entrevista aumenta significativamente a quantidade e a precisão das informações fornecidas pelo(a) entrevistado(a). As perguntas abertas geralmente começam com as palavras “contar”, “explicar” ou “descrever” (por exemplo, “Conte-me o que aconteceu” e “Descreva o que você quis dizer quando falou...”). As perguntas abertas dão aos(as) entrevistados(as) a liberdade de responder, relatando sua história com suas próprias palavras, conforme se lembram dela. Esse estilo de pergunta, portanto, incentiva as pessoas a assumirem o papel ativo de gerar e fornecer informações, em vez de um papel passivo de simplesmente responder às perguntas.
335. Para esclarecer respostas abertas ou motivar entrevistados(as) hesitantes, é apropriado usar perguntas focadas ou de sondagem. As perguntas focadas podem começar com as palavras “quem”, “o quê”, “onde”, “quando” e “como”.
336. As perguntas fechadas podem ser necessárias para especificar coisas, por exemplo, “Isso aconteceu antes ou depois de...?” ou “Qual pessoa fez isso?”. As perguntas fechadas (às vezes conhecidas como “perguntas específicas” ou “perguntas com opções”) geralmente provocam respostas mais curtas; portanto, não são eficazes como técnica principal de entrevista. Deve-se ter cuidado ao fazer perguntas fechadas, pois o uso de perguntas fechadas rápidas restringe tanto a quantidade quanto a precisão das informações fornecidas pelo(a) entrevistado(a). Além disso, fazer muitas perguntas rapidamente pode confundir os indivíduos, criando respostas contraditórias ou até mesmo os lembrando de que estavam sendo interrogados.

337. Sempre que possível, devem ser evitadas perguntas que induzam ao raciocínio, pois as pessoas podem responder com o que elas acharem que o(a) entrevistador(a) quer ouvir. Isso é especialmente importante ao entrevistar para fins médico-legais em situações em que o testemunho pode ser contestado no tribunal. As crianças são particularmente suscetíveis a perguntas que sugerem uma resposta desejada.

(b) Técnicas cognitivas

338. A qualidade das informações obtidas pode ser aprimorada por algumas técnicas específicas para facilitar a recuperação. Primeiro, em um ambiente clínico em que o tempo permita, os indivíduos devem ser instruídos a descrever tudo o que envolve o momento dos maus-tratos (por exemplo, descrever os eventos e o processo de detenção), mesmo que não pareça diretamente relevante para eles. Isso pode ajudar a descobrir detalhes ou acontecimentos que podem ser mais importantes do que o indivíduo imagina. Em segundo lugar, à medida que as pessoas relatam esses eventos, outros acontecimentos podem ser trazidos à mente. É útil se os(as) entrevistados(as) são incentivados(as) a relembra o contexto em que os eventos aconteceram, incluindo aspectos físicos, emocionais e sensoriais desse evento (por exemplo, “O que você viu?”, “O que você ouviu?”, “O que você cheirou?” e “Como você se sentiu?”). A reintegração mental do contexto dessa forma geralmente promove a recordação de informações precisas adicionais e é particularmente eficaz após um longo atraso.⁴¹⁰ O uso dessas técnicas pode, entretanto, desencadear *flashbacks*, portanto, o(a) entrevistador(a) deve usá-las com cautela.
339. A comunicação de certos tipos de informações pode ser difícil de ser feita verbalmente ou em uma narrativa linear. Portanto, os(as) entrevistadores(as) devem considerar se algumas das informações que o indivíduo tem a relatar podem ser melhor descritas ou comunicadas de forma não verbal. Por exemplo, pode ser útil convidar a pessoa a fazer um esboço de um cômodo ou prédio(s) para relatar informações espaciais importantes e ajudar a lembrar de detalhes que, de outra forma, poderiam ter sido esquecidos. Da mesma forma, o uso de uma linha do tempo pode melhorar a comunicação da ordem temporal de eventos e ações.
340. O uso criterioso do silêncio e das pausas pode ajudar a promover um espaço seguro para a revelação de detalhes muito pessoais, além de proporcionar ao(à) entrevistado(a) o tempo necessário para organizar seus pensamentos. Mesmo que o tempo da entrevista seja limitado, o(a) entrevistado(a) não deve se sentir apressado(a). É melhor concentrar-se em alguns pontos específicos do que tentar cobrir muito espaço em pouco tempo.
341. É importante lembrar que culturas diferentes têm conceitos diferentes do que é um comportamento normal em uma entrevista. A humildade e a compreensão culturais ajudarão a navegar em um ambiente de trabalho com diferenças culturais (consulte os parágrafos 294–295 acima).

.....
 410 Ronald P. Fisher e Ronald E. Geiselman, *Memory Enhancing Techniques for Investigative Interviewing: The Cognitive Interview* (Springfield, Charles C. Thomas Publisher, 1992), p. 99–102.

11. Dificuldade de recordar e contar

342. Os(As) sobreviventes de tortura podem ter dificuldade para contar os detalhes específicos da tortura ou dos maus-tratos por vários motivos importantes, inclusive:
- (a) Fatores durante a tortura em si, como venda nos olhos, uso de drogas, lapsos de consciência, etc.;
 - (b) Medo de colocar a si mesmo(a) ou a outras pessoas em risco;
 - (c) Falta de confiança no(a) médico(a) examinador(a) ou no(a) intérprete;
 - (d) O impacto psicológico da tortura e do trauma, por exemplo, alta excitação emocional, evitação cognitiva devido a emoções dolorosas, como culpa e vergonha, e memória prejudicada, secundária a doenças mentais relacionadas ao trauma, como depressão e TEPT;
 - (e) Deficiência de memória neuropsiquiátrica decorrente de traumatismo craniano, sufocamento, quase afogamento ou inanição;
 - (f) Mecanismos de enfrentamento de proteção, como negação, evitação e dissociação;⁴¹¹
 - (g) Sanções culturalmente prescritas que permitem que experiências traumáticas sejam reveladas apenas em ambientes altamente confidenciais.⁴¹²

12. Variabilidade e inconsistências na história

343. É importante ter em mente que muitas vezes há variabilidade no nível de detalhes que um indivíduo recorda com relação aos eventos do trauma. Essa variabilidade não indica necessariamente que o(a) narrador(a) esteja fornecendo informações falsas ou que não seja confiável.⁴¹³ A variabilidade normal da memória, na qual os relatos sucessivos podem conter mais e diferentes detalhes a cada vez, com omissão de outros detalhes, provavelmente será exacerbada pela tortura ou maus-tratos. As vítimas de tortura são comumente submetidas a várias formas de abuso, muitas vezes simultaneamente. Isso geralmente ocorre quando um indivíduo é submetido a episódios repetidos ou prolongados de tortura ou maus-tratos. Além disso, os indivíduos podem ter sido detidos em condições em que perdem a noção de tempo e lugar, por exemplo, sendo mantidos com os olhos vendados ou em confinamento solitário em uma cela escura, ou em um estado enfraquecido em decorrência da privação de alimentos, água e/ou sono. Dessa forma, os indivíduos são suscetíveis a cometer erros de “monitoramento da fonte”, nos quais confundem um episódio com outro e têm dificuldade em afirmar com certeza que a fonte das informações que estão fornecendo é a memória de um episódio específico.
344. A memória dos eventos pode ser afetada de uma ou mais de pelo menos três maneiras:

411 A dissociação é um processo mental de desconexão ou falta de continuidade entre pensamentos, memórias, ambientes, ações e identidade. Os transtornos dissociativos geralmente se desenvolvem como uma reação ao trauma para ajudar a manter as lembranças difíceis sob controle.

412 Richard F. Mollica e Yael Caspi-Yavin, “Overview: the assessment and diagnosis of torture events and symptoms”, em *Torture and Its Consequences: Current Treatment Approaches*, Metin Başoğlu, ed. (Cambridge, Reino Unido, Cambridge University Press, 1992), p. 255–274; e Juliet Cohen, “Errors of recall and credibility: can omissions and discrepancies in successive statements reasonably be said to undermine credibility of testimony?”, *Medico-Legal Journal*, v. 69, n. 1 (2001), p. 25–34.

413 Cohen, “Errors of recall and credibility”.

- (a) Falha na memória (p. ex., secundária a traumatismo craniano ou excitação emocional extrema);
 - (b) Esquecimento motivado de memórias desagradáveis;
 - (c) Capacidade prejudicada de recordação.
345. Na excitação emocional extrema, quando o corpo está sob ameaça, o armazenamento da memória é prejudicado. Como resultado, as lembranças de experiências traumáticas podem ser fragmentadas e mal localizadas no contexto geral de cronologia ou localização. Os detalhes centrais da experiência são lembrados melhor do que os detalhes periféricos (detalhes de data e número são particularmente mal lembrados), mas mesmo alguns detalhes centrais da experiência podem não ser lembrados de forma confiável. A capacidade de recordar e contar detalhes de eventos traumáticos pode variar com o tempo, principalmente quando o indivíduo tem TEPT. As diferenças na história (especialmente a capacidade variável de recordar detalhes sobre a tortura e experiências de maus-tratos) obtidas em entrevistas realizadas em momentos diferentes são esperadas.
346. Os(As) entrevistadores(as) devem avaliar a quantidade de detalhes específicos necessários para documentar o suposto abuso. Por exemplo, se alguém foi repetidamente torturado ou estuprado, pode ser desnecessário ou inadequado obter todos os detalhes de cada episódio. Se for importante obter informações sobre vários episódios diferentes, peça ao(à) entrevistado(a) para identificar os que ele(a) lembra com mais clareza ou que foram mais impactantes. Esses episódios podem ser a primeira ocasião, a última ocasião ou um episódio específico que tenha sido memorável por um motivo específico. Deixe que o(a) entrevistado(a) os nomeie, diferenciando-os e, em seguida, aborde cada episódio, um de cada vez, para perguntar sobre ele com mais detalhes. Essa instrução é ainda mais importante quando uma criança está sendo entrevistada, pois as crianças são mais vulneráveis a misturar detalhes de eventos repetidos.
347. As inconsistências entre as alegações de abuso de uma pessoa e as descobertas da avaliação podem ser decorrentes de qualquer um ou todos os fatores mencionados acima e não se deve presumir que indiquem falsidade. Os(As) médicos(as) têm o dever de buscar possíveis explicações para essas inconsistências. Se possível, o(a) médico(a) deve pedir mais esclarecimentos. Quando isso não for possível, o(a) clínico(a) deve procurar outras evidências que apoiem ou refutem o relato dos eventos. Uma rede de detalhes de apoio consistentes pode corroborar e esclarecer as alegações da pessoa. Embora o indivíduo possa não ser capaz de fornecer os detalhes desejados pelo(a) entrevistador(a), como datas, horários, locais, frequências e as identidades exatas dos(as) perpetradores(as), um esboço geral dos supostos eventos traumáticos surgirá e se manterá ao longo do tempo. Em um contexto judicial, as diferenças na narrativa obtida ao longo do tempo podem ser interpretadas como influência na avaliação da credibilidade; portanto, é imperativo que o testemunho apresentado pelo(a) avaliador(a) inclua uma discussão sobre como a variabilidade e a inconsistência devem ser interpretadas.
348. É importante reconhecer que algumas pessoas alegam falsamente a tortura por uma série de motivos. Outras podem exagerar uma experiência relativamente pequena por motivos pessoais ou políticos. O(A) clínico(a) deve sempre estar ciente dessas possibi-

lidades e tentar identificar possíveis exageros ou fabricações. No entanto, ele(a) deve ter em mente que essa fabricação exige um conhecimento detalhado sobre os sintomas relacionados ao trauma que os indivíduos raramente possuem. A documentação eficaz das evidências físicas e psicológicas de tortura ou maus-tratos exige que os(as) médicos(as) tenham a capacidade de avaliar as consistências e inconsistências do relato. Se ele(a) suspeitar de fabricação, devem ser agendadas entrevistas adicionais para esclarecer as inconsistências da descrição. Familiares ou amigos(as) podem corroborar detalhes da narração de eventos. Se o(a) médico(a) realizar exames adicionais e ainda suspeitar de fabricação, ele(a) deve encaminhar o indivíduo a outro(a) médico(a) e pedir a opinião do(a) colega. Em alguns casos, a suspeita de fabricação deve ser documentada com a opinião de dois(duas) médicos(as).

13. Como lidar com a variabilidade e as inconsistências

349. A confiabilidade das provas clínicas geralmente baseia-se em elementos de consistência interna e externa. A consistência interna refere-se à corroboração entre os elementos de um caso individual, enquanto a consistência externa refere-se à consistência entre os resultados de um caso individual e o conhecimento dos métodos e práticas de tortura e maus-tratos em uma região específica ou informações adicionais sobre testemunhas.
350. A consistência interna no contexto de uma avaliação clínica pode ser apoiada por uma ampla gama de observações gerais e específicas. Em primeiro lugar, a confiabilidade da evidência clínica é refletida no nível de consistência entre alegações específicas de abuso e a documentação dos achados físicos e psicológicos. Da mesma forma, o grau de consistência entre a descrição das lesões físicas e os relatos de sintomas agudos subsequentes, o processo de cura (levando em consideração fatores atenuantes relevantes) e os sintomas e deficiências crônicos também podem apoiar a consistência interna dos achados clínicos. As observações de congruência entre o afeto (estado emocional) observado por uma suposta vítima durante a entrevista e o conteúdo da avaliação, por exemplo, a angústia psicológica ao relatar experiências dolorosas, podem refletir a consistência interna dos achados clínicos, tendo em mente que o afeto apropriado pode variar amplamente devido às circunstâncias e aos mecanismos de enfrentamento de um indivíduo.
351. As inconsistências são comuns nos relatos de eventos feitos por vítimas de tortura e ocorrem por vários motivos. A explicação adequada de tais inconsistências deve ser entendida como uma indicação da confiabilidade dos achados clínicos e não como uma questão de falsidade. É importante observar que, sem o conhecimento médico da anatomia e fisiopatologia humanas, a maioria das pessoas não seria capaz de fabricar informações históricas precisas sobre as sequelas físicas de formas específicas de tortura ou maus-tratos.
352. Os(As) médicos(as) que realizam avaliações de evidências psicológicas de tortura ou maus-tratos podem considerar vários fatores adicionais que podem ser relevantes para a confiabilidade dos resultados psicológicos – por exemplo, a relação temporal entre o suposto abuso e o início dos sintomas psicológicos, bem como as flutuações dos sintomas psicológicos em relação aos estressores psicológicos internos e externos e aos fatores atenuantes. O significado individual atribuído ao suposto abuso à luz do histórico

psicossocial dos indivíduos também pode ser um indicador de consistência interna, bem como a congruência entre as emoções dos indivíduos (relatadas e observadas pelo(a) clínico(a)) e seus mecanismos de enfrentamento. Alguns sintomas psicológicos de TEPT podem se referir especificamente ao suposto abuso em vez de outras experiências traumáticas. Por exemplo, lembranças intrusivas e pesadelos ou gatilhos para lembranças intrusivas, reviver experiências e pensamentos e comportamentos de evitação que se referem à suposta tortura ou maus-tratos têm mais probabilidade de serem causados pela experiência de tortura ou maus-tratos do que por outras experiências traumáticas.

353. Exemplos de consistência externa podem incluir descrições de métodos de tortura e maus-tratos ou dispositivos específicos, posições do corpo usadas na aplicação de métodos de tortura e maus-tratos, métodos de contenção durante a tortura e maus-tratos e informações de identificação sobre os(as) perpetradores(as) e locais de detenção. Além disso, outras fontes externas de corroboração dos eventos alegados podem ser obtidas de testemunhas, como outros(as) detentos(as), familiares, amigos(as), representantes legais, bem como relatórios médicos, registros de tratamento e fotografias.

C. Conteúdo das entrevistas

354. Todas as avaliações clínicas de casos suspeitos ou alegados de tortura ou maus-tratos em ambientes médico-legais devem ser conduzidas de acordo com os Princípios de Istambul (consulte o anexo I), resumidos a seguir:
- (a) Os(As) avaliadores(as) clínicos(as) devem se comportar em conformidade com os mais altos padrões éticos e obter o consentimento informado antes da realização de qualquer exame;
 - (b) As avaliações clínicas devem:
 - (i) Ser conduzidas prontamente e em particular;
 - (ii) Estar em conformidade com os padrões estabelecidos de prática clínica;
 - (iii) Estar sob o controle de especialistas clínicos(as), não do pessoal de segurança;
 - (c) Os relatórios escritos devem ser precisos e incluir o seguinte:
 - (i) Identificação da suposta vítima; hora e local da entrevista, documentação de qualquer restrição física do(a) entrevistado(a) e/ou presença de policiais ou terceiros durante a avaliação;
 - (ii) Um registro detalhado das alegações do sujeito, incluindo métodos de tortura ou maus-tratos e todas as queixas de sintomas físicos e psicológicos;
 - (iii) Um registro de todos os achados físicos e psicológicos no exame clínico, incluindo testes diagnósticos apropriados, diagramas corporais para registrar a localização e a natureza de todas as lesões (consulte o anexo III) e, quando possível, fotografias coloridas de todas as lesões;
 - (iv) Uma interpretação sobre a provável relação dos achados físicos e psicológicos com possíveis torturas ou maus-tratos;

- (v) Uma recomendação para qualquer tratamento médico e psicológico necessário e/ou exames adicionais;
 - (vi) Identificação e assinatura do(s) médico(s) avaliador(es).
355. É importante observar que os Princípios de Istambul se aplicam a avaliações clínicas em contextos jurídicos e não jurídicos com uma exceção – que as avaliações clínicas em contextos não jurídicos não exigem uma interpretação do nível de consistência entre os achados clínicos e as alegações de tortura ou maus-tratos ou uma opinião sobre a possibilidade de tortura (veja o parágrafo 635 abaixo). No entanto, nesses contextos não jurídicos, os(as) médicos(as) que têm conhecimento e experiência na aplicação do Protocolo de Istambul e de seus Princípios ainda devem considerar a possibilidade de fornecer uma interpretação do nível de consistência entre os achados clínicos e o(s) método(s) alegado(s) de lesão, bem como um parecer sobre a possibilidade de tortura ou maus-tratos, conforme definido na Convenção contra a Tortura.
356. O Protocolo de Istambul inclui padrões mínimos para a obrigação do Estado de investigar efetivamente a tortura e os maus-tratos, que são articulados nos Princípios de Istambul e aprofundados no presente manual. O Protocolo de Istambul e seus Princípios fornecem orientações detalhadas aos(as) médicos(as) que realizam avaliações médico-legais, que devem ser aplicadas de acordo com uma avaliação razoável dos recursos disponíveis e do julgamento clínico (consulte o anexo IV). É importante entender que avaliações clínicas abrangentes normalmente levam várias horas ou o tempo de condução é mais longo e os depoimentos médico-legais podem ter muitas páginas. Se o tempo for limitado, os(as) médicos(as) devem se esforçar para obter as informações mais importantes de acordo com o Protocolo de Istambul e seus Princípios e informar a limitação de tempo.
357. Uma avaliação clínica detalhada dos casos em que há alegação ou suspeita de tortura ou maus-tratos inclui vários componentes, muitos dos quais são comuns às avaliações de provas físicas e psicológicas. As orientações a seguir sobre o conteúdo das entrevistas concentram-se nos componentes comuns das avaliações clínicas. Orientações adicionais sobre as avaliações clínicas de evidências físicas e psicológicas de tortura ou maus-tratos estão incluídas nos capítulos V e VI, respectivamente.

1. Introdução e identificação

358. As entrevistas para avaliações clínicas geralmente começam com a apresentação dos(as) examinadores(as), seguida por :
- (a) Uma explicação do objetivo da avaliação e da função do(a) entrevistador(a) como examinador(a), e não como médico(a) responsável pelo tratamento;
 - (b) Uma revisão das condições da avaliação:
 - (i) Independência do(a) avaliador(a) ou falta dela;
 - (ii) Confidencialidade das descobertas do(a) clínico(a) e quaisquer limites aplicáveis, como requisitos de relatórios obrigatórios;
 - (iii) Direito de se recusar a responder perguntas ou participar de exames;

- (iv) Importância dos detalhes e da precisão das informações;
 - (v) Possível dificuldade de recordar certos eventos e potencial para retraumatização e reações emocionais;
 - (vi) Capacidade de fazer pausas;
 - (vii) Acesso a lanches e banheiros;
 - (c) Uma declaração sobre o conteúdo geral da avaliação, incluindo: perguntas detalhadas sobre os eventos antes, durante e depois da suposta tortura ou maus-tratos, seguidas de um exame físico e psicológico, se for o caso, e a possibilidade de fotografias;
 - (d) Uma discussão sobre os prováveis benefícios e riscos da avaliação;
 - (e) Respostas a quaisquer perguntas ou preocupações que o indivíduo possa ter;
 - (f) Uma solicitação de consentimento informado para prosseguir com a avaliação.⁴¹⁴
359. Para avaliações médico-legais, o(a) clínico(a) deve estabelecer a identidade do sujeito. Conforme mencionado anteriormente, os(as) agentes da lei não devem estar presentes durante a avaliação. Se esses(as) agentes se recusarem a deixar a sala de exame, isso deve ser registrado no relatório do(a) médico(a) ou a avaliação pode ser cancelada.

2. Informações sobre o histórico/caso

360. *Informações gerais.* Os(AS) médicos(as) devem obter informações básicas relevantes, que normalmente incluem o nome legal, a data e o local de nascimento do indivíduo, o(s) motivo(s) da avaliação, o nome do indivíduo ou da autoridade que solicita a avaliação, o nome de qualquer intérprete ou terceiro presente durante a avaliação, o idioma usado para conduzir a entrevista e se houve alguma restrição à avaliação, inclusive restrições físicas à suposta vítima ou limitações de tempo.
361. *Histórico médico e de saúde mental anterior.* Os(AS) médicos(as) devem obter um histórico completo, incluindo problemas médicos, cirúrgicos e/ou psiquiátricos anteriores. Ele(a) deve documentar qualquer histórico de lesões antes do período de detenção e quaisquer possíveis efeitos posteriores. O conhecimento de lesões anteriores pode ajudar a diferenciar os achados físicos relacionados à tortura daqueles que não estão. O(A) clínico(a) deve perguntar sobre a medicação que está sendo tomada pelo indivíduo; isso é particularmente importante porque a medicação pode ser negada a uma pessoa sob custódia com consequências adversas significativas para a saúde.
362. *Revisão de avaliações clínicas anteriores de suposta tortura ou maus-tratos.* Os(AS) médicos(as) devem se informar sobre a possibilidade de qualquer avaliação clínica anterior da suposta tortura ou maus-tratos, seja sob custódia ou após a liberação. Com o consentimento do indivíduo, os(as) médicos(as) devem fazer o possível para obter uma cópia de tais relatórios, pois eles podem fornecer informações clínicas corroborantes ou conflitantes.

.....
 414 Se houver alguma dúvida sobre a competência mental do indivíduo antes ou durante a avaliação, deve ser realizada uma avaliação de possível comprometimento cognitivo, pois o consentimento de indivíduos considerados mentalmente incompetentes não é válido.

3. Histórico psicossocial antes da prisão

363. O(A) examinador(a) deve perguntar sobre o histórico social da pessoa, suas atividades diárias, relacionamentos com amigos(as) e familiares, trabalho ou escola, ocupação e interesses, planos futuros e uso de álcool e drogas antes da suposta tortura ou maus-tratos. Também devem ser obtidas informações sobre o histórico psicossocial da pessoa após a detenção. As investigações sobre atividades políticas, identidade, crenças e opiniões são relevantes na medida em que ajudam a explicar por que uma pessoa foi detida, torturada ou maltratada. O(A) médico(a) deve estar ciente do fato de que a inclusão de informações sobre as atividades políticas de uma pessoa na documentação clínica pode causar riscos adicionais para o indivíduo e para a família, podendo ser contra o princípio ético de “não causar dano”. Essas perguntas podem, às vezes, provocar respostas informativas quando feitas indiretamente, perguntando à pessoa quais acusações foram feitas.

4. Alegações de tortura e maus-tratos

364. Em muitos casos de suposta tortura ou maus-tratos, pode haver vários entrevistadores(as), como outros(as) apuradores(as) de fatos, advogados(as) e outros(as), que também estão envolvidos(as). Qualquer comunicação, compartilhamento de informações ou outra interação com esses atores deve ser conduzida cuidadosamente e de acordo com os princípios éticos.

(a) Resumo da detenção e tortura ou maus-tratos

365. Antes de obter um relato detalhado dos eventos, é melhor obter informações resumidas, incluindo datas, locais, duração da detenção e frequência e duração das sessões envolvendo tortura ou maus-tratos. Um resumo ajudará a fazer uso efetivo do tempo. Em alguns casos em que os(as) sobreviventes tenham sido submetidos(as) a tortura ou maus-tratos em várias ocasiões, eles(as) podem ser capazes de lembrar o que aconteceu com eles(as), mas muitas vezes não conseguem lembrar exatamente onde e quando cada evento ocorreu. Em tais circunstâncias, pode ser aconselhável obter o relato histórico de acordo com os métodos de tortura ou maus-tratos, em vez de relatar uma série de eventos durante prisões específicas. Os locais de detenção são operados por diferentes forças de segurança, policiais ou armadas, e entender o que ocorreu em diferentes locais pode ser útil para se ter uma visão completa do sistema de tortura. A obtenção de um mapa do local onde a suposta tortura ou maus-tratos ocorreu pode ser útil para juntar os relatos de diferentes pessoas. Isso geralmente será muito útil para a investigação geral.

(b) Circunstâncias da prisão e detenção

366. As circunstâncias da detenção devem ser levantadas. Considere perguntas sobre os(as) perpetradores(as), sua aparência, testemunhas, tipos de detenção e descrições dos eventos. Algumas perguntas específicas ou de sondagem podem incluir: Que horas eram? Onde você estava? O que estava fazendo? Quem estava lá? Como você descreveria a aparência das pessoas que lhe detiveram? Quem eram eles(as) e o que estavam vestindo? Que tipo de armas, se houver, eles(as) estavam portando? O que foi dito? Houve alguma testemunha? Foi uma prisão formal, detenção administrativa ou desaparecimento? Houve uso de violência ou ameaças? Houve alguma interação com membros da família? Registre o

uso de restrições ou venda nos olhos, o meio de transporte, o destino e os nomes dos(as) funcionários(as), se conhecidos.

(c) Local e condições da detenção

367. O(A) clínico deve documentar qualquer contato com a família, advogados(as) ou profissionais de saúde, condições de superlotação ou confinamento solitário, as dimensões do local de detenção e se há outras pessoas que possam corroborar a detenção. Considere as seguintes perguntas específicas: O que aconteceu primeiro? Para onde você foi levado(a)? Houve algum processo de identificação (registro de informações pessoais, impressões digitais ou fotografias)? Foi solicitado que você assinasse alguma coisa? Descreva as condições da cela ou sala (observe o tamanho, outras pessoas presentes, luz, ventilação, temperatura, presença de insetos, roedores, cama e acesso à comida, água e banheiro). O que você ouviu, viu e cheirou? Teve algum contato com pessoas de fora ou acesso a cuidados médicos? Qual era a disposição física do local em que você estava detido(a)?

(d) Relato de tortura ou maus-tratos

368. O(A) médico(a) deve obter uma descrição detalhada de qualquer alegação de tortura ou maus-tratos, incluindo as formas físicas e psicológicas. Para reduzir o risco de possível embelezamento, os(as) médicos(as) devem ter cuidado no uso de perguntas diretas que sugiram formas específicas de abuso, conforme descrito no parágrafo 372 abaixo. No entanto, a obtenção de respostas negativas a perguntas sobre várias formas de tortura também pode ajudar a estabelecer a credibilidade dos achados clínicos. As perguntas devem ser elaboradas para obter um relato narrativo coerente. Considere as seguintes perguntas: Onde ocorreu o suposto abuso, quando e por quanto tempo? Você estava com os olhos vendados? Antes de discutir formas de abuso, anote quem estava presente (dê nomes e cargos). Descreva a sala ou local. Quais objetos você observou? Se possível, descreva cada instrumento da alegada tortura ou maus-tratos em detalhes; no caso de tortura elétrica, o tipo de corrente, dispositivo, número e formato dos eletrodos. Pergunte sobre as roupas, o fato de ter se despido e a troca de roupas. Registre citações do que foi dito durante o interrogatório, insultos usados contra a suposta vítima, etc. O que foi dito entre os(as) perpetradores(as)?
369. Nas avaliações de evidências físicas de tortura ou maus-tratos, para cada forma de abuso alegado, o(a) médico(a) pode anotar: posição do corpo, contenção, natureza do contato, incluindo duração, frequência, localização anatômica e a área do corpo afetada. Houve algum sangramento, traumatismo craniano ou perda de consciência? A perda de consciência foi causada por traumatismo craniano, asfixia ou dor? O(A) médico(a) também deve perguntar sobre a condição da pessoa, como ela estava no final da “sessão”, a marcha, qualquer dificuldade para andar, capacidade de funcionar nos dias seguintes e sinais físicos, como inchaço nos pés. Esses detalhes fornecem descrições aprimoradas, em comparação com uma lista de verificação. O histórico deve incluir a(s) data(s) da suposta tortura ou dos maus-tratos, quantas vezes e por quantos dias a tortura ou os maus-tratos duraram, o período de cada episódio e a descrição e o estilo da suspensão (linear inversa, sendo coberto(a) por um cobertor de tecido grosso ou sendo amarrado(a) diretamente com uma corda, peso aplicado nas pernas ou puxado para baixo) ou posição.

Em casos de tortura envolvendo suspensão, o(a) clínico(a) deve perguntar que tipo de material foi usado, pois corda, arame e tecido deixam marcas diferentes, se houver, na pele após a suspensão. Ele(a) deve lembrar que as declarações da suposta vítima sobre a duração da sessão que envolveu tortura ou maus-tratos são subjetivas e podem não ser precisas, pois a desorientação de tempo e lugar durante a tortura e os maus-tratos é um achado comumente observado. Deve-se pedir à suposta vítima que descreva quaisquer episódios de assédio, ameaças ou abuso sexual, e o(a) clínico(a) deve obter informações sobre o que foi dito durante a suposta tortura ou maus-tratos. Por exemplo, durante torturas envolvendo choques elétricos nos casos em que a violência sexual atinge os órgãos genitais, os(as) agressores(as) costumam dizer às vítimas que elas não serão mais capazes de manter relações sexuais normais ou algo semelhante. Para uma discussão detalhada sobre as avaliações de alegações de violência sexual, inclusive estupro, consulte parágrafos 455–479 abaixo.

370. Conforme declarado no capítulo I, a tortura e os maus-tratos incluem uma ampla gama de atos em que a violência física e/ou dor ou sofrimento mental é infligido. Muitos atos de violência que constituem tortura ou outros maus-tratos ocorrem em ambientes que não são de detenção, por exemplo, danos físicos e psicológicos infligidos com base na orientação sexual e na identidade de gênero, e o uso de força desnecessária e desproporcional em ambientes de controle de multidões. O(A) entrevistador(a) deve estar preparado(a) para perguntar sobre a natureza e a extensão de tais danos e seus efeitos físicos e psicológicos.

5. Revisão dos métodos de tortura

371. Depois de obter uma narrativa detalhada dos eventos, é aconselhável revisar outros possíveis métodos de tortura. O questionamento sobre formas específicas de tortura e maus-tratos é útil quando:
- (a) Os sintomas psicológicos obscurecem as lembranças;
 - (b) A suposta tortura ou maus-tratos estava associada a capacidades sensoriais prejudicadas;
 - (c) Há um caso de possível dano cerebral orgânico;
 - (d) Há fatores educacionais e culturais atenuantes que influenciam o relato dos eventos.
372. A distinção entre métodos físicos e psicológicos de tortura é artificial. O que pode ser comumente chamado de “tortura física” tem componentes psicológicos e o que é chamado de “tortura psicológica” tem componentes físicos. Além disso, as vítimas são frequentemente submetidas a várias formas de abuso simultaneamente, por exemplo, sendo ameaçadas ao mesmo tempo em que recebem socos e pontapés, quando estão presas e vendadas. A lista de métodos de tortura a seguir é fornecida para ilustrar algumas das categorias de possíveis torturas e maus-tratos. Não se destina a ser usada pelos(as) entrevistadores(as) como uma lista de verificação ou como um modelo para listar os métodos de tortura e maus-tratos em um relatório. Uma abordagem de listagem de métodos pode ser contraproducente, pois todo o quadro clínico produzido pela tortura e maus-tratos é muito mais do que a simples soma das lesões produzidas pelos métodos

em uma lista. Os métodos de tortura e maus-tratos a serem considerados incluem, mas não se limitam a:

- (a) Traumas contundentes, como socos, chutes, tapas, chicotadas, espancamentos com fios ou cassetetes ou contato forçado com superfícies duras, como pisos e paredes;
- (b) Tortura posicional, usando suspensão, estiramento de membros, restrição prolongada de movimentos e posicionamento forçado;
- (c) Queimaduras com cigarros, instrumentos aquecidos, líquidos escaldantes ou substâncias cáusticas;
- (d) Choques elétricos;
- (e) Asfixia, como métodos úmidos e secos, quase afogamento, sufocamento, confinamento em caixas pequenas ou semelhantes a caixões, asfixia ou uso de produtos químicos;
- (f) Lesões por esmagamento, como esmagar os dedos ou usar um rolo pesado para machucar as coxas ou as costas;
- (g) Ferimentos penetrantes, como facadas e ferimentos a bala ou fios sob as unhas;
- (h) Exposição química a sal, pimenta, gasolina, etc. (em ferimentos ou cavidades corporais);
- (i) Violência sexual aos órgãos genitais, molestamento, instrumentação ou estupro;
- (j) Amputação traumática ou cirúrgica de partes do corpo, como orelhas, dedos ou membros;
- (k) Remoção cirúrgica de órgãos;
- (l) Tortura farmacológica usando doses tóxicas de sedativos, neurolépticos ou paralisantes, alucinógenos ou outras substâncias;
- (m) Condições de detenção, como celas pequenas ou superlotadas, condições anti-higiênicas, falta de acesso a banheiros, alimentação e água irregulares ou contaminadas, exposição a temperaturas extremas, negação de privacidade e nudez forçada;
- (n) Privação da estimulação sensorial normal, como som, luz, noção de tempo e contatos físicos e sociais;
- (o) Negação de atendimento e tratamento médico e de saúde mental;
- (p) Detenção incomunicável e negação de contatos sociais na detenção e/ou com o mundo exterior;
- (q) Uso prolongado de dispositivos de contenção, como algemas, correntes, ferros e camisas de força;
- (r) Confinamento solitário e outras formas de isolamento;
- (s) Sobrecarga sensorial, como música alta, luzes brilhantes e interrogatórios prolongados;
- (t) Exaustão decorrente de exercícios prolongados e forçados, muitas vezes combinados com privação de sono;

- (u) Humilhação, culpa e vergonha, geralmente resultantes de abuso verbal e da realização de atos humilhantes com base na identidade, no gênero e/ou na orientação sexual (real ou presumida) de alguém;
- (v) Ameaças de morte, danos à família, mais tortura, prisão e execuções simuladas; ou ataques de animais, como cães, gatos, ratos ou escorpiões;
- (w) Técnicas psicológicas para desestruturar o indivíduo, incluindo traições forçadas, ampliação de sentimentos de desamparo, exposição a situações ambíguas ou mensagens contraditórias e violação de tabus;
- (x) Coerção comportamental, como o envolvimento forçado em práticas contrárias à religião da vítima (por exemplo, forçar muçulmanos a comer carne de porco), danos forçados a outros(as) por meio de tortura ou outros abusos, destruição forçada de propriedade e traição forçada de alguém que a coloca em risco de sofrer danos;
- (y) Manipulação de afetos e emoções;
- (z) Forçar as vítimas a testemunharem torturas ou atrocidades infligidas a outras pessoas, inclusive membros de suas famílias.

6. Avaliações de evidências físicas e psicológicas

373. Quando a avaliação de uma suposta vítima é conduzida por mais de um(a) clínico(a), por exemplo, um(a) para evidências físicas e outro(a) para evidências psicológicas, o conteúdo da entrevista deve se concentrar nas informações mais relevantes para a experiência do(a) médico(a). Os capítulos V e VI fornecem orientações detalhadas sobre essas avaliações. Em resumo, a avaliação das evidências físicas inclui: (a) uma revisão dos sintomas agudos e crônicos e das deficiências; (b) um exame físico completo; (c) estudos diagnósticos e consultas clínicas se indicado; (d) o uso de diagramas anatômicos (consulte o anexo III) e documentação fotográfica para descrever os achados físicos; e (e) uma avaliação da incapacidade funcional. A avaliação psicológica normalmente inclui: (a) métodos de avaliação; (b) queixas psicológicas atuais; (c) histórico anterior à tortura; (d) histórico pós-tortura; (e) histórico psicológico/psiquiátrico anterior; (f) histórico de abuso de substâncias; (g) exame do estado mental; (h) avaliação do funcionamento social; (i) testes psicológicos se indicados; e (j) teste neuropsicológico se indicado.
374. Ao avaliar as consequências da tortura e dos maus-tratos para a saúde, é importante considerar e investigar a inter-relação entre as consequências físicas, psicológicas e sociais dos maus-tratos. Por exemplo, espancamentos podem resultar em dor musculoesquelética crônica, que, por sua vez, pode desencadear lembranças aterrorizantes, o que resulta em isolamento social. Essa investigação pode fornecer um quadro mais completo dos efeitos nocivos da tortura ou dos maus-tratos sofridos.

7. Encerramento e indicações para encaminhamento

375. Para concluir uma avaliação, os(as) médicos(as) devem revisar as próximas etapas do processo de documentação médico-legal, por exemplo, encaminhando uma cópia de seus relatórios ao(à) advogado(a) do indivíduo ou recomendando exames ou consultas adicionais. Os(As) médicos(as) devem considerar o reconhecimento da dificuldade

emocional da entrevista, agradecer aos(as) entrevistados(as) por seu tempo e esforço e tratar de quaisquer preocupações ou deficiências contínuas fazendo os encaminhamentos adequados. O estado emocional do(a) entrevistado(a) deve ser avaliado e os(as) médicos(as) devem tomar medidas para atenuar os sinais de estresse. Eles(as) têm a obrigação ética de fazer os devidos encaminhamentos para serviços médicos e psicológicos quando necessário, principalmente se houver risco de automutilação ou suicídio. Durante as avaliações psicológicas, os(as) médicos(as) podem ter assegurado aos indivíduos que seus sintomas são reações normais a experiências extremas. Isso é particularmente útil quando os indivíduos acham que seus sintomas são um sinal de que estão “ficando loucos”. Os(As) médicos(as) podem considerar a possibilidade de revisar esse ponto com o indivíduo no final da entrevista. Eles(as) também deve discutir como o processo de entrevista e exame pode exacerbar os sintomas psicológicos.

376. Quando os(as) clínicos(as) detectam evidências de tortura ou maus-tratos, eles(as) têm a obrigação legal e ética de relatar essas evidências às autoridades competentes. Conforme discutido no capítulo II (consulte os parágrafos 174–182 acima), a decisão de relatar evidências clínicas de tortura ou maus-tratos deve, em última instância, depender do consentimento informado da suposta vítima. A legislação pode exigir que os(as) médicos(as) relatem evidências de crimes, inclusive tortura e maus-tratos, mas isso pode colocar a suposta vítima em risco de represálias por parte de funcionários(as) do Estado, inclusive maus-tratos adicionais ou sanções legais. Além disso, os órgãos de monitoramento internacional, os mecanismos preventivos nacionais e as instituições nacionais de direitos humanos devem procurar fazer os devidos encaminhamentos para fins de responsabilização dentro de seus mandatos oficiais.
377. Sempre que possível, os exames para documentar tortura e maus-tratos por motivos médico-legais devem ser combinados com uma avaliação das necessidades médicas, psicológicas e sociais contínuas. Quando solicitados a fornecer orientação ou prestar assistência médica durante ou após o exame, os(as) médicos(as) devem equilibrar sua função de examinador(a) independente com as obrigações éticas. Para questões não urgentes, pode ser apropriado aconselhar e encaminhar a médicos(as) especialistas, psicólogos(as), fisioterapeutas ou pessoas que possam oferecer aconselhamento e apoio social. Se o atendimento médico for necessário com urgência, os(as) médicos(as) são obrigados(as) a garantir que o(a) entrevistado(a) receba assistência. Eles(as) não devem hesitar em fazer um encaminhamento para qualquer consulta que considerem clinicamente necessária dentro da avaliação clínica. Os(As) avaliadores(as) devem estar cientes dos serviços locais de reabilitação e suporte.

D. Considerações pós-entrevista

378. Após a realização de uma avaliação médico-legal da suposta tortura ou maus-tratos, os(as) médicos(as) iniciam o processo de elaboração de um relatório formal que inclui uma interpretação de todos os resultados relevantes e uma conclusão sobre a possibilidade de tortura ou maus-tratos.

1. Interpretação dos resultados

379. Os Princípios de Istambul exigem que os(as) médicos(as) forneçam uma “interpretação quanto à provável relação dos achados físicos e psicológicos com possíveis torturas ou maus-tratos”. No mínimo, isso deve incluir uma avaliação do nível de consistência entre todos os achados da avaliação clínica e as alegações de tortura ou maus-tratos. Se o(a) médico(a) considerar que há razões clínicas para um achado inconsistente, isso deve ser discutido (consulte os parágrafos 342–353 acima e 386 abaixo).

380. Os níveis de consistência para essas correlações são geralmente expressos da seguinte forma:

- (a) “Não consistente com”: a conclusão não pode ter sido causada pela alegada tortura ou maus-tratos;
- (b) “Consistente com”: a constatação pode ter sido causada pela suposta tortura ou maus-tratos, mas não é específica e há muitas outras causas possíveis;
- (c) “Altamente consistente com”: a descoberta pode ter sido causada pela alegada tortura ou maus-tratos e há poucas outras causas possíveis;
- (d) “Típico de”: o achado é normalmente observado com esse tipo de alegação de tortura ou maus-tratos, mas há outras causas possíveis;
- (e) “Diagnóstico de”: o achado não poderia ter sido causado de outra forma que não a descrita.

O nível de consistência denotado por “típico de” não é comumente usado para avaliar provas psicológicas de tortura ou maus-tratos, pois as descobertas psicológicas tendem a depender de fatores individuais. Além disso, o nível de consistência denotado por “diagnóstico de” é usado com mais frequência na interpretação de provas físicas de tortura ou maus-tratos e raramente é usado na interpretação de provas psicológicas.

381. Orientações adicionais sobre a interpretação de evidências físicas e psicológicas de tortura ou maus-tratos serão mais detalhadas nos capítulos V e VI e no anexo IV. Embora as interpretações das evidências físicas e psicológicas tenham algumas diferenças, ambas as avaliações exigem que os(as) médicos(as) determinem o nível de consistência entre todas as evidências clínicas que o(a) médico(a) documentou e as alegações de tortura ou maus-tratos. Em alguns casos, a avaliação geral pode apresentar um nível mais alto de consistência do que cada achado clínico individual, especialmente se houver muitos achados clínicos que, quando considerados em conjunto, confirmam a mesma conclusão. É importante observar que o nível mais alto de consistência de um achado individual geralmente determina o nível de consistência para todas as evidências clínicas.

2. Conclusões e recomendações

382. Os Princípios de Istambul exigem que os(as) clínicos(as) forneçam um parecer clínico sobre a possibilidade geral de tortura ou maus-tratos. Ao formular um parecer clínico sobre a possibilidade de tortura ou maus-tratos, eles(as) devem considerar todas as evidências clínicas relevantes, incluindo “achados físicos e psicológicos, informações históricas, achados fotográficos, resultados de testes diagnósticos, conhecimento de práticas regionais de tortura, relatórios de consultas etc.”, conforme indicado no anexo IV. A opinião do(a) clínico(a) sobre a possibilidade de tortura ou maus-tratos é expressa

usando os mesmos níveis de consistência usados para a interpretação dos achados. Devido à capacidade das crianças, os(as) clínicos(as) devem levar em conta que: “O limite a partir do qual o tratamento ou punição pode ser classificado como tortura ou maus-tratos é, portanto, menor no caso de crianças e, em particular, no caso de crianças privadas de liberdade.”⁴¹⁵

383. Em última análise, é a avaliação geral de todos os achados clínicos e não a consistência de um achado em particular que é importante na avaliação das alegações de tortura ou maus-tratos. Quando as provas físicas e psicológicas são documentadas em um único relatório por um(a) único(a) examinador(a), a conclusão sobre todas as provas clínicas deve ser o nível mais alto de consistência relatado. Da mesma forma, ao considerar uma conclusão sobre evidências físicas e psicológicas relatadas em avaliações clínicas separadas, a conclusão sobre todas as evidências clínicas deve ser o nível mais alto de consistência relatado em qualquer uma das avaliações clínicas separadas ou, se confirmar a mesma conclusão, pode ser mais alto.
384. As avaliações médico-legais que não avaliam e não emitem um parecer sobre a possibilidade de tortura ou maus-tratos não são compatíveis com os Princípios de Istambul e devem ser consideradas deficientes. As opiniões clínicas sobre a possibilidade de tortura ou maus-tratos às vezes são contestadas em ambientes médico-legais. É importante entender que as opiniões clínicas sobre a possibilidade de tortura se baseiam na probabilidade de que a totalidade dos indícios clínicos tenha sido causada pela suposta tortura ou maus-tratos, conforme definido pela Convenção contra a Tortura ou outras definições legais aplicáveis.⁴¹⁶ O nexo de causalidade é expresso em termos de consistência e não de padrões judiciais de prova (por exemplo, “mais provável que não” ou “além de uma dúvida razoável”) para evitar a confusão de opiniões clínicas com determinações judiciais. Os(As) médicos(as) consideram rotineiramente a causa dos sintomas de seus(suas) pacientes. No caso de avaliações médico-legais de tortura ou maus-tratos, eles(as) têm o conhecimento e a experiência necessários para formular uma opinião sobre a possibilidade de saber se os achados clínicos que eles(as) observam foram causados pelo infligimento da dor ou sofrimento físico e/ou mental grave alegado.
385. Além de fornecer uma conclusão sobre a possibilidade de tortura ou maus-tratos, os(as) clínicos(as) devem reiterar os sintomas e as deficiências atuais e os efeitos prováveis no funcionamento social e fornecer quaisquer recomendações para avaliações e cuidados adicionais para o indivíduo. Conforme observado no anexo IV, o relatório médico-legal também pode incluir uma declaração de veracidade do relatório médico-legal do(a) médico(a), uma declaração de quaisquer restrições à avaliação, as informações de identificação e a assinatura do(a) médico(a) e quaisquer anexos relevantes.

3. Autoflagelação e simulação

386. A questão das lesões autoinfligidas (ou autoinfligidas por procuração, ou seja, por outra pessoa) e a simulação de sintomas físicos ou psicológicos podem ser levantadas em

.....
⁴¹⁵ A/HRC/28/68, par. 33. Consulte, também, *Ibid.*, par. 17.

⁴¹⁶ Em alguns países, a definição de tortura pode variar da definição da Convenção contra a Tortura e os(as) juízes(as) podem solicitar ou exigir que os(as) médicos(as) opinem sobre a ocorrência ou não de tortura. Nessas circunstâncias, os(as) médicos(as) podem considerar a possibilidade de explicar os limites de seus conhecimentos e as obrigações éticas de trabalhar dentro dos limites de sua competência profissional.

ambientes médico-legais. Tanto os(as) médicos(as) quanto os(as) juízes(as) devem entender que o Protocolo de Istambul é uma ferramenta útil para corroborar alegações específicas de abuso com achados clínicos relevantes, como evidências físicas e psicológicas. Se o(a) clínico(a) suspeitar de fabricação, outro(a) clínico(a) deve realizar entrevistas adicionais. A documentação da possibilidade de autoinfligimento ou simulação deve ser registrada com a concordância de ambos os(as) clínicos(as) na interpretação dos resultados e conclusões. No entanto, os(as) médicos(as) não têm o dever de considerar essas possibilidades na ausência de um fundamento probatório, uma vez que as decisões judiciais são baseadas na existência e no peso das evidências e não em possibilidades hipotéticas na ausência de evidências de apoio.

4. Confiabilidade da evidência clínica e credibilidade

387. Em casos médico-legais, advogados(as), promotores(as) e juízes(as) geralmente se preocupam com a credibilidade de uma suposta vítima ou suspeito(a). As determinações de credibilidade são frequentemente usadas por esses(as) especialistas jurídicos(as) para avaliar a veracidade das alegações de um indivíduo e, muitas vezes, têm um efeito significativo nas decisões judiciais. As determinações judiciais da credibilidade de um indivíduo variam entre os Estados, mas geralmente incluem uma série de fatores – evidências clínicas que representam apenas um desses fatores. Os(As) especialistas jurídicos(as) às vezes pedem aos(as) médicos(as) suas opiniões sobre a credibilidade de supostas vítimas e suspeitos(as). De fato, em alguns países, os(as) clínicos(as) podem ser solicitados(as), em casos de asilo, a opinar sobre a credibilidade de uma suposta vítima para que o caso do indivíduo seja considerado.
388. As opiniões clínicas sobre a credibilidade de uma suposta vítima ou suspeito(a) devem ser consideradas à luz da experiência do(a) clínico(a) e circunscritas, se possível, à confiabilidade da evidência clínica e à extensão em que a evidência clínica é consistente ou inconsistente com alegações específicas de tortura ou maus-tratos. A confiabilidade das evidências clínicas geralmente baseia-se em elementos de consistência interna e externa, como descrito nos parágrafos 349–353 acima. Em situações em que os tribunais solicitam ou requerem que um(a) clínico(a) emita um parecer sobre a credibilidade dos indivíduos, em vez dos achados clínicos, ele(a) deve observar que a avaliação da credibilidade de um indivíduo está além do escopo do Protocolo de Istambul, que aconselha que os pareceres clínicos devem se limitar a opiniões sobre a confiabilidade da evidência clínica e até que ponto a evidência clínica é consistente ou inconsistente com alegações específicas de tortura ou maus-tratos.
389. Os(As) médicos(as) não são aconselhados(as) a comentar sobre a credibilidade de uma suposta vítima ou suspeito(a) em seus relatórios médico-legais ou depoimentos de testemunhas. Se o(a) médico(a) for solicitado(a) por um(a) especialista jurídico(a) a fornecer uma avaliação de credibilidade, o(a) clínico(a) deve fornecer sua avaliação da confiabilidade da evidência clínica no que se refere à credibilidade e certificar-se de distinguir sua avaliação e opinião de uma determinação judicial de credibilidade.

5. Limitações, interpretações errôneas ou uso indevido deliberado do Protocolo de Istambul

390. É importante reconhecer as limitações e as possíveis interpretações errôneas ou o uso indevido deliberado do Protocolo de Istambul. Embora o Protocolo de Istambul e seus Princípios possam ajudar na descoberta de evidências clínicas de suposta tortura ou maus-tratos, a ausência de evidências físicas e/ou psicológicas de tortura ou maus-tratos não significa, entretanto, que não tenham ocorrido. Muitos fatores podem explicar a ausência de achados físicos e psicológicos e a documentação desses fatores pode ser útil para corroborar alegações específicas de tortura ou maus-tratos. Infelizmente, em alguns casos, as partes acusadas de tortura ou maus-tratos interpretaram erroneamente ou deliberadamente fizeram mau uso do Protocolo de Istambul, argumentando com sucesso que deveriam ser inocentadas quando não há achados físicos ou psicológicos, por exemplo, na ausência de critérios de diagnóstico de TEPT. Nessas circunstâncias, a interpretação errônea ou o mau uso deliberado das normas consagradas no Protocolo de Istambul para desconsiderar ou ocultar provas de tortura ou maus-tratos pode constituir uma forma de cumplicidade ou outras formas de responsabilidade.
391. Nessas circunstâncias e nos tribunais de alguns países, a interpretação errônea ou o mau uso deliberado dessas normas provavelmente representará esforços por parte de funcionários(as) do Estado para desconsiderar ou ocultar provas de tortura ou maus-tratos e, em alguns casos, processar indivíduos por fazerem “falsas alegações” contra funcionários(as) responsáveis pela aplicação da lei. O valor inerente do Protocolo de Istambul é sua capacidade de descobrir evidências clínicas que possam apoiar alegações específicas de abuso. Não se trata de uma ferramenta para provar que um ato hipotético não ocorreu.
392. Ao rejeitar provas de tortura ou maus-tratos, alguns tribunais também rejeitaram opiniões clínicas relevantes, afirmando incorretamente que elas estão além da competência ou conhecimento especializado do(a) médico(a). Pelo contrário, conforme orientado pelos Princípios de Istambul, todos(as) os(as) médicos(as) devem sempre incluir opiniões sobre a possibilidade de tortura ou maus-tratos em suas avaliações médico-legais.⁴¹⁷

.....

⁴¹⁷ Em uma sentença de 2019 da Suprema Corte do Reino Unido, o Protocolo de Istambul foi reconhecido como uma orientação autorizada sobre avaliações clínicas de suposta tortura e maus-tratos, incluindo a formulação de opinião sobre a possibilidade de tortura como causa de achados clínicos. Consulte Reino Unido, Suprema Corte, *KV (Sri Lanka) v. Secretário de Estado do Departamento do Interior*, Sentença, 6 de março de 2019.

V. EVIDÊNCIA FÍSICA DE TORTURA E MAUS-TRATOS

393. As avaliações clínicas de supostas torturas ou maus-tratos devem ser conduzidas de acordo com os capítulos IV, V e VI. O presente capítulo fornece informações específicas sobre a avaliação clínica de evidências físicas de tortura ou maus-tratos e, portanto, deve ser entendido como um componente integral de avaliação clínica. Na medida em que existem evidências físicas de tortura ou maus-tratos, elas fornecem provas confirmatórias importantes de que uma pessoa tenha sido torturada ou sofrido maus-tratos. Entretanto, a ausência de tal evidência física não deve ser interpretada como sugestão de que não houve tortura ou maus-tratos, uma vez que tais atos de violência contra pessoas frequentemente não deixam marcas permanentes.

A. Histórico médico

394. O(A) médico(a) deve obter um histórico médico completo, incluindo informações sobre tratamentos médicos, cirúrgicos ou psiquiátricos anteriores e certificar-se de documentar qualquer histórico de lesões antes de cada período de suposta tortura ou outros maus-tratos e quaisquer possíveis efeitos posteriores. Devem ser evitadas perguntas que induzam ao erro e as perguntas devem ser estruturadas de modo a obter um relato aberto e cronológico dos eventos vivenciados. Se o indivíduo não for capaz de fazer isso, os(as) médicos(as) devem se lembrar de que algumas pessoas podem ter dificuldade tanto devido aos efeitos da tortura ou dos maus-tratos sobre elas quanto porque podem vir de uma cultura em que não se prioriza o relato de suas próprias experiências individuais. O(A) clínico(a) deve perguntar especificamente sobre punição física na infância, abuso doméstico e lesões causadas por viver em uma zona de conflito ou pelo serviço militar, pois esses podem se assemelhar mais aos sinais físicos de tortura e precisam ser diferenciados. Uma revisão completa dos sintomas é importante, pois pode revelar efeitos da tortura que não foram revelados durante a fase de exame do histórico médico, principalmente, mas não exclusivamente, em relação à possibilidade de tortura sexual.
395. Informações históricas específicas podem ser úteis para correlacionar práticas regionais de tortura com alegações individuais de tortura ou maus-tratos. Exemplos de informações úteis incluem descrições de dispositivos de tortura, posições corporais, métodos de contenção, descrições de feridas e deficiências agudas ou crônicas, e informações de identificação sobre perpetradores(as) e locais de detenção. No entanto, as práticas podem mudar ao longo do tempo e variar de um local para outro, portanto, deve-se ter cautela. Todas as reclamações feitas por uma suposta vítima de tortura são significativas. Embora possa não haver nenhuma correlação direta com os achados físicos, eles devem ser relatados. Os sintomas agudos e crônicos e as deficiências associadas a formas específicas de abuso e os processos de cura subsequentes devem ser documentados.
396. No caso dos(as) solicitantes de asilo, os registros e relatórios médicos do país de origem podem, às vezes, estar disponíveis e corroborar o relato de tratamento anterior de lesões ou problemas de saúde mental decorrentes de tortura ou maus-tratos. Em alguns casos, eles podem não ser um registro preciso da tortura, pois podem omitir deliberadamente a menção à tortura ou à agressão, por exemplo, nos casos em que isso exige um relatório obrigatório que poderia chamar a atenção das autoridades. Em geral, os registros

médicos podem conter apenas breves anotações sobre uma condição e tratamento e são normalmente preparados para transmitir informações clinicamente relevantes de um(a) médico(a) para outro(a) ou para seu(sua) paciente. Eles não podem ser analisados da mesma forma que um relatório médico-legal preparado por um(a) médico(a) qualificado(a) e não podem conter uma opinião sobre a causa dos achados clínicos.

1. Sintomas agudos

397. Deve-se pedir aos indivíduos que descrevam quaisquer sintomas e sinais de lesões que possam ser resultado dos métodos específicos de tortura ou maus-tratos alegados. Podem ser, por exemplo, sangramento, hematomas, inchaço, feridas abertas, lacerações, fraturas, luxações, dor nas articulações, paralisia, hemoptises, pneumotórax, distúrbios visuais, perfuração da membrana timpânica, lesões do sistema genitourinário associadas a urina vermelha ou escura, disúria, incontinência, corrimento e sangramento vaginal, queimaduras (cor, bolha ou necrose de acordo com o grau da queimadura), lesões elétricas (cor e características da superfície), lesões causadas por exposição a produtos químicos (cor e sinais de necrose), dor, dormência, constipação, incontinência de fezes ou flatos, náuseas e vômitos, comprometimento da consciência, convulsões ou falhas na memória. A intensidade, cronologia, frequência e duração de cada sintoma devem ser registradas. O desenvolvimento de quaisquer lesões cutâneas subsequentes⁴¹⁸ deve ser descrito, indicando se deixaram cicatrizes. Os(As) médicos(as) devem perguntar sobre a saúde dos indivíduos após os eventos traumáticos: Eles conseguiram andar ou ficaram confinados à cama? Se ficaram confinados, por quanto tempo? Quanto tempo as feridas demoraram a cicatrizar? Elas estavam infectadas? Qual foi o tratamento recebido? Foi um(a) médico(a) ou um(a) curandeiro(a) tradicional? Os(As) médicos(as) devem estar cientes de que a capacidade da suposta vítima de fazer essas observações pode ter sido comprometida pela própria tortura ou seus efeitos colaterais e deve ser documentado.

2. Sintomas crônicos

398. O(A) clínico(a) deve obter informações sobre todas as doenças físicas que o indivíduo acredita estarem associadas à tortura ou aos maus-tratos e anotar a gravidade, a frequência e a duração de cada sintoma e qualquer deficiência associada ou necessidade de tratamento médico ou atendimento psicológico, ou tratamento recebido. Mesmo que os efeitos posteriores das lesões agudas não possam ser vistos meses ou anos depois, alguns achados físicos ainda podem permanecer, como cicatrizes, aumento ou redução de pigmentação, deformidades esqueléticas, anormalidades ósseas associadas a fraturas, lesões dentárias, perda de cabelo e miofibrose. Os sintomas comuns incluem dor de cabeça, dor nas costas e nas articulações, desconforto gastrointestinal, disfunção sexual e dor muscular. Os sintomas psicológicos mais comuns incluem afeto depressivo, ansiedade, insônia, pesadelos, *flashbacks* e dificuldades de memória (consulte os parágrafos 499–522 abaixo).

.....
⁴¹⁸ Uma lesão é qualquer achado físico em um exame ou investigação. Em termos de pele, as lesões cicatrizadas ou em processo de cicatrização incluem feridas, cicatrizes e áreas de pigmentação alterada. Algumas lesões cutâneas podem conter áreas de cicatrização e pigmentação alterada. Os processos inflamatórios após a lesão podem levar ao aumento ou à redução da pigmentação na pele afetada. As lesões também incluem lesões ósseas, déficits neurológicos e função articular prejudicada.

3. Importância do histórico médico

399. As vítimas de tortura podem ter lesões que são substancialmente diferentes de outras formas de trauma. As lesões agudas podem ser características dos ferimentos descritos, mas a maioria das lesões cicatriza dentro de semanas após a tortura, não deixando cicatrizes ou, no máximo, cicatrizes inespecíficas. Isso geralmente acontece quando os(as) torturadores(as) usam técnicas que impedem ou limitam os sinais detectáveis de lesão. O trauma contundente é um dos modos mais comuns de lesão na tortura e tende a causar principalmente hematomas e escoriações, que podem cicatrizar sem evidências físicas duradouras. Em tais circunstâncias, o exame físico pode estar dentro dos limites normais, mas isso não nega de forma alguma as alegações de tortura. Um relato detalhado das observações da pessoa sobre as lesões agudas e o processo de cicatrização subsequente geralmente representa uma importante fonte de evidência para corroborar alegações específicas de tortura ou maus-tratos.

B. Exame físico

400. Normalmente, o exame físico é conduzido por um(a) médico(a) qualificado(a) ao final do exame clínico e somente com o consentimento da suposta vítima. Sempre que possível, a suposta vítima deve poder escolher o gênero do(a) médico(a) e, quando for o caso, do(a) intérprete. Se o(a) médico(a) não for do mesmo sexo que o(a) paciente, deve ser oferecido(a) um(a) acompanhante do mesmo sexo que a suposta vítima (consulte o parágrafo 283 acima). As supostas vítimas devem entender que estão no controle e que têm o direito de limitar o exame, que pode ser interrompido a qualquer momento. Embora seja importante examinar todo o corpo, isso deve ser feito em seções, mantendo a maior parte possível do corpo coberta a qualquer momento. Expor o corpo pode ser retraumatizante para a vítima, já que a nudez forçada é uma forma comum de tortura. Deve-se fazer um exame completo, pois pode haver achados que as vítimas não saibam (por exemplo, nas costas) ou que esqueceram de mencionar quando o histórico foi registrado.
401. As avaliações clínicas de evidências físicas de tortura ou maus-tratos podem exigir o encaminhamento de um(a) especialista e uma investigação mais aprofundada. A menos que a suposta vítima esteja em detenção, é importante que os(as) médicos(as) tenham acesso a instalações de tratamento físico e psicológico, de modo que qualquer necessidade identificada possa ser acompanhada. Em muitas situações, certas técnicas de teste de diagnóstico não estarão disponíveis e sua ausência não deve invalidar o relatório. Em muitas investigações, embora um resultado positivo possa corroborar o relato de tortura, um resultado negativo não significa necessariamente que não houve tortura.
402. Em casos de suposta tortura ou maus-tratos recentes e quando as roupas usadas durante a tortura ou maus-tratos ainda estiverem sendo usadas pela suposta vítima, elas devem ser levadas para exame sem terem sido lavadas e um novo conjunto de roupas deve ser fornecido. Os procedimentos locais para garantir a cadeia de provas devem ser seguidos. Sempre que possível, a sala de exame deve ser equipada com luz e equipamentos médicos suficientes para o exame. Quaisquer deficiências devem ser registradas no relatório. O(A) examinador(a) deve anotar todos os achados positivos e negativos pertinentes, usar diagramas corporais para registrar a localização e a

natureza de todas as lesões (consulte o anexo III). Algumas formas de tortura, como choque elétrico ou trauma contuso, podem ser inicialmente indetectáveis, mas podem ser detectadas durante um exame de acompanhamento. Embora possa ser incomum conseguir registrar fotograficamente lesões de prisioneiros(as) enquanto estão sob a custódia de seus(suas) torturadores(as), a fotografia é um componente útil dos exames. Se houver uma câmera disponível, o(a) médico(a) deve obter as melhores fotografias possíveis e complementá-las com descrições detalhadas e diagramas corporais e, em seguida, fazer o acompanhamento com fotografias profissionais o mais rápido possível (consulte o parágrafo 234 acima). É necessário um consentimento informado específico para as fotografias, incluindo uma explicação de sua natureza e finalidade, e devem existir protocolos para imagens íntimas com relação a como elas são armazenadas e quem pode visualizá-las. A qualidade da imagem pode variar muito e há várias diretrizes práticas disponíveis. As imagens podem ser tiradas em uma variedade de dispositivos, incluindo *smartphones* e *tablets*. Os(As) médicos(as) devem sempre garantir que as regras e as escalas de cores sejam incluídas. A fotografia com luz polarizada cruzada também pode demonstrar algumas lesões por trauma contuso que não são mais visíveis na pele.

403. Deve-se observar que, se uma lesão não puder ser vista em uma fotografia, isso não significa que ela não estava lá, especialmente se o(a) clínico(a) não for um(a) fotógrafo(a) forense treinado(a) com equipamentos de boa qualidade. Quando não há lesões cutâneas, a cintilografia óssea pode ser um método útil para detectar lesões ósseas não fraturadas após espancamentos, principalmente quando a tortura é prolongada.⁴¹⁹

1. Pele

404. O exame deve incluir toda a superfície do corpo para detectar sinais de doença generalizada da pele, inclusive sinais de deficiências de vitamina A, B e C, lesões pré-tortura ou lesões causadas por tortura, como escoriações, hematomas, alterações de pigmentação, lacerações, ferimentos por punção, queimaduras causadas por cigarros, produtos químicos, líquidos escaldantes ou instrumentos aquecidos, lesões elétricas, ferimentos incisivos, alopecia e remoção de unhas. As lesões de tortura devem ser descritas por sua localização, simetria, forma, tamanho, cor e superfície (por exemplo, escamosa, crostosa ou ulcerada), bem como por sua demarcação e nível em relação à pele ao redor. Os(As) médicos(as) devem observar se não há crescimento normal de pelos ou se há áreas de dormência. As lesões podem ser descritas como recentes/agudas ou cicatrizadas. Recomenda-se fotografar sempre que possível. Para a interpretação da lesão, é útil considerar se ela é pigmentada ou despigmentada, se é uma cicatriz ou se contém áreas de cicatrização.

2. Rosto

405. A face deve ser palpada em busca de evidências de fratura, crepitação, inchaço ou dor. Todos os nervos cranianos devem ser examinados. Técnicas radiológicas apropriadas devem ser usadas quando possível para confirmar as fraturas faciais, determinar o alinhamento e diagnosticar as lesões e complicações associadas aos tecidos moles. Lesões intracranianas e da coluna cervical são frequentemente associadas a traumas faciais.

.....
 419 Onder Ozkalipci e outros, "A significant diagnostic method in torture investigation: bone scintigraphy", *Forensic Science International*, v. 226, n. 1-3 (2013), p. 142-145.

(a) Olhos

406. O trauma direto nos olhos pode se apresentar de várias formas, incluindo hemorragia conjuntival, deslocamento do cristalino, hemorragia sub-haloide, hemorragia retrobulbar, hemorragia retiniana, neuropatia óptica traumática, ruptura do globo e perda do campo visual. Lesões específicas no globo podem causar cicatrizes de hemorragia coroidal ou pupila irregular devido a lesões na íris. Deve-se consultar um(a) oftalmologista sempre que houver suspeita de trauma ou doença ocular. Técnicas radiológicas devem ser usadas para confirmar fraturas orbitais e lesões de tecidos moles das estruturas bulbar e retrobulbar. O olhar solar forçado pode causar lesões oculares, inclusive queimaduras na retina. O exame da retina também deve ser realizado para descartar hemorragia retiniana, que pode estar associada a traumatismo craniano por chicotada/impacto.

(b) Ouvidos

407. O trauma nos ouvidos, especialmente a ruptura da membrana timpânica, é uma consequência frequente de espancamentos severos. Os canais auditivos e as membranas timpânicas devem ser examinados com um otoscópio e as lesões devem ser descritas. Uma forma comum de tortura, conhecida na América Latina como *teléfono*, é um forte tapa com a palma da mão em uma ou ambas as orelhas, aumentando rapidamente a pressão no canal auditivo, rompendo assim a membrana timpânica. Esse tipo de impacto também pode causar sangramento subdural ipsilateral, que pode precisar ser explorado por meio de tomografia computadorizada. O exame imediato é necessário para detectar rupturas da membrana timpânica, que podem cicatrizar em 10 dias, embora a cicatrização possa ser retardada. Pode ser observado líquido no ouvido médio ou externo. Se a hemotorreia for confirmada por análise laboratorial, deve-se realizar ressonância magnética ou tomografia computadorizada para determinar o local da fratura. A presença de perda auditiva deve ser investigada por meio de métodos simples de triagem. Se necessário, exames audiométricos devem ser realizados por um(a) técnico(a) de audiometria qualificado(a). O exame radiográfico de fraturas do osso temporal ou o rompimento da cadeia ossicular requerem imagens radiológicas especializadas.

(c) Nariz

408. O nariz deve ser avaliado quanto ao alinhamento, à crepitação e ao desvio do septo nasal. Para fraturas nasais simples, as radiografias nasais padrão devem ser suficientes. Técnicas radiológicas devem ser usadas para confirmar as fraturas e identificar lesões nos tecidos moles.

(d) Mandíbula, orofaringe e pescoço

409. Fraturas ou luxações mandibulares podem resultar de espancamentos. A síndrome da articulação temporomandibular é uma consequência frequente de espancamentos, incluindo tapas fortes na parte inferior da face e na mandíbula. A suposta vítima deve ser examinada para se obter evidências de crepitação do osso hioide ou da cartilagem laringea resultante de golpes no pescoço. Os achados relativos à orofaringe devem ser observados em detalhes, incluindo lesões consistentes com queimaduras causadas

por choque elétrico ou outros traumas. O frênulo labial maxilar pode estar rasgado. Hemorragia gengival e a condição das gengivas também deve ser observada.

410. Quando houver tentativa de estrangulamento por ligadura ou mão, os possíveis achados incluem:
- (a) Nenhuma lesão foi observada;
 - (b) Dor ou sensibilidade no local da aplicação da força, sem lesão visível ao engolir ou ao movimentar o pescoço;
 - (c) Vermelhidão (eritema), que pode desaparecer após algumas horas;
 - (d) Hematomas, escoriações ou inchaço na pele no ponto de compressão – por exemplo, nos locais de aplicação de dedos/polegares/ligaduras – que podem aparecer cedo ou tarde e persistir por dias;
 - (e) Hematomas pontuais (petéquias) acima do local da compressão;
 - (f) Danos à laringe – cartilagem tireoide (caixa de voz) – causando rouquidão e/ou osso hioide (osso na base do pescoço);
 - (g) Arranhões no pescoço causados pelo(a) agressor(a) ou pela vítima, ou por ambos(as), ou pela aplicação acidental de uma ligadura no pescoço (quando a vítima tenta se afastar das mãos ou da ligadura do(a) agressor[a]);
 - (h) Danos à mucosa da boca e da língua devido à pressão direta sobre os dentes internamente e ao inchaço da língua;
 - (i) Sangramento da mucosa onde a pressão intravenosa foi elevada, por exemplo, do nariz e das orelhas;
 - (j) Outras características inespecíficas que raramente podem estar presentes incluem hemorragia franca de orifícios como o nariz e o ouvido e evacuação espontânea de fezes e urina. Esses sintomas podem aparecer isoladamente ou em conjunto.
411. Em possíveis casos de compressão ou estrangulamento do pescoço, é essencial que todas as áreas dos olhos, da pele e da mucosa (incluindo o interior da boca, as pálpebras, o palato e a úvula, e a pele do couro cabeludo) acima do nível de compressão sejam examinadas com uma boa luz para identificar quaisquer áreas localizadas de petéquias. É importante identificar as petéquias em um estágio inicial, pois elas se desvanecem e desaparecem em cerca de 24 horas. Em casos de estrangulamento manual ou compressão do pescoço, as petéquias podem ser mais intensas e podem se unir para formar hematomas maiores. Também pode haver dificuldade para respirar, ptose ou paralisia do nervo facial. As complicações tardias incluem pneumonia por aspiração, edema pulmonar e convulsões.⁴²⁰ Em muitos casos em que um mecanismo de asfixia é aplicado apenas por um curto período de tempo, os achados podem estar completamente ausentes ou serem menores. Esses achados também podem estar ausentes em compressões severas por períodos

.....
420 Associação Internacional de Enfermeiros Forenses, *Kit de ferramentas de documentação de estrangulamento não fatal* (Elkridge, 2016).

mais longos. Em geral, quanto mais longa e potente for a força aplicada, maior será a probabilidade de que a evidência visual da força compressiva seja aparente.⁴²¹

(e) Cavidade oral e dentes

412. O exame feito por um(a) dentista deve ser considerado um componente dos exames periódicos de saúde na detenção. Esse exame muitas vezes é negligenciado, mas é um componente importante do exame físico. O atendimento odontológico pode ser propositalmente negado para permitir o agravamento de cáries, gengivite ou abscessos dentários. Deve ser feito um histórico odontológico cuidadoso e, se houver registros odontológicos, eles devem ser solicitados. Avulsões dentárias, dentes fraturados, obturações deslocadas e próteses quebradas podem ser resultado de trauma ou tortura por choque elétrico. Cáries dentárias e gengivite devem ser observadas. A dentição de baixa qualidade pode ser devida às condições de detenção ou pode ter sido anterior à detenção. A cavidade oral deve ser examinada cuidadosamente. Durante a aplicação de uma corrente elétrica, a língua, as gengivas ou os lábios podem ser mordidos. As lesões podem ser produzidas ao forçar objetos ou materiais para dentro da boca, bem como pela aplicação de corrente elétrica. O impacto na face pode resultar em abrasões ou hematomas padronizados na face vestibular da bochecha. A frênula pode ser rasgada. Técnicas radiológicas devem ser usadas para confirmar a extensão do trauma nos tecidos moles, na mandíbula e nos dentes. É mais provável que a cárie se desenvolva em dentes quebrados, possivelmente levando à perda do dente. Ausência de um dente pode, portanto, ser decorrente de trauma, direta ou indiretamente.

3. Tórax e abdômen

413. O exame do tronco, além de observar as lesões da pele, deve ser direcionado para a detecção de regiões de dor, sensibilidade ou desconforto que reflitam lesões subjacentes dos músculos torácicos e esqueleto ou órgãos abdominais. O(A) examinador(a) deve considerar a possibilidade de hematomas intramusculares, retroperitoneais e intra-abdominais, bem como laceração ou ruptura de um órgão interno. Técnicas radiológicas são necessárias para confirmar essas lesões. Os exames de sangue e a análise de urina podem ser úteis para essas lesões. O exame de rotina do sistema cardiovascular, dos pulmões e do abdômen deve ser realizado da maneira habitual. É provável que distúrbios respiratórios preexistentes sejam agravados durante a custódia e que novos distúrbios respiratórios se desenvolvam com frequência.

4. Sistema musculoesquelético

414. As queixas de dores musculoesqueléticas são muito comuns em sobreviventes de tortura.⁴²² Elas podem ser resultado de espancamentos repetidos, suspensão, outras torturas posicionais ou do ambiente físico geral da detenção.⁴²³ Elas também podem ser de natureza psicossomática ou somática (consulte o parágrafo 507 abaixo), mas ainda assim devem ser documentadas. A dor pode ser específica ao mecanismo de

.....
421 Jason Payne-James, "Asphyxia: clinical findings", em *Encyclopedia of Forensic and Legal Medicine*, 2. ed., Jason Payne-James e Roger Byard, eds. (Elsevier, 2015).

422 Emma Baird e outros, "Interventions for treating persistent pain in survivors of torture", *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2017).

423 Duncan Forrest, "Examination for the late physical after effects of torture", *Journal of Clinical Forensic Medicine*, v. 6, n. 1 (1999), p. 4–13.

tortura ou inespecífica e generalizada. O exame físico deve incluir testes de mobilidade das articulações, da coluna e das extremidades. Os(As) médicos(as) devem observar: dor à palpação ou ao movimento, força muscular, contratura, evidência de síndrome compartimental, fraturas com ou sem deformidade e luxações. No caso de espancamentos graves, a ruptura do tecido muscular pode levar à liberação de mioglobina na circulação sanguínea em grandes quantidades, podendo levar à insuficiência renal aguda. O nível de mioglobina na urina pode ser testado, quando e se disponível, em sobreviventes de espancamento grave durante a fase aguda.⁴²⁴ Suspeitas de luxações, fraturas e osteomielite devem ser avaliadas radiologicamente. Lesões em tendões, ligamentos e músculos são melhor avaliadas com ressonância magnética, embora a artrografia também possa ser realizada. Na fase aguda, isso pode detectar hemorragia e possíveis rupturas musculares. Os músculos geralmente cicatrizam completamente sem deixar cicatrizes; portanto, os exames de imagem posteriores serão negativos. Ressonância magnética e imagens de tomografia computadorizada de músculos desnervados e síndrome compartimental crônica podem demonstrar fibrose muscular. Os hematomas ósseos podem ser detectados por ressonância magnética ou cintilografia. Os hematomas ósseos geralmente cicatrizam sem deixar rastros. A deficiência de vitamina D devido à falta de luz solar e à dieta inadequada também pode ser uma causa de dor musculoesquelética e responde à terapia de reposição.

5. Sistema geniturinário

415. Se o exame genital for necessário, ele deverá ser realizado somente com o consentimento específico da suposta vítima e talvez precise ser adiado para um exame posterior. Um(a) acompanhante deve ser oferecido(a) se o gênero do(a) médico(a) examinador(a) for diferente do gênero do(a) paciente. Para obter mais informações ver parágrafo 283 acima. Consulte os parágrafos 455–479 abaixo sobre tortura sexual, inclusive estupro, e outras informações sobre o exame de vítimas de agressão sexual. Ultrassonografia, testes de função renal, análise de urina e cintilografia dinâmica podem ser usados para detectar traumas geniturinários.

6. Sistemas nervosos central e periférico

416. O exame neurológico deve avaliar os nervos cranianos, os órgãos sensoriais e os nervos periféricos, verificando se há neuropatias motoras e sensoriais relacionadas a possíveis traumas, deficiências de vitaminas ou doenças. A capacidade cognitiva e o estado mental também devem ser avaliados (consulte os parágrafos 523–598 abaixo sobre a avaliação psicológica/psiquiátrica). Em pacientes que relatam ter sido suspensos(as), deve-se dar ênfase especial ao exame de plexopatia braquial (força assimétrica da mão, queda do pulso e fraqueza nos braços com reflexos sensoriais e tendinosos variáveis). Radiculopatias, outras neuropatias, déficits de nervos cranianos, hiperalgesia, parestesia, hiperestesia, mudança no senso de posição, sensação de temperatura, função motora, tontura, marcha e coordenação podem resultar de trauma associado a tortura ou maus-tratos. Em pacientes com histórico de tontura e vômito, deve ser realizado um exame vestibular e observada a evidência de nistagmo. A avaliação radiológica deve incluir ressonância

.....
424 Michael S. Pollanen, "The pathology of torture", *Forensic Science International*, v. 284 (2018), p. 85–96.

magnética (RM) ou tomografia computadorizada (TC). A RM é preferível à TC para a avaliação radiológica do cérebro e da fossa posterior. Podem ocorrer convulsões como resultado de um traumatismo craniano, e é necessário um histórico e uma investigação cuidadosos para diferenciá-las de ataques de pânico e episódios vasovagais.

C. Interpretação dos resultados

417. Os Princípios de Istambul exigem que os(as) médicos(as) forneçam uma “interpretação quanto à provável relação dos achados físicos e psicológicos com a possível tortura ou maus-tratos” (veja o parágrafo 379 acima e o anexo I). Nesse sentido, “achados físicos e psicológicos” podem incluir sintomas, sinais, informações históricas, resultados de testes diagnósticos, fotografias e avaliações médicas anteriores. O(A) clínico(a) deve correlacionar o seguinte:
 - (a) Até que ponto o histórico de sintomas e deficiências físicas agudas e crônicas é consistente com as alegações de tortura e/ou maus-tratos?
 - (b) Até que ponto os resultados do exame físico são consistentes com as alegações de tortura e/ou maus-tratos? (Observação: a ausência de achados físicos não exclui a possibilidade de que tortura ou maus-tratos tenham sido infligidos).
 - (c) Até que ponto as conclusões do exame são consistentes com os métodos de tortura conhecidos e suas consequências comuns usadas em uma determinada região?
418. Ao realizar avaliações de evidências físicas de suposta tortura ou maus-tratos, os(as) clínicos(as) devem considerar os seguintes termos para os níveis de consistência:
 - (a) “Não consistente com”: a constatação não pode ter sido causada pela alegada tortura ou maus-tratos;
 - (b) “Consistente com”: a constatação pode ter sido causada pela suposta tortura ou maus-tratos, mas não é específica e há muitas outras causas possíveis;
 - (c) “Altamente consistente com”: a constatação pode ter sido causada pela alegada tortura ou maus-tratos e há outras poucas causas possíveis;
 - (d) “Típico de”: o achado é normalmente observado com esse tipo de alegação de tortura ou maus-tratos, mas há outras causas possíveis;
 - (e) “Diagnóstico de”: o achado não poderia ter sido causado de outra forma que não a descrita.
419. A consideração da correlação dos sintomas pode ser de particular importância quando forem utilizados métodos de tortura ou maus-tratos que não deixem evidências físicas duradouras. Isso pode se aplicar, por exemplo, a experiências de asfixia, ferimentos na cabeça, choques elétricos, posições de suspensão e estresse, tortura sexual e tortura ambiental. Ao correlacionar os resultados dos exames com o conhecimento dos efeitos da tortura utilizados em uma determinada região, deve-se ter em mente a mudança do padrão de tortura e maus-tratos ao longo do tempo e de um local para outro.
420. Ao correlacionar a consistência entre os achados do exame físico e a alegada tortura ou maus-tratos, o(a) médico(a) deve indicar o nível de consistência para cada achado individual

do exame. Se ele(a) considerar que há razões clínicas para um achado inconsistente, isso deve ser discutido (consulte os parágrafos 342–353 e 386 acima). Às vezes, um grupo de lesões semelhantes ou lesões com a mesma atribuição pode ser considerado em conjunto e um nível de consistência pode ser aplicado ao grupo como um todo. O(A) clínico(a) deve considerar as possíveis causas dos achados físicos conforme sugerido pelas evidências, por exemplo, tortura ou outro dano deliberado, lesão acidental, doença de pele, procedimentos médicos, cuidados médicos culturais, escarificação ritual, automutilação e infligência deliberada para fabricar evidências de lesão. É comum que alguns achados físicos no corpo sejam atribuídos a outras causas que não a tortura, como ferimentos acidentais, ou que haja achados físicos para os quais a pessoa não consegue se lembrar da causa. Um indivíduo pode, inocentemente, confundir um achado físico com tortura (por exemplo, estrias distensivas na região lombar) porque não o notou antes da suposta tortura ou maus-tratos, mas somente depois, quando houve dor no local ou quando foi apontado pelo(a) médico(a) examinador(a).

421. Pode ser que a causa de um determinado achado não possa ser descrita, porque os indivíduos não conseguiam enxergar claramente devido a vários(as) perpetradores(as) ao seu redor ou porque estavam com os olhos vendados ou encapuzados, ou porque estavam parcial ou totalmente inconscientes na ocasião, ou porque tinham outros motivos clínicos para a memória prejudicada do evento. Nesses casos, o(a) clínico(a) pode ser capaz de indicar um nível de consistência entre os achados físicos e a causa provável dos achados. Mais comumente, com achados menos característicos que não têm atribuição, não é possível fazer uma avaliação específica da consistência, mas é possível fazer um comentário geral sobre o tamanho, o número e a localização do(s) achado(s) em termos de características das lesões causadas por tortura ou outras causas. Pode haver achados que não sejam especificamente atribuídos à tortura, mas sim a quedas durante a tentativa de escapar dos(as) perpetradores(as), por exemplo. Se a pessoa estava sob o controle do(a) perpetrador(a) no momento, isso ainda se enquadra na definição de lesões causadas por tortura e deve ser avaliado quanto à consistência com a atribuição dada. Se houver descobertas atribuídas a outras experiências de agressão, não relacionadas à alegação específica de tortura sob exame, como violência doméstica, abuso infantil, mutilação genital feminina, punição física, agressão criminal ou violência relacionada a guerras e conflitos, podem ser avaliadas quanto à consistência com a atribuição dada, quando relevante para o procedimento legal para o qual o relatório médico é exigido.
422. *Lesões acidentais.* As lesões acidentais são mais comumente encontradas nas extremidades em comparação com as partes centrais do corpo,⁴²⁵ ou seja, as partes do corpo mais frequentemente expostas em vez de protegidas por roupas e em primeiro contato com uma superfície dura durante uma queda. Assim, os joelhos, canelas, crista ilíaca, cotovelos, palmas das mãos, protuberância óssea da coluna vertebral, testa e topo da cabeça são os locais mais comuns de lesões acidentais. As partes centrais do corpo – orelhas, bochechas, olhos, boca, braço, parte interna do antebraço, tórax, genitais, frente da coxa, parte interna da coxa, parte posterior da coxa, nádegas, abdômen, dorso das mãos, ombros e pescoço – são mais comumente associadas a lesões não acidentais. No rosto, por

.....
 425 Terry Allen, Shannon A. Novak e Lawrence L. Bench, "Patterns of injuries: accident or abuse", *Violence against Women*, v. 13, n. 8 (2007), p. 802–816.

exemplo, não é incomum que um indivíduo tenha uma ou duas pequenas cicatrizes de lesões acidentais, mas à medida que o número dessas lesões aumenta, a chance de todas elas serem causadas por acidentes diminui proporcionalmente. O número esperado de lesões acidentais e sua localização também são influenciados pelo histórico ocupacional da pessoa.

423. *Automutilação.* A automutilação por corte pode ser encontrada em uma ampla variedade de locais anatômicos, incluindo particularmente o aspecto volar (lado da palma da mão) do punho ou antebraço do membro superior não dominante. Geralmente não é o local, mas a natureza e a multiplicidade que são relevantes. O dorso geralmente é poupado, mas os antebraços, braços, pescoço, tórax, abdômen e coxas podem ser outros locais típicos de automutilação. Outras partes do corpo também podem ser feridas de outras formas, por exemplo, a testa se a pessoa bater a cabeça contra a parede ou o punho se der um soco na parede. A forma mais comum de lesão autoprovocada é o corte, e os cortes geralmente são superficiais, múltiplos e bem agrupados. Podem ser encontradas queimaduras autoinfligidas com cigarros ou outras fontes de calor. As vítimas de tortura podem revelar esses ferimentos prontamente e explicar que eles foram autoinfligidos em resposta à tortura, como uma expressão da dor da tortura ou uma forma de lidar com essa dor. Outras vítimas podem achar muito difícil revelar que se automutilam, pois isso está associado à vergonha e ao estigma. As lesões autoinfligidas mais severas podem estar associadas a doenças mentais mais graves, como a psicose. Lesões deliberadas para ganho secundário são raras e tendem a ser superficiais, com um único mecanismo de causa, em partes do corpo acessíveis e pouco congruentes com a história, os achados do exame e a linha do tempo. Sinais de ferimentos em locais incomuns e a disseminação difusa de lesões sugerem tortura, assim como a constatação de múltiplas modalidades de força bruta, força cortante e queimaduras. A avaliação geral de todas as evidências físicas, juntamente com as evidências psicológicas, no contexto do relato apresentado, é fundamental para considerar a fabricação (veja o parágrafo 348 acima).

D. Conclusões e recomendações

424. Os(As) médicos(as) devem formular uma opinião clínica sobre a possibilidade de tortura ou maus-tratos com base em todas as evidências clínicas relevantes, incluindo achados físicos e psicológicos,⁴²⁶ informações históricas, achados fotográficos e resultados de exames diagnósticos, conhecimento das práticas regionais de tortura, relatórios de consulta, etc., conforme declarado nos parágrafos 382–383 acima e anexo IV. A opinião do(a) médico(a) sobre a possibilidade de tortura ou maus-tratos deve ser expressa usando os mesmos níveis de consistência usados para interpretar os achados: não consistente com, consistente com, altamente consistente com, típico de e diagnóstico de. Em última análise, é a avaliação geral de todos os achados clínicos, e não a consistência de cada lesão ou sintoma com uma forma específica de tortura ou maus-tratos, o que é importante para avaliar as alegações de tortura ou maus-tratos.
425. Além de fornecer uma conclusão sobre a possibilidade de tortura ou maus-tratos, os(as) médicos(as) devem reiterar os sintomas e as deficiências atuais e os prováveis efeitos

.....

⁴²⁶ As avaliações clínicas conduzidas especificamente para avaliar “evidências físicas” podem ou não incluir alguns “achados psicológicos”, por exemplo, observações de sofrimento psicológico durante a entrevista e/ou um relato de sintomas psicológicos.

sobre o funcionamento social, e fornecer quaisquer recomendações para avaliações e cuidados adicionais para o indivíduo.

E. Exame e avaliação após formas específicas de tortura

1. Espancamentos e outras formas de trauma contundente

(a) Lesões na pele

426. As lesões agudas são frequentemente características de tortura e maus-tratos, pois mostram um padrão de lesão infligida que difere dos ferimentos não infligidos, por exemplo, em sua forma, tamanho, distribuição no corpo e número. Como a maioria das lesões cicatriza em poucas semanas após a tortura ou maus-tratos, não deixando cicatrizes ou cicatrizes inespecíficas, um histórico característico das lesões agudas e sua evolução até a cicatrização pode ser o único suporte para uma alegação de tortura ou maus-tratos. Alterações permanentes na pele devido a traumas contundentes são inespecíficas e geralmente não têm significado diagnóstico. A aplicação prolongada de ligaduras apertadas pode resultar em achados característicos, incluindo uma zona linear que se estende circularmente ao redor do braço ou perna, geralmente no pulso ou tornozelo, contendo poucos pelos ou folículos pilosos, uma forma de alopecia cicatricial. Esses achados podem ser um diagnóstico da tortura ou maus-tratos alegados, pois não há outras doenças de pele ou lesões que possam explicar tais achados. No entanto, esses achados são relativamente raros; é mais comum ver cicatrizes curtas, lineares e estreitas sobre os lados ósseos dos pulsos devido a abrasões de algemas, especialmente em situações em que a pessoa foi espancada enquanto estava suspensa por algemas. Esses achados podem ser diferenciados das lesões autoprovocadas por sua localização nos aspectos ósseos e, muitas vezes, pela relativa simetria, enquanto as lesões autoprovocadas são mais comuns no antebraço não dominante. As lesões de ligadura dependerão do aperto da ligadura, da natureza da ligadura usada,⁴²⁷ e da força aplicada, como torção de algemas ou suspensão, e espancamento enquanto algemado(a).⁴²⁸
427. As abrasões agudas resultantes de lesões superficiais por raspagem da pele podem aparecer como arranhões, lesões do tipo queimadura por pincel ou lesões maiores por raspagem. Às vezes, as abrasões agudas podem apresentar um padrão que reflete os contornos do instrumento ou da superfície que infligiu a lesão. Abrasões repetidas ou profundas podem criar áreas de hipo ou hiperpigmentação, dependendo do tipo de pele. Isso ocorre na parte interna dos pulsos se as mãos tiverem sido amarradas com força.
428. Os hematomas são áreas de hemorragia no tecido mole devido à ruptura de vasos sanguíneos por trauma contundente. A extensão e a gravidade de um hematoma dependem não apenas da quantidade de força aplicada, mas também da estrutura e da vascularização do tecido machucado. Os hematomas ocorrem mais prontamente em áreas de pele fina sobreposta a ossos ou em áreas gordurosas. Muitas condições médicas, inclusive deficiências de vitaminas e outras deficiências nutricionais, idade e

427 Muhammed Nabi Kantarci e outros, "Evaluation of plastic and metal handcuff-related injuries under custody in medical examinations", *Türkiye Klinikleri Journal of Medicine Sciences*, v. 33, n. 2 (2013), p. 360-365 (em turco com resumo em inglês).

428 Miriam Y. Neufeld e outros, "Forensic evaluation of alleged wrist restraint/handcuff injuries in survivors of torture using the Istanbul Protocol", *International Journal of Legal Medicine*, v. 135, n. 2 (2021), p. 583-590.

medicamentos podem estar associadas a hematomas ou púrpuras fáceis. Hematomas e abrasões indicam que uma força bruta foi aplicada em uma determinada área. A ausência de um hematoma ou abrasão, entretanto, não indica que não houve força bruta naquela área. Os hematomas podem ser padronizados, refletindo a forma do instrumento que os infligiu. Por exemplo, hematomas em forma de “linha de bonde” podem ocorrer quando um instrumento, como um cassetete ou uma bengala, foi usado. O formato do objeto pode ser inferido a partir do formato do hematoma. A cor de um hematoma não ajuda a avaliar a idade da lesão. A percepção da cor do hematoma varia de acordo com o tom da pele e não pode ser determinada com precisão a partir de imagens. Em alguns tipos de pele, os hematomas podem levar à hiperpigmentação, que pode durar vários anos. Os hematomas que se desenvolvem em tecidos subcutâneos mais profundos podem não aparecer até vários dias após a lesão, quando o sangue extravasado tiver alcançado a superfície. Em casos de alegação, mas ausência de hematoma, a vítima deve ser reexaminada após vários dias. Deve-se levar em consideração que a posição final e o formato dos hematomas podem não ter nenhuma relação ao trauma original e que algumas lesões podem ter desaparecido no momento do reexame.⁴²⁹

429. As lacerações, um rasgo ou esmagamento da pele e dos tecidos moles subjacentes pela pressão de uma força contundente, desenvolvem-se facilmente em pontos ósseos proeminentes do corpo, uma vez que a pele é comprimida entre o objeto contundente e a superfície óssea sob os tecidos subdérmicos. Entretanto, com força suficiente, a pele pode ser rasgada em qualquer parte do corpo. Se uma laceração, em vez de uma contusão, é sofrida por um trauma de força bruta depende não apenas da parte do corpo afetada, mas também de outros fatores, incluindo a força aplicada, o contorno do implemento e a presença ou ausência de roupas de proteção.
430. Cicatrizes resultantes de chicotadas podem ser vistas se forem causadas feridas de espessura total. Essas cicatrizes podem ser hipo ou hiperpigmentadas e podem ser hipertróficas, geralmente dependendo do tom e da localização da pele. As chicotadas podem não causar cicatrizes, mas apenas pápulas e hematomas, dependendo da natureza do instrumento, da força usada, do número de chicotadas e de qualquer proteção proporcionada pelas roupas. A autoflagelação como parte de um ritual religioso pode produzir cicatrizes semelhantes às causadas por chicotadas punitivas. Alterações lineares simétricas, atróficas e despigmentadas no abdômen, na região lombar, nas axilas e nas pernas, que às vezes são alegadas como sequelas de tortura, podem ser estrias distensas e representam crescimento anterior, gravidez ou aumento de peso, e devem ser diferenciadas daquelas relacionadas à tortura.⁴³⁰ Uma pessoa que descreve ter sido espancada ou chicoteada nas costas pode não ter conhecimento da existência de estrias até que elas sejam identificadas no exame e, assim, inocentemente, presumir que são resultado da tortura. As estrias distensas podem ser encontradas ao redor da axila após a suspensão relatada e atribuídas pela pessoa à tortura. O uso de cremes clareadores da pele pode exacerbar a aparência e o tamanho das estrias.

429 Jason Payne-James, Jack Crane e Judith A. Hinchliffe, “Injury assessment, documentation, and interpretation”, em *Clinical Forensic Medicine: A Physician's Guide*, 2. ed., Margaret M. Stark, ed. (Totowa, Nova Jersey, Humana Press), p. 127–158.

430 Karlijn Clarysse e outros, “Skin lesions, differential diagnosis and practical approach to potential survivors of torture”, *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, v. 33, n. 7 (2019), p. 1232–1240.

431. As queimaduras podem deixar alterações permanentes na pele, na forma de lesões pigmentadas ou cicatrizes, dependendo da profundidade da queimadura e do tipo de pele. As lesões pigmentadas após uma queimadura de espessura parcial podem persistir por meses ou anos antes da resolução gradual. A temperatura do objeto ou substância aquecida e, secundariamente, o tempo de contato são os principais determinantes da aparência e da profundidade de uma queimadura. As queimaduras causadas por líquidos quentes variam em profundidade e formato, dependendo da viscosidade do líquido – por exemplo, uma queimadura altamente viscosa de plástico derretido será profunda e relativamente circunscrita, em comparação com uma queimadura de água quente, que pode apresentar impacto inicial, espalhar-se de acordo com a gravidade e, às vezes, queimaduras satélites de respingos. As queimaduras de cigarro geralmente deixam cicatrizes maculares circulares ou ovoides de 5 a 10 milímetros de diâmetro com um centro hipo ou hiperpigmentado e uma periferia hiperpigmentada, relativamente indistinta. O diâmetro dessas cicatrizes pode variar de acordo com o tipo de cigarro. As queimaduras por pinceladas de cigarro podem deixar lesões menos distintas. A queima de tatuagens com cigarros também foi relatada em relação à tortura. O formato característico da cicatriz resultante e quaisquer restos de tatuagem ajudarão no diagnóstico. A queimadura com objetos quentes pode produzir lesões que refletem o formato do instrumento e são inicialmente bem demarcadas com zonas marginais estreitas hipertróficas ou hiperpigmentadas correspondentes a uma zona inicial de inflamação. As bordas da queimadura, que são inicialmente bem demarcadas, mas com o tempo se tornam embaçadas, devido à migração de melanócitos, são particularmente observadas em pessoas com pele mais pigmentada. Isso pode, por exemplo, ser observado após uma queimadura com uma haste de metal aquecida ou um isqueiro a gás. Os processos inflamatórios espontâneos não apresentam a zona marginal característica e apenas raramente mostram uma perda acentuada de tecido. Após uma queimadura produzida por borracha queimada ou plástico derretido, podem se formar cicatrizes hipertróficas ou queloides.
432. Quando a matriz da unha é queimada, o crescimento subsequente produz unhas listradas, finas e deformadas, às vezes divididas em segmentos longitudinais. Se uma unha tiver sido arrancada, pode haver um crescimento excessivo de tecido produzido a partir da dobra proximal da unha, resultando na formação de pterígio. Entretanto, é possível que uma unha normal volte a crescer. As alterações nas unhas causadas pelo líquen plano constituem o único diagnóstico diferencial relevante, mas geralmente são acompanhadas de lesões cutâneas generalizadas. Por outro lado, as infecções por fungos são caracterizadas por unhas espessadas, amareladas e quebradiças, diferentes das alterações acima. A infecção fúngica pode coexistir na unha danificada.
433. As feridas por trauma agudo são produzidas quando a pele é cortada por um objeto pontiagudo, como uma faca, baioneta ou vidro quebrado, e incluem ferimentos por facadas, cortes e punção. A aparência aguda geralmente é fácil de distinguir da aparência irregular e rasgada das lacerações e cicatrizes encontradas em exame posterior que pode ser característico. Padrões regulares de pequenas cicatrizes incisionais podem ser devido a curandeiros(as) tradicionais.⁴³¹ Se pimenta ou outras substâncias nocivas forem

.....
431 Ibid.

aplicadas em feridas abertas, as cicatrizes podem se tornar hipertróficas. As cicatrizes de rituais de juju podem ter pigmento, como fuligem, esfregado nelas.

434. Os(As) médicos(as) podem ser solicitados(as) a estimar a idade das cicatrizes. É improvável que se possa dizer muito, a menos que a ferida pareça muito recente com vermelhidão e crostas. Durante o processo de cicatrização da ferida, a formação inicial de crostas é seguida pela formação de tecido cicatricial, que aparece vermelho no início e gradualmente se torna mais pálido e plano. A vermelhidão da cicatriz é variável e influenciada por outros fatores além do tempo, incluindo o tom da pele. O tempo necessário para que uma cicatriz evolua da forma aguda para a forma madura plana e pálida é variável, dependendo de vários fatores, incluindo trauma nas bordas da ferida, profundidade da ferida, infecção, método de fechamento da ferida, ferida “suja” ou limpa, acesso à higiene da ferida, posição no corpo, tensão e movimento da ferida, nutrição, doença crônica, pressão e fricção da roupa. Algumas feridas (por exemplo, queimaduras de cigarro) podem causar coceira intensa durante a cicatrização, levando ao hábito de coçá-las ou esfregá-las, o que pode deixá-las vermelhas ou rosadas muito tempo depois de outras feridas terem se acalmado. Por esses motivos, as cicatrizes que ocorreram ao mesmo tempo e pelo mesmo modo de lesão podem sarar em ritmos diferentes. Embora geralmente não seja possível dar uma opinião exata sobre a data de uma lesão, pode ser possível afirmar que a aparência está de acordo com a linha do tempo indicada.

(b) Fraturas

435. As fraturas produzem uma perda de integridade óssea devido ao efeito de uma força mecânica contundente em vários planos vetoriais. Uma fratura direta ocorre no local do impacto ou no local em que a força foi aplicada. A localização, o contorno e outras características de uma fratura refletem a natureza e a direção da força aplicada. Às vezes, é possível distinguir uma fratura infligida por lesão acidental pela aparência radiológica da fratura. A datação radiológica de fraturas relativamente recentes deve ser feita por um(a) radiologista experiente em trauma.

(c) Traumatismo craniano

436. O traumatismo craniano é uma das formas mais comuns de tortura. Em casos de traumatismo craniano recorrente, mesmo que nem sempre de dimensões graves, pode-se esperar atrofia cortical e dano axonal difuso. Em casos de traumas causados por quedas, podem ser observadas lesões cerebrais de *contrecoup* (localização em oposição ao trauma), enquanto que em casos de traumas diretos, contusões do cérebro podem ser observadas diretamente sob a região em que o trauma foi infligido. Os hematomas no couro cabeludo geralmente são invisíveis externamente, a menos que haja inchaço. Os hematomas podem ser difíceis de serem vistos em indivíduos de pele escura, mas serão sensíveis à palpação. É improvável que as estimativas de um período de perda de consciência após um traumatismo craniano sejam precisas, pois uma pessoa pode sofrer um período de amnésia peritraumática.
437. Após ter sido exposto(a) a golpes na cabeça, um(a) sobrevivente de tortura pode se queixar agudamente de dor, tontura, náusea, vômito e distúrbios visuais. De forma crônica, pode haver dores de cabeça persistentes, tontura, perda de memória ou outros

déficits cognitivos. Pode haver distúrbios convulsivos. A dor pode ser somática ou ser originada do pescoço. A vítima pode relatar dor quando tocada nessa região, e pode ser observada plenitude difusa ou local ou aumento da firmeza por meio da palpação do couro cabeludo. As cicatrizes podem ser observadas nos casos em que houve lacerações do couro cabeludo. Logo após um traumatismo craniano, as dores de cabeça podem ser o sintoma inicial de uma expansão da lesão. Elas podem estar associadas ao início agudo de alterações do estado mental e uma tomografia computadorizada deve ser realizada com urgência. Inchaço do tecido mole ou hemorragia geralmente são detectados por tomografia computadorizada ou ressonância magnética. Também pode ser apropriado organizar avaliações psicológicas ou neuropsicológicas (consulte os parágrafos 549–565). Os efeitos tardios da lesão cerebral podem ser detectados com técnicas radiológicas especializadas. Uma pequena lesão cerebral traumática, mesmo sem perda de consciência, pode afetar a memória e a concentração a curto e longo prazo. A lesão cerebral causada por tortura por asfixia também pode levar a um déficit cognitivo.

438. O chacoalhar violento como forma de tortura pode causar lesões cerebrais sem deixar marcas externas, embora possa haver hematomas na parte superior do tórax ou nos ombros onde as vítimas ou suas roupas tenham sido agarradas. Em sua forma mais extrema, a sacudida pode produzir lesões idênticas às observadas na síndrome do bebê sacudido: edema cerebral, hematoma subdural e hemorragias retinianas. Mais comumente, as vítimas queixam-se de dores de cabeça recorrentes, desorientação ou alterações do estado mental. Os episódios de tremores geralmente são breves, apenas alguns minutos ou menos, mas podem ser repetidos várias vezes em um período de dias ou semanas. Exames radiológicos e de retina são recomendados.

(d) Trauma torácico e abdominal

439. As fraturas de costela são uma consequência frequente de pancadas no peito. Se deslocadas, podem estar associadas a lacerações do pulmão e possível pneumotórax. As fraturas dos pedículos vertebrais podem resultar do uso direto de força bruta. Quando houver suspeita de fratura de costela, devem ser obtidas radiografias simples.
440. Em casos de trauma abdominal agudo, o exame físico deve procurar evidências de lesões nos órgãos abdominais e no trato urinário. Entretanto, o exame geralmente é negativo. A hematúria macroscópica é a indicação mais significativa de contusão renal. A lavagem peritoneal pode detectar hemorragia abdominal oculta. O líquido abdominal livre detectado pela investigação radiológica após a lavagem peritoneal pode ser proveniente da lavagem ou da hemorragia, invalidando assim o achado. A lesão de órgãos pode estar presente como ar livre, fluido extraluminal ou áreas de baixa atenuação, que podem representar edema, contusão, hemorragia ou laceração. O edema peripancreático é um dos sinais de pancreatite aguda traumática e não traumática. O ultrassom é particularmente útil na detecção de hematomas subcapsulares do baço. A insuficiência renal devido à síndrome de esmagamento pode ser aguda após espancamentos graves. A hipertensão renal pode ser uma complicação tardia da lesão renal.

2. Batimento dos pés

441. *Falanga*, ou *falaka*, são os termos comuns para a aplicação repetida de traumas contundentes nos pés (ou mais raramente nas mãos ou nos quadris), geralmente aplicada com um cassete, um pedaço de cano ou arma semelhante. As vítimas podem descrever a dor que vai até a cabeça. Como as lesões geralmente estão confinadas aos tecidos moles, a tomografia computadorizada (TC) ou a ressonância magnética (RM) são os métodos preferidos para a documentação radiológica da lesão, mas é preciso enfatizar que o exame físico na fase aguda deve ser diagnóstico. A *falanga* pode causar incapacidade crônica. A caminhada pode ser dolorosa e difícil. A compressão da planta do pé e a dorsiflexão do dedão do pé podem causar dor.
442. Podem ocorrer várias complicações e síndromes:⁴³²
- (a) *Síndrome do compartimento*. Essa é a complicação mais grave. O edema em um compartimento fechado resulta em obstrução vascular e necrose muscular, que pode resultar em fibrose, contratura ou gangrena na parte distal do pé ou dos dedos. Geralmente, o diagnóstico é feito pela medição da pressão no compartimento;
 - (b) *Esmagamento do calcânhar e das almofadas anteriores do pé*. As almofadas elásticas sob o calcâneo e as falanges proximais são esmagadas durante a *falanga*, seja diretamente ou como resultado do edema associado ao trauma. Além disso, as faixas de tecido conjuntivo que se estendem pelo tecido adiposo e conectam o osso à pele são rompidas. O tecido adiposo é privado de seu suprimento de sangue e se atrofia. O efeito de amortecimento é perdido e os pés não absorvem mais o estresse produzido pela caminhada;
 - (c) *Cicatrizes rígidas e irregulares envolvendo a pele e os tecidos subcutâneos do pé*. Em um pé normal, os tecidos dérmicos e subdérmicos são conectados à aponeurose plantar por meio de faixas apertadas de tecido conjuntivo. Entretanto, essas faixas podem ser parcial ou completamente destruídas devido ao edema, que rompe as faixas após a exposição à *falanga*;
 - (d) *Ruptura da aponeurose plantar e dos tendões do pé*. O edema no período pós-*falanga* pode romper essas estruturas. Quando a aponeurose não consegue se contrair normalmente, a função de suporte necessária para o arco do pé desaparece, o ato de caminhar torna-se mais difícil e os músculos do pé, especialmente o quadrado plantar longo, são excessivamente forçados e ficam fatigados. A extensão passiva do dedão do pé pode revelar se a aponeurose foi rompida;
 - (e) *Fascite plantar*. Isso pode ocorrer como uma complicação adicional do espancamento dos pés. Em casos de *falanga*, a irritação geralmente está presente em toda a aponeurose, causando aponeurosite crônica. Estudos sobre o assunto mostraram que, em prisioneiros liberados após 15 anos de detenção que alegaram ter sido submetidos

.....
 432 Kristine Amris, Søren Torp-Pedersen e Ole Vedel Rasmussen, "Long term consequences of falanga torture – what do we know and what do we need to know", *Torture*, v. 19, n. 1 (2009), p. 33–40.

à *falanga* quando foram presos pela primeira vez, foram observados exames ósseos positivos de pontos hiperativos no calcâneo ou nos ossos metatarsais;⁴³³

- (f) *Deformidades permanentes dos pés*. Essas deformidades são incomuns, mas ocorrem, assim como as fraturas dos ossos do tarso, metatarsos e falanges. Os ossos do tarso podem ser fixos ou ter movimento aumentado;
- (g) *Neuropatia periférica dolorosa*. Essa pode ser uma complicação tardia da *falanga*. Outras causas, como diabetes, devem ser descartadas.

443. Recomenda-se a realização de radiografias de rotina como exame inicial. A ressonância magnética é o exame radiológico preferido para detectar lesões nos tecidos moles. A ressonância magnética ou a cintilografia podem detectar lesões ósseas na forma de hematomas, que podem não ser detectadas por radiografias de rotina ou tomografia computadorizada.⁴³⁴

3. Suspensão

444. A suspensão é uma forma comum de tortura que pode causar dor extrema, mas que deixa pouca ou nenhuma evidência visível de lesão. Pode haver edema dos membros dependentes ou constrição dos membros com o risco de trombose venosa profunda com a contenção prolongada em uma única posição, incluindo a posição forçada em pé. O achado de déficits neurológicos periféricos e o diagnóstico de plexopatia braquial, praticamente comprova o diagnóstico de tortura por suspensão. A suspensão pode ser aplicada de várias formas:

- (a) Suspensão cruzada, que é aplicada abrindo os braços e amarrando-os a uma barra horizontal;
- (b) Suspensão de açougue, que é aplicada pela fixação das mãos para cima, juntas ou uma a uma;
- (c) Suspensão de açougue invertida, que é aplicada pela fixação dos pés para cima e da cabeça para baixo;
- (d) Suspensão reversa, que é aplicada suspendendo a vítima com os antebraços amarrados juntos atrás das costas, os cotovelos flexionados a 90 graus e os antebraços amarrados a uma barra horizontal. Como alternativa, o(a) prisioneiro(a) é suspenso(a) por uma ligadura amarrada ao redor dos cotovelos ou pulsos com os braços atrás das costas. Um efeito semelhante pode ser produzido quando uma vítima é forçada a se deitar de bruços com as algemas atrás das costas e, em seguida, é puxada para cima pelas algemas;
- (e) Suspensão do tipo “poleiro de papagaio”, que é aplicada suspendendo a vítima pelos joelhos flexionados em uma barra passada por trás dos joelhos, geralmente enquanto os pulsos são amarrados aos tornozelos.

433 Veli Lök e outros, “Bone scintigraphy as clue to previous torture”, *Lancet*, v. 337, n. 8745 (1991), p. 846–847. Consulte também Mehmet Tunca e Veli Lök, “Bone scintigraphy in screening of torture survivors”, *Lancet*, v. 352, n. 9143 (1998), p. 1859.

434 Ozkalipci e outros, “A significant diagnostic method in torture investigation: bone scintigraphy”.

445. A suspensão pode durar de minutos a várias horas ou até mais. A quantidade de tempo descrita como sendo passado em suspensão é muitas vezes imprecisa, pois as vítimas podem ficar desorientadas ou perder a consciência. Deve-se examinar cuidadosamente as marcas de ligadura, que podem variar dependendo do tipo de ligadura (por exemplo, algemas de metal, laços de plástico ou corda). A suspensão reversa pode causar lesão permanente do plexo braquial em um curto período. O “poleiro de papagaio” pode causar rupturas nos ligamentos cruzados dos joelhos. As vítimas geralmente são espancadas enquanto estão suspensas ou são torturadas ou maltratadas de outra forma. Na fase crônica, é comum que a dor e a sensibilidade ao redor das articulações do ombro persistam, pois o levantamento de peso e a rotação, principalmente interna, causarão dor intensa muitos anos depois. As complicações no período agudo após a suspensão incluem fraqueza dos braços ou das mãos, dor e parestesia, dormência, insensibilidade ao toque, dor superficial e perda do reflexo do tendão. A dor intensa e profunda pode mascarar a fraqueza muscular. Na fase crônica, a fraqueza pode continuar e evoluir para perda de massa muscular. A dormência e, mais frequentemente, a parestesia estão presentes. Levantar os braços ou levantar peso pode causar dor, dormência ou fraqueza. Além da lesão neurológica, pode haver ruptura dos ligamentos das articulações do ombro, deslocamento da escápula e lesão muscular na região do ombro. Na inspeção visual das costas, uma “escápula alada” (borda vertebral proeminente da escápula) pode ser observada com lesão do nervo torácico longo ou deslocamento da escápula.
446. A lesão neurológica geralmente é assimétrica nos braços. A lesão do plexo braquial manifesta-se de muitas maneiras diferentes, incluindo disfunção motora, sensorial e reflexa. Alterações sutis podem ser difíceis de serem detectadas ou diagnosticadas por um(a) não especialista. No momento da avaliação, a lesão pode ter se resolvido, mas um histórico cuidadoso dos sintomas sofridos é importante para a avaliação e deve haver um limite baixo para o encaminhamento ao(à) especialista. As avaliações de possíveis lesões neurológicas devem incluir:
- (a) *Exame motor.* A fraqueza muscular assimétrica, mais proeminente distalmente, é o achado mais esperado. A dor aguda pode dificultar a interpretação do exame de força muscular. Se a lesão for grave, a atrofia muscular pode ser observada na fase crônica;
 - (b) *Exame sensorial.* Perda completa de sensibilidade ou parestesia ao longo das vias nervosas sensoriais é comum. A percepção posicional, a discriminação de dois pontos, a avaliação da picada de agulha e a percepção de calor e frio devem ser testadas. Se, pelo menos, três semanas depois, a deficiência, a perda ou diminuição do reflexo estiver presente, estudos eletrofisiológicos apropriados devem ser realizados por um(a) neurologista experiente no uso e na interpretação dessas metodologias;
 - (c) *Exame dos reflexos.* Pode haver perda de reflexo, diminuição dos reflexos ou diferença entre as duas extremidades. Na suspensão reversa, embora ambos os plexos braquiais sejam submetidos a trauma, pode ocorrer plexopatia assimétrica devido à maneira como a vítima de tortura foi suspensa, dependendo de qual braço foi colocado em uma posição superior ou do método de amarração. Embora as pesquisas sugiram que as plexopatias braquiais são geralmente unilaterais (geralmente após ser catapultado(a)

de uma motocicleta e cair sobre um ombro), isso não condiz com a experiência no contexto da tortura, em que a lesão bilateral é comum;

447. Entre os tecidos da região do ombro, o plexo braquial é a estrutura mais sensível à lesão por tração. A incidência e a gravidade dessa complicação após a suspensão dependerão da duração e da frequência da tortura e do grau de musculatura – um indivíduo bem musculoso pode muito bem escapar dessa lesão. A suspensão reversa causa danos ao plexo braquial devido à extensão posterior forçada dos braços. Como observado no tipo clássico de suspensão reversa, quando o corpo é suspenso com os braços em hiperextensão posterior, normalmente as fibras do plexo inferior e, em seguida, as fibras do plexo médio e superior são danificadas se a força sobre o plexo for suficientemente severa. Se a suspensão for do tipo “crucificação”, mas não incluir hiperextensão, é provável que as fibras dos plexos inferior e médio sejam danificadas devido à hiperabdução. As lesões do plexo braquial podem ser categorizadas da seguinte forma:
- (a) *Danos ao plexo inferior.* As deficiências estão localizadas nos músculos do antebraço e da mão. Podem ser observadas deficiências sensoriais no antebraço e no quarto e quinto dedos do lado medial da mão em uma distribuição do nervo ulnar;
 - (b) *Danos ao plexo médio.* Os músculos extensores do antebraço, do cotovelo e dos dedos são afetados. A pronação do antebraço e a flexão radial da mão podem ser fracas. A deficiência sensorial é encontrada no antebraço e nos aspectos dorsais do primeiro, segundo e terceiro dedos da mão em uma distribuição do nervo radial. Pode haver perda dos reflexos do tríceps;
 - (c) *Danos ao plexo superior.* Os músculos do ombro são especialmente afetados. Abdução do ombro, a rotação axial e a pronação-supinação do antebraço podem ser deficientes. A deficiência sensorial é observada na região do deltoide e pode se estender ao braço e às partes externas do antebraço.

4. Outras torturas posicionais

448. Há muitas formas de tortura posicional, todas elas amarrando ou prendendo a vítima em posições contorcidas, hiperextendidas ou em outras posições não naturais, que causam dor intensa e podem causar lesões em ligamentos, tendões, nervos e vasos sanguíneos. Caracteristicamente, essas formas de tortura deixam poucas ou nenhuma marca externa ou achados radiológicos, apesar da incapacidade crônica frequentemente grave que se segue. As restrições de pulso podem causar hematomas superficiais, abrasões e lacerações, principalmente nas partes ósseas do punho. Elas também podem causar edema na mão, sintomas de tenossinovite, fratura do processo estilóide do rádio ou da ulna ou déficit neurológico de duração variável devido à compressão do nervo, mais comumente de um ramo superficial do nervo radial.
449. A tortura posicional afeta principalmente os tendões, as articulações e os músculos. Outros métodos de tortura posicional incluem: a “*banana stand*” ou a “*banana tie*” sobre uma cadeira, no chão ou em uma motocicleta; ficar em pé forçado; ficar em pé forçado sobre um único pé; ficar em pé prolongado com os braços e as mãos esticados em uma parede alta; agachamento forçado prolongado; e imobilização forçada em uma pequena gaiola. De acordo com as características dessas posições, as queixas são caracterizadas

como dor em uma região do corpo, limitação do movimento das articulações, dor nas costas, dor nas mãos ou nas partes cervicais do corpo e inchaço na parte inferior das pernas. Os mesmos princípios do tratamento neurológico e o exame musculoesquelético aplicam-se a essas formas de tortura posicional, assim como se aplicam à suspensão. A ressonância magnética é a modalidade radiológica preferida para a avaliação de lesões associadas a todas as formas de tortura posicional.

5. Tortura por choque elétrico

450. Na tortura por choque elétrico, a corrente elétrica é transmitida por meio de eletrodos colocados em qualquer parte do corpo. As áreas mais comuns são as mãos, os pés, os dedos das mãos e dos pés, as orelhas, os mamilos, a boca, os lábios e a área genital. A fonte de energia pode ser uma manivela manual ou um gerador de combustão, uma fonte de parede, uma arma de choque, um bastão de gado ou outro dispositivo de energia conduzida. A corrente elétrica segue o caminho mais curto entre os dois eletrodos. Os sintomas que ocorrem quando a corrente elétrica é aplicada são característicos. Por exemplo, se os eletrodos forem colocados em um dedo do pé direito e na região genital, haverá dor, contração muscular e câibras nos músculos da coxa e da panturrilha direita. A dor excruciante será sentida na região genital. Como todos os músculos ao longo do trajeto da corrente elétrica são contraídos tetanicamente, podem ser observadas luxação do ombro e radiculopatias lombares e cervicais quando a corrente é moderadamente alta. Entretanto, o tipo, o tempo de aplicação, a corrente e a voltagem da energia usada não podem ser determinados com certeza após o exame físico da vítima. Os(As) torturadores(as) geralmente usam água ou géis para aumentar a eficiência da tortura, expandir o ponto de entrada da corrente elétrica no corpo e evitar queimaduras elétricas detectáveis. Os traços de queimaduras elétricas podem ser circulares de cor marrom-avermelhada, lesão de alguns milímetros de diâmetro, geralmente sem inflamação, que podem resultar em uma cicatriz hiperpigmentada. As superfícies da pele devem ser examinadas com cuidado, pois as lesões geralmente não são facilmente discerníveis. A hipersalivação pode ser relatada, mas geralmente a história é limitada devido à perda de consciência durante a tortura.

6. Tortura odontológica

451. A tortura odontológica pode ocorrer na forma de quebra ou extração de dentes ou por meio da aplicação de corrente elétrica nos dentes. Pode resultar em perda ou quebra dos dentes, inchaço das gengivas, sangramento, dor, gengivite e estomatite, fraturas mandibulares ou perda de obturações dos dentes. A síndrome da articulação temporomandibular produzirá dor na articulação temporomandibular, limitação do movimento da mandíbula e, em alguns casos, subluxação dessa articulação devido a espasmos musculares que ocorrem como resultado da corrente elétrica ou de golpes na face.

7. Asfixia

452. A quase asfixia por sufocamento é um método de tortura cada vez mais comum. Geralmente não deixa marcas e a recuperação é rápida. Esse método de tortura foi tão amplamente utilizado na América Latina que seu nome em espanhol, *submarino*, tornou-se parte do vocabulário de direitos humanos. A respiração normal pode ser impedida por métodos

como cobrir a cabeça com um saco plástico, fechar a boca e o nariz, pressionar ou amarrar o pescoço ou forçar a aspiração de poeira, cimento, gasolina, pimenta etc. Isso também é conhecido como “*submarino seco*”. Várias complicações podem se desenvolver, como petéquias na pele, hemorragias nasais, sangramento nos ouvidos, congestão facial, infecções na boca e problemas respiratórios agudos ou crônicos. A gasolina no saco plástico pode causar queimaduras na pele do rosto. A imersão forçada da cabeça na água, geralmente contaminada com urina, fezes, vômito ou outros contaminantes, pode resultar em quase afogamento ou afogamento. A aspiração da água para os pulmões pode levar à pneumonia. Essa forma de tortura é chamada de “*submarino molhado*”.

453. Outra forma de asfixia, o *waterboarding*, consiste em despejar água em um pano colocado sobre o nariz e a boca da vítima, causando a sensação de afogamento ou o afogamento de fato. A vítima está deitada de barriga para cima, na horizontal ou com os pés mais altos que a cabeça. No enforcamento ou em outras asfixias por ligadura, abrasões ou contusões padronizadas podem ser encontradas com frequência no pescoço. O osso hioide e a cartilagem da laringe podem ser fraturados por estrangulamento parcial ou por golpes no pescoço.
454. Qualquer uma dessas formas de asfixia pode causar perda de consciência devido ao fornecimento insuficiente de oxigênio ao cérebro, e as consequências desse tipo de perda de consciência podem ser semelhantes as de traumatismo craniano contuso, em termos de perda de memória de curto ou longo prazo ou outros déficits cognitivos.

8. Tortura sexual, incluindo estupro⁴³⁵

455. A tortura sexual começa com a nudez forçada, que em muitos países é um fator constante em situações de tortura. Um indivíduo nunca está tão vulnerável quanto quando está nu e indefeso. A nudez aumenta o terror psicológico de todos os aspectos da tortura, como há sempre a ameaça de possíveis torturas ou maus-tratos sexuais, inclusive estupro. Além disso, ameaças sexuais verbais, abuso verbal e zombaria também fazem parte da tortura sexual, pois aumentam a humilhação e seus aspectos degradantes. A tortura sexual inclui nudez forçada, agressão sexual por meio do toque em partes íntimas do corpo, penetração digital, masturbação forçada, inserção forçada de um objeto na vagina ou no ânus, estupro oral, estupro anal e estupro vaginal, ejacular ou urinar na vítima, escravidão sexual, gravidez forçada e esterilização forçada. Uma experiência de tortura sexual geralmente é uma provação prolongada para a vítima, na qual ocorrem muitos eventos traumáticos diferentes. Embora algumas vítimas consigam relatar todos os momentos de sua provação, muitas não conseguem e bloqueiam certas partes que são muito angustiantes para serem relatadas ou que elas temem que o(a) entrevistador(a) não consiga aceitar ou ouvir. A revelação da tortura sexual pode ser difícil e demorada (consulte os parágrafos 274–276 acima).
456. Há algumas diferenças entre a tortura sexual de homens e a tortura sexual de mulheres, mas várias questões se aplicam a ambas. Pode haver abuso verbal de natureza sexual, tortura física de áreas íntimas do corpo, como seios e nádegas, e tortura direcionada especificamente aos órgãos genitais. Eletricidade e golpes geralmente são direcionados

.....
⁴³⁵ Para obter orientações adicionais sobre a investigação e documentação de violência sexual, consulte Ferro Ribeiro e van der Straten Ponthoz, *International Protocol on the Documentation and Investigation of Sexual Violence* (consulte a nota de rodapé 357).

aos órgãos genitais dos homens, com ou sem tortura anal adicional. O trauma físico é reforçado pelo abuso verbal. Os(As) prisioneiros(as) podem ser colocados(as) nus(as) em celas com membros da família, amigos(as) ou estranhos(as), quebrando tabus culturais. Isso pode ser agravado pela ausência de privacidade ao usar os banheiros. Além disso, os(as) prisioneiros(as) podem ser forçados(as) a abusar sexualmente uns(umas) dos(as) outros(as), o que pode ser particularmente difícil de lidar emocionalmente. O medo de um possível estupro, dado o profundo estigma cultural associado a ele, pode aumentar o trauma. Para as mulheres, há também o trauma de uma possível gravidez, o medo de perder a virgindade e o medo de não poder ter filhos (mesmo que o estupro possa ser escondido de um possível marido e do resto da sociedade). O estupro está sempre associado ao risco de desenvolver infecções sexualmente transmissíveis, inclusive HIV/AIDS. Atualmente, a única profilaxia eficaz contra o HIV/AIDS deve ser tomada dentro de 72 horas após o incidente; quanto mais cedo, mais eficaz, e é improvável que esteja disponível enquanto a vítima ainda estiver detida.

457. Um estudo nacional constatou que os efeitos mais comuns sofridos pelas vítimas de agressão sexual grave são problemas mentais ou emocionais (63%), seguidos por dificuldade de confiar nas pessoas ou dificuldade em relacionamentos (53%).⁴³⁶ Nesse estudo, apenas 27% das vítimas tiveram hematomas leves ou um olho roxo e lesões mais graves foram raras.⁴³⁷ No entanto, a noção de que uma vítima que não sofreu lesões físicas deve ter consentido ainda é amplamente difundida. O medo de mais violência muitas vezes limita a resistência das vítimas ou elas podem simplesmente “congelar”. Em uma análise global de casos de agressão sexual, uma média de 65% das vítimas tinha algum tipo de lesão física (ou seja, 35% não tinham) e uma média de 30% tinha evidência de trauma anogenital (ou seja, 70% não tinham).⁴³⁸ Um histórico de violência sexual não revelado anteriormente pode ser encontrado por meio de uma análise completa dos sintomas, especialmente dos sistemas geniturinário e anorretal, e de um exame completo. Se forem encontradas lesões em uma parte íntima do corpo, como seios, nádegas ou coxas, isso pode indicar que houve violência sexual. Deve-se observar que a ausência de lesão genital não pode ser considerada como indicativo de que não houve violência sexual. A vulvovaginite que ocorre como resultado de duchas repetidas pode ser um indicador de violência sexual passada.
458. O estupro violento e repetido ou a agressão sexual por penetração anal com um objeto podem causar danos físicos significativos ao esfíncter anal e ao reto com efeitos duradouros, inclusive dor ao defecar, fissura anal crônica, hemorroidas e incontinência de fezes ou flatos. A revelação desses sintomas pode ser difícil, mas, paradoxalmente, uma investigação sobre esses sintomas como parte de uma análise dos sistemas corporais pelo(a) médico(a) pode levar à revelação da agressão que os causou. Outros indícios podem ser a incapacidade de se sentar confortavelmente ou por muito tempo, reclamações sobre problemas na região lombar e altos níveis de raiva e irritabilidade.⁴³⁹ De acordo com a

.....
⁴³⁶ Reino Unido, Escritório de Estatísticas Nacionais, “*Sexual offences in England and Wales*” (consulte a nota de rodapé 401).

⁴³⁷ Ibid.

⁴³⁸ Ibid.

⁴³⁹ UNHCR, “*Working with men and boy survivors*” (consulte a nota de rodapé 402).

orientação do Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR, sigla em português, UNHCR, sigla em inglês):

“Muitos sobreviventes do sexo masculino só relatam suas experiências quando precisam de intervenção médica urgente.”⁴⁴⁰ Outra possível abertura para a revelação é quando se realiza uma avaliação de risco de danos a si mesmo ou a outros(as), quando uma exploração detalhada dos pensamentos que desencadeiam atos impulsivos de violência pode facilitar a revelação.

459. Se, em casos de tortura sexual, a vítima não quiser que o evento seja conhecido devido a pressões socioculturais ou motivos pessoais, o(a) médico(a) que realiza o exame, os órgãos de investigação e os tribunais têm a obrigação de cooperar para manter a privacidade da vítima. O estabelecimento de um relacionamento com sobreviventes de tortura que foram recentemente agredidos(as) sexualmente exige educação psicológica especial e apoio psicológico adequado. Deve-se evitar qualquer tratamento que possa aumentar o trauma psicológico de um(a) sobrevivente de tortura. Antes de iniciar o exame, é necessário obter o consentimento específico do indivíduo. A pessoa deve ser informada sobre a importância do exame e das possíveis descobertas de forma clara e compreensível.

(a) Revisão dos sintomas

460. Deve-se registrar um histórico completo da suposta tortura ou maus-tratos sexuais, conforme descrito anteriormente neste manual (consulte os parágrafos 394–396 acima). No entanto, há algumas perguntas específicas que são relevantes apenas para uma alegação de tortura sexual. Elas buscam obter sintomas atuais resultantes de uma agressão recente, por exemplo, sangramento, corrimento vaginal ou anal e localização da dor, hematomas ou feridas. Em casos de agressão sexual no passado, as perguntas devem ser direcionadas aos sintomas contínuos resultantes da agressão, como frequência urinária, incontinência ou disúria, irregularidade da menstruação, histórico subsequente de gravidez, aborto ou sangramento vaginal, hemorragia, problemas com a função sexual, incluindo relações sexuais e dor anal, sangramento, constipação ou incontinência de urina, flatos ou fezes, e dor no abdômen inferior. Os(As) pacientes podem descrever vômito, ânsia de vômito e náusea ao se lembrarem da violação oral.
461. O ideal é que haja instalações físicas e técnicas adequadas para o exame apropriado de sobreviventes de violação sexual por uma equipe de psiquiatras, psicólogos(as), ginecologistas e enfermeiros(as) experientes, treinados(as) no tratamento de sobreviventes de tortura sexual. Um objetivo adicional da consulta após a agressão sexual é oferecer apoio, aconselhamento e orientação e, se for o caso, tranquilização. Isso deve abranger questões como doenças sexualmente transmissíveis, HIV/AIDS, gravidez, se a vítima for uma mulher, e danos físicos permanentes, pois os(as) torturadores(as) costumam dizer às vítimas que elas nunca mais voltarão a ter uma vida sexual normal, o que pode se tornar uma profecia autorrealizável. O exame das lesões anorretais pode precisar ser realizado sob sedação se os sintomas indicarem que a vítima está sofrendo de uma doença sexualmente transmissível. A vítima não conseguiria lidar com isso de outra forma. O objetivo deve ser fazer apenas um exame para minimizar a retraumatização,

.....
440Ibid., p. 11.

com todos os conhecimentos e equipamentos necessários presentes para coleta de evidências, esfregaços e tratamento.

(b) Exame após uma agressão recente

462. É raro que uma vítima de estupro durante tortura seja libertada enquanto ainda é possível identificar sinais agudos da agressão. Nesses casos, é preciso estar ciente de muitos problemas que podem impedir a avaliação médica. As vítimas recém-agredidas podem estar perturbadas e confusas quanto a procurar ajuda médica ou jurídica devido a seus medos, preocupações socioculturais ou à natureza destrutiva da tortura ou dos maus-tratos. Nesses casos, o(a) médico(a) deve explicar à vítima todas as opções médicas e judiciais possíveis e deve agir de acordo com os desejos da vítima. Os deveres do(a) médico(a) incluem a obtenção de consentimento voluntário e informado para o exame, o registro de todos os achados médicos de tortura ou maus-tratos e a obtenção de amostras para exame forense. Sempre que possível, o exame deve ser realizado por um(a) especialista em documentação de agressão sexual. Caso contrário, o(a) médico(a) examinador(a) deve conversar com um(a) especialista ou consultar um texto padrão sobre medicina forense clínica. Quando o(a) médico(a) for de um gênero diferente do da vítima, deve ser oferecida a ela a oportunidade de ter um(a) acompanhante do mesmo gênero na sala. Dada a natureza sensível da investigação de agressão sexual, não é apropriado que essa pessoa seja um(a) parente(a) da vítima ou o(a) intérprete (consulte o parágrafo 219 acima). Os(As) médicos(as) devem permitir que os exames prossigam em um ritmo ditado pelas supostas vítimas, minimizando a exposição de seu corpo examinando uma parte de cada vez se elas acharem mais fácil lidar com isso. Os(As) médicos(as) devem observar o comportamento e as emoções das supostas vítimas e estar prontos(as) a parar se ficarem muito angustiadas. Deve ser realizado um exame físico, incluindo a documentação meticulosa de todos os achados, inclusive tamanho, localização e cor e, sempre que possível, esses achados devem ser fotografados e devem ser coletadas evidências de espécimes do exame.
463. O exame físico não deve ser direcionado inicialmente para a área genital. Quaisquer deformidades devem ser observadas. Deve-se dar atenção especial para garantir um exame completo da pele, procurando lesões cutâneas que possam ter resultado de uma agressão. Essas lesões incluem hematomas, lacerações e petéquias causadas por sucção ou mordida. Quando as lesões genitais são mínimas, as lesões localizadas em outras partes do corpo podem ser a evidência mais significativa de uma agressão, especialmente, por exemplo, aquelas em contato forçado com o chão, como costas, nádegas ou joelhos. Mesmo durante o exame da genitália feminina imediatamente após o estupro, a lesão está presente em apenas uma minoria dos casos. Exames anais de homens e mulheres após estupro anal também mostram lesões em uma minoria de casos. Nos casos em que a lesão está presente, a maioria será curada em poucos dias. Em situações em que objetos relativamente grandes tiverem sido usados para penetrar na vagina ou no ânus, a probabilidade de danos identificáveis aumenta, mas a ausência de lesões não é incomum.
464. Em situações em que há um laboratório forense disponível, o estabelecimento deve ser contatado antes do exame para discutir quais tipos de amostras podem ser testadas e, portanto, quais amostras devem ser coletadas e como. Muitos laboratórios fornecem kits

para que os(as) médicos(as) possam coletar todas as amostras necessárias de indivíduos que alegam agressão sexual. Se não houver um laboratório disponível, ainda assim pode valer a pena obter cotonetes úmidos e secá-los posteriormente ao ar. Essas amostras podem ser usadas posteriormente para testes de DNA. Devem ser tomadas precauções rigorosas para evitar alegações de contaminação cruzada quando as amostras forem coletadas de várias vítimas diferentes, especialmente se forem coletadas de supostos(as) perpetradores(as). Deve haver preservação e documentação da cadeia de custódia de todas as amostras forenses.

(c) Exame após a fase imediata

465. Nos casos em que a suposta tortura sexual ou maus-tratos ocorreu mais de uma semana antes e não há sinais de hematomas ou lacerações, há menos urgência na realização de um exame pélvico. Pode-se dedicar tempo para tentar encontrar a pessoa mais qualificada para documentar os achados e o melhor ambiente para entrevistar o indivíduo. No entanto, ainda pode ser benéfico fotografar adequadamente as lesões residuais se isso for possível.
466. A avaliação clínica deve ser registrada conforme descrito acima e, em seguida, o exame e a documentação dos achados físicos gerais. Em mulheres que deram à luz antes do estupro e, principalmente, naquelas que deram à luz depois, não é provável que haja achados patognomônicos. Pode levar algum tempo até que as pessoas estejam dispostas a discutir os aspectos da tortura que elas consideram mais vergonhoso ou estigmatizante. Da mesma forma, as supostas vítimas podem querer adiar as partes mais íntimas do exame para uma consulta posterior se o tempo e as circunstâncias permitirem.
467. Apenas em uma minoria de casos é encontrada evidência física ao examinar a genitália após uma agressão. Ao examinar mais tarde, quando a pessoa pode ter tido atividade sexual subsequente, consensual ou não, ou dado à luz, deve-se ter cuidado ao atribuir qualquer achado a um incidente específico de suposta tortura ou maus-tratos. Portanto, tanto para mulheres quanto para homens, o componente mais importante de uma avaliação médica pode ser a avaliação do(a) examinador(a) sobre as informações básicas (por exemplo, correlação entre alegações de tortura ou maus-tratos e lesões agudas observadas), o comportamento do indivíduo e o impacto psicológico da experiência.

(d) Acompanhamento

468. Muitas doenças infecciosas podem ser transmitidas por tortura sexual ou maus-tratos, inclusive infecções sexualmente transmissíveis, como gonorreia, clamídia, sífilis, HIV, HPV, hepatite B e C, herpes simples, verrugas anogenitais, vulvovaginite resultante de tricomoníase, vaginite monilial, vaginose bacteriana e infecção por vermes, bem como infecções do trato urinário.
469. Testes laboratoriais e tratamentos apropriados devem ser prescritos em todos os casos de tortura sexual ou maus-tratos. No caso de gonorreia e clamídia, a infecção concomitante do ânus ou da orofaringe deve ser considerada, pelo menos para fins de exame. Culturas iniciais e testes sorológicos devem ser obtidos em casos de agressão sexual e a terapia apropriada deve ser iniciada. A presença de infecção sexualmente transmissível pode

ser consistente com um relato de tortura sexual, mas não necessariamente confirma que a tortura foi a causa.

470. A disfunção sexual é comum entre os(as) sobreviventes de tortura ou maus-tratos, principalmente entre aqueles(as) que sofreram tortura sexual ou estupro, mas não exclusivamente. A disfunção sexual pode ocorrer em pessoas que não sofreram tortura sexual ou pode ser que ainda não a tenham revelado. Os sintomas podem ser de origem física ou psicológica, ou uma combinação de ambos, e incluem:
- (a) Aversão a membros do sexo oposto ou diminuição do interesse em atividades sexuais;
 - (b) Medo de atividade sexual porque o(a) parceiro(a) sexual “saberá” que a vítima foi torturada sexualmente ou medo de ter sido prejudicada sexualmente. Os(As) torturadores(as) podem ter ameaçado e instilado o medo da homossexualidade em homens que foram torturados analmente. Alguns homens tiveram uma ereção e, ocasionalmente, ejacularam durante o estupro anal. Eles devem ter certeza de que essa é uma resposta fisiológica e não implica consentimento, prazer ou necessariamente refletem sua orientação sexual;
 - (c) Efeitos profundos na psique devido a transgressões forçadas de orientação sexual e identidade de gênero;
 - (d) Incapacidade de confiar em um(a) parceiro(a) sexual;
 - (e) Distúrbio na excitação sexual e disfunção erétil;
 - (f) Dispareunia (relação sexual dolorosa em mulheres) ou infertilidade devido a infecção sexualmente transmissível adquirida, trauma direto nos órgãos reprodutivos ou abortos mal realizados de gestações após estupro.

(e) Exame genital de pessoas do sexo feminino

471. Em muitas culturas ou grupos sociais, é totalmente inaceitável penetrar na vagina de uma mulher virgem com qualquer coisa, inclusive um espécule, dedo ou cotonete. Se a mulher demonstrar evidência de penetração vaginal em uma inspeção visual externa, pode ser desnecessário realizar um exame pélvico interno. Os achados do exame genital podem incluir:
- (a) *Pequenas lacerações ou rasgos na vulva.* Podem ser agudas e são causadas por estiramento excessivo. Normalmente cicatrizam completamente, mas podem deixar cicatrizes, embora a penetração repetida não resulte necessariamente em evidência visual;
 - (b) *Abrasões da genitália feminina.* As abrasões podem ser causadas pelo contato com objetos ásperos, como unhas ou anéis, ou pela ausência de lubrificação;
 - (c) *Lacerações vaginais.* Elas não podem ser necessariamente diferenciadas das incisões causadas por objetos pontiagudos inseridos;
 - (d) *Cicatrizes ao redor da área genital.* Isso pode ter sido causado por queimaduras de cigarro ou ferimentos cortantes.

472. Muitos dos achados de exames genitais listados acima podem resultar de “exames de virgindade”, que são praticados em muitos países, muitas vezes à força, inclusive em locais de detenção, em mulheres que alegam estupro ou são acusadas de prostituição; e como parte de políticas públicas ou sociais para controlar a sexualidade. Em sua declaração de 2014 sobre o assunto,⁴⁴¹ o *Independent Forensic Expert Group* concluiu que os exames de virgindade não são confiáveis do ponto de vista médico e não têm valor clínico. Esses exames são inerentemente discriminatórios e, em quase todos os casos, quando realizados à força, resultam em dor e sofrimento físico e mental significativos. Quando realizados por, ou por instigação de um(a) funcionário(a) público(a) ou outra pessoa agindo em uma capacidade oficial, o exame de virgindade constituirá, portanto, tratamento cruel, desumano ou degradante ou tortura. Quando os exames de virgindade são conduzidos à força e envolverem penetração vaginal, os exames devem ser considerados como agressão sexual e estupro. O envolvimento de profissionais de saúde nesses exames viola os padrões básicos e a ética das profissões relevantes.
473. A mutilação genital feminina deve ser identificada se estiver presente. Apesar dos esforços internacionais para eliminá-la, ela ainda é comumente praticada, com 200 milhões de mulheres e meninas vivas em todo o mundo que foram submetidas a essa prática por motivos socioculturais. A mutilação dos órgãos genitais também pode ter sido parte da tortura sexual. A mutilação genital feminina é categorizada pela Organização Mundial da Saúde da seguinte forma:
- (a) Tipo I: remoção parcial ou total da glândula do clitóris e/ou do prepúcio/capuz do clitóris;
 - (b) Tipo Ia: remoção apenas do capuz do clitóris ou do prepúcio;
 - (c) Tipo Ib: remoção da glândula do clitóris com o prepúcio/capuz do clitóris;
 - (d) Tipo II: remoção parcial ou total da glândula do clitóris e dos pequenos lábios, com ou sem excisão dos grandes lábios (excisão);
 - (e) Tipo IIa: remoção apenas dos pequenos lábios;
 - (f) Tipo IIb: remoção parcial ou total da glândula do clitóris e dos pequenos lábios;
 - (g) Tipo IIc: remoção parcial ou total da glândula do clitóris, dos pequenos lábios e dos grandes lábios;
 - (h) Tipo III: estreitamento da abertura vaginal com criação de um selo de cobertura por meio do corte e reposicionamento dos pequenos ou grandes lábios, com ou sem excisão do prepúcio clitoriano/capuz clitoriano e glândula (infibulação);
 - (i) Tipo IIIa: remoção e reposicionamento dos pequenos lábios;
 - (j) Tipo IIIb: remoção e reposicionamento dos grandes lábios;
 - (k) Tipo IV: todos os outros procedimentos prejudiciais à genitália feminina para fins não médicos, por exemplo: picada, piercing, incisão, raspagem e cauterização.
474. Deve-se perguntar à mulher como o procedimento a afetou e se ela teve complicações como resultado. De forma aguda, as mulheres e meninas podem sofrer hemorragia ou

.....
 441 *Independent Forensic Expert Group*, “Statement on virginity testing” (consulte a nota de rodapé 309).

infecção grave. A mutilação/corte da genitália feminina está associada a complicações médicas de longo prazo, incluindo recorrência de infecções, cistos e abscessos, formação de cicatrizes queloides que resultam em dor, danos à uretra que resultam em incontinência urinária, complicações de futuros partos (incluindo maior risco de hemorragia e morte), disfunção sexual e trauma psicológico, incluindo TEPT, ansiedade e depressão. Além disso, os bebês nascidos de mulheres que foram submetidas à mutilação genital feminina têm maior probabilidade de sofrer morbidade e mortalidade perinatal.

(f) Exame genital de pessoas do sexo masculino

475. Homens que foram submetidos à tortura da região genital, incluindo esmagamento, torção ou puxão do escroto ou trauma direto nessa região, geralmente se queixam de dor e sensibilidade no período agudo. Podem ser observados hiperemia, inchaço acentuado e equimose. A urina pode conter um grande número de eritrócitos e leucócitos. Se for detectada uma massa, deve-se determinar se é uma hidrocele ou hematocele, que pode ter resultado de tortura ou uma hérnia inguinal. No caso de uma hérnia inguinal, o(a) examinador(a) não pode palpar o cordão espermático acima da massa. Em uma hidrocele ou hematocele, as estruturas normais do cordão espermático geralmente são palpáveis acima da massa. A hidrocele resulta do acúmulo excessivo de fluido dentro da *tunica vaginalis* devido à inflamação do testículo e de seus apêndices ou de uma lesão no cordão espermático ou à diminuição da drenagem secundária à obstrução linfática ou venosa no cordão umbilical ou no espaço retroperitoneal. A hematocele é um acúmulo de sangue dentro da *tunica vaginalis*, secundário a um trauma. Ao contrário da hidrocele, ela não é transluminada. A doença de Peyronie pode surgir em decorrência de um trauma no pênis (por exemplo, quando uma gaveta é fechada sobre ele).
476. A torção testicular também pode resultar de trauma na bolsa escrotal. Com essa lesão, o testículo fica torcido em sua base, obstruindo o fluxo sanguíneo para ele. Isso causa dor intensa e inchaço e constitui uma emergência cirúrgica. Se a torção não for reduzida imediatamente, haverá infarto do testículo. Sob condições de detenção, onde o atendimento médico pode ser negado, podem ser observadas sequelas tardias dessa lesão.
477. As pessoas que foram submetidas à tortura escrotal podem sofrer de infecção crônica do trato urinário, disfunção erétil ou atrofia dos testículos. Os sintomas de TEPT não são incomuns. Na fase crônica, pode ser impossível distinguir entre a patologia escrotal causada pela tortura e a causada por outros processos de doença. A não descoberta de quaisquer anormalidades físicas no exame urológico completo sugerem que os sintomas urinários, a impotência ou outros problemas sexuais podem ser explicados por motivos psicológicos. As cicatrizes na pele do escroto e do pênis podem ser muito difíceis de serem visualizadas. Por esse motivo, a ausência de cicatrizes nesses locais específicos não demonstra a ausência de tortura. Por outro lado, a presença de cicatrizes geralmente indica que houve um trauma substancial.

(g) Exame da região anal

478. A penetração do ânus com um objeto ou um pênis ereto nem sempre resulta em lesão. Pode haver dor inicial e sangramento. A maioria das lesões cicatriza em poucos dias. Ocasionalmente, a dor e o sangramento podem ocorrer por dias ou semanas. Isso pode

levar à constipação, que pode ser exacerbada pela dieta pobre em muitos locais de detenção. Podem surgir hemorroidas ou fissuras secundárias à constipação. Também podem ocorrer sintomas gastrointestinais e urinários. Na fase aguda, qualquer exame além da inspeção visual pode exigir anestesia local ou geral e deve ser realizado por um(a) especialista. Na fase crônica, vários sintomas podem persistir e devem ser investigados. Pode haver cicatrizes anais de tamanho ou posição incomuns, e isso deve ser documentado. As fissuras anais podem persistir por muitos anos, mas não é possível diferenciar, por meio de inspeção visual, entre as causadas por tortura e as causadas por outros mecanismos, como doenças gastrointestinais. Ao examinar o ânus, os seguintes achados devem ser procurados e documentados:

- (a) As fissuras tendem a ser achados não específicos, pois podem ocorrer em várias situações “normais” (constipação ou falta de higiene). Entretanto, quando observadas em uma situação aguda (ou seja, dentro de 72 horas), as fissuras são um achado mais específico e podem ser consistentes com a penetração;
- (b) Podem ser observadas lacerações retais com ou sem sangramento;
- (c) O rompimento do padrão rugal pode se manifestar como uma cicatriz lisa em forma de leque. Quando essas cicatrizes são vistas fora da linha média (ou seja, não às 12 ou 6 horas), elas podem ser uma indicação de trauma penetrante;
- (d) Marcas na pele, que podem ser resultado de trauma de cicatrização;
- (e) Corrimento purulento do ânus. As culturas devem ser feitas para gonorreia e clamídia em todos os casos de suposta penetração retal, independentemente de haver ou não corrimento.

479. Exames anais são realizados à força em muitos países nos quais a relação anal consensual é considerada um ato criminoso.⁴⁴² Eles são realizados quase exclusivamente em homens em um esforço para “provar” que eles se envolvem em “comportamento homossexual”. Em uma declaração feita em 2016, o *Independent Forensic Expert Group* concluiu que não havia validade clínica em tal teste. Esses exames são inerentemente discriminatórios. Em muitas circunstâncias em que os exames anais são realizados à força, eles são acompanhados de outras formas de tortura física ou maus-tratos, como espancamentos pela polícia e comentários humilhantes sobre a suposta homossexualidade do indivíduo pela polícia e pela equipe médica. Ameaças, coerção e força física são frequentemente aplicadas. O fato de que um exame pode ser realizado com a presença de pessoal não médico é uma fonte adicional de preocupação. Além disso, os elementos de nudez forçada e contenção física, quando usados, ampliam a sensação de desamparo, medo, humilhação e degradação que os indivíduos experimentam. O Comitê contra a Tortura, o Relator Especial sobre a Tortura e o Grupo de Trabalho sobre Detenção Arbitrária declararam que a prática de exames anais forçados viola a proibição contra tortura e maus-tratos.⁴⁴³ Quando os exames anais são realizados à força e envolvem penetração anal, o exame deve ser considerado uma forma de agressão sexual e estupro. O envolvimento de profissionais de saúde nesses exames viola os padrões básicos e a ética das profissões

.....
 442 *Independent Forensic Expert Group*, “Statement on anal examinations” (ver nota de rodapé 309), p. 85.

443 A/HRC/19/41, par. 37. Consulte também A/HRC/22/53, par. 79.

relevantes. Exames anais realizados como verificações de cavidades corporais só devem ser realizados de acordo com as Regras de Bangkok (regras 19–21), as Regras de Nelson Mandela (regras 50–52) e a declaração da Associação Médica Mundial (WMA, sigla em inglês) sobre revistas corporais de prisioneiros(as).

F. Testes diagnósticos especializados

480. Os testes de diagnóstico não são uma parte essencial da avaliação clínica de uma pessoa que alega tortura ou maus-tratos. Em muitos casos, o histórico médico e o exame físico são suficientes. Há circunstâncias em que esses testes são uma valiosa evidência de apoio, por exemplo, em situações em que há um processo legal contra membros das autoridades ou um pedido de indenização. Entretanto, é preciso lembrar que qualquer teste terá uma taxa de falsos negativos e esse valor é geralmente mais alto quanto maior for o intervalo entre a realização do teste e o momento em que a lesão ocorreu. Se os testes de diagnóstico forem realizados por motivos clínicos e não legais, os resultados devem ser acrescentados ao relatório clínico. Deve-se reconhecer que a ausência de um resultado positivo em um teste diagnóstico, como ocorre com os achados físicos, não deve ser usada para sugerir que não houve tortura ou maus-tratos. Há muitas situações em que os testes diagnósticos não estão disponíveis por motivos técnicos, mas sua ausência nunca deve invalidar um relatório escrito de forma adequada.
481. Testes de diagnóstico estão sendo desenvolvidos e avaliados o tempo todo. Por esse motivo, a referência aqui a testes específicos é limitada, mas quando for necessária evidência adicional de apoio, os(as) pesquisadores(as) devem utilizar os recursos mais atualizados disponíveis.
482. Na fase aguda da lesão, várias modalidades de imagem podem ser úteis para fornecer documentação adicional de lesões no esqueleto e nos tecidos moles. No entanto, após a cicatrização das lesões físicas causadas por tortura ou maus-tratos, as sequelas residuais geralmente não são mais detectáveis pelos mesmos métodos de imagem. Isso geralmente é verdade mesmo quando os(as) sobreviventes continuam a sofrer dores ou incapacidades significativas devido às lesões. Além disso, a tecnologia mais sofisticada e cara pode não estar disponível universalmente ou, pelo menos, não para uma pessoa sob custódia.
483. A ressonância magnética pode detectar contusões ósseas e fraturas por estresse ou ocultas antes que seja possível obter imagens por meio de radiografias de rotina, tomografia computadorizada ou cintilografia.
484. O uso de *scanners* abertos e sedação pode aliviar a ansiedade e a claustrofobia, que são predominantes entre os(as) sobreviventes de tortura.

G. Avaliação da incapacidade funcional

485. A avaliação da incapacidade funcional é particularmente útil nas circunstâncias em que é feito um pedido de indenização, mas também é útil no planejamento de estratégias e metas de reabilitação individual. A versão 2.0 do Cronograma de Avaliação de Incapacidade da Organização Mundial da Saúde é uma ferramenta que pode ser usada para esse fim, com o objetivo de produzir níveis e perfis de incapacidade padronizados aplicáveis

em todas as culturas. É a ferramenta operacional da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.⁴⁴⁴

486. O Cronograma abrange seis domínios de funcionamento, a saber: cognição (compreensão e comunicação); mobilidade (locomoção e deslocamento); autocuidado (higiene, vestir-se, comer e ficar sozinho); convivência (interagir com outras pessoas); atividades de vida (responsabilidades domésticas, lazer, trabalho e escola); e participação (participar de atividades comunitárias e participar da sociedade).
487. Ao pontuar, os seguintes números são atribuídos às respostas em cada domínio: 1 (“nenhum”); 2 (“leve”); 3 (“moderado”); 4 (“grave”); e 5 (“extremo ou não pode fazer”). As pontuações dos itens em cada domínio são somadas e, em seguida, as pontuações de todos os seis domínios são somadas. A pontuação resumida é então convertida em uma métrica que varia de 0 a 100 (onde 0 = sem deficiência; e 100 = deficiência total).⁴⁴⁵

H. Crianças

488. Os exames médicos devem ser realizados em um ambiente adequado para crianças por médicos(as) treinados(as) com experiência na avaliação e documentação de lesões físicas (inclusive as resultantes de agressão sexual) em crianças e jovens. O consentimento para o exame deve ser obtido dos(as) responsáveis pelas crianças e, quando apropriado, das crianças ou dos(as) jovens (consulte os parágrafos 165–171 e 285 acima). O ideal é que os(as) clínicos(as) tenham acesso a diagnósticos adicionais (por exemplo, raios X e outras técnicas de imagem), exames hematológicos e outras orientações especializadas, conforme necessário. Ao interpretar seus resultados, os(as) médicos(as) geralmente precisam buscar informações adicionais de crianças, jovens e seus(suas) cuidadores(as), além daquelas disponíveis em entrevistas não médicas.
489. As crianças que sofreram tortura e outras formas de maus-tratos e violações de direitos humanos devem ter acesso a examinadores(as) pediátricos(as) treinados(as) e competentes, sempre que possível, que possam fornecer avaliações médicas e recomendações de cuidados. No caso de crianças, parte da avaliação deve incluir a proteção para a prevenção de novas torturas e maus-tratos, recomendações para recuperação, reintegração e redução da exposição a experiências ou testemunhos de violência. Acesso a acompanhamento médico e psicológico adequado e confidencial é um direito⁴⁴⁶ das crianças.
490. O exame genital de crianças deve ser realizado por médicos(as) experientes em documentar e interpretar os achados. Em ambientes em que é possível fazer gravações em vídeo, outros(as) especialistas podem dar opiniões sobre os achados físicos e genitais sem que a criança tenha de ser examinada novamente. Entretanto, o(a) médico(a) deve estar ciente de que um exame pode lembrar a agressão original e, portanto, deve ser realizado com sensibilidade e com explicações apropriadas para a criança e seu(sua) cuidador(a). O exame das áreas genital e anal sob anestesia geral pode resultar em alterações nos achados

444 Organização Mundial da Saúde, *How to Use the ICF: A Practical Manual for Using the International Classification of Functioning, Disability and Health – Exposure Draft for Comment* (Genebra, 2013).

445 Os modelos de pontuação podem ser obtidos em: www.who.int/classifications/icf/more_whodas/en.

446 A Convenção sobre os Direitos da Criança, art. 39, estipula que: “Os Estados Partes tomarão todas as medidas apropriadas para promover a recuperação física e psicológica e a reintegração social de uma criança vítima de: qualquer forma de negligência, exploração ou abuso; tortura ou qualquer outra forma de pena ou tratamento cruel, desumano ou degradante; ou conflitos armados. Essa recuperação e reintegração devem ocorrer em um ambiente que promova a saúde, o respeito próprio e a dignidade da criança.”

físicos e acarreta riscos clínicos adicionais; ele não deve ser realizado normalmente, a menos que esteja sendo considerado um tratamento cirúrgico concomitante na área. Os(As) médicos(as) devem estar cientes de que a formação de cicatrizes em crianças pode ser diferente da dos(as) adultos(as), pois as feridas podem cicatrizar mais rapidamente. As lesões ósseas, dependendo de sua posição em relação à placa de crescimento, podem não ser aparentes nas radiografias iniciais ou meses após a consolidação da fratura. As técnicas radiológicas devem ser usadas com escrúpulo em crianças, dada a ansiedade que podem causar e os possíveis efeitos colaterais da radiação nelas.

VI. EVIDÊNCIA PSICOLÓGICA DE TORTURA E MAUS-TRATOS

A. Considerações gerais

1. Papel central da avaliação psicológica

491. É amplamente aceito que a tortura é uma experiência de vida extraordinária capaz de causar uma ampla gama de sofrimento físico e psicológico. Pesquisas e experiências clínicas têm demonstrado que as sequelas psicológicas da tortura costumam ser mais persistentes e prolongadas do que as sequelas físicas⁴⁴⁷ e a documentação da tortura frequentemente ocorre quando as lesões físicas já desapareceram. Essas circunstâncias conferem à avaliação psicológica um papel central na comprovação da tortura, na responsabilização dos(as) perpetradores(as) e na reivindicação de reparação. A maioria dos(as) clínicos(as) e pesquisadores(as) concorda que a natureza extrema do evento de tortura é suficientemente poderosa para produzir consequências mentais e emocionais, independentemente do estado psicológico do indivíduo antes da tortura. As consequências psicológicas da tortura, entretanto, variam de acordo com a natureza do dano infligido e o contexto de atribuição pessoal de significado, desenvolvimento da personalidade e fatores sociais, políticos e culturais. Por esse motivo, não se pode presumir que todas as formas de tortura tenham as mesmas consequências em todos os indivíduos. Por exemplo, as consequências psicológicas de uma execução simulada não são as mesmas de uma agressão sexual, e o confinamento solitário e o isolamento provavelmente não produzirão os mesmos efeitos que os atos físicos de tortura. Da mesma forma, os efeitos da detenção e da tortura em um(a) adulto(a) geralmente não são os mesmos que os de uma criança. No entanto, há grupos de sintomas e reações psicológicas que foram observados e documentados em sobreviventes de tortura com certa regularidade.
492. Os(As) perpetradores(as) muitas vezes tentam justificar seus atos de tortura ou maus-tratos com a necessidade de reunir informações. Tais conceitualizações obscurecem o objetivo da tortura e suas consequências pretendidas. Um dos objetivos centrais da tortura é reduzir um indivíduo a uma posição de extremo desamparo e angústia que pode levar à deterioração das funções cognitivas, emocionais e comportamentais.⁴⁴⁸ Assim, a tortura é um meio de atacar os modos fundamentais de funcionamento psicológico e social de um indivíduo. Em tais circunstâncias, o(a) torturador(a) esforça-se não apenas para incapacitar a vítima fisicamente, mas também para desintegrar a personalidade do indivíduo.⁴⁴⁹ O(A) torturador(a) tenta destruir o senso da vítima de estar enraizada em uma família e na sociedade como um ser humano com sonhos, esperanças e aspirações para o futuro. Ao desumanizar e quebrar a vontade de suas vítimas, os(as) torturadores(as) oferecem um aviso horrível para aqueles(as) que mais tarde entrarem em contato com a vítima. Dessa forma, a tortura pode quebrar ou prejudicar a vontade e a coerência de comunidades inteiras. Além disso, a tortura pode prejudicar profundamente os relacionamentos

447 José Quiroga e James M. Jaranson, "Politically-motivated torture and its survivors. A desk review of the literature", *Torture*, v. 15, n. 2-3 (2005).

448 José A. Saporta e Bessel A. van der Kolk, "Psychobiological consequences of severe trauma", em *Torture and its Consequences: Current Treatment Approaches*, Metin Başoğlu, ed. (Cambridge, Reino Unido, Cambridge University Press, 1998), p. 151-181.

449 Almerindo E. Ojeda, ed., *The Trauma of Psychological Torture* (Westport, Praeger, 2008); e Pau Pérez-Sales, *Psychological Torture: Definition, Evaluation and Measurement* (Routledge, 2016).

íntimos entre cônjuges, pais, mães, filhos(as), outros membros da família e entre as vítimas e suas comunidades.

493. É importante reconhecer que nem todas as pessoas que foram torturadas desenvolvem uma doença mental diagnosticável.⁴⁵⁰ No entanto, a maioria das vítimas experimenta reações emocionais profundas e sintomas psicológicos que, muitas vezes, também incluem sérias alterações cognitivas e comportamentais. Os principais transtornos psiquiátricos associados à tortura são o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e a depressão. Ainda que esses transtornos estejam presentes na população em geral, sua prevalência, embora varie entre os estudos, é muito maior entre os(as) sobreviventes de tortura. Estudos epidemiológicos realizados com sobreviventes de tortura e refugiados(as) mostram taxas de prevalência de 23 a 88% para TEPT e de 28 a 95% para depressão.⁴⁵¹ A alta variabilidade entre os estudos provavelmente deve-se a diferentes amostras populacionais (incluindo estudos com sobreviventes de tortura que buscam tratamento), diferentes métodos de avaliação, estressores coexistentes e outros fatores. Entretanto, as implicações culturais, sociais e políticas únicas que a tortura tem para cada indivíduo influenciam a capacidade dessa pessoa de descrever e falar sobre o fato. Esses efeitos sobre a capacidade da vítima de dar sentido e descrever a experiência da tortura devem ser considerados, especialmente ao realizar uma avaliação de um indivíduo de outra cultura. Pesquisas transculturais revelam que os métodos fenomenológicos ou descritivos são as abordagens mais úteis na tentativa de avaliar transtornos psicológicos ou psiquiátricos. O que é considerado transtorno comportamental ou uma doença em uma cultura pode não ser visto como patológico em outra.⁴⁵²
494. Nos últimos anos, o diagnóstico de TEPT tem sido aplicado a uma gama cada vez mais ampla de indivíduos que sofrem o impacto de tipos muito variados de violência. Entretanto, a utilidade desse diagnóstico tem sido questionada por vários motivos, inclusive sua aplicabilidade universal. No entanto, as evidências sugerem que há altos índices de TEPT e sintomas depressivos entre as populações de refugiados(as) traumatizados(as) de muitas origens étnicas e culturais diferentes.⁴⁵³ Um estudo transcultural da depressão fornece informações úteis.⁴⁵⁴ Embora alguns sintomas possam estar presentes em diferentes culturas, é importante considerar as formas específicas de cada cultura de vivenciar, expressar e descrever a angústia psicológica a fim de reconhecer e documentar a ampla gama de sofrimento que pode permanecer invisível se o conceito de TEPT for aplicado de forma acrítica. Essas expressões de angústia moldadas pela cultura podem ser mais relevantes para o(a) sobrevivente do que os sintomas de TEPT.

450 Deve-se ter em mente que a qualificação de um ato como tortura não depende da existência de dano mental prolongado subsequente. Veja, a esse respeito, Manfred Nowak, "What practices constitute torture? US and UN standards", *Human Rights Quarterly*, v. 28, n. 4 (2006), p. 809–841.

451 Hiba Abu Suhaiban, Lana Ruvolo Grasser e Arash Javanbakht, "Mental health of refugees and torture survivors: a critical review of prevalence, predictors and integrated care", *International Journal on Environmental Research and Public Health*, v. 16, n. 13 (2019).

452 H. Tristram Engelhardt, Jr., "The concepts of health and disease", em *Evaluation and Explanation in the Biomedical Sciences*, H. Tristram Engelhardt, Jr. e Stuart F. Spicker, eds. (Dordrecht, D. Reidel Publishing Co., 1975), p. 125–141. Consulte também Joseph Westermeyer, "Psychiatric diagnosis across cultural boundaries", *American Journal of Psychiatry*, v. 142, n. 7 (1985), p. 798–805.

453 Consulte Richard F. Mollica e outros, "The effect of trauma and confinement on functional health and mental health status of Cambodians living in Thailand-Cambodia border camps", *Journal of the American Medical Association*, v. 270, n. 5 (1993), p. 581–586; Kathleen Allden e outros, "Burmese political dissidents in Thailand: trauma and survival among young adults in exile", *American Journal of Public Health*, v. 86, n. 11 (1996), p. 1561–1569; J. David Kinzie e outros, "The prevalence of posttraumatic stress disorder and its clinical significance among Southeast Asian refugees", *American Journal of Psychiatry*, v. 147, n. 7 (1990), p. 913–917.

454 Norman Sartorius, "Cross-cultural research on depression", *Psychopathology*, v. 19, n. 2 (1986), p. 6–11.

2. Contexto da avaliação psicológica

495. As avaliações ocorrem em uma variedade de contextos políticos. Isso resulta em diferenças importantes na maneira pela qual uma avaliação deve ser conduzida. O(A) clínico(a) deve adaptar as diretrizes à situação e ao objetivo específicos da avaliação (consulte o parágrafo 185 acima), mantendo sob quaisquer circunstâncias os mais altos padrões éticos, conforme estabelecido no capítulo II acima. As avaliações psicológicas podem ajudar a identificar condições pós-traumáticas (por exemplo, problemas de memória, *flashbacks*, evitação e dissociação),⁴⁵⁵ que podem fazer com que as vítimas ajam inconscientemente ou involuntariamente e que possam afetar ou alterar a habilidade e a capacidade das vítimas de recordar e apresentar o que vivenciaram, o que, por sua vez, pode afetar a sua capacidade de participar e testemunhar em várias formas de procedimentos legais, inclusive em julgamentos relacionados à investigação de tortura.⁴⁵⁶ A avaliação e a documentação dessas barreiras à plena participação em processos judiciais como consequência das sequelas da tortura pode ajudar a evitar que advogados(as) e juizes(as) tirem conclusões imprecisas em processos judiciais.⁴⁵⁷
496. O que pode ser perguntado e documentado com segurança varia consideravelmente e depende do grau em que a confidencialidade e a segurança podem ser garantidas. Por exemplo, um exame em uma prisão por um(a) clínico(a) visitante, limitado a 15 minutos, não pode seguir o mesmo curso de uma avaliação psicológica em um consultório particular, que pode durar várias horas. Outros problemas surgem quando se tenta avaliar se os sintomas ou comportamentos psicológicos são patológicos ou adaptativos. Quando uma pessoa é examinada enquanto está detida ou vivendo sob considerável ameaça ou opressão, alguns sintomas podem ser adaptativos. Por exemplo, a diminuição do interesse em atividades e sentimentos de distanciamento ou estranhamento seriam compreensíveis em uma pessoa em confinamento solitário. Da mesma forma, a hipervigilância e os comportamentos de evitação podem ser necessários para pessoas que vivem em sociedades repressivas.⁴⁵⁸ Apesar das possíveis limitações impostas pelas condições em que a entrevista é realizada, todo esforço para aderir às diretrizes do Protocolo de Istambul é necessário. É especialmente importante, em circunstâncias difíceis, que os governos e as autoridades envolvidas sejam obrigados a seguir esses padrões tanto quanto possível.

455 Andrea R. Ashbaugh, Julia Marinos e Brad Bujaki, "The impact of depression and PTSD symptom severity on trauma memory", *Memory*, v. 26, n. 1 (2018), p. 106–116.

456 Karen E. Krinsley and others, "Consistency of retrospective reporting about exposure to traumatic events", *Journal of Traumatic Stress*, v. 16, n. 4 (2003), p. 399–409; Amina Memon, "Credibility of asylum claims: consistency and accuracy of autobiographical memory reports following trauma", *Applied Cognitive Psychology*, v. 26, n. 5 (2012), p. 677–679; Hannah Rogers, Simone Fox e Jane Herlihy, "The importance of looking credible: the impact of the behavioural sequelae of post-traumatic stress disorder on the credibility of asylum seekers", *Psychology, Crime & Law*, v. 21, n. 2 (2015), p. 139–155.

457 Belinda Graham, Jane Herlihy e Chris R. Brewin, "Overgeneral memory in asylum seekers and refugees", *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, v. 45, n. 3 (2014), p. 375–380; Urs Hepp e outros, "Inconsistency in reporting potentially traumatic events", *British Journal of Psychiatry*, v. 188, n. 3 (2006), p. 278–283; Jane Herlihy, Peter Scragg e Stuart Turner, "Discrepancies in autobiographical memories – implications for the assessment of asylum seekers: repeated interviews study", *British Medical Journal*, v. 324 (2002), p. 324–327; e Cohen, "Errors of recall and credibility" (consulte a nota de rodapé 412).

458 Michael A. Simpson, "What went wrong? Diagnostic and ethical problems in dealing with the effects of torture and repression in South Africa", em *Beyond Trauma: Cultural and Societal Dynamics*, Rolf J. Kleber, Charles R. Figley e Berthold P.R. Gersons, eds. (Nova Iorque, Plenum Press, 1995), p. 187–212.

B. Consequências psicológicas da tortura e dos maus-tratos

1. Observações cautelares

497. Antes de entrar em uma descrição técnica dos sintomas e das classificações psiquiátricas, deve-se observar que as classificações psiquiátricas são geralmente baseadas em conceitos médicos ocidentais e que sua aplicação a populações não ocidentais apresenta certas dificuldades.⁴⁵⁹ Pode-se argumentar que as culturas ocidentais sofrem de uma medicalização indevida dos processos psicológicos. A ideia de que o sofrimento mental representa um distúrbio que reside em um indivíduo e apresenta um conjunto de sintomas típicos pode ser inaceitável para muitos membros de sociedades não ocidentais. No entanto, há evidências consideráveis de mudanças biológicas que ocorrem no TEPT e, a partir dessa perspectiva, o TEPT é uma síndrome diagnosticável passível de tratamento biológico e psicológico.⁴⁶⁰ Na medida do possível, o(a) clínico(a) avaliador(a) deve tentar se relacionar com o sofrimento mental no contexto das crenças e normas culturais do indivíduo. Isso inclui o respeito ao contexto político, bem como às crenças culturais e religiosas. Dada a gravidade da tortura e suas consequências, ao realizar uma avaliação psicológica, uma atitude de aprendizado informado deve ser adotada em vez de uma atitude de pressa para diagnosticar e classificar. Idealmente, essa atitude comunicará às vítimas que suas queixas e sofrimento estão sendo reconhecidos como reais e compreensíveis de acordo com as circunstâncias. Nesse sentido, uma atitude empática pode oferecer à vítima algum alívio da experiência de alienação.
498. Na maioria dos casos, a intensidade dos sintomas psicológicos relacionados ao trauma muda com o tempo, dependendo do processamento pessoal do trauma, da eficácia de estratégias de enfrentamento disponíveis, além de fatores externos. Pode haver sintomas subliminares no momento da avaliação ou relatos em fases posteriores ao evento traumático que não chegam a ser um transtorno mental diagnosticável. A expressão da angústia pode ser matizada ou mediada pela cultura e pelo contexto social, por exemplo, de acordo com a experiência de vergonha, medo de represálias e receio de mais estigma ou ostracismo na família ou na comunidade. É importante reconhecer que a ausência de um diagnóstico formal não exclui a presença de sofrimento mental grave e deficiência, e não é inconsistente com a ocorrência de tortura ou maus-tratos. A avaliação psicológica deve ter como objetivo chegar a um entendimento das múltiplas reações psicológicas, psicossomáticas e psicossociais de curto e longo prazo, além de uma possível classificação psiquiátrica.

2. Respostas psicológicas comuns

499. Esta seção descreve algumas das respostas psicológicas frequentes à tortura. Não se trata de uma lista exaustiva, pois outras reações também podem ocorrer.

459 Derek Summerfield, "The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category", *British Medical Journal*, v. 322 (2001), p. 95-98; e Nimisha Patel, "The psychologization of torture", em *De-Medicalizing Misery: Psychiatry, Psychology and the Human Condition*, Mark Rapley, Joanna Moncrieff e Jacqui Dillon, eds. (Londres, Palgrave Macmillan, 2011), p. 239-255.

460 Matthew Friedman e James Jaranson, "The applicability of the post-traumatic stress disorder concept to refugees", em *Amidst Peril and Pain: The Mental Health and Well-being of the World's Refugees*, Anthony J. Marsella e outros, eds. (Washington, D.C., American Psychological Association, 1994), p. 207-227.

(a) Reexperimentar o trauma

500. Uma pessoa que sofreu tortura pode ter lembranças intrusivas indesejadas ou *flashbacks*, nos quais o evento traumático é vivenciado como se estivesse ocorrendo novamente, mesmo quando a pessoa está acordada e consciente, ou pesadelos recorrentes, que incluem elementos do evento traumático em sua forma original ou simbólica. Esses episódios de reviver o evento traumático causam sofrimento emocional significativo e/ou reações fisiológicas, e a pessoa pode sentir ou agir como se o evento fosse recorrente. A pessoa também pode apresentar angústia emocional e reações fisiológicas quando exposta a sinais que simbolizam ou se assemelham ao trauma. Isso pode incluir a falta de confiança e o medo de pessoas com autoridade, inclusive profissionais de saúde, pois eles(as) podem evocar lembranças da tortura sofrida e de seus(suas) agressores(as).

(b) Evitação

501. Como as lembranças da tortura geralmente são acompanhadas de um grave sofrimento emocional, muitas vezes vivenciado como avassalador e incontrolável, os(as) sobreviventes podem evitar circunstâncias ou sinais que possam desencadear essas lembranças. A evitação pode incluir lugares, pessoas, atividades, conversas, pensamentos, sentimentos ou qualquer outro sinal que desperte a lembrança da tortura. A evitação pode limitar seriamente a capacidade dos(as) sobreviventes de participar de atividades diárias e interações sociais, e de realizar planos e projetos. Ela pode até mesmo levar os(as) sobreviventes a evitar procurar ajuda para seus sintomas e, assim, inibir o tratamento ou a terapia.

(c) Hiperexcitação

502. A hiperexcitação inclui:

- (a) Dificuldade para adormecer ou permanecer dormindo;
- (b) Irritabilidade ou explosões de raiva;
- (c) Dificuldade de concentração;
- (d) Hipervigilância, resposta exagerada ao susto.

(d) Autoconceito prejudicado e mudanças negativas na cognição e no humor

503. Para muitos(as) sobreviventes, a experiência da tortura marca uma ruptura profunda em suas vidas. Eles(as) têm a sensação subjetiva de terem sido irremediavelmente danificados(as) e de terem sofrido uma mudança irreversível de personalidade,⁴⁶¹ muitas vezes acreditando que nunca mais serão a mesma pessoa. Crenças e suposições excessivamente negativas sobre si mesmo(a) e o mundo – desconfiança, expectativas de que o pior aconteça, desesperança e culpa de si mesmo(a) e dos(as) outros(as) por causar o trauma – frequentemente caracterizam a relação com o ambiente. Os sentimentos de distanciamento dos(as) outros(as) afetam ainda mais os relacionamentos e também podem levar ao retraimento e ao isolamento social. Os(As) sobreviventes têm a sensação

.....
⁴⁶¹ Neal R. Holtan, "How medical assessment of victims of torture relates to psychiatric care", em *Caring for Victims of Torture*, James M. Jaranson e Michael K. Popkin, eds. (Washington, D.C., American Psychiatric Press, 1998), p. 107–113.

de um futuro reduzido, sem a expectativa de uma carreira, casamento, filhos(as) ou expectativa de vida normal. Dificuldades para experimentar sentimentos positivos, como felicidade ou amor, e/ou a predominância de emoções negativas (por exemplo, medo, horror, raiva, culpa e vergonha), bem como constrição emocional geral, também são comuns em sobreviventes de tortura.

(e) Sentimentos de culpa e vergonha

504. A culpa e a vergonha são emoções autoconscientes. A vergonha é causada por uma crença interna de inadequação, indignidade, desonra ou arrependimento, da qual os(as) outros(as) podem ou não estar cientes. Outra pessoa, uma falha ou circunstância específica pode desencadear a vergonha. A culpa é uma experiência cognitiva ou emocional que ocorre quando os indivíduos acreditam ou percebem, com exatidão ou não, que comprometeram seus próprios padrões de conduta ou violaram um padrão moral universal e têm responsabilidade significativa por essa violação. Está intimamente relacionada ao conceito de remorso. Considerando que os sentimentos de culpa e vergonha podem levar a conclusões de que todo o eu é falho, ruim ou sujeito à exclusão, isso faz com que os indivíduos queiram se retirar ou se esconder. A violência sexual provoca principalmente sentimentos de vergonha e culpa.

(f) Sintomas de depressão

505. Os seguintes sintomas de depressão podem estar presentes: humor deprimido, anedonia (interesse ou prazer acentuadamente diminuído nas atividades), distúrbio do apetite ou perda de peso, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga e perda de energia, sentimentos de inutilidade e culpa excessiva, dificuldade de atenção, concentração ou memória, pensamentos de morte e morrer, ideação suicida ou tentativa de suicídio. A avaliação do risco de suicídio é fundamental, e os(as) médicos(as) devem ter em mente que algumas pessoas não admitem prontamente esse comportamento e esses pensamentos, pois eles podem ser vistos como um sinal de fraqueza e, muitas vezes, são estigmatizados. A exploração do comportamento autodestrutivo pode levar à revelação adicional de tortura, como a tortura sexual, não revelada anteriormente.

(g) Dissociação, despersonalização e comportamento atípico

506. A dissociação é uma interrupção na integração da consciência, da autopercepção, da memória e das ações. Os indivíduos podem ficar isolados ou inconscientes de determinadas ações e podem se sentir separados de si mesmos ou de seus corpos, como se estivessem se observando à distância (despersonalização). A desrealização descreve a experiência subjetiva de irreabilidade ou distorção do mundo ou ambiente externo. Os fenômenos dissociativos podem estar presentes durante eventos traumáticos como resultado do estresse físico e psicológico extremo, levando a mudanças na percepção e no processamento de informações com uma sensação de distância e desapego do evento traumático e das emoções que o acompanham. Certas impressões sensoriais não são registradas, enquanto outras podem ser percebidas com muita intensidade. A dissociação peritraumática, assim como a repressão e a evitação de memórias traumáticas, pode causar memórias incompletas ou fragmentadas do evento traumático e pode impedir uma narração coerente e completa do mesmo. A dissociação também pode ocorrer

quando a vítima é confrontada com o evento traumático durante a avaliação. Nesse caso, os indivíduos frequentemente parecem estar distantes, desligados de suas emoções, demonstrando indiferença ou outros estados emocionais incongruentes com o trauma narrado. Os(As) sobreviventes também podem apresentar problemas de controle de impulsos, resultando em comportamentos que eles(as) consideram altamente atípicos em relação à personalidade anterior ao trauma. Por exemplo, um indivíduo anteriormente cauteloso pode se envolver em um comportamento de alto risco.

(h) Reclamações físicas (sintomas somáticos)

507. Dor, dores de cabeça ou outras queixas físicas, com ou sem achados físicos objetivos, são problemas comuns entre os(as) sobreviventes de tortura. A dor pode ser a única queixa manifestada e pode mudar de local e variar de intensidade. Os sintomas somáticos podem se dever diretamente às consequências físicas da tortura ou ter origem psicológica. As queixas somáticas típicas incluem dores nas costas, dores musculoesqueléticas e dores de cabeça. As dores de cabeça são muito comuns entre os(as) sobreviventes de tortura e podem ser causadas por lesões infligidas pela tortura (lesões na cabeça e no pescoço são uma parte comum da tortura), além de ser causada ou exacerbada por padrões de sono ruins, estresse e ansiedade.

(i) Problemas sexuais

508. A disfunção sexual é comum entre os(as) sobreviventes de tortura, especialmente entre aqueles(as) que sofreram tortura sexual ou estupro, mas não exclusivamente (ver parágrafo 470 acima). Os problemas sexuais incluem interesse/excitação/desejo sexual reduzido ou ausente, disfunção erétil, dor genito-pélvica, relações sexuais dolorosas, aversão ou medo de intimidade e envolvimento sexual, *flashbacks* e dissociação desencadeados por relações sexuais e preocupações relacionadas à orientação sexual, identidade de gênero e fertilidade. A violência sexual também pode levar a comportamentos de risco, autodestrutivos ou imprudentes. Falar sobre problemas sexuais geralmente é difícil devido a sentimentos de inutilidade, vergonha e culpa e, além disso, é dificultado por tabus culturais, religiosos ou de gênero. Se o agressor for do sexo masculino, a ansiedade dos homens é um sintoma frequente. Para os sobreviventes do sexo masculino, o sentimento de humilhação após o abuso sexual é um sintoma frequente. A tortura costuma ser particularmente profunda, e eles também podem passar por uma crise de identidade sexual (ou seja, preocupações sobre ser *gay* depois de ter sido estupro). Eles geralmente se sentem fracos, sem força suficiente para se defender, em vez de se sentirem vítimas. Portanto, para os homens, muitas vezes é extremamente difícil revelar sua experiência com violência sexual.

(j) Sintomas psicóticos

509. As diferenças culturais e linguísticas, bem como os *flashbacks* e as ansiedades, podem causar interpretações errôneas dos sintomas psicóticos. Antes de diagnosticar alguém como psicótico (que sofre de um transtorno mental caracterizado por uma percepção ou processamento distorcido da realidade), os sintomas devem ser avaliados dentro do contexto cultural exclusivo do indivíduo. As reações psicóticas podem ser breves

ou prolongadas e podem ocorrer enquanto a pessoa é detida e torturada ou depois. Os seguintes achados são possíveis:

- (a) Delírios;
- (b) Alucinações auditivas, visuais, táteis e olfativas;
- (c) Ideação e comportamento bizarros;
- (d) Ilusões ou distorções perceptuais que podem assumir a forma de pseudoalucinações e se aproximar de estados psicóticos verdadeiros. As falsas percepções e alucinações que ocorrem ao adormecer ou ao acordar são comuns na população em geral e não denotam psicose. Não é incomum que vítimas de tortura relatem que ocasionalmente ouvem gritos, seu nome é chamado ou veem sombras, mas não apresentem sinais ou sintomas de psicose. Além disso, alguns(mas) sobreviventes relatam sintomas dissociativos que podem ser confundidos com psicose, como a sensação de que o ambiente físico não é real ou que seu corpo está alterado ou desconectado. Experiências perceptuais vívidas podem ocorrer durante um episódio dissociativo. As alucinações também podem ocorrer no contexto de uma perda traumática. É importante perguntar sobre a origem e o entendimento da pessoa sobre os sintomas. Muitos(as) sobreviventes reconhecem que essas experiências não são o que as outras pessoas estão percebendo e que elas emanam de suas próprias mentalidades. Essa distinção pode ajudar a diferenciar de fenômenos psicóticos nos quais os indivíduos acreditam que os(as) outros(as) veem as distorções da realidade como eles. A distinção entre um *flashback* e alucinações pode não ser facilmente estabelecida durante a experiência, mas o indivíduo dissociado pode, mais tarde, reconhecer que a experiência não representa a realidade atual;
- (e) Paranoia e delírios de perseguição. Como a perseguição, o assédio e as hostilidades podem ser uma realidade para os(as) sobreviventes de tortura, os(as) clínicos(as) devem tomar cuidado especial para não confundir essas situações reais com paranoia e delírios de perseguição;
- (f) Recorrência de transtornos psicóticos ou transtornos de humor com características psicóticas entre pessoas com histórico de doença mental. Indivíduos com histórico de transtorno bipolar, depressão maior recorrente com características psicóticas, esquizofrenia e transtorno esquizoafetivo podem apresentar um episódio desse transtorno como resultado do estresse extremo da tortura.

(k) Uso indevido de substâncias

510. O uso indevido de álcool e drogas, incluindo o uso indevido de medicamentos prescritos (por exemplo, sedativos, hipnóticos e analgésicos), geralmente desenvolve-se secundariamente em sobreviventes de tortura como forma de apagar memórias traumáticas, regular o afeto e gerenciar a ansiedade, a dor e os problemas de sono.

(l) Comprometimento neuropsicológico e neurocognitivo

511. Alterações extensas nos processos cognitivos podem ser encontradas em pessoas que foram expostas a situações dramáticas ou contínuas de risco de vida, como tortura, e

que desenvolvem TEPT. Elas não estão necessariamente relacionadas a lesões cerebrais e também podem ser encontradas em pessoas que foram forçadas a testemunhar violência perpetrada contra outras pessoas. Elas podem incluir alterações nas funções de memória, atenção, processamento de informações, planejamento e resolução de problemas. Sabe-se que os métodos de tortura, como o isolamento ou a privação do sono e dos sentidos, também causam graves deficiências cognitivas, inclusive nas áreas de memória, aprendizado, raciocínio lógico, processamento verbal complexo e tomada de decisões.⁴⁶² Por outro lado, a tortura pode causar traumas físicos que levam a vários níveis de comprometimento cerebral. Golpes na cabeça, sufocamento e desnutrição prolongada podem ter consequências neurológicas e neuropsicológicas de longo prazo que podem não ser prontamente avaliadas durante um exame médico. O diagnóstico de traumatismo cranioencefálico contundente é especialmente desafiador e até mesmo uma ressonância magnética do cérebro realizada corretamente pode gerar resultados negativos. Os sintomas de lesão cerebral traumática contundente incluem dores de cabeça, confusão ou desorientação, problemas de concentração ou de memória, irritabilidade, instabilidade emocional e distúrbios do sono. Como em todos os casos de comprometimento cerebral que não podem ser documentados por meio de imagens do crânio ou outros exames médicos, a ressonância magnética pode ser um bom método para identificar a causa. Em procedimentos de avaliação neuropsicológica, o diagnóstico pode ter que se basear em um perfil de sintomas clínicos e a avaliação e os testes neuropsicológicos podem ser a única maneira confiável de documentar os efeitos. Frequentemente, os sintomas-alvo de tais avaliações sobrepõem-se significativamente à sintomatologia decorrente do TEPT e do transtorno depressivo descritos acima. Portanto, habilidades especializadas em avaliação neuropsicológica e consciência dos problemas de validação transcultural de instrumentos neuropsicológicos são necessárias quando essas distinções e diagnósticos são relevantes (consulte os parágrafos 550–565 abaixo).

3. Classificações diagnósticas

512. Embora as principais queixas e os achados mais proeminentes entre os(as) sobreviventes de tortura sejam muito diversos e estejam relacionados às suas experiências de vida únicas, aos mecanismos de enfrentamento e ao contexto cultural, social e político em que vivem, é aconselhável que os(as) avaliadores(as) se familiarizem com os distúrbios mais comumente diagnosticados entre os(as) sobreviventes de trauma e tortura. Além disso, é mais comum do que nunca a presença de mais de um transtorno mental, pois há uma considerável comorbidade entre os transtornos mentais relacionados ao trauma. Várias manifestações de depressão, ansiedade e síndromes relacionadas ao trauma são as consequências mais comuns resultantes da tortura. As duas classificações mais amplamente aceitas são a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), produzida pela Organização Mundial da Saúde,⁴⁶³ e o *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM, sigla em inglês),⁴⁶⁴ produzido pela Associação Americana de Psiquiatria. As versões atuais da CID e do DSM são amplamente

.....
462 Physicians for Human Rights, *Break Them Down: Systematic Use of Psychological Torture by US Forces*, (Cambridge, Massachusetts, 2005).

463 A CID-11 foi adotada pela Assembleia Mundial da Saúde em maio de 2019 e entrou em vigor em 1º de janeiro de 2022. Os(As) médicos(as) devem sempre consultar a edição mais recente atualmente em uso na região específica. Consulte www.who.int/classifications/classification-of-diseases.

464 Associação Americana de Psiquiatria, *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5*, 5. ed. (Washington, D.C., 2013).

compatíveis, mas ainda existem diferenças significativas, que podem resultar em diagnósticos diferentes. Ambos os manuais são revisados periodicamente e as novas edições refletem novos dados de pesquisa e desenvolvimentos conceituais. Esta revisão concentrar-se-á nos diagnósticos mais comuns relacionados ao trauma: depressão e TEPT. Para obter descrições completas das categorias diagnósticas, o(a) leitor(a) deve consultar a CID-10/11 e o DSM-5, que são as edições mais recentes atualmente em uso.

(a) Transtornos depressivos

513. Os estados depressivos são extremamente comuns entre os(as) sobreviventes de tortura. No contexto da avaliação das consequências da tortura, é problemático supor que o TEPT e o transtorno depressivo sejam dois distúrbios separados com etiologias claramente distinguíveis. Há uma sobreposição significativa de sintomas e a comorbidade entre depressão e TEPT é alta. Os transtornos depressivos podem se manifestar como um episódio único ou recorrente que pode variar em gravidade (leve, moderada ou grave). Os sintomas depressivos causam angústia significativa ou prejuízo na vida social, ocupacional ou outras áreas importantes do funcionamento. Os transtornos depressivos podem estar presentes com ou sem características psicóticas, catatônicas, melancólicas ou atípicas. Os principais sintomas dos transtornos depressivos são:

- (a) Humor deprimido (triste, irritável, vazio);
- (b) Interesse ou prazer nitidamente diminuído em todas ou quase todas as atividades;
- (c) Perda/ganho de peso ou diminuição/aumento do apetite;
- (d) Insônia ou hipersonia;
- (e) Observável desaceleração do pensamento e redução dos movimentos físicos;
- (f) Fadiga ou energia reduzida;
- (g) Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada;
- (h) Diminuição da capacidade de pensar ou de se concentrar ou indecisão;
- (i) Pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida recorrente ou tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.

(b) Transtorno de estresse pós-traumático

514. O diagnóstico mais comumente associado às consequências psicológicas da tortura é o TEPT. A associação entre tortura e esse diagnóstico tornou-se muito forte na mente dos(as) profissionais de saúde, juízes(as), tribunais de imigração e do público leigo informado. Isso criou o erro simplista de que o TEPT é a principal e inevitável consequência psicológica da tortura.
515. O DSM-5 classifica o TEPT na categoria de “transtornos relacionados a trauma e estresse”. Para diagnosticar o TEPT, o indivíduo deve ter, diretamente ou indiretamente, sido exposto à morte, eventos que ameaçam a vida, ferimentos graves ou violência sexual. Essa definição de trauma enfatiza a gravidade do evento e marca uma clara diferença

entre outros estressores, por exemplo, a insegurança geral. É possível distinguir quatro grupos principais de sintomas:

- (a) Sintomas intrusivos: lembranças perturbadoras indesejadas, pesadelos, *flashbacks*, angústia emocional ou reações fisiológicas após a exposição a estímulos relacionados ao trauma;
 - (b) Evitar estímulos relacionados ao trauma: lembranças, pensamentos, sentimentos e lembretes externos, como lugares ou pessoas;
 - (c) Mudanças negativas nas cognições e no humor: incapacidade de recordar aspectos importantes do trauma, pensamentos e suposições persistentes e excessivamente negativos sobre si mesmo(a) e sobre o mundo, culpa exagerada de si mesmo(a) e dos(as) outros(as) por terem causado o trauma, afeto negativo (por exemplo, medo, vergonha e culpa), perda de interesse, sentimentos de isolamento e distanciamento e dificuldades para experimentar afeto positivo;
 - (d) Alterações na excitação e na reatividade: irritabilidade e explosões de raiva, comportamento arriscado ou destrutivo.
516. O diagnóstico exige que os sintomas durem pelo menos um mês e que o distúrbio cause sofrimento significativo ou prejuízo em áreas importantes do funcionamento. O DSM-5 também descreve um subtipo dissociativo de TEPT que inclui experiência adicional de altos níveis de despersonalização e desrealização.
517. A CID-11 faz distinção entre TEPT e TEPT complexo. O TEPT complexo inclui os principais sintomas de reexperimentação, evitação e hiperexcitação, bem como distúrbios persistentes e amplos do funcionamento afetivo (desregulação emocional, reatividade emocional elevada, explosões agressivas, estados dissociativos), da percepção de si mesmo(a) (autopercepção negativa sentimentos de vergonha e culpa) e funcionamento social (dificuldades em manter relações sociais e dificuldades em se sentir próximo(a) de outras pessoas). O conceito de TEPT complexo é capaz de captar sintomatologias complexas que afetam profundamente a capacidade da vítima de se integrar e funcionar nas relações sociais, responder às exigências da vida cotidiana e levar uma vida plena.
518. O início dos sintomas de TEPT geralmente ocorre no primeiro mês após a experiência de tortura, mas também pode haver um atraso de meses ou anos até que os sintomas comecem a aparecer. Os sintomas de TEPT podem ser crônicos ou oscilar durante longos períodos de tempo. Em alguns intervalos, os sintomas de hiperexcitação e irritabilidade podem dominar o quadro clínico. Nesses momentos, o(a) sobrevivente geralmente também relata o aumento de memórias intrusivas, pesadelos e *flashbacks*. Em outros momentos, ele(a) pode parecer relativamente assintomático(a) ou emocionalmente constrangido(a) e retraído(a). O comportamento consistente de evitação às vezes não é fácil de detectar, mas pode resultar em baixos níveis de sintomas intrusivos. Os estressores externos, o colapso dos mecanismos individuais de enfrentamento e a perda de apoio social estão entre os fatores que influenciam o curso do transtorno e o possível agravamento. Por outro lado, o apoio social, as estratégias individuais de enfrentamento, o compromisso ideológico ou religioso, a justiça e o reconhecimento oficial da responsabilidade podem contribuir para um processo de recuperação.

(c) Transtorno de estresse agudo

519. O transtorno de estresse agudo (DSM-5)⁴⁶⁵ capta sintomas pós-traumáticos que podem começar imediatamente após a exposição ao trauma, mas não persistem por mais de um mês. Apresenta essencialmente os mesmos sintomas do TEPT em qualquer uma das categorias de intrusão, humor negativo, dissociação, evitação e excitação, sendo que os sintomas dissociativos costumam ser predominantes. Em contraste com o TEPT, que exige que os sintomas estejam presentes por pelo menos um mês, os sintomas do transtorno de estresse agudo desaparecem no primeiro mês após a exposição ao trauma. Muitos(as) sobreviventes de tortura que não apresentam TEPT em um estágio posterior, no entanto, relatam sintomas que equivalem ao estresse agudo nas primeiras semanas após a tortura. Os(As) médicos(as) que avaliam sobreviventes de tortura logo após a ocorrência da tortura devem, portanto, perguntar explicitamente sobre esses sintomas. Além disso, ao avaliar meses ou anos após os supostos eventos traumáticos, deve-se perguntar sobre a evolução dos sintomas ao longo do tempo, bem como sobre eventuais sintomas peritraumáticos e sintomas que possam ter ocorrido no período logo após a tortura. Às vezes sintomas persistentes de TEPT ou depressão não são apresentados no momento da avaliação psicológica, mas os sintomas descritos para o período peritraumático ou pós-traumático inicial podem, de um ponto de vista clínico, ser consistentes com a alegada tortura.

(d) Transtorno por uso de substâncias

520. Os(As) médicos(as) observaram que o transtorno por uso de substâncias muitas vezes se desenvolve secundariamente em sobreviventes de tortura como forma de suprimir memórias traumáticas, regular efeitos desagradáveis, controlar a ansiedade e a dor crônica ou atenuar os distúrbios do sono (automedicação). Os(As) sobreviventes de trauma geralmente apresentam comorbidade de TEPT e transtorno por uso de substâncias.⁴⁶⁶ Os resultados de grandes estudos epidemiológicos mostraram que entre um terço (34%)⁴⁶⁷ e quase a metade (46%)⁴⁶⁸ das pessoas com TEPT também preenchiam os critérios para transtorno por uso de substâncias, principalmente o uso de álcool, e que mais de 20% preenchiam os critérios para dependência de substâncias. Em resumo, há evidências consideráveis de outras populações em risco de TEPT de que o transtorno por uso de substâncias é um diagnóstico comórbido em potencial para sobreviventes de tortura. Essa comorbidade parece ser relacionada ao gênero, mais frequentemente observada em homens do que em mulheres.⁴⁶⁹ Há também uma comorbidade entre o transtorno por uso de substâncias e a dor crônica, uma vez que os(as) sobreviventes de tortura muitas vezes têm dor crônica que é difícil de tratar.

.....
465 Na CID-11, a categoria de “transtorno de estresse agudo” foi modificada para “reação de estresse agudo”. Não se trata mais de uma categoria diagnóstica, mas de uma reação não patológica em que os sintomas surgem após o trauma em algumas horas ou dias e desaparecem em uma semana.

466 Jenna L. McCauley e outros, “Posttraumatic stress disorder and co-occurring substance use disorders: advances in assessment and treatment”, *Clinical Psychology: Science and Practice*, v. 19, n. 3 (2012), p. 283–304.

467 Katherine L. Mills e outros, “Trauma, PTSD, and substance use disorders: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being”, *American Journal of Psychiatry*, v. 163, n. 4 (2006), p. 652–658.

468 Robert H. Pietrzak e outros, “Prevalence and Axis I comorbidity of full and partial posttraumatic stress disorder in the United States: results from Wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions”, *Journal of Anxiety Disorders*, v. 25, n. 3 (2011), p. 456–465.

469 Marianne Kastrup e Libby Arcel, “Gender specific treatment of refugees with PTSD”, em *Broken Spirits: the Treatment of Traumatized Asylum Seekers, Refugees and War and Torture Victims*, John P. Wilson e Boris Drozdek, eds. (Nova Iorque, Routledge, 2005), p. 547–571.

(e) Outros diagnósticos

521. Há outros diagnósticos a serem considerados, além dos descritos acima. Eles incluem, mas não se limitam a:
- (a) Transtornos de ansiedade: (i) o transtorno de ansiedade generalizada apresenta ansiedade excessiva e preocupação com uma variedade de eventos ou atividades diferentes, tensão motora e aumento da atividade autonômica; (ii) o transtorno de pânico manifesta-se por ataques recorrentes e inesperados de medo ou desconforto intenso, incluindo sintomas como sudorese, asfixia, tremor, frequência cardíaca acelerada, tontura, náusea, calafrios ou ondas de calor; e fobias, como fobia social, agorafobia ou claustrofobia;
 - (b) Transtornos dissociativos, caracterizados pela perda parcial ou total da integração normal entre memórias do passado, consciência da identidade, sensações imediatas e controle dos movimentos corporais. A capacidade de controle voluntário e consciente dos movimentos e da atenção parece estar distorcida e pode mudar em curtos períodos de tempo;
 - (c) Transtornos de sintomas somáticos, caracterizados por sintomas somáticos, acompanhados por pensamentos, sentimentos e comportamentos excessivos e desproporcionais, e alto nível de estresse ou interrupção significativa do funcionamento. Os sintomas podem ou não estar associados a uma condição médica. Na CID-11, isso é classificado como transtorno de angústia corporal;
 - (d) Transtorno bipolar caracterizado por episódios maníacos ou hipomaníacos com humor elevado, expansivo ou irritável, grandiosidade, diminuição da necessidade de sono, fuga de ideias, agitação psicomotora e fenômenos psicóticos associados;
 - (e) Distúrbios decorrentes de uma condição médica geral (por exemplo, lesão cerebral traumática), geralmente na forma de comprometimento cerebral com flutuações ou déficits resultantes no nível de consciência, orientação, atenção, concentração, memória e funcionamento executivo;
 - (f) Transtornos psicóticos, seja como primeira manifestação ou exacerbação após a tortura;
 - (g) Disfunção sexual.
522. Deve-se considerar também que os transtornos não específicos da tortura, anteriores à tortura (por exemplo, episódios depressivos recorrentes) podem piorar ou ressurgir como resultado da tortura.

C. Avaliação psicológica/psiquiátrica

1. Considerações éticas e clínicas

523. As avaliações psicológicas podem fornecer evidências críticas de abuso entre as vítimas de tortura por vários motivos: a tortura geralmente causa sintomas psicológicos devastadores; os métodos de tortura geralmente são projetados para não deixar lesões

físicas; e os métodos físicos de tortura podem resultar em achados físicos que resolvem ou carecem de especificidade.

524. As avaliações psicológicas fornecem evidências essenciais para exames médico-legais e pedidos de asilo, estabelecem as condições sob as quais as confissões podem ter sido obtidas à força, compreendem as práticas nacionais, regionais e internacionais de tortura, identificam as necessidades terapêuticas das vítimas, apoiam as reivindicações de reparação e indenização e servem como testemunho em investigações de direitos humanos, missões de apuração de fatos e inquéritos. Como o impacto emocional da tortura é profundo e os sintomas psicológicos resultantes são tão prevalentes entre os(as) sobreviventes de tortura, é altamente recomendável que qualquer avaliação de supostas vítimas de tortura inclua uma avaliação psicológica abrangente. O objetivo geral de uma avaliação psicológica para um relatório médico-legal de acordo com o Protocolo de Istambul é avaliar o grau de consistência entre o relato de tortura de um indivíduo e os achados psicológicos obtidos durante a avaliação e para fornecer um parecer sobre a provável relação entre os achados psicológicos e a possível tortura ou maus-tratos. A evidência psicológica compreende não apenas a declaração da suposta vítima, mas uma variedade de informações, inclusive observações sobre comunicação verbal e não verbal, reações emocionais, ressonância afetiva e comportamento. Para esse fim, a avaliação deve fornecer uma descrição detalhada dos métodos de avaliação, queixas psicológicas atuais, histórico pré e pós-tortura, histórico de tortura e maus-tratos, histórico psicológico/psiquiátrico anterior, histórico de uso/abuso de substâncias, exame do estado mental, avaliação do funcionamento social, resultados de testes psicológicos/neuropsicológicos se indicados, e a formulação de impressões clínicas. Um diagnóstico psiquiátrico deve ser feito se apropriado.
525. A avaliação do estado psicológico e a formulação de um diagnóstico clínico devem sempre ser feitas com consciência do contexto cultural. Consciência de como o histórico cultural e o idioma do(a) sobrevivente moldam a expressão psicológica da angústia é de suma importância para conduzir a entrevista e formular a impressão e a conclusão clínica. Quando o(a) entrevistador(a) tem pouco ou nenhum conhecimento da cultura da suposta vítima, a ajuda de um(a) intérprete é essencial. O ideal é que um(a) intérprete do país da suposta vítima conheça o idioma, os costumes, as tradições religiosas e outras crenças que devem ser levadas em conta durante a avaliação. As entrevistas podem induzir medo e desconfiança por parte das vítimas e possivelmente lembrá-las de interrogatórios anteriores. Para reduzir o risco de retraumatização, o(a) clínico(a) deve transmitir um senso de compreensão das experiências do indivíduo e de seu histórico cultural. Não é adequado observar a estrita “neutralidade clínica” usada em algumas formas de psicoterapia, durante as quais o(a) clínico(a) fica inativo(a) e fala pouco. O(A) clínico(a) deve se comunicar de forma transparente e empática e adotar uma abordagem de apoio, sem julgamentos.

2. Processo de entrevista

526. Os(As) médicos(as) devem se apresentar e introduzir o objetivo e o processo da entrevista de forma a explicar detalhadamente os procedimentos a serem seguidos e os tópicos a serem abordados, além de preparar o indivíduo para as difíceis reações emocionais

que as perguntas podem provocar. Eles(as) precisam ser sensíveis e empáticos em seus questionamentos, sem deixar de ser objetivos em sua avaliação clínica. Em todos os momentos, eles(as) precisam equilibrar sua necessidade de obter informações detalhadas e as necessidades das supostas vítimas de manter ou recuperar seu equilíbrio emocional. As entrevistas devem ser conduzidas de forma a reduzir o risco de retraumatização e, em todos os momentos, permitir que a suposta vítima mantenha um senso de controle. O capítulo IV descreve diretrizes abrangentes para a realização de entrevistas clínicas.

527. Uma estruturação apropriada da entrevista clínica é fundamental para a construção de um relacionamento e de uma confiança adequados. Em geral, é aconselhável iniciar a entrevista com questões menos sensíveis e depois passar para conteúdos mais difíceis ou estressantes. Em muitos casos, pode ser útil começar com o histórico anterior à tortura e seguir uma ordem cronológica. Em outros casos, especialmente quando a pessoa está sob um alto nível de sofrimento emocional, pode ser melhor começar com as queixas psicológicas atuais e o funcionamento social atual. O(A) clínico(a) é aconselhado(a) a usar uma abordagem flexível em vez de seguir uma ordem predeterminada. A descrição a seguir dos componentes da avaliação psicológica/psiquiátrica segue a ordem sugerida para o relatório escrito (consulte o anexo IV), mas não para a entrevista clínica.

3. Componentes da avaliação psicológica/psiquiátrica

528. A introdução deve conter a menção da fonte de referência, um resumo das fontes colaterais (como registros médicos, legais e psiquiátricos) e uma descrição dos métodos de avaliação usados (por exemplo, entrevistas, inventários de sintomas, listas de verificação e testes neuropsicológicos).

(a) História da tortura e dos maus-tratos

529. Todos os esforços devem ser feitos para documentar o histórico completo da suposta tortura ou maus-tratos e outras experiências traumáticas relevantes, conforme declarado pela suposta vítima (ver parágrafos 364–372 acima). Essa parte da avaliação geralmente é exaustiva para a pessoa que está sendo avaliada. Portanto, pode ser necessário proceder em várias sessões. A entrevista deve começar com um resumo geral dos eventos antes de obter os detalhes da suposta experiência de tortura ou maus-tratos. O(A) entrevistador(a) precisa conhecer as questões legais em questão, pois isso determinará a natureza e a quantidade de informações necessárias para obter uma documentação abrangente da suposta tortura ou maus-tratos.

(b) Reclamações psicológicas atuais

530. Uma avaliação da condição psicológica atual e das queixas constitui o núcleo da avaliação. Além da descrição espontânea do(a) entrevistado(a), perguntas específicas sobre as respostas psicológicas comuns à tortura (conforme descrito nos parágrafos 499–522) devem ser feitas. Todos os sintomas afetivos, cognitivos e comportamentais devem ser descritos detalhadamente, inclusive sua gravidade, frequência, início e evolução ao longo do tempo, independentemente de serem ou não um diagnóstico específico. É importante fornecer uma descrição detalhada da apresentação do sintoma específico, pois isso ajuda a fundamentar o nível de consistência entre a alegada tortura ou maus-tratos e os

achados psicológicos em um estágio posterior. Isso pode incluir a descrição do conteúdo de pesadelos, pensamentos ou lembranças recorrentes, *flashbacks* ou alucinações. Também devem ser explorados e descritos os fatores que desencadeiam o sofrimento emocional, a tristeza, o medo ou o reviver de experiências. Perguntas sobre o sono (quantas horas, o que interrompe o sono, sentimentos ao acordar de um pesadelo), como o dia é gasto (em isolamento social, tentando se manter ocupado(a) a todo custo, comportamentos obsessivos/compulsivos e a capacidade de realizar as atividades envolvidas na vida diária), bem como perguntas para identificar o comportamento de evitação relacionado aos gatilhos para a reexperiência devem ser feitas. A ausência ou o nível subliminar de sintomas no momento da avaliação pode ser devido à natureza episódica ou ao início tardio de sintomas específicos ou à negação dos sintomas por causa da vergonha. Portanto, a exploração e a avaliação da evolução dos sintomas desde a suposta tortura são de suma importância.

(c) Histórico pós-tortura

531. Esse componente da avaliação psicológica busca informações sobre as circunstâncias atuais da vida. É importante perguntar sobre as fontes atuais de estresse, como separação ou perda de entes queridos, fuga do país de origem e vida no exílio. Os(As) entrevistadores(as) também devem perguntar sobre a capacidade dos indivíduos de serem produtivos, ganhar a vida, cuidar de suas famílias, participar de interações sociais, formar relacionamentos de confiança e a disponibilidade de apoio social. Além disso, deve-se considerar o possível impacto da tortura sexual passada sobre a orientação sexual, a identidade de gênero e a capacidade de desfrutar de intimidade sexual e parceria.

(d) Histórico antes da tortura

532. O histórico anterior à tortura deve incluir informações sobre a infância, adolescência e início da vida adulta das supostas vítimas, seus antecedentes familiares, doenças familiares e composição familiar. Deve haver uma descrição do histórico educacional e ocupacional da suposta vítima. Também deve incluir uma descrição de qualquer histórico de trauma passado, como abuso na infância, trauma de guerra ou violência doméstica, bem como o histórico cultural e religioso da suposta vítima.
533. A descrição do histórico pré-trauma é importante para avaliar o estado de saúde mental e o nível de funcionamento psicossocial da suposta vítima antes dos eventos traumáticos relatados. Dessa forma, o(a) entrevistador(a) pode comparar o estado psicológico atual e o nível de funcionamento social da suposta vítima antes da alegada tortura ou maus-tratos e avaliar a contribuição relativa de diferentes experiências, incluindo a suposta tortura ou maus-tratos. Ao avaliar as informações básicas, o(a) entrevistador(a) deve ter em mente que a duração e a gravidade das reações ao trauma são afetadas por vários fatores. Esses fatores incluem, mas não se limitam a, circunstâncias da tortura, percepção e interpretação da tortura pela vítima, o contexto social antes, durante e depois da tortura, recursos da comunidade e dos(as) colegas, valores e atitudes pessoais sobre experiências traumáticas, fatores políticos e culturais, gravidade e duração dos eventos traumáticos, vulnerabilidades genéticas e biológicas, fase de desenvolvimento e idade da vítima, histórico anterior de trauma e mecanismos de enfrentamento. Em muitas situações de

entrevista, devido a limitações de tempo e outros problemas, pode ser difícil obter essas informações. No entanto, é importante obter dados suficientes sobre a saúde mental e o funcionamento psicossocial anteriores do indivíduo para formar uma impressão do grau em que a suposta tortura ou maus-tratos contribuiu para a condição psicológica.

(e) Histórico médico

534. O histórico médico resume as condições de saúde antes do trauma, as condições de saúde atuais, dores no corpo, queixas somáticas, uso de medicamentos e seus efeitos colaterais, histórico sexual relevante, procedimentos cirúrgicos anteriores e outros dados médicos (consulte os parágrafos 394–399 acima).

(f) Histórico psiquiátrico

535. Devem ser feitas perguntas sobre o histórico de condições mentais ou psicológicas, a natureza de tais condições e se as supostas vítimas receberam tratamento ou necessitaram de hospitalização psiquiátrica. A investigação também deve abranger o uso terapêutico anterior de medicamentos psicotrópicos.

(g) Histórico de uso e abuso de substâncias

536. O(A) clínico(a) deve perguntar sobre o uso e o abuso de substâncias, incluindo a via de uso, a frequência, a quantidade e os períodos de tempo de uso, antes e depois da suposta tortura, as mudanças e a evolução do padrão de uso e se as substâncias estão sendo usadas para lidar com insônia, dor ou problemas psicológicos/psiquiátricos. Essas substâncias incluem o álcool, a maconha e o ópio, mas também medicamentos prescritos e substâncias regionais de abuso, como a noz de bétel e muitas outras.

(h) Exame do estado mental

537. O exame do estado mental começa no momento em que o(a) médico(a) encontra o indivíduo. O(A) entrevistador(a) deve anotar a aparência da pessoa, como sinais de desnutrição, falta de limpeza, mudanças na atividade motora durante a entrevista, humor, concentração, ocorrência de reações dissociativas ou *flashbacks*, reações intercorrentes a estímulos, uso da linguagem, presença de contato visual, capacidade de se relacionar com o(a) entrevistador(a) e os meios que o indivíduo usa para estabelecer comunicação. Os seguintes componentes devem ser cobertos e todos os aspectos do exame do estado mental devem ser incluídos no relatório da avaliação psicológica; aspectos como aparência geral, atividade motora, fala, concentração, humor (avaliação subjetiva e objetiva) e afeto, sono, distúrbios do apetite, conteúdo do pensamento, processo de pensamento, ideação suicida e homicida e um exame cognitivo (orientação, memória de longo prazo, recordação intermediária e recordação imediata).

(i) Avaliação da função social

538. O trauma e a tortura podem afetar direta e indiretamente a capacidade de funcionamento de uma pessoa. A tortura também pode causar, indiretamente, prejuízo ou perda de funcionamento e incapacidade se as consequências psicológicas das experiências prejudicarem a capacidade dos indivíduos de cuidar de si mesmos, ganhar a vida,

sustentar a família e estudar. O(A) clínico(a) deve avaliar o nível atual de funcionamento do indivíduo, perguntando sobre as atividades diárias, o papel social (por exemplo, estudante, trabalhador(a), mãe ou pai), as atividades sociais e recreativas e a percepção do estado de saúde. O(A) entrevistador(a) deve pedir aos indivíduos que avaliem suas próprias condições de saúde, declarem a presença ou ausência de sentimentos de fadiga crônica e relatem possíveis mudanças no funcionamento geral. Como a função social, por definição, abrange o comportamento, as habilidades sociais, os sentimentos e o bem-estar geral de um indivíduo, é importante avaliá-la por meio de várias dimensões. As mudanças na função social podem ser decorrentes das consequências físicas da tortura (como a incapacidade de levantar pesos devido à disfunção da articulação do ombro) ou as consequências psicológicas da tortura. Por exemplo, o nível de atividade de um indivíduo (incluindo a disposição de se envolver em atividades anteriormente agradáveis), bem como o nível de participação de uma pessoa (incluindo o envolvimento em reuniões familiares ou engajamento na sociedade), podem ser afetados de forma prejudicial. Portanto, o(a) entrevistador(a) deve levar essas dimensões em consideração durante a entrevista.

(j) Testes psicológicos e o uso de listas de verificação e questionários

539. As pessoas que sobreviveram à tortura podem ter dificuldade para expressar em palavras suas experiências e sintomas. Em alguns casos, pode ser útil usar listas de verificação de eventos e sintomas de trauma ou questionários.⁴⁷⁰ Se o(a) clínico(a) acreditar que pode ser útil usá-los, há vários questionários disponíveis, embora nenhum seja específico para vítimas de tortura. Antes de usar testes/questionários psicológicos, o(a) clínico(a) deve tomar medidas especiais para avaliar sua adequação cultural e seu possível impacto negativo sobre os(as) sobreviventes de tortura em situações específicas. A falta de padronização para o grupo específico de referência, a falta de validade transcultural e as diferenças linguísticas podem limitar severamente a significância e a confiabilidade dos resultados. Há poucos dados publicados sobre o uso de testes de personalidade projetivos e objetivos e de personalidade na avaliação de sobreviventes de tortura e, portanto, seu uso deve ser avaliado com cuidado especial. Não há evidências de que traços específicos de personalidade, medidos nesses testes, resultem normalmente da experiência de tortura ou que certos traços de personalidade são inconsistentes com o fato de terem sido torturados(as). Além disso, os testes psicológicos de personalidade carecem de validade transcultural. Os testes de personalidade têm sido frequentemente utilizados de forma errônea para estigmatizar as supostas vítimas, questionar sua credibilidade geral ou atribuir o estado emocional a traços de personalidade. De qualquer forma, os testes psicológicos só podem complementar a entrevista clínica, nunca substituindo uma avaliação psicológica abrangente, conforme descrito no presente capítulo. O uso de testes psicológicos não deve ser considerado um imperativo, nem geralmente mais objetivo ou mais comprobatório do que a avaliação do(a) médico(a). No entanto, eles podem ser uma importante fonte de informações adicionais e, quando inconsistentes com a impressão clínica, devem provocar uma maior exploração dos fenômenos em questão. Os testes neuropsicológicos podem, no entanto, ser úteis na avaliação de casos de lesões cerebrais

470 Joseph Westermeyer e outros, "Comparison of two methods of inquiry for torture with East African refugees: single query versus checklist", *Torture*, v. 21, n. 3 (2011), p. 155–172.

resultantes de tortura, embora as questões de confiabilidade, validade e relevância cultural devam ser seriamente consideradas (ver parágrafos 549–565 abaixo).

(k) Interpretação dos achados

540. Os achados psicológicos resultantes da avaliação incluem todas as informações autorrelatadas fornecidas pela suposta vítima, bem como os achados objetivos observados ou lembrados pelo(a) clínico(a) durante a avaliação. Para interpretar os achados psicológicos com o objetivo de emitir um parecer sobre a possibilidade de tortura, o(a) avaliador(a) deve considerar as seguintes questões importantes:
- (a) As descobertas psicológicas são consistentes com o suposto relato de tortura?
 - (b) Os achados psicológicos são reações esperadas ou típicas ao estresse extremo dentro do contexto cultural e social do indivíduo?
 - (c) Dado o curso flutuante dos transtornos mentais relacionados ao trauma ao longo do tempo, qual é o tempo em relação aos eventos de tortura? Onde está o indivíduo no curso da recuperação?
 - (d) Quais são os estressores coexistentes que afetam o indivíduo (por exemplo, perseguição contínua, migração forçada, exílio, perda do papel familiar e social)? Qual é o impacto que esses problemas têm sobre o indivíduo?
 - (e) Quais condições físicas podem contribuir para o quadro clínico? Deve-se dar atenção especial a possíveis evidências de lesões na cabeça sofridas durante a tortura ou detenção.
541. Os(As) médicos(as) devem comentar sobre a consistência dos achados psicológicos e o grau de correlação entre esses achados e a suposta tortura ou maus-tratos. Para isso, o estado emocional e a expressão da pessoa durante a entrevista, o impacto psicológico, psicossocial e social relatado da possível tortura, as observações clínicas, a suposta história de detenção e tortura e a história pessoal anterior à tortura, o início e a evolução de sintomas específicos relacionados à suposta tortura, a especificidade de quaisquer achados psicológicos particulares e padrões de funcionamento psicológico, bem como possíveis interações, devem ser levados em consideração. Da mesma forma, devem ser descritas e discutidas as possíveis razões para as inconsistências (por exemplo, lacunas de memória, deficiência cognitiva, dissociação, desconfiança, sentimentos de vergonha ou culpa ou outros fatores que possam impedir a revelação) (ver parágrafos 343–353 acima). Condições físicas, como traumatismo craniano ou lesão cerebral, e fatores adicionais devem ser considerados, como perseguição contínua, migração forçada, reassentamento, dificuldade de aculturação, problemas de idioma, desemprego, perda do lar e status familiar e social. A relação e a consistência entre os eventos e os sintomas devem ser avaliadas e descritas.
542. Se a pessoa tiver níveis de sintomas que correspondam a um diagnóstico do DSM ou da CID, o diagnóstico deve ser indicado. Mais de um diagnóstico pode ser aplicável. Mais uma vez, é preciso enfatizar que, embora o diagnóstico de um transtorno mental relacionado ao trauma possa fundamentar a alegação de tortura, o fato de não atender aos critérios de um diagnóstico psiquiátrico não significa que a pessoa não tenha sido torturada. Um(a)

sobrevivente de tortura pode não apresentar o nível de sintomas necessário para atender plenamente aos critérios de diagnóstico do DSM ou da CID. Nesses casos, como em todos os outros, os sintomas que o(a) sobrevivente apresenta e a alegada tortura, bem como os fatores de proteção e os mecanismos de enfrentamento, devem ser considerados como um todo. O grau de consistência entre a suposta tortura ou maus-tratos e a totalidade dos achados psicológicos devem ser avaliados e descritos no relatório.

543. Dependendo do contexto e dos requisitos legais e jurisdicionais sob os quais os(as) clínicos(as) preparam um relatório médico-legal, a consistência dos resultados psicológicos com a suposta tortura e/ou maus-tratos podem ser descritos da seguinte forma:
 - (a) “Não consistente com”: os achados psicológicos não poderiam ter sido causados pela alegada tortura ou maus-tratos;
 - (b) “Consistente com”: os achados psicológicos podem ter sido causados pela alegada tortura ou maus-tratos, mas elas não são específicas e há muitas outras causas possíveis;
 - (c) “Altamente consistente com”: os achados psicológicos podem ter sido causados pela alegada tortura ou maus-tratos e há poucas outras causas possíveis;
 - (d) “Típico de”: os achados psicológicos são tipicamente encontrados como consequência da alegada tortura ou maus-tratos e há poucas outras causas possíveis;
 - (e) “Diagnóstico de”: as descobertas psicológicas não poderiam ter sido causadas de quase nenhuma outra forma que não a alegada tortura ou maus-tratos.
544. Especificar o grau de consistência é comum na avaliação de provas físicas de tortura ou maus-tratos e pode ser útil também para provas psicológicas. Entretanto, a lógica subjacente é diferente, pois a consistência entre os achados psicológicos e a suposta tortura e os maus-tratos não se refere à conexão entre um sintoma específico e um método específico de tortura ou maus-tratos. Em vez disso, refere-se a conexões entre um conjunto de experiências traumáticas e o quadro psicológico, psicossocial e psiquiátrico geral da pessoa. A questão principal é se essas conexões fazem sentido e até que ponto elas são explicadas pelo abuso que a pessoa alega ter sofrido. Se o(a) clínico(a) considerar que há razões médicas para um achado inconsistente, isso deve ser discutido (consulte os parágrafos 343–353 acima).
545. Os(As) médicos(as) devem observar que o nível de consistência indicado por “típico de” se refere às esperadas ou típicas reações ao estresse extremo dentro do contexto cultural e social do indivíduo. Não é comumente usado para avaliar evidências psicológicas de tortura ou maus-tratos, pois as consequências psicológicas tendem a depender de fatores individuais. A presença ou ausência de uma “reação psicológica típica” não deve ser considerada mais ou menos significativa ou corroborativa do que o nível de consistência denotado por “altamente consistente”. Além disso, o nível de consistência denotado por “diagnóstico de” é usado com mais frequência na interpretação de dados físicos. A prova de tortura ou maus-tratos é raramente usada na interpretação de provas psicológicas.
546. Os(As) médicos(as) devem formular uma opinião clínica sobre a possibilidade de tortura ou maus-tratos com base em todas as evidências clínicas relevantes, inclusive, “achados

físicos⁴⁷¹ e psicológicos, informações históricas, achados fotográficos, resultados de testes diagnósticos, conhecimento de práticas regionais de tortura, relatórios de consultas, etc.”, conforme declarado no parágrafo 382 acima e no anexo IV. A opinião do(a) médico(a) sobre a possibilidade de tortura ou maus-tratos deve ser expressa usando os mesmos níveis de consistência usados para a interpretação dos resultados: não consistente com, consistente com, altamente consistente com, típico de e diagnóstico de. Em última análise, é a avaliação geral de todos os achados clínicos, e não a consistência de cada lesão ou sintoma com uma forma específica de tortura ou maus-tratos, que é importante na avaliação das alegações de tortura ou maus-tratos.

547. Além de fornecer uma conclusão sobre a possibilidade de tortura ou maus-tratos, os(as) médicos(as) devem reiterar os sintomas e deficiências atuais e os prováveis efeitos sobre o funcionamento social, e fornecer quaisquer recomendações para avaliações e cuidados adicionais para o indivíduo.
548. As recomendações resultantes da avaliação psicológica podem variar e dependem da pergunta apresentada no momento em que a avaliação foi solicitada. As questões em consideração podem se referir a assuntos legais e jurídicos, asilo, reassentamento, necessidade de tratamento ou reparação. As recomendações podem ser para avaliações adicionais, como testes neuropsicológicos, tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, condições de custódia ou a necessidade de segurança ou asilo. Sempre que o(a) clínico(a) detectar a necessidade de tratamento psicológico ou médico, um encaminhamento deve ser feito, independentemente da questão colocada no momento em que a avaliação foi solicitada.

4. Avaliação neuropsicológica

549. A neuropsicologia clínica é uma ciência aplicada que se preocupa com a expressão comportamental da disfunção cerebral. A avaliação neuropsicológica, em particular, preocupa-se com a medição e a classificação dos distúrbios comportamentais associados à deficiência cerebral orgânica, e os testes neuropsicológicos são projetados para avaliar déficits no desempenho cognitivo. A compreensão da natureza, da gravidade e da modalidade das queixas cognitivas é mais bem atendida por um exame neuropsicológico

(a) Limitações das avaliações neuropsicológicas

550. Há vários fatores comuns que complicam a avaliação dos(as) sobreviventes de tortura em geral que estão descritos em outra parte deste manual. Esses fatores aplicam-se às avaliações neuropsicológicas da mesma forma que aos exames médicos ou psicológicos. As avaliações neuropsicológicas podem ser limitadas por diversos fatores adicionais, incluindo a falta de pesquisas sobre sobreviventes de tortura, a dependência de normas baseadas na população, cultura e diferenças linguísticas e o risco de retraumatização das pessoas que sofreram tortura.
551. Conforme mencionado acima, há pouquíssimas referências na literatura sobre a avaliação neuropsicológica de sobreviventes de tortura. O conjunto pertinente da literatura diz

.....
⁴⁷¹ As avaliações clínicas conduzidas especificamente para avaliar “evidências psicológicas” podem incluir alguns “achados físicos”, por exemplo, queixas de lesões e sintomas físicos ou observações de sinais físicos durante a entrevista.

respeito a vários tipos de traumatismo craniano e a avaliação neuropsicológica do TEPT em geral. Portanto, a discussão a seguir e as interpretações subsequentes das avaliações neuropsicológicas são necessariamente baseadas na aplicação de princípios gerais usados com outras populações de indivíduos.

552. As avaliações neuropsicológicas, da forma como foram desenvolvidas e praticadas nos países ocidentais, dependem muito de uma abordagem atuarial. Essa abordagem geralmente envolve a comparação dos resultados de uma bateria de testes padronizados com normas baseadas na população. Embora as interpretações normativas das avaliações neuropsicológicas possam ser complementadas por uma abordagem Lurian de análise qualitativa, principalmente quando a situação clínica assim o exigir, a confiança na abordagem atuarial predomina.⁴⁷² Além disso, a confiança nos escores dos testes é maior quando o comprometimento cerebral é de gravidade leve a moderada, em vez de grave, ou quando se acredita que os déficits neuropsicológicos sejam secundários a um transtorno psiquiátrico.
553. As diferenças culturais e linguísticas podem limitar significativamente a utilidade e a aplicabilidade das avaliações neuropsicológicas entre as supostas vítimas de tortura. Há muitos testes neuropsicológicos disponíveis, mas a maioria deles foi desenvolvida e “normatizada” em um contexto ocidental/europeu. O(A) examinador(a) deve estar ciente dessas limitações e deve adaptar a seleção de métodos e instrumentos ao histórico específico da pessoa, incluindo educação, idioma, cultura e familiaridade com testes.⁴⁷³ As avaliações neuropsicológicas são de validade questionável quando não há traduções padronizadas dos testes e o(a) examinador(a) clínico(a) não é fluente no idioma do sujeito. A menos que traduções padronizadas dos testes estejam disponíveis e os(as) examinadores(as) sejam fluentes no idioma do sujeito, as tarefas verbais não podem ser administradas e não podem ser interpretadas de forma significativa. Isso significa que somente testes não verbais podem ser usados, o que impede a comparação entre as faculdades verbais e não verbais. Além disso, uma análise da lateralização (ou localização) de déficits é mais difícil. Essa análise é frequentemente útil, devido à organização assimétrica do cérebro, com o hemisfério esquerdo sendo dominante para a fala. Se as normas baseadas na população não estiverem disponíveis para o grupo cultural e linguístico do sujeito, as avaliações neuropsicológicas também são de validade questionável. Uma estimativa do QI é uma das referências centrais que permite que os(as) examinadores(as) coloquem as pontuações dos testes neuropsicológicos em uma perspectiva adequada. Na população dos Estados Unidos da América, por exemplo, essas estimativas geralmente são derivadas de subconjuntos verbais usando as escalas Wechsler, especialmente a subescala de informações, porque, na presença de comprometimento cerebral orgânico, o conhecimento factual adquirido tem menos probabilidade de sofrer deterioração do que outras tarefas e é mais representativo da capacidade de aprendizado anterior do que outras medidas. A medição também pode também se basear no histórico educacional e profissional e em dados demográficos. Obviamente, nenhuma dessas duas

472 Alexander Romanovich Luria e Lawrence V. Majovski, “Basic approaches used in American and Soviet clinical neuropsychology”, *American Psychologist*, v. 32, n. 11 (1977), p. 959–968. Consulte também Robert J. Ivnik, “Overstatement of differences”, *American Psychologist*, v. 33, n. 8 (1978), p. 766–767; e Uwe Jacobs e Vincent Lacopino, “Torture and its consequences: a challenge to clinical neuropsychology”, *Professional Psychology Research and Practice*, v. 32, n. 5 (2001), p. 458–464.

473 Bahrie Velu e Janet Leatham, “Neuropsychological assessment of refugees: methodological and cross-cultural barriers”, *Applied Neuropsychology: Adult*, v. 24, n. 6 (2017), p. 481–492.

considerações se aplica a indivíduos para os quais não foram estabelecidas normas baseadas na população. Portanto, só é possível fazer estimativas muito grosseiras sobre o funcionamento intelectual pré-trauma. Como resultado, pode ser difícil interpretar um comprometimento neuropsicológico que seja menor do que grave ou moderado.

554. As avaliações neuropsicológicas podem retraumatizar as pessoas que sofreram tortura. Deve-se tomar muito cuidado para minimizar qualquer possível retraumatização da suposta vítima em qualquer forma de procedimento de diagnóstico (consulte os parágrafos 277–280 acima). Para citar apenas um exemplo óbvio específico de teste neuropsicológico, seria potencialmente muito prejudicial prosseguir com uma administração padrão da Bateria Neuropsicológica Halstead-Reitan, em particular o Teste de Desempenho Tático, e rotineiramente vendar os olhos do sujeito. Para a maioria dos(as) sobreviventes de tortura que passaram pela experiência de ter os olhos vendados durante a detenção e a tortura, e mesmo para aqueles(as) que não estivessem com os olhos vendados, seria muito traumático introduzir a experiência de desamparo inerente a esse procedimento. De fato, qualquer forma de teste neuropsicológico em si pode ser problemática, independentemente do instrumento usado. Ser observado(a), cronometrado(a) e solicitado(a) a dar o máximo de esforço em uma tarefa desconhecida, além de ser solicitado(a) a executá-la, em vez de ter um diálogo, pode ser muito estressante ou lembrar a experiência de tortura.

(b) Indicações para avaliação neuropsicológica

555. Na avaliação de déficits comportamentais em supostas vítimas de tortura, há duas indicações principais para a avaliação neuropsicológica: lesão cerebral e TEPT além de diagnósticos relacionados. Embora ambos os conjuntos de condições se sobreponham em alguns aspectos e muitas vezes coincidam, apenas o primeiro é uma aplicação típica e tradicional da neuropsicologia clínica, enquanto o segundo é relativamente novo, não foi bem pesquisado e é bastante problemático. Uma avaliação neuropsicológica típica incluirá uma entrevista clínica com o(a) paciente para determinar: o nível mais alto de educação formal obtido, a presença de dificuldades de aprendizado preexistentes, histórico médico e psicológico, lesões anteriores na cabeça, incluindo as da infância, e uma revisão mais detalhada das queixas cognitivas e do estado emocional do(a) paciente. Baseado(a) nas informações coletadas durante a entrevista, na documentação e nas perguntas de encaminhamento, o(a) neuropsicólogo(a) decide quais domínios cognitivos e emocionais precisam ser avaliados e pode identificar testes validados, confiáveis e culturalmente apropriados para a pessoa, ou optar por não usar testes, mas confiar em uma entrevista clínica detalhada. Atualmente, a maioria dos(as) neuropsicólogos(as) usa uma abordagem de bateria flexível, na qual os testes são escolhidos com base nas informações coletadas, no teste sistemático de hipóteses e na compreensão da condição médica subjacente que supostamente é responsável pelas dificuldades cognitivas e emocionais.
556. A lesão cerebral e o dano cerebral resultante podem ser decorrentes de vários tipos de traumatismo craniano e distúrbios metabólicos infligidos durante períodos de tortura ou maus-tratos. Isso pode incluir ferimentos a bala, efeitos de envenenamento, desnutrição como resultado de inanição ou ingestão forçada de substâncias nocivas, efeitos de hipóxia ou anóxia resultantes de asfixia ou quase afogamento e, mais comumente, de golpes na cabeça sofridos durante espancamentos. Golpes na cabeça são frequentemente infligidos

durante períodos de detenção e tortura. Por exemplo, em uma amostra de sobreviventes de tortura, 91% relataram ter sido agredidos(as) na cabeça.⁴⁷⁴ O potencial de dano cerebral resultante é alto entre os(as) sobreviventes de tortura.

557. Lesões fechadas na cabeça que resultam em níveis leves a moderados de deficiência de longo prazo talvez sejam a causa mais comumente avaliada de anormalidade neuropsicológica. Os domínios cognitivos e emocionais normalmente analisados em uma avaliação neuropsicológica abrangente são: intelecto; habilidades cognitivas superiores (funcionamento executivo); atenção; memória; habilidades visuais e espaciais; habilidades motoras e sensoriais; e estado emocional. Os sinais de lesão podem incluir cicatrizes na cabeça, mas a ausência de cicatrizes não exclui uma lesão cerebral significativa. Às vezes, as lesões cerebrais não podem ser detectadas por meio de diagnóstico por imagem do cérebro. Níveis leves a moderados de danos cerebrais podem ser ignorados ou subestimados pelos(as) profissionais de saúde mental, pois os sintomas de depressão e TEPT provavelmente terão destaque no quadro clínico, resultando em menos atenção ao possível efeito do traumatismo craniano. Comumente, as queixas subjetivas dos(as) sobreviventes incluem dificuldades de atenção, concentração e memória de curto prazo, que podem ser resultado de um comprometimento cerebral ou refletir as consequências psicológicas da tortura. Como essas queixas são comuns em sobreviventes que sofrem de TEPT ou depressão, a questão de saber se elas se devem de fato a um traumatismo craniano pode nem mesmo ser levantada.
558. O(A) diagnosticador(a) deve se basear, em uma fase inicial do exame, na história relatada de traumatismo craniano e no curso da sintomatologia. A decisão sobre quando encaminhar para uma avaliação neuropsicológica deve ser feita caso a caso. Como geralmente acontece com pessoas com lesão cerebral, as informações de terceiros, principalmente de parentes(as), podem ser úteis. Deve-se lembrar que os indivíduos com lesão cerebral geralmente têm grande dificuldade para articular ou até mesmo avaliar suas limitações porque estão, por assim dizer, “dentro” do problema. Ao reunir as primeiras impressões sobre a diferença entre o comprometimento cerebral orgânico e o TEPT, uma avaliação sobre a cronicidade dos sintomas é um ponto de partida útil. Se os sintomas de falta de atenção, concentração e memória flutuam com o tempo e variam com os níveis de ansiedade e depressão, é mais provável que isso se deva à natureza fásica do TEPT. Por outro lado, se o comprometimento parecer crônico, não tiver flutuação e for confirmado por membros da família, é possível que o comprometimento cerebral deva ser considerado, mesmo na ausência inicial de um histórico claro de traumatismo craniano.
559. Quando há suspeita de comprometimento orgânico do cérebro, a primeira etapa para um(a) profissional de saúde mental é considerar o encaminhamento a um(a) médico(a) para um exame neurológico mais aprofundado. Dependendo dos achados iniciais, o(a) médico(a) pode consultar um(a) neurologista ou solicitar exames diagnósticos. Uma extensa investigação médica, uma consulta neurológica específica e uma avaliação neuropsicológica estão entre as possibilidades a serem consideradas. O uso de procedimentos de avaliação neuropsicológica geralmente é indicado se houver falta de sinais neurológicos graves, se

.....
474 Dorte Reff Olsen e outros, “Prevalent pain and pain level among torture survivors: a follow up study”, *Danish Medical Bulletin*, v. 53, n. 2 (2006), p. 210–214.

os sintomas relatados são predominantemente de natureza cognitiva ou se for necessário fazer um diagnóstico diferencial entre o comprometimento cerebral e o TEPT.

560. A seleção de testes e procedimentos neuropsicológicos está sujeita às limitações especificadas acima e, portanto, não pode seguir um formato de bateria padrão, mas deve ser personalizada para cada caso e sensível às características individuais. A flexibilidade necessária para a seleção de testes e procedimentos exige considerável experiência, conhecimento e cautela por parte do(a) examinador(a). Como já foi dito acima, a gama de instrumentos a serem usados geralmente limita-se a tarefas não verbais, e os testes psicométricos são mais específicos e sensíveis às características individuais. As características de qualquer teste padronizado provavelmente serão prejudicadas quando as normas baseadas na população não se aplicarem a um sujeito individual. A ausência de medidas verbais representa uma limitação muito séria. Muitas áreas do funcionamento cognitivo são mediadas pela linguagem e as comparações sistemáticas entre várias medidas verbais e não verbais são normalmente usadas para chegar a conclusões sobre a natureza dos déficits.
561. A escolha dos instrumentos e procedimentos nas avaliações neuropsicológicas de supostas vítimas de tortura deve ser deixada a cargo de cada clínico(a), que terá de selecioná-los de acordo com as exigências e possibilidades da situação. Os testes neuropsicológicos não podem ser usados adequadamente sem treinamento e conhecimento abrangentes sobre as relações cérebro-comportamento. Listas abrangentes de procedimentos e testes neuropsicológicos e sua aplicação adequada podem ser encontradas em referências padrão.⁴⁷⁵

(c) Transtorno de estresse pós-traumático

562. As considerações apresentadas acima devem deixar claro que é preciso muita cautela ao tentar fazer uma avaliação neuropsicológica do comprometimento cerebral em supostas vítimas de tortura. Esse deve ser ainda mais o caso quando se tenta documentar o TEPT em supostas vítimas por meio de avaliações neuropsicológicas. Mesmo no caso da avaliação de indivíduos com TEPT para os quais existem normas baseadas na população, há dificuldades consideráveis a serem consideradas. O TEPT é um transtorno psiquiátrico e, tradicionalmente, não tem sido o foco da avaliação neuropsicológica. Além disso, o TEPT não está em conformidade com o paradigma clássico de uma análise de lesões cerebrais identificáveis que podem ser confirmadas por técnicas médicas. Com uma maior ênfase e compreensão dos mecanismos biológicos envolvidos nos transtornos psiquiátricos em geral, os paradigmas neuropsicológicos têm sido invocados com mais frequência do que no passado. Entretanto, os resultados obtidos até o momento são diversos e, portanto, não são aplicáveis para fins de diagnóstico.
563. Há uma grande variabilidade entre as amostras usadas para o estudo de medidas neuropsicológicas no estresse pós-traumático. Isso pode ser responsável pela variabilidade dos problemas cognitivos relatados nesses estudos. Foi destacado que “as observações clínicas sugerem que os sintomas de TEPT apresentam maior sobreposição com os

.....
⁴⁷⁵ Esther Strauss, Elisabeth M.S. Sherman e Otfried Spreen, *A Compendium of Neuropsychological Tests: Administration, Norms and Commentary*, 3. ed. (Nova Iorque, Oxford University Press, 2006).

domínios neurocognitivos de atenção, memória e funcionamento executivo”.⁴⁷⁶ Isso é consistente com as queixas frequentemente ouvidas de sobreviventes de tortura. Os indivíduos descrevem dificuldades de concentração e sentem-se incapazes de reter informações e de se envolver em atividades planejadas e direcionadas a objetivos.

564. Os métodos de avaliação neuropsicológica parecem ser capazes de identificar a presença de déficits neurocognitivos no TEPT, embora a especificidade desses déficits seja mais difícil de estabelecer. Alguns estudos documentaram a presença de déficits em indivíduos com TEPT quando comparados a controles normais, mas não conseguiram discriminar esses indivíduos dos controles psiquiátricos correspondentes.⁴⁷⁷ Em outras palavras, é provável que os déficits neurocognitivos no desempenho dos testes sejam evidentes nos casos de TEPT, mas insuficientes para o diagnóstico. Como em muitos outros tipos de avaliação, a interpretação dos resultados dos testes deve ser integrada em um contexto maior de informações da entrevista. Nesse sentido, os métodos específicos de avaliação neuropsicológica podem contribuir para a documentação do TEPT da mesma forma que fazem para outros transtornos psiquiátricos associados a déficits neurocognitivos conhecidos.
565. Apesar das limitações significativas, a avaliação neuropsicológica pode ser útil na avaliação de indivíduos com suspeita de lesão cerebral e na distinção entre lesão cerebral e TEPT. A avaliação neuropsicológica também pode ser usada para avaliar sintomas específicos, como problemas de memória, e quantificar o comprometimento real e as considerações resultantes sobre a reparação e a reabilitação. A avaliação das capacidades cognitivas também pode ser útil para determinar as barreiras à participação em processos judiciais. A avaliação das dificuldades de memória pode informar os(as) juizes(as) e outros(as) tomadores(as) de decisão sobre o peso a ser dado às discrepâncias nas provas. Uma pessoa pode não ter capacidade mental⁴⁷⁸ para instruir um(a) representante legal, consentir em um exame, ser entrevistada ou prestar depoimento. A avaliação de deficiências na cognição pode revelar que uma pessoa com capacidade básica de tomada de decisões não tem noção de como suas dificuldades de memória e concentração afetam sua capacidade de testemunhar e ser entrevistada ou interrogada. Sua capacidade de entender as inferências que os(as) outros(as) podem tirar das maneiras como essas dificuldades afetam suas evidências pode ser comprometida.

5. Crianças e tortura

566. A tortura pode afetar uma criança direta ou indiretamente. O impacto pode ser causado pelo fato de a criança ter sido torturada ou detida, pela tortura de seus pais ou familiares próximos, por ter testemunhado tortura e violência ou por ter tomado conhecimento de que isso ocorreu com outras pessoas significativas. A tortura é um fator de risco importante para perturbar o desenvolvimento psicológico, físico e emocional, além do

476 Jeffrey A. Knight, “Neuropsychological assessment in posttraumatic stress disorder”, em *Assessing Psychological Trauma and PTSD*, John P. Wilson e Terence M. Keane, eds. (Nova Iorque, Guilford Press, 1997), p. 448–492.

477 John E. Dalton, Sanford L. Pederson e Joseph J. Ryan, “Effects of post-traumatic stress disorder on neuropsychological test performance”, *International Journal of Clinical Neuropsychology*, v. 11, n. 3 (1989), p. 121–124; e Tzvi Gil e outros, “Cognitive functioning in post-traumatic stress disorder”, *Journal of Traumatic Stress*, v. 3, n. 1 (1990), p. 29–45.

478 A capacidade mental refere-se à capacidade de compreender as informações relevantes para uma decisão, bem como de reter e ponderar as informações e comunicar a decisão de forma eficaz. Nos(as) sobreviventes de tortura, essas capacidades podem ser afetadas, pois os transtornos psicóticos e de humor provavelmente afetam a capacidade de pesar e equilibrar as informações e os déficits cognitivos podem afetar a capacidade de compreender e reter informações relevantes.

desenvolvimento social, afetando negativamente a saúde física e mental das crianças. Uma discussão completa sobre o impacto psicológico da tortura em crianças e diretrizes completas para a realização de uma avaliação de uma criança que tenha sido torturada está além do escopo deste manual. Entretanto, vários pontos importantes podem ser resumidos.

567. Em primeiro lugar, ao avaliar uma criança suspeita de ter sido submetida à tortura, o(a) médico(a) precisa ser informado(a) e aderir ao Protocolo de Istambul e seus Princípios. O(A) médico(a) deve se certificar de que as crianças recebam apoio de pessoas atenciosas e que se sintam seguras durante a avaliação. Isso pode exigir que um dos pais ou um(a) prestador(a) de cuidados de confiança esteja presente durante a avaliação ou em partes dela. Em segundo lugar, o(a) clínico(a) deve ter em mente que as crianças geralmente não expressam verbalmente seus pensamentos e emoções em relação ao trauma, mas sim de forma comportamental. O grau em que as crianças são capazes de expressar sentimentos, pensamentos e memórias em palavras depende da idade, do nível de desenvolvimento da criança e outros fatores, como dinâmica familiar, características de personalidade, normas culturais e contexto psicossocial. Há várias diretrizes sobre como melhor entrevistar uma criança que os(as) clínicos(as) podem usar para apoiar seu trabalho (consulte os parágrafos 284–293 acima).
568. Se uma criança tiver sido agredida física ou sexualmente, é importante, se possível, que ela seja atendida por um(a) especialista em abuso infantil e que use guias apropriados.⁴⁷⁹

(a) Considerações sobre o desenvolvimento

569. Fatores de desenvolvimento afetam a capacidade de crianças e adolescentes de realizar tarefas relevantes para a avaliação.⁴⁸⁰ Pesquisas sobre entrevistas forenses observam que as crianças começam a manifestar a capacidade de recordar eventos com precisão entre os 3 e 6 anos de idade, mas há uma grande variabilidade.⁴⁸¹ No entanto, as informações que são valiosas e verdadeiras podem ser obtidas de crianças. Isso exigirá procedimentos cuidadosos de entrevista e consciência das capacidades das crianças.⁴⁸²
570. Os(As) bebês podem ser avaliados(as) e observados(as), embora não possam ser entrevistados(as) verbalmente. O(A) médico(a) pode comentar sobre o nível de atividade, a natureza da interação e dos relacionamentos com os(as) outros(as), o afeto e o estado de regulação, o humor geral e o envolvimento em brincadeiras. Os relatos dos pais ou cuidadores(as) sobre o comportamento de seu(sua) bebê (alimentação, sono e temperamento) pode ser útil, especialmente em relação a mudanças nos marcos do desenvolvimento, regressões notáveis ou perda de capacidades anteriormente mantidas. As avaliações que utilizam escalas de desenvolvimento infantil podem fornecer uma indicação do nível de funcionamento do(a) bebê em relação à faixa etária.

.....
479 Royal College of Paediatrics and Child Health, *The Physical Signs of Child Sexual Abuse: An Evidence-Based Review and Guidance for Best Practice* (Lavenham, Reino Unido, Lavenham Press, 2015). Consulte também Astrid Heger, S. Jean Means e David Muram, eds., *Evaluation of the Sexually Abused Child: A Medical Textbook and Photographic Atlas*, 2. ed. (Nova Iorque, Oxford University Press, 2000).

480 Linda Sayer Gudas e Jerome M. Sattler, "Forensic interviewing of children and adolescents", *Forensic Mental Health Assessment of Children and Adolescents*, Steven N. Sparta e Gerald P. Koocher, eds. (Nova Iorque, Oxford University Press, 2006), p. 115–128.

481 Ibid.

482 Ibid.

571. As crianças em idade pré-escolar geralmente apresentam altos níveis de sugestibilidade e conformidade social com os pedidos dos(as) adultos(as) e sua cognição é caracterizada pelo pensamento pré-lógico, mágico e egocêntrico que pode ser confundido com eventos factuais. Elas constroem a realidade em seu mundo observável, tendem a pensar em termos absolutos e experimentam mudanças rápidas de estados emocionais. Entretanto, a linguagem desenvolve-se rapidamente entre os 3 e 5 anos de idade e as crianças podem falar sobre suas preocupações e sentimentos e fazer descrições verdadeiras dos eventos. Elas respondem melhor a perguntas curtas, concretas e investigativas elaboradas para expandir suas ideias e esclarecê-las.
572. Entre os 6 e 12 anos de idade, as crianças conseguem pensar de forma mais planejada e realizar diferentes tarefas mentais. Entretanto, o pensamento permanece concreto, rígido e literal. Elas tendem a pensar em termos de relações factuais em vez de lógicas e não conseguem refletir sobre possíveis resultados. Ao mesmo tempo, elas entendem as relações de causa e efeito, têm consciência social e podem compreender as inconsistências no comportamento social. A capacidade de discutir questões abstratas é limitada e há vulnerabilidade a *feedback* negativo e perguntas enganosas.
573. Os(As) adolescentes são menos concretos(as) em seu pensamento e são capazes de pensar de forma simbólica e racional. Eles(as) valorizam muito a influência dos(as) colegas, podem ter uma atitude de invencibilidade e são mais propensos(as) a se envolver em comportamentos de risco. No entanto, eles(as) também são mais capazes do que as crianças mais jovens de reconhecer os limites e os requisitos éticos de uma avaliação, bem como o motivo de um exame relacionado a experiências de tortura ou maus-tratos. Os(As) pesquisadores(as) observam que os(as) adolescentes podem relatar com precisão os sintomas, eventos e experiências com a devida noção de tempo e ambiente.⁴⁸³ O(A) clínico(a) deve informar ao(à) adolescente que suas opiniões e contribuições são valorizadas. A privacidade pode ser uma preocupação especial para os(as) adolescentes e as limitações de confidencialidade devem ser analisadas cuidadosamente. É aconselhável começar com foco em questões neutras e abordar questões sensíveis posteriormente.⁴⁸⁴
574. Existem diferenças importantes entre as estratégias de recuperação da memória autobiográfica e as capacidades das crianças pré-escolares e mais velhas: as crianças mais novas tendem a se lembrar de menos informações, fornecem relatos mais breves de suas experiências do que as crianças mais velhas e têm maior probabilidade de responder erroneamente a perguntas sugestivas do que as crianças mais velhas. Além disso, quanto mais jovens forem as crianças, mais sua experiência e compreensão sobre o evento traumático serão influenciadas pelas reações e atitudes imediatas dos(as) cuidadores(as) após o evento.⁴⁸⁵ No entanto, é importante observar que os relatos das crianças mais jovens não são menos precisos do que os de crianças mais velhas.⁴⁸⁶

.....
 483 Ibid. Consulte também Zoe Given-Wilson, Jane Herlihy e Matthew Hodes, "Telling the story: a psychological review on assessing adolescents' asylum claims", *Canadian Psychology*, v. 57, n. 4 (2016), p. 265–273.

484 Sayer, Gudas e Sattler, "Forensic interviewing of children and adolescents".

485 Saskia von Overbeck Ottino, "Familles victimes de violences collectives et en exil: quelle urgence, quel modèle de soins? Le point de vue d'une pédopsychiatre", *Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale*, v. 14 (1998), p. 35–39.

486 Michael E. Lamb e outros. "Structured forensic interview protocols improve the quality and informativeness of investigative interviews with children: a review of research using the NICHD Investigative Interview Protocol", *Child Abuse & Neglect*, v. 31, n. 11–12 (2007), p. 1201–1231.

575. As reações de uma criança à tortura dependem da idade, do estágio de desenvolvimento e das habilidades cognitivas.⁴⁸⁷ Para crianças com menos de 3 anos de idade que sofreram ou testemunharam tortura, o papel protetor e tranquilizador de seus(suas) cuidadores(as) é crucial.⁴⁸⁸ As reações de crianças muito pequenas a experiências traumáticas normalmente envolvem hiperexcitação, como inquietação, distúrbios do sono, irritabilidade, reações de sobressalto intensas e evitação de pessoas, lugares, lembranças físicas, situações interpessoais ou conversas (como uma entrevista clínica) que desperte lembranças do trauma. Crianças com mais de 3 anos geralmente tendem a se retrair e recusam-se a falar diretamente sobre experiências traumáticas. A capacidade de expressão verbal aumenta durante o desenvolvimento. Um aumento acentuado ocorre por volta do estágio operacional concreto (8–9 anos de idade), quando as crianças desenvolvem a capacidade de fornecer uma cronologia confiável dos eventos.⁴⁸⁹ Essas novas habilidades ainda são frágeis e, geralmente, não é até o início do estágio operacional formal (12 anos de idade) que as crianças são capazes de construir consistentemente uma narrativa coerente. A adolescência é um período de desenvolvimento robusto em que os efeitos da tortura podem variar muito. As experiências de tortura podem causar mudanças profundas na personalidade dos(as) adolescentes, resultando em um funcionamento emocional cronicamente desregulado e problemas comportamentais e de relacionamento. Como alternativa, os efeitos da tortura em adolescentes podem ser semelhantes aos observados em crianças menores, com regressão e diminuição do funcionamento.

(b) Considerações sobre a condução da avaliação

576. Como preparação para a avaliação, os(as) clínicos(as) precisam considerar as circunstâncias individuais e contextuais que exigem um ajuste da complexidade da linguagem e as expectativas para o nível de detalhes que a criança será capaz de fornecer.⁴⁹⁰ Sempre que possível, recomenda-se coletar informações dos pais, professores(as) e outros(as) sobre o histórico de desenvolvimento da criança, necessidades especiais, histórico psiquiátrico e médico, funcionamento social e escolar, e ajuste comportamental.⁴⁹¹ Os(As) cuidadores(as) também podem fornecer informações sobre as emoções da criança e alterações no humor e no comportamento. Se a criança ou o(a) adolescente não estiver acompanhado(a) pelos pais ou substitutos(as) dos pais, como ocorre no caso de menores desacompanhados(as) em casos de asilo, deve-se dar atenção especial ao estabelecimento de uma atmosfera de confiança e acolhimento. Também é importante garantir que o(a) menor desacompanhado(a) seja atendido(a) após a entrevista.
577. O(A) médico(a) deve estar ciente e considerar os possíveis riscos e ameaças à criança, por exemplo, por parte dos(as) autores(as) da tortura. Recomenda-se enfaticamente que os(as) clínicos(as) planejem uma avaliação que pode ser mais longa do que a dos(as) adultos(as), considerando o tempo que pode ser necessário para estabelecer um relacionamento com uma criança ou dar a ela o tempo necessário para compartilhar informações

.....
487 Australian Child and Adolescent Trauma, Loss and Grief Network, "How children and young people experience and react to traumatic events" (2010), p. 4.

488 Michel Grappe, "La guerre en ex-Yougoslavie: un regard sur les enfants réfugiés", em *Psychiatrie humanitaire en ex-Yougoslavie et en Arménie: face au traumatisme*, Marie Rose Moro e Serge Lebovici, eds. (Paris, Presses Universitaires de France, 1995), p. 89–106.

489 Jean Piaget, *La naissance de l'intelligence chez l'enfant*, 9. ed. (Neuchâtel, Delachaux et Niestlé, 1977).

490 UNHCR, *The Heart of the Matter: Assessing Credibility when Children Apply for Asylum in the European Union* (Bruxelas, 2014), p. 107.

491 Kathryn Kuehnle e Steven N. Sparta, "Assessing child sexual abuse allegations in a legal context", em *Forensic Mental Health Assessment of Children and Adolescents*, Steven N. Sparta e Gerald P. Koocher, eds. (Nova Iorque, Oxford University Press, 2006), p. 129–148.

importantes e sensíveis.⁴⁹² Isso pode significar programar a avaliação para vários dias de reuniões e incluir tempo para intervalos, conversas e atividades não relacionadas à experiência de tortura ou maus-tratos. O nível de comunicação com a criança precisa ser adequado à sua idade, nível de desenvolvimento, habilidades de comunicação e outras circunstâncias individuais e contextuais.⁴⁹³ A criança deve receber informações e explicações sobre a avaliação que lhe permitam tomar decisões sobre se e como deseja participar do procedimento de forma compreensível para ela e adequada à sua idade e nível de maturidade. Os riscos potenciais e reais devem ser considerados com a criança. Na medida em que for possível e no melhor interesse da criança, é uma boa prática incluir seus pais ou responsáveis no processo de avaliação e das informações que serão fornecidas a eles.

578. O estabelecimento da confiança pode ser um desafio, pois a criança pode sentir a situação ou as condições da entrevista como uma reminiscência da tortura ou da violência e maus-tratos. A confiança pode ser prejudicada devido a desequilíbrios de idade e poder ou se os(as) médicos(as) ou intérpretes forem vistos(as) como representantes do grupo político, étnico ou social cujas autoridades executaram a tortura. Esses fatores também podem afetar a confiança e o conforto dos pais e responsáveis com relação à avaliação. Pode ser impossível conseguir estabelecer a confiança dentro do prazo limitado da avaliação. As diretrizes do Escritório do Alto Comissário das Nações Unidas para os Direitos Humanos (UNCHR, sigla em inglês) para entrevistar crianças no contexto de pedidos de asilo na União Europeia afirmam que: “A boa prática na construção de confiança foi evidenciada no início de muitas entrevistas, nas quais os(as) entrevistadores(as) apresentavam os(as) intérpretes, explicavam seu papel, o significado de confidencialidade, que eles(as) falariam na primeira pessoa e interpretariam literalmente.”⁴⁹⁴
579. Recomenda-se cumprimentar a criança adequadamente e iniciar a avaliação com assuntos neutros sobre questões relacionadas à vida cotidiana dela, como escola, amizades e atividades preferidas. Outro fator que pode facilitar o estabelecimento da confiança é a redução da distância psicológica e da formalidade; por exemplo, usando uma mesa redonda ou oval e evitando ter uma tela de computador na frente do(a) clínico(a) e do(a) intérprete. Recomenda-se que o(a) clínico(a) ofereça amplas oportunidades para pausas e observe a apresentação da criança com cuidado especial para não sobrecarregá-la. Se houver indícios de que a criança está ficando ansiosa, dissociada ou apresentando sofrimento notável, o(a) avaliador(a) deve anotar esses indicadores clínicos e tomar todas as medidas para aliviar a criança e/ou fornecer apoio psicossocial. A avaliação pode ser registrada com o consentimento da criança e, possivelmente, dos pais ou tutor(a) para permitir que os(as) entrevistadores(as) mantenham uma comunicação direta com a criança sem as interrupções das anotações.⁴⁹⁵ Se a avaliação for gravada, deve-se tomar cuidado extra para manter o registro confidencial, com acesso limitado somente à equipe de avaliação e para proteger a identidade da criança. Se houver outros requisitos legais locais com relação à proteção de dados, eles devem ser observados.

.....

492 Ibid.

493 UNHCR, *The Heart of the Matter*, p. 107.

494 Ibid., p. 126.

495 Ibid., p. 107.

580. O uso de instrumentos de avaliação pode ser útil e fornecer suporte adicional às conclusões. Recomenda-se que os(as) médicos(as) usem os instrumentos cuja validade e confiabilidade foram estabelecidas para a população específica que está sendo avaliada. Quando esses instrumentos não estão disponíveis, é preciso ter muito cuidado na interpretação dos resultados dos testes. Qualquer adaptação na administração e interpretação deve ser documentada e os possíveis impactos nos resultados devem ser observados.⁴⁹⁶

(c) Considerações clínicas

581. Uma avaliação dos efeitos psicológicos da tortura e maus-tratos contra crianças e jovens deve incluir informações sobre o seguinte: (a) a idade da criança, seu status de desenvolvimento, bem como os funcionamentos psicológico e médico atuais e passados (inclusive cognitivo, de comunicação e habilidades linguísticas, necessidades especiais, sociais e escolares, ajuste comportamental e transtornos emocionais); (b) cronologia pessoal e familiar, histórico de eventos da vida, residências etc.; (c) descrição da suposta tortura ou maus-tratos, sua frequência e duração; (d) informações sobre se a criança testemunhou a morte e/ou a tortura de outras pessoas, especialmente significativas, ou soube que ocorreu com outras pessoas significativas; (e) a identidade do(a) alegado(a) torturador(a) e o que ele(a) representa para a criança em seu contexto social e político específico; (f) fatores de proteção e indicadores de resiliência; (g) a disponibilidade da família e de outros(as) cuidadores(as) para oferecer assistência psicossocial; (h) o status legal da criança; e (i) as disposições em vigor para tratamento e suporte.
582. Embora os sintomas possam aparecer em crianças e possam ser semelhantes às observadas em adultos, a manifestação dos sintomas pode ser muito diferente da dos(as) adultos(as) e o(a) clínico(a) deve se basear mais em observações do comportamento da criança do que na expressão verbal, considerar o comportamento da criança antes da alegada tortura ou maus-tratos e usar marcos de desenvolvimento para identificar qualquer impacto potencial sobre comportamento normal.⁴⁹⁷ A coleta de informações de cuidadores(as), professores(as) ou outros(as) adultos(as) no ambiente da criança é aconselhável e pode ser necessária. As pesquisas delinearam os efeitos do trauma sobre a saúde mental e física das crianças. Por exemplo, foi constatado que o trauma compromete significativamente desenvolvimento cognitivo,⁴⁹⁸ e que a exposição a experiências traumáticas aumenta o risco de problemas de aprendizagem e comportamentais, obesidade⁴⁹⁹ e sintomas psicóticos na infância.⁵⁰⁰ As pesquisas de desenvolvimento neurocomportamental mostram que o cérebro das crianças é afetado pelo ambiente no qual elas crescem. Embora talvez não consigam se lembrar, a lembrança da tortura pode ter um efeito traumático em bebês e crianças pequenas, com possível impacto de longo prazo em seu vínculo, regulação

496 Gerald P. Koocher, "Ethical issues in forensic assessment of children and adolescents", em *Forensic Mental Health Assessment of Children and Adolescents*, Steven N. Sparta e Gerald P. Koocher, eds. (Nova Iorque, Oxford University Press, 2006), p. 46–63.

497 Consulte Lenore C. Terr, "Childhood traumas: an outline and overview", *American Journal of Psychiatry*, v. 148, n. 1 (1991), p. 10–20; Zero to Three, DC:0–5: *Diagnostic Classification of Mental Health and Development Disorders of Infancy and Early Childhood*, versão 2.0 (Washington, D.C., 2021); Françoise Sironi, "On torture un enfant", ou les avatars de l'ethnocentrisme psychologique", *Sud/Nord – Folies et Cultures*, n. 4 (Enfances) (1995), p. 205–215; e Lionel Bailly, *Les catastrophes et leurs conséquences psychotraumatiques chez l'enfant* (Paris, ESF, 1996).

498 Michelle Bosquet Enlow e outros, "Interpersonal trauma exposure and cognitive development in children to age 8 years: a longitudinal study", *Journal of Epidemiology and Community Health*, v. 66, n. 11 (2012), p. 1005–1010.

499 Nadine J. Burke e outros, "The impact of adverse childhood experiences on an urban paediatric population", *Child Abuse & Neglect*, v. 35, n. 6 (2011), p. 408–413.

500 Louise Arseneault e outros, "Childhood trauma and children's emerging psychotic symptoms: a genetically sensitive longitudinal cohort study", *American Journal of Psychiatry*, v. 168, n. 1 (2011), p. 65–72.

e experiência de confiança.⁵⁰¹ O ambiente e o trauma influenciará a identidade do(a) adolescente, a maturação do cérebro e funções do pensamento, como o pensamento abstrato e a capacidade de considerar várias perspectivas, assim como a regulação do processamento das emoções e dos sentimentos, que ainda estão se desenvolvendo nessa idade.⁵⁰²

583. Os sintomas de TEPT podem aparecer em crianças. Eles podem ser semelhantes aos observados em adultos(as), mas o(a) clínico(a) deve se basear mais em observações do comportamento da criança do que na expressão verbal.⁵⁰³ Por exemplo, a criança pode apresentar sintomas de reexperimentação, manifestada por comportamentos monótonos e repetitivos, representando aspectos do evento traumático, memória visual dos eventos dentro e fora da brincadeira, perguntas ou declarações repetidas sobre o evento traumático e pesadelos recorrentes que, especialmente em crianças mais novas (por exemplo, aquelas com 6 anos ou menos) podem não ter conteúdo reconhecível. As crianças também podem articular preocupações repetitivas de que a tortura ocorrerá novamente ou que os(as) agressores(as) voltarão a machucá-las ou seus entes queridos, apesar das garantias de que estão seguras. A criança pode fazer xixi na cama, perder o controle dos movimentos intestinais, retrair-se socialmente, restringir o afeto, mudar de atitude em relação a si mesma e aos(as) outros(as) e sentir que não há futuro. A criança pode apresentar hiperexcitação e ter terrores noturnos, problemas para ir para a cama, distúrbios do sono, resposta de sobressalto elevada, irritabilidade e distúrbios significativos na atenção e na concentração. Ela pode se queixar de dores no corpo, como dores de estômago, ou de outros problemas físicos. Medos e comportamentos agressivos que não existiam antes do evento traumático podem aparecer como agressividade contra colegas, adultos(as) ou animais, medo do escuro, medo de ir ao banheiro sozinha e fobias. As crianças podem demonstrar comportamento sexual inadequado para suas idades. Alterações comportamentais pós-traumáticas também podem incluir comportamentos de risco, automutilação e tentativas de suicídio. A criança pode se tornar esquiva e/ou pegajosa em relação aos pais ou aos(as) cuidadores(as), apresentar explosões ou birras, ou apresentar um estado de transe, lapsos de atenção, confusão, esquecimento e falta de resposta. Podem aparecer sintomas de ansiedade, como medo exagerado de estranhos(as), ansiedade de separação, pânico, agitação, acessos de raiva e choro descontrolado. A angústia pode se manifestar em outros comportamentos, como roer as unhas e chupar o dedo, e mudanças no uso da linguagem. A criança também pode apresentar problemas de alimentação. Os(As) adolescentes podem apresentar, em diferentes níveis, negação dos sintomas e insistência de que seu nível de funcionamento é bom e que não há necessidade de ajuda. A pressão dos(as) colegas para se adaptar aos(as) outros(as) e o medo do estigma da doença mental podem ser particularmente evidentes. Os(As) adolescentes podem ter dificuldade especial em gerenciar características do TEPT, como explosões de raiva e irritabilidade, direcionando a violência a outras pessoas ou a si mesmo(a). O(A) examinador(a) precisa dedicar mais tempo para criar confiança e relacionamento, e avaliar cuidadosamente os indicadores indiretos de sofrimento mental, incluindo, por

501 Atilgan Erozkán, "The link between types of attachment and childhood trauma", *Universal Journal of Educational Research*, v. 4, n. 5 (2016), p. 1071–1079.

502 UNHCR, *The Heart of the Matter*, p. 58–60.

503 Consulte Terr, "Childhood traumas"; Zero to Three, *DC:0–5 Diagnostic Classification*; Sironi, "On torture un enfant"; e Bailly, *Les catastrophes et leurs conséquences*.

exemplo, apetite, padrão de sono, capacidade de fazer amizades e confiar em outras pessoas, comportamento autolesivo, comportamento de risco e controle da raiva.

(d) Classificação diagnóstica

584. Ao avaliar a saúde mental das crianças, os comportamentos e as emoções que são consistentes com a idade de desenvolvimento da criança devem ser diferenciados daqueles que são motivo de preocupação. As mesmas categorias de diagnóstico podem ser consideradas problemáticas em algumas idades e fazer parte do comportamento normal em idades mais jovens. Portanto, o comportamento e os sintomas precisam ser avaliados e considerados dentro da faixa esperada em uma determinada idade e estágio de desenvolvimento, bem como dentro do contexto cultural da criança. Além disso, a tortura pode agravar problemas preexistentes em todos os domínios de funcionamento e pode causar perda ou regressão do funcionamento já alcançado.
585. A lista a seguir complementa as informações sobre a classificação diagnóstica em adultos(as) acima. Ela não é exaustiva e enumera diagnósticos ou critérios que são específicos para crianças e adolescentes.

(i) *Transtorno de estresse pós-traumático*

586. Os eventos traumáticos que ocorreram com um(a) cuidador(a) ou outro(a) adulto(a) de confiança geralmente são vivenciados pelas crianças como gravemente perturbadores e angustiantes, mesmo que indiretamente, quando a criança ouve sobre os eventos. Como as crianças precisam de relacionamentos com seus pais e cuidadores(as) para se sentirem seguras, esses eventos podem ser vivenciados como uma ameaça à sobrevivência física e psicológica da criança.⁵⁰⁴ De fato, o critério A do diagnóstico de TEPT do DSM-5 em crianças com 6 anos ou menos inclui na definição de trauma testemunhar o(s) evento(s) como ele(s) ocorreu(ram) com outras pessoas, especialmente para os(as) cuidadores(as) primários(as), ou saber que o evento traumático ocorreu para um dos pais ou cuidador(a). O TEPT pode se desenvolver em qualquer idade após 1 ano de vida.⁵⁰⁵ O diagnóstico de TEPT em crianças com menos de 6 anos exclui sintomas que dependem da capacidade de verbalizar construções cognitivas e estados emocionais complexos, como autoconfiança negativa e culpa. Portanto, o limite dos sintomas de evitação e cognições negativas (critério C) é reduzido de três para um sintoma.⁵⁰⁶
587. A reexperimentação do trauma pode variar de acordo com a idade da criança. Em crianças pequenas, os sintomas são, provavelmente, expressos por meio de brincadeiras, e pode não haver reações de medo no momento da exposição ou da reexperimentação do trauma. Os sonhos assustadores de crianças pequenas podem não ser específicos do trauma. Os pais podem relatar uma ampla gama de mudanças emocionais e comportamentais, incluindo mudanças nas brincadeiras.⁵⁰⁷

504 Research Triangle Institute International, *DSM-5 Changes: Implications for Child Serious Emotional Disturbance* (Rockville, Maryland, Administração de Serviços de Abuso de Substâncias e Saúde Mental, 2016).

505 Ibid.

506 Ibid.

507 Ibid.

(ii) *Transtorno de ansiedade de separação*

588. Medo ou ansiedade excessivos e inapropriados para o desenvolvimento com relação à separação daqueles(as) a quem a criança é apegada, conforme evidenciado por três dos seguintes aspectos: (a) angústia excessiva e recorrente ao prever ou vivenciar a separação de casa ou das principais figuras de apego; (b) medo ou ansiedade persistentes e (c) preocupação persistente e excessiva com a perda das principais figuras de apego ou com possíveis danos a elas, como doenças, ferimentos, desastres ou morte; (d) preocupação persistente e excessiva com a ocorrência de um evento desagradável (por exemplo, perder-se, ser sequestrado(a), sofrer um acidente ou ficar doente) que cause a separação de uma figura de apego importante; (e) relutância ou recusa persistente em sair de casa, ir à escola, ao trabalho ou a qualquer outro lugar devido ao medo da separação; (f) medo persistente e excessivo ou relutância em ficar sozinho(a) ou sem figuras de apego importantes em casa ou em outros ambientes; (g) relutância ou recusa persistente em dormir fora de casa ou em ir dormir sem estar perto de uma figura de apego importante; (h) pesadelos repetidos envolvendo o tema da separação; e (i) queixas repetidas de sintomas físicos (como dores de cabeça, dores de estômago, náuseas ou vômitos) quando a separação das figuras de apego importantes ocorre ou é antecipada.

(iii) *Fobia específica*

589. Um medo ou ansiedade acentuado em relação a um objeto ou situação específica que é desproporcional ao perigo real representado pelo objeto. A ansiedade ou o medo podem ser expressos por choro, birras, congelamento ou apego. O objeto ou a situação fóbica quase sempre provoca essa reação, é ativamente evitado ou suportado com medo intenso.
590. Considera-se apropriado para o desenvolvimento que as crianças pequenas tenham medo de objetos específicos (reais ou imaginários) ou situações (por exemplo, animais, bruxas, monstros ou o escuro) e, geralmente, esses medos são transitórios e têm apenas um efeito levemente prejudicial. Portanto, ao diagnosticar a fobia específica, é importante considerar a duração do medo, da ansiedade ou da evitação, o grau de comprometimento e o estágio de desenvolvimento da criança.

(iv) *Transtornos do funcionamento social com início específico na infância e na adolescência*

591. A CID-11 lista os transtornos do funcionamento social com início específico na infância e na adolescência, associados a distorções e privações ambientais graves. Entre eles estão o mutismo eletivo, o transtorno de apego reativo da infância e o transtorno de apego desinibido da infância. O mutismo eletivo é uma condição caracterizada por uma seletividade acentuada e emocionalmente determinada na fala e manifesta-se com mais frequência na primeira infância. O transtorno de apego reativo da infância é caracterizado por anormalidades persistentes no padrão de relacionamento social da criança e no relacionamento com os pais, que é reativo a mudanças nas circunstâncias ambientais, antes dos 5 anos de idade. O transtorno de apego desinibido da infância é caracterizado por um apego difuso por volta dos 2 anos de idade e um comportamento de apego na infância e/ou um comportamento indiscriminadamente amigável e de busca de atenção no início ou no meio da infância. Esse padrão está associado a descontinuidades acentuadas nos(as) cuidadores(as) ou a várias mudanças na colocação familiar.

(v) Transtorno de conduta

592. Os critérios diagnósticos do DSM-5 para transtorno de conduta são a violação de normas ou regras sociais ou dos direitos dos(as) outros(as) de forma persistente e repetitiva, incluindo agressão a pessoas e animais, destruição de propriedade, enganação ou roubo, e violações graves de regras. Há duas especificações para o diagnóstico, com relação ao início e ao grau de emocionalidade social. Sugeriu-se que o trauma desempenha um papel fundamental no desenvolvimento e na persistência do transtorno de conduta e a constatação de que os(as) jovens diagnosticados(as) com transtorno de conduta geralmente têm uma experiência de trauma.⁵⁰⁸ Os fatores de risco ambientais listados no DSM-5 incluem abuso físico e sexual, e exposição ambiental à violência. Uma nota de advertência no DSM-5 afirma que o contexto dos comportamentos indesejáveis associados ao transtorno de conduta deve ser considerado e que o diagnóstico pode ser aplicado erroneamente a indivíduos em ambientes nos quais o comportamento é visto como quase normativo, como zonas de guerra e áreas ameaçadoras, perigosas e com alto índice de criminalidade.

(vi) Transtorno de conduta opositiva

593. As características diagnósticas do transtorno de conduta opositiva incluem um padrão frequente e persistente de humor irritado/irritável, comportamento argumentativo/defensivo ou vingativo (critério A). Fatores ambientais desempenham um papel importante nas teorias causais do distúrbio. Os primeiros sintomas geralmente aparecem durante os anos pré-escolares e raramente depois do início da adolescência.

(vii) Transtorno disruptivo de desregulação do humor

594. Os critérios diagnósticos do transtorno disruptivo de desregulação do humor incluem explosões de temperamento graves e recorrentes, expressas verbalmente e/ou comportamentalmente, que são intensas e prolongadas em relação à situação ou provocação. Eles são inconsistentes com o nível de desenvolvimento e ocorrem três ou quatro vezes por semana, em média. Entre as explosões, o humor é persistentemente irritável na maior parte do dia, por pelo menos 12 meses, em pelo menos dois ou três ambientes (ou seja, escola, casa e com os(as) colegas). Embora não haja consenso sobre as causas do transtorno disruptivo de desregulação do humor, a desregulação na infância tem sido associada a traumas e abusos interpessoais.⁵⁰⁹ A validade do diagnóstico tem sido estabelecida para crianças entre 7 e 18 anos de idade, e seu uso deve ser restrito a essa faixa etária.

(d) Contexto familiar

595. As famílias são profundamente afetadas por uma experiência de tortura de uma criança, bem como pela tortura de outros membros da família. A tortura dos pais, bem como o fato de viverem em contextos sociais e políticos de violência e opressão, pode ter um sério impacto sobre o funcionamento e a saúde mental dos pais. Portanto, é importante

508 Ricky Greenwald, "The role of trauma in conduct disorder", *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, v. 6, n. 1 (2002), p. 5–23; Pratibha Reebye e outros, "Symptoms of posttraumatic stress disorder in adolescents with conduct disorder: sex differences and onset patterns", *Canadian Journal of Psychiatry*, v. 45, n. 8 (2000), p. 746–751.

509 Yael Dvir e outros, "Childhood maltreatment, emotional dysregulation, and psychiatric comorbidities", *Harvard Review of Psychiatry*, v. 22, n. 3 (2014), p. 149–161.

considerar os fatores ambientais e contextuais que afetam a família e a criança, como a separação entre os membros da família e as circunstâncias dessas separações, as vias de comunicação durante a separação, as ameaças aos membros da família, as circunstâncias da reunificação, os fatores de estresse nos processos de reassentamento (como a perda de *status* social e econômico), o impacto da aculturação, o racismo e os apoios sociais, e experiências e crenças relacionadas à busca de apoio (como o medo de chamar a atenção das autoridades para a família), para citar apenas algumas.

596. Como pais, muitos sobreviventes de tortura temem que a intensidade de seus próprios sentimentos possa sobrecarregá-los e podem sentir vergonha e culpa.⁵¹⁰ Lidar com os sentimentos expressos ou não de seus(suas) filhos(as) também pode gerar dificuldades para os pais, que podem se sentir culpados pelas circunstâncias que seus(suas) filhos(as) suportaram e continuam a suportar.⁵¹¹ Os pais de crianças que foram torturadas também podem sentir culpa por sua incapacidade de proteger seus(suas) filhos(as) e sua criação pode ser afetada por sentimentos de impotência. A experiência de impotência dos pais pode ser reforçada em ambientes violentos e opressivos que expõem as crianças e os(as) adolescentes a múltiplos fatores de risco. Esses ambientes também podem prejudicar as percepções dos(as) adolescentes sobre a autoridade dos pais.
597. Os efeitos da tortura na capacidade dos indivíduos de atuarem como pais podem assumir várias formas. Está além do escopo deste capítulo descrever esses efeitos, mas é importante observar que eles devem ser considerados de acordo com a idade, a cultura e o desenvolvimento da criança. As questões de proteção relacionadas a considerações gerais sobre o funcionamento dos pais, inclusive negligência infantil e abuso físico, sexual e emocional, também devem ser consideradas e tratadas dentro das estruturas legais e sociais locais apropriadas.

(f) Papel da família

598. A família desempenha um papel dinâmico importante na persistência da sintomatologia entre as crianças. Para preservar a coesão da família, podem ocorrer comportamentos disfuncionais e delegação de papéis. Os membros da família, geralmente crianças, podem receber o papel de paciente e desenvolver distúrbios graves. Uma criança pode ser excessivamente protegida ou fatos importantes sobre o trauma podem ser ocultados. Como alternativa, a criança pode ser parentizada e esperar que cuide dos pais, o que pode prejudicar o desenvolvimento e resultar em uma sintomatologia depressiva ou um comportamento agressivo. No quadro de transtornos pós-traumáticos, os pais podem apresentar explosões de raiva e violência contra a criança, bem como outras formas de violência doméstica, que a criança pode vivenciar, testemunhar e processar de forma traumática. Quando a criança não for vítima direta da tortura, mas apenas indiretamente afetada, os(as) adultos(as) geralmente tendem a subestimar o impacto sobre a psique e o desenvolvimento da criança. Quando os entes queridos das crianças são perseguidos, estuprados e torturados ou as crianças testemunharem traumas graves ou torturas, elas podem desenvolver crenças disfuncionais, como acreditar que são responsáveis pelos eventos ruins ou que precisam carregar os fardos dos pais. Esse tipo de crença pode levar

510 Centro para Vítimas de Tortura, *Healing the Hurt: A Guide for Developing Services for Torture Survivors* (Minneapolis, 2005), cap. 2.

511 Ibid.

a problemas de longo prazo com culpa, conflitos de lealdade, desenvolvimento pessoal e amadurecimento em um(a) adulto(a) independente.

D. Lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros e pessoas intersexuais e tortura e maus-tratos

599. Com base em sua orientação sexual, identidade de gênero, expressão de gênero ou características sexuais, as pessoas lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros e intersexuais são frequentemente estigmatizadas e desumanizadas, o que as deixa particularmente vulneráveis a violações de direitos humanos, inclusive perseguição, criminalização, prisão, tortura e maus-tratos. As pesquisas sobre crianças e jovens lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros mostram que eles(as) correm o risco de sofrer abusos físicos e psicológicos graves e prolongados, com um impacto potencialmente grave em sua saúde mental.⁵¹² Os(As) requerentes de asilo adultos(as) lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros também têm experiências particulares de perseguição, com consequências para a saúde mental.⁵¹³ Dependendo dos diferentes níveis de estigma e patologização que as pessoas lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros e intersexuais sofreram em suas vidas, incluindo a saúde, elas podem desenvolver grande dificuldade em revelar sua identidade, inclusive para o(a) médico(a) examinador(a).
600. Ao examinar uma suposta vítima de tortura da comunidade de lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros, considerações específicas devem ser levadas em conta para evitar patologização ou retraumatização. Alguns dos princípios básicos e das principais características que devem ser levados em conta pelos(as) clínicos(as) para criar uma sensação de segurança e respeito e, assim, ajudar os indivíduos a revelar todos os aspectos de seu histórico de tortura e ajudar o(a) clínico(a) a entender melhor suas necessidades atuais (do ponto de vista médico, psicossocial e jurídico) incluem:
- (a) Reconhecer que a diversidade na orientação sexual, identidade de gênero, expressão de gênero e características sexuais é normal e não é uma doença mental;
 - (b) Compreender como as experiências de perseguição de crianças, jovens e adultos(as) lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros e intersexuais afetam sua saúde mental e física;⁵¹⁴
 - (c) Familiarizar-se com os fatores sociais, culturais e políticos específicos que podem ter influenciado a saúde física e mental de lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros e intersexuais;⁵¹⁵
 - (d) Perguntar sobre a perseguição e o abuso que têm como alvo a orientação sexual e a identidade de gênero durante a infância e a adolescência;⁵¹⁶

512 Edward J. Alessi, Sarilee Kahn e Sangeeta Chatterji, "The darkest times of my life": recollections of child abuse among forced migrants persecuted because of their sexual orientation and gender identity", *Child Abuse & Neglect*, v. 51 (2016), p. 93–105.

513 Rebecca A. Hopkinson e outros, "Persecution experiences and mental health of LGBT asylum seekers", *Journal of Homosexuality*, v. 64, n. 12 (2017), p. 1650–1666.

514 Alessi e outros, "The darkest times of my life".

515 Ibid.

516 Ibid.

- (e) Criar um ambiente de apoio no qual lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros e intersexuais possam explorar, discutir e revelar sua orientação sexual e identidade de gênero o mais rápido possível ;
 - (f) Reconhecer que pessoas lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros e intersexuais podem não ter revelado sua orientação sexual, identidade de gênero, características sexuais, nome escolhido ou pronomes de gênero em interações anteriores com as autoridades por medo, com base em experiências passadas e outros fatores;
 - (g) Usar, sempre que possível, os nomes próprios e os pronomes de gênero escolhidos pelo indivíduo, compatíveis com sua autoidentificação;
 - (h) Estar ciente de suas próprias atitudes, percepções e preconceitos e de como eles podem afetar a qualidade da interação com pessoas lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros e intersexuais;
 - (i) Aplicar uma abordagem interseccional, intercultural e inter-religiosa e esforçar-se para entender as barreiras específicas que as pessoas lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros e intersexuais enfrentam quando têm outras identidades estigmatizadas e/ou minoritárias (por exemplo, pessoa soropositiva, refugiado(a), profissional do sexo ou pessoa com deficiência física);
 - (j) Não tentar mudar a orientação sexual ou a identidade de gênero do(a) entrevistado(a);
 - (k) Não interpretar ou buscar elementos específicos que “expliquem” a orientação sexual e a identidade de gênero de lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros;
 - (l) Não presumir a orientação sexual e/ou a identidade de gênero de uma pessoa com base na aparência ou na expressão de gênero.
601. Outras informações e referências úteis sobre questões de identidade, intervenção e avaliação podem ser encontradas nas diretrizes da Associação Americana de Psicologia⁵¹⁷ e em outras referências.

.....
 517 Associação Americana de Psicologia, *Guidelines for Psychological Practice with Lesbian, Gay, and Bisexual Clients* (2011).

VII. O PAPEL DOS(AS) PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA DOCUMENTAÇÃO DE TORTURA E MAUS-TRATOS EM DIFERENTES CONTEXTOS

602. O envolvimento de profissionais de saúde na investigação e documentação de tortura e maus-tratos não se limita a avaliações clínicas abrangentes para fins legais. Tortura e maus-tratos também podem ser descobertos por profissionais de saúde em contextos não legais,⁵¹⁸ como a prestação rotineira de cuidados de saúde e inspeções ou exames de saúde. Este capítulo busca esclarecer o papel dos(as) profissionais de saúde em contextos legais e não legais e fornecer orientação sobre as práticas eficazes de investigação e documentação⁵¹⁹ nesses contextos. Embora as orientações deste capítulo tenham como objetivo principal ajudar os(as) profissionais de saúde que trabalham em contextos não legais a cumprirem suas obrigações de investigar e documentar a tortura e os maus-tratos, elas não têm a intenção de servir como orientação abrangente para avaliações clínicas da tortura e dos maus-tratos. Os(As) profissionais de saúde que trabalham em contextos não jurídicos devem estar familiarizados(as) com todos os capítulos relevantes do Protocolo de Istambul e seus anexos, especialmente os capítulos II, IV, V e VI e os anexos I-IV. Este capítulo visa ainda esclarecer o papel dos(as) profissionais de saúde nos contextos de monitoramento e prevenção, nos quais o objetivo principal dos encontros clínicos é frequentemente a prevenção da tortura e dos maus-tratos em vez de avaliar uma alegação específica de abuso ou a prestação de cuidados de saúde. A orientação neste capítulo baseia-se em uma análise de considerações relevantes, incluindo: obrigações estatais relevantes e obrigações éticas dos(as) profissionais de saúde, uma análise de diferentes contextos de documentação e desafios especiais que os(as) profissionais de saúde podem enfrentar em diferentes contextos de documentação.

A. Obrigações do Estado e obrigações éticas dos(as) profissionais de saúde

603. A obrigação dos(as) profissionais de saúde de documentar e denunciar a tortura e os maus-tratos em todos os contextos baseia-se na obrigação dos Estados segundo o direito internacional, bem como nas obrigações éticas dos(as) profissionais de saúde. Conforme declarado nos capítulos I e III, os Estados têm a obrigação de respeitar e proteger o direito de todos(as) à liberdade contra a tortura e os maus-tratos. Isso inclui a obrigação de prevenir, investigar e documentar incidentes de tortura e outras formas de maus-tratos e de responsabilizar os(as) perpetradores(as).⁵²⁰ Os Estados também têm o dever de tomar medidas legislativas, administrativas, judiciais ou de outra natureza eficazes para impedir atos de tortura em qualquer território sob sua jurisdição.⁵²¹ Essas obrigações do Estado são elaboradas em instrumentos internacionais de direitos humanos, conforme

518 O termo contextos “não jurídicos” é usado para se referir a encontros clínicos nos quais a avaliação de possíveis torturas e maus-tratos não é o objetivo expresso ou implícito do encontro com o(a) paciente, mesmo que as informações coletadas nesses contextos não jurídicos possam, em última instância, ser incluídas como provas em casos jurídicos, como ocorre com frequência em casos de violência doméstica, agressão sexual e abuso de crianças e idosos(as).

519 A investigação e a documentação em ambientes não jurídicos normalmente exigem que os(as) profissionais de saúde primeiro identifiquem a possibilidade de tortura e/ou maus-tratos com base nas observações do(a) clínico(a) (por exemplo, lesões e/ou sofrimento psicológico) e em um histórico de contato com possíveis perpetradores(as) e, em seguida, procedam a uma avaliação clínica para documentar e, posteriormente, relatar evidências clínicas de tortura e/ou maus-tratos.

520 Convenção contra a Tortura, art. 12.

521 Ibid., art. 2º.

discutido no capítulo I. Além disso, as obrigações específicas dos(as) profissionais de saúde que trabalham em ambientes de custódia, de documentar e relatar a tortura e os maus-tratos, são elaboradas nas Regras de Nelson Mandela⁵²² e em instrumentos regionais de direitos humanos,⁵²³ conforme discutido no capítulo II. O Protocolo de Istambul e seus Princípios fornecem orientações sobre como efetivar as obrigações do Estado de investigar e documentar factualmente a tortura e os maus-tratos.

604. As associações internacionais de profissionais da saúde, como a Associação Médica Mundial (WMA, sigla em inglês), a Associação Psiquiátrica Mundial (WPA, sigla em inglês) e o Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN, sigla em inglês), também estabeleceram obrigações éticas que visam elaborar os deveres universais fundamentais de seus(suas) respectivos(as) profissionais da saúde de documentar e denunciar a tortura e os maus-tratos (ver parágrafos 147 e 155 acima). Conforme declarado nos parágrafos 177–182 acima, independentemente do status do(a) empregador(a) (estatal ou não estatal) ou do ambiente de trabalho (privativo ou não privativo de liberdade), todos(as) os(as) profissionais de saúde têm a obrigação ética de documentar e relatar casos suspeitos e alegados de tortura e maus-tratos. Essa obrigação deve ser considerada à luz de outras obrigações éticas fundamentais (não causar dano, confidencialidade e respeito à autonomia) e deve-se considerar cuidadosamente as condições necessárias para documentar e denunciar casos de tortura e maus-tratos na ausência de consentimento (ver parágrafos 177–178 acima). Conforme declarado no parágrafo 155 acima, quando as supostas vítimas fornecem seu consentimento informado aos(as) profissionais de saúde para uma avaliação clínica e relatam tortura e maus-tratos, o(a) clínico(a) tem o dever inequívoco de documentar e relatar a tortura ou os maus-tratos se comprovados, caso contrário, de acordo com a Associação Médica Mundial, fazer isso constituiria uma forma de cumplicidade com a tortura e os maus-tratos.⁵²⁴
605. Nos casos em que o consentimento não é obtido e a tortura alegada ou observada pode constituir uma ameaça à pessoa e a outros(as), representando até mesmo problemas sistêmicos, é necessário que os(as) profissionais de saúde comuniquem suas preocupações e relatem tais assuntos de forma a respeitar o sigilo médico.

B. Contextos em que a documentação pode ser necessária

606. Os(As) profissionais de saúde podem se deparar com supostas torturas e maus-tratos em muitos contextos diferentes. Esses contextos incluem, mas não se limitam a:
- (a) Custódia ou prisão policial e militar:
 - (i) Avaliações clínicas solicitadas pelos(as) detentos(as);
 - (ii) Avaliações clínicas obrigatórias durante a detenção (por exemplo, triagem inicial no momento da detenção e exames de saúde de detentos(as) segregados(as));

522 Embora as Regras de Nelson Mandela não sejam obrigações dos Estados baseadas em tratados, elas fornecem orientação universal para profissionais de saúde que trabalham com pessoas privadas de liberdade.

523 Comitê Europeu para a Prevenção da Tortura, 23º Relatório Geral do CPT (ver cap. III, par. 71 e seguintes); Comissão Interamericana de Direitos Humanos, Princípios e Melhores Práticas sobre a Proteção de Pessoas Privadas de Liberdade nas Américas; e Comissão Africana de Direitos Humanos e dos Povos, Diretrizes e Medidas para a Proibição e Prevenção da Tortura, Penas ou Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes na África (Diretrizes de Robben Island).

524 Resolução da WMA sobre a responsabilidade dos(as) médicos(as).

- (iii) Exames ou formas de triagem regular, como exames de saúde;
 - (iv) Consultas gerais com profissionais de saúde;
 - (v) Monitoramento dos locais de detenção e de todos os locais de privação de liberdade (por exemplo, mecanismo preventivo nacional, instituição nacional de direitos humanos, Subcomitê de Prevenção da Tortura, Comitê Internacional da Cruz Vermelha (CICV), Comitê Europeu para a Prevenção da Tortura, Comissão Interamericana de Direitos Humanos, Relatores(as) Especiais das Nações Unidas e ONGs/organizações da sociedade civil);
 - (vi) Diferentes tipos de inspeções de saúde institucionais;
 - (b) Contextos de imigração (privados de liberdade ou não):
 - (i) Triagem clínica de solicitantes de asilo;
 - (ii) Consultas gerais com profissionais de saúde;
 - (iii) Avaliação clínica como um exame preliminar;
 - (c) Instituições de saúde, psiquiátricas e sociais:
 - (i) Consultas gerais com profissionais de saúde;
 - (ii) Inspeções de saúde institucionais;
 - (iii) Exames de saúde regulares;
 - (d) Configurações nacionais e internacionais *ad hoc*:
 - (i) Alegações de tortura ou maus-tratos no contexto de missões de apuração de fatos de direitos humanos;
 - (ii) Avaliações médicas solicitadas por cortes e tribunais regionais e internacionais;
 - (e) Instalações de saúde, salas de emergência e centros de atendimento de urgência:
 - (i) Consultas gerais com profissionais de saúde;
 - (f) Outros contextos:
 - (i) Investigações de ONGs e avaliações individuais de supostas vítimas;
 - (ii) Centros de reabilitação e tratamento para vítimas de tortura.
607. Nesses contextos, o objetivo principal de um encontro clínico pode variar. Em alguns encontros, o objetivo principal será avaliar casos supostos e suspeitos de tortura e maus-tratos e/ou prestação de serviços de saúde. Outros encontros podem ter como objetivo principal monitorar as condições de detenção e o tratamento de pessoas privadas de liberdade com o intuito de prevenir a tortura e maus-tratos, incluindo o monitoramento da prestação de serviços de saúde. Além disso, os encontros clínicos podem ocorrer em contextos legais e não legais. Qualquer avaliação clínica de um indivíduo privado de sua liberdade deve ser considerada um contexto legal devido à sua vulnerabilidade e ao maior risco de tortura e maus-tratos em tais ambientes.

608. Os exames de saúde obrigatórios incluem exames no momento da detenção, periodicamente durante a detenção e antes da transferência para outras instalações ou da liberação da custódia. O objetivo de tais exames é avaliar as condições de saúde e prevenir a tortura e os maus-tratos.

C. Desafios

609. Os(As) profissionais de saúde que avaliam supostas vítimas de violência, seja como resultado de tortura, violência doméstica, abuso infantil ou outras formas de maus-tratos, podem enfrentar desafios significativos para realizar essas avaliações de forma eficaz. Para cumprir sua obrigação de documentar e denunciar a tortura e os maus-tratos, os(as) profissionais de saúde devem compreender e mitigar tais desafios. Os(As) profissionais de saúde empregados(as) pelo Estado precisam compreender e mitigar os desafios associados à documentação eficaz da tortura e dos maus-tratos a fim de cumprir suas obrigações de prevenção e responsabilização pela tortura. Esses desafios são discutidos em detalhes nos parágrafos 269–302 acima e incluem condições essenciais e habilidades de entrevista (por exemplo, segurança, confiança, empatia e privacidade), o risco de retraumatização do(a) entrevistado(a), considerações específicas sobre gênero e crianças e as reações emocionais do(a) entrevistado(a) e do(a) profissional de saúde que podem afetar negativamente a avaliação clínica e os indivíduos envolvidos na avaliação. Ao realizar avaliações clínicas de casos em que há alegação ou suspeita de tortura ou maus-tratos, os(as) profissionais de saúde devem estar cientes de: salvaguardas processuais para garantir a segurança, a ética e a integridade do(a) paciente, e avaliações eficazes que sejam independentes de influências indevidas (consulte os parágrafos 312–315 acima); barreiras de comunicação e as habilidades e técnicas para lidar com elas, conforme discutido no parágrafo 325 acima, incluindo o uso de intérpretes (consulte os parágrafos 296–298 acima); e como avaliar as inconsistências que podem resultar da dificuldade relacionada ao trauma de recordar e contar experiências traumáticas (consulte os parágrafos 342–353 acima). O capítulo IV também fornece orientação sobre como os(as) médicos(as) devem interpretar seus achados clínicos e as limitações de tais interpretações (consulte os parágrafos 379–389 acima).
610. Os(As) profissionais de saúde que se deparam com supostas vítimas de tortura ou maus-tratos nos contextos mencionados acima, especialmente em contextos não legais, podem sofrer mais desafios. Esses desafios incluem, entre outros, os problemas mencionados abaixo.

1. Medo de represálias

611. Conforme mencionado anteriormente, como a tortura é um crime cometido por ou com o consentimento ou aquiescência de funcionários(as) do Estado, os(as) profissionais de saúde podem temer represálias por realizar uma avaliação clínica e/ou fazer interpretações que impliquem que um crime foi cometido por um(a) funcionário(a) do Estado. Os(As) profissionais de saúde que trabalham nessas condições devem entender que têm o dever profissional de documentar e denunciar a tortura e os maus-tratos sempre que houver consentimento informado e que não o fazer é uma forma de cumplicidade com esses abusos. Deve-se ter em mente que os contextos nos quais os(as) profissionais de saúde

enfrentam o risco de represálias podem ser, ao mesmo tempo, contextos nos quais as práticas de tortura e maus-tratos são generalizadas. Portanto, a avaliação clínica e a documentação são de vital importância. Eles(as) devem estar cientes das salvaguardas processuais ao realizar suas avaliações clínicas para minimizar o risco de represálias (consulte os parágrafos 312–315 acima). Além disso, conforme discutido no parágrafo 179 acima, os(as) profissionais de saúde devem procurar trabalhar com órgãos independentes de monitoramento e investigação, bem como com organizações profissionais nacionais e internacionais, para mitigar qualquer medo de represália.

612. Caso o exame clínico seja realizado fora das instalações clínicas, por exemplo, dentro de uma prisão ou até mesmo em uma cela de prisão, pode haver riscos maiores com relação à segurança, privacidade, represálias e diferentes formas de pressão que o(a) profissional de saúde pode sofrer. Há também o risco de laudos falsos negativos após esses exames.

2. Falta de treinamento

613. Os(As) profissionais de saúde devem procurar obter o treinamento necessário sobre os padrões de documentação do Protocolo de Istambul, incluindo a leitura e a compreensão do Protocolo de Istambul e de seus Princípios, participando de cursos de treinamento e aprendendo com colegas, quando possível em ambientes de orientação supervisionada. Os Estados devem fornecer esse treinamento para seus(suas) profissionais de saúde, e as instituições acadêmicas devem incluir o treinamento relevante nos currículos profissionais, bem como cursos de educação continuada. Esses cursos e currículos devem incluir tópicos relevantes do Protocolo de Istambul.
614. Os(As) profissionais de saúde devem estar cientes de sua obrigação ética profissional de documentar e denunciar tortura e maus-tratos, e obter o conhecimento e as habilidades profissionais necessárias para cumprir essas obrigações. A falta do treinamento necessário não diminui de forma alguma as obrigações éticas do(a) profissional de saúde de documentar e denunciar efetivamente a tortura e os maus-tratos.

3. Falta de tempo, carga de trabalho pesada e número inadequado de profissionais de saúde

615. Assim como nos casos de violência doméstica, agressão sexual, abuso infantil e outras formas de violência, o tempo insuficiente não é uma razão aceitável para não realizar uma avaliação em casos de tortura ou maus-tratos alegados ou suspeitos. Uma avaliação clínica pode ser condensada e ainda estar de acordo com os Princípios de Istambul. Os(As) profissionais de saúde devem dedicar o tempo necessário para uma avaliação eficaz e agendar uma consulta de acompanhamento ou encaminhar para outro(a) profissional de saúde com conhecimento e habilidades adequados se a avaliação não pode ser concluída em uma única visita.
616. Os(As) profissionais de saúde devem documentar todos os achados e informações detectados durante os encontros clínicos e as avaliações clínicas, bem como as condições, por exemplo, o tempo e o ambiente do exame, conforme declarado no parágrafo 270 acima, respeitando a confidencialidade e a privacidade.

4. Falta de espaço profissional adequado ou de condições

617. As condições das avaliações podem ser desafiadoras, por exemplo, a falta de privacidade, as condições físicas do local da entrevista e a pessoa que está sendo contida. Conforme mencionado nos parágrafos 315 e 354 acima e no anexo I, todas as avaliações devem ser realizadas com privacidade e sem limitações ou restrições. Se isso não puder ser feito, quaisquer limitações à privacidade devem ser documentadas no relatório do(a) médico(a).
618. Para cumprir sua obrigação profissional de documentar e denunciar a tortura e os maus-tratos, os(as) profissionais de saúde devem tomar medidas para solicitar – se possível, por escrito – que as autoridades forneçam um ambiente e condições adequadas, equipamentos, tempo e recursos humanos. Ao se dirigirem às autoridades nessas situações, os(as) profissionais de saúde podem se referir às normas internacionais e científicas. É recomendável manter uma cópia dessa correspondência.

5. Não revelação

619. As vítimas de tortura não necessariamente revelam suas experiências de tortura prontamente ou em uma primeira consulta e circunstâncias como a presença de outras pessoas ou o medo de represálias pode torná-las ainda menos propensas a fazer isso. O(A) profissional de saúde deve desenvolver habilidades para facilitar a revelação, prestar atenção aos indícios de outras experiências de tortura, especialmente a tortura sexual (consulte os parágrafos 274–276 acima), que a pessoa pode achar difícil revelar inicialmente, e explorar esses indícios à medida que se apresentam na análise dos sistemas corporais e no exame completo.⁵²⁵

6. Trauma vicário e burnout (esgotamento)

620. Conforme discutido nos parágrafos 300 e 302 acima, os(as) profissionais de saúde que não têm consciência da maneira como vivenciam indiretamente o trauma de outras pessoas podem reagir de uma forma que não é saudável para eles(as) mesmos(as) nem eficaz para a suposta vítima. O bem-estar profissional e as avaliações eficazes exigem conhecimento e mitigação do trauma vicário. Isso é especialmente verdadeiro para os(as) clínicos(as) que trabalham sozinhos(as), com apoio colegiado limitado e estão sujeitos(as) a altos níveis de estresse no trabalho e cargas de trabalho pesadas.

D. Implementação de obrigações éticas

621. Conforme discutido nos parágrafos 159–172 acima, todos(as) os(as) profissionais de saúde que se deparam com supostas vítimas de tortura ou maus-tratos, independentemente do objetivo principal do contato ou do contexto em que o encontro ocorre, devem respeitar suas obrigações éticas fundamentais, mesmo diante de obrigações reais ou aparentes com terceiros. A obrigação de não maleficência pode implicar, em casos extremos, que, devido aos riscos para a suposta vítima, nenhuma outra medida relativa à identificação, documentação, avaliação e denúncia deva ser tomada. Ao mesmo tempo, a obrigação ética de documentar e relatar é fundamental para evitar a cumplicidade passiva dos(as) profissionais de saúde nesses crimes.

.....
525 Faculty of Forensic and Legal Medicine of the Royal College of Physicians, Quality Standards for Healthcare Professionals.

622. O dever de documentar e relatar torturas e maus-tratos pode ser particularmente desafiadora em ambientes nos quais os(as) profissionais de saúde estão sob pressão real ou percebida de terceiros, como um(a) empregador(a) do Estado, que entra em conflito com seus deveres éticos. Nos casos em que a suposta tortura ou maus-tratos foi cometido na instituição em que a suposta vítima está sendo mantida, isso pode expor a vítima a um risco muito alto. Nessas circunstâncias, as obrigações éticas do(a) profissional de saúde de agir pelos melhores interesses do indivíduo, não causar danos e respeitar a autonomia e a confidencialidade podem entrar em conflito com a obrigação ética de documentar e denunciar a tortura e os maus-tratos e de evitar danos a outras pessoas.
623. Mesmo em tais situações conflitantes, os(as) profissionais de saúde nunca devem ignorar os casos e as suspeitas de tortura ou alegações apresentadas. Os(As) profissionais de saúde que suspeitarem de tortura ou maus-tratos, independentemente do ambiente ou do objetivo de um encontro clínico, devem sempre:
- (a) Procurar obter consentimento informado e divulgar qualquer obrigação de relatório ;
 - (b) Documentar e relatar a tortura e os maus-tratos de acordo com os Princípios de Istambul quando o consentimento informado para uma avaliação clínica e relatório for fornecido;
 - (c) Considerar, na ausência de consentimento informado, todas as obrigações éticas e só considerar as violações de confidencialidade nas condições previstas nos parágrafos 177–178 acima;
 - (d) Documentar padrões de abuso de forma anônima e relatar esses padrões de abuso a instituições internacionais e nacionais de direitos humanos;
 - (e) Considerar a necessidade de encaminhamentos, seja para fins de tratamento ou para documentação adicional por outros(as) médicos(as).

1. Obrigações reais ou aparentes com terceiros

624. Conforme discutido nos parágrafos 173–182 acima, os dilemas decorrentes de obrigações reais ou percebidas com terceiros, como empregadores(as) do Estado ou uma cadeia de comando militar, podem comprometer o respeito de um(a) profissional da saúde aos deveres éticos fundamentais. Quaisquer que sejam as circunstâncias de seu emprego, os(as) profissionais de saúde não podem ser obrigados(as), por considerações contratuais ou de outra natureza, a comprometer suas obrigações éticas profissionais ou sua independência.

2. Preconceito implícito e explícito

625. Os preconceitos explícitos são pensamentos conscientes direcionados a um grupo específico de indivíduos e são facilmente reconhecidos pelo(a) detentor(a) dessas crenças ou por outras pessoas durante interações rotineiras.⁵²⁶ Os preconceitos implícitos são pensamentos inconscientes direcionados a um grupo específico de indivíduos. A natureza inconsciente do preconceito implícito o torna bastante difundido, mesmo entre os(as) profissionais da área de saúde que trabalham com grupos como vítimas de tortura ou

.....
526 Chloë FitzGerald e Samia Hurst, "Implicit bias in healthcare professionals: a systematic review", *BMC Medical Ethics*, v. 18, n. 1 (2017).

maus-tratos, particularmente aquelas que estão sob custódia. É importante reconhecer e mitigar preconceitos implícitos e explícitos ao trabalhar com pacientes, clientes e supostas vítimas para evitar agir de acordo com essas concepções preconceituosas.

3. Oportunidades limitadas de encaminhamento

626. As opções de encaminhamento podem ser limitadas devido à falta de especialistas a quem recorrer, à resistência do sistema em encaminhar os casos, a obstáculos econômicos, bem como a problemas de acesso e padrões adequados com relação à transferência e aos exames nas unidades de saúde. Isso faz com que a documentação inicial de tortura ou maus-tratos seja ainda mais urgente e necessária.

E. Orientação e procedimentos

627. Todos(as) os(as) médicos(as) devem fazer o máximo para cumprir sua obrigação ética de documentar e denunciar a tortura e os maus-tratos em todos os ambientes. O Protocolo de Istambul e seus Princípios devem ser considerados a principal estrutura para o cumprimento dessa obrigação.

1. Avaliações clínicas e contextos jurídicos

628. Os capítulos IV, V e VI e os anexos I-IV fornecem orientações detalhadas sobre avaliações clínicas de tortura e maus-tratos em contextos legais. Vários pontos-chave dessa orientação são incluídos aqui apenas para destacar as diferenças entre as avaliações clínicas em contextos legais e não legais. Os(As) profissionais de saúde devem consultar os capítulos IV, V e VI e os anexos I-IV para garantir que suas avaliações clínicas em contextos legais sejam consistentes com as normas do Protocolo de Istambul.
629. Quando um indivíduo alega o crime de tortura ou maus-tratos, o Estado tem o dever de investigar as alegações.⁵²⁷ Essas investigações devem incluir avaliações clínicas de evidências físicas e psicológicas, de acordo com o Protocolo de Istambul e seus Princípios. Independentemente do tipo de caso jurídico (criminal, civil, administrativo ou outro) ou do contexto em que se alega tortura (custodial ou extracustodial), o Estado deve realizar avaliações oportunas por especialistas qualificados(as). Conforme declarado no capítulo IV (ver parágrafos 354–355, 379 e 382 acima) e no anexo I, os Princípios de Istambul sugerem que os(as) profissionais de saúde devem fornecer uma interpretação de todos os achados e uma opinião sobre a possibilidade de tortura ou maus-tratos.
630. As disposições do Protocolo de Istambul permitem alguma flexibilidade com relação ao nível de detalhes fornecidos em um relatório médico-legal. Isso significa que o conteúdo das avaliações médico-legais pode variar, desde que as avaliações sigam os Princípios de Istambul. Os Estados devem estabelecer políticas e procedimentos para o uso do Protocolo de Istambul pelos(as) profissionais de saúde empregados(as) pelo Estado, incluindo sua obrigação de realizar avaliações de acordo com o Protocolo de Istambul e seus Princípios. Isso também inclui, mas não se limita a, exigir o uso de formatos de avaliação padronizados para garantir a qualidade, a precisão e a responsabilidade que

.....
⁵²⁷ Convenção contra a Tortura, art. 12: "Cada Estado Parte assegurará que suas autoridades competentes procedam a uma investigação imediata e imparcial, sempre que houver motivos razoáveis para acreditar que um ato de tortura tenha sido cometido em qualquer território sob sua jurisdição."

sejam consistentes com o Protocolo de Istambul e seus Princípios. Os(As) profissionais de saúde não governamentais, por outro lado, não devem ser obrigados(as) a usar um formulário de avaliação padronizado que possa ser exigido dos(as) profissionais de saúde do Estado.

631. Em todos os casos de tortura ou suspeita de tortura ou maus-tratos, é dever do(a) profissional de saúde realizar esse trabalho de acordo com o Protocolo de Istambul e seus Princípios e não aceitar qualquer limitação a esse procedimento, dada, por exemplo, por promotores(as) ou juízes(as). Isso significa que o dever de examinar as supostas vítimas dessa maneira substitui quaisquer limitações que possam ser impostas por considerações legais. Deve-se observar que os(as) clínicos(as) que realizam avaliações de saúde de pessoas privadas de liberdade, por exemplo, no caso de avaliações de saúde de rotina de detentos(as), prestação de cuidados de saúde a prisioneiros(as) e visitas de monitoramento de detenção, devem ser treinados(as) e ter a capacidade de realizar avaliações clínicas de acordo com o Protocolo de Istambul e seus Princípios, dada a possibilidade de tortura e maus-tratos nesses ambientes.
632. Embora os(as) profissionais de saúde não governamentais não realizem avaliações em nome do Estado, suas avaliações devem estar em conformidade com os padrões mínimos contidos nos Princípios de Istambul quando fornecerem um parecer médico-legal sobre tortura ou maus-tratos em casos legais.

2. Avaliações clínicas em contextos não jurídicos

633. Em contextos não jurídicos, os(as) profissionais de saúde podem observar lesões e estresse psicológico durante a prestação de serviços de saúde ou na avaliação do estado de saúde das vítimas. Quando esse for o caso, o(a) profissional de saúde deve perguntar sobre a causa de tais lesões ou estresse psicológico e circunstâncias relacionadas, inclusive se o indivíduo esteve sob a custódia de algum(a) funcionário(a) do Estado, incluindo agentes da lei. Os(As) profissionais de saúde devem sempre ter em mente que qualquer pessoa privada de sua liberdade corre o risco de sofrer tortura e outras formas de maus-tratos.
634. Se o indivíduo alegar ou o(a) profissional de saúde suspeitar da possibilidade de tortura ou maus-tratos por ou com a aquiescência de um(a) funcionário(a) do Estado, o(a) clínico(a) deve considerar as seguintes orientações ao documentar e relatar a tortura ou os maus-tratos (consulte o anexo I):
 - (a) Procurar obter consentimento informado, conforme descrito nos parágrafos 165–171 e 273 acima, inclusive divulgação de quaisquer requisitos de relatórios obrigatórios, antes de prosseguir com uma avaliação;
 - (b) Excluir qualquer terceiro da sala de avaliação para garantir a privacidade. Consulte os parágrafos 312–315 acima para obter orientações adicionais sobre a presença de terceiros durante uma avaliação;
 - (c) Informar-se sobre a causa de qualquer lesão ou sofrimento psicológico;
 - (d) Registrar e avaliar quaisquer sintomas físicos e/ou psicológicos ou deficiências que possam estar relacionados ao suposto abuso;

- (e) Realizar um exame físico direcionado de todos os sistemas de órgãos que possam estar relacionados às alegações de abuso, incluindo um breve exame do estado mental e uma avaliação de risco de danos a si mesmo(a) e a outros(as);
 - (f) Documentar a presença de todas as lesões detectadas, inclusive aquelas que possam estar associadas a abuso alegado ou suspeito, com diagramas corporais (consulte o anexo III) e fotografias se possível;
 - (g) Se houver alegação ou suspeita de maus-tratos com base em observações clínicas ou achados clínicos, e sob a condição de que a vítima alegada dê seu consentimento informado, o(a) profissional de saúde deve:
 - (i) Fazer encaminhamentos apropriados para consulta, avaliação e avaliação médico-legal adicionais dos maus-tratos alegados ou suspeitos e também para tratamento de condições médicas e de saúde mental;
 - (ii) Notificar as autoridades apropriadas e informar os indivíduos sobre seu direito a avaliações clínicas por especialistas clínicos(as) independentes e não governamentais e, na medida do possível, fazer um encaminhamento a um(a) especialista não governamental específico;
 - (h) Os(As) médicos(as) que têm conhecimento e experiência na aplicação do Protocolo de Istambul e de seus Princípios podem considerar a possibilidade de fornecer uma interpretação do nível de consistência entre os achados clínicos e o(s) método(s) alegado(s) de lesão, bem como uma opinião sobre a possibilidade de tortura ou maus-tratos, conforme definido na Convenção contra a Tortura (consulte os parágrafos 382–385, 424–425 e 546–548 acima);
 - (i) Fornecer uma cópia da documentação/avaliação às autoridades legais apropriadas e ao(à) paciente se solicitado, e/ou ao(à) representante legal do(as) paciente, mas não aos(às) agentes da lei. Os(As) profissionais de saúde devem manter uma cópia da avaliação e da documentação para si mesmos(as) em arquivos médicos seguros;
 - (j) Se o(a) profissional de saúde não puder realizar algum ou todos os componentes dessa avaliação, ele(a) deverá indicar o(s) motivo(s) para isso na documentação e buscar abordagens alternativas;
 - (k) Se houver qualquer sinal de tortura ou maus-tratos, o(a) médico(a) deve fazer todos os esforços possíveis e tomar todas as medidas para evitar que a suposta vítima seja enviada de volta ao local onde a tortura ou os maus-tratos possivelmente ocorreram.
635. Quando profissionais de saúde independentes e não governamentais realizam avaliações clínicas de alegações ou suspeitas de tortura ou maus-tratos em ambientes não legais, eles(as) não têm o mesmo direito formal de prova como os realizados em ambientes legais. Nesses casos, seria razoável que os(as) clínicos(as) seguissem os Princípios de Istambul e registrassem quaisquer desvios dos elementos exigidos por esses princípios, quando aplicável. Por exemplo, algumas investigações de campo sobre direitos humanos podem não permitir tempo suficiente para realizar avaliações psicológicas completas e detalhadas e, portanto, isso precisaria ser registrado.

636. Os(As) profissionais de saúde precisarão, ao avaliar as informações fornecidas e os achados clínicos, levar em conta que os indivíduos podem não revelar toda a extensão de suas experiências de tortura ou maus-tratos. As experiências de tortura sexual, em particular, podem não ser reveladas, conforme discutido nos parágrafos 274–276 acima, e a capacidade dos indivíduos de se lembrarem completamente dos detalhes de suas experiências pode ser afetada por muitos fatores, inclusive o estresse da situação, por exemplo, se estiverem detidos (ver parágrafos 342–353 acima). É provável que seu estado mental e os sintomas psicológicos relatados também sejam diferentes se estiverem privados de liberdade. Por fim, os(as) médicos(as) que não estão familiarizados(as) com o reconhecimento e a documentação de lesões físicas podem subnotificar os achados físicos em comparação com os(as) médicos(as) mais experientes.
637. As avaliações clínicas em ambientes não jurídicos devem se esforçar para fornecer todas as informações inerentes a uma avaliação médico-legal completa, conforme descrito no Protocolo de Istambul. Isso inclui abordar o histórico clínico relevante, as alegações ou suspeitas de abuso, sintomas físicos e psicológicos, e os achados resultantes de um exame físico e psicológico. A conclusão deve avaliar os problemas clínicos e as necessidades de tratamento, bem como as medidas tomadas para iniciar os testes e o tratamento, e os encaminhamentos para exames e tratamentos adicionais. Para fins legais, as informações do caso e as circunstâncias da avaliação devem ser incluídas, e o relatório do(a) médico(a) deve ser datado e assinado.

F. Relatórios e regulamentação

638. A obrigação profissional de denunciar a tortura e os maus-tratos é discutida no capítulo II (consulte os parágrafos 148, 155 e 177–182 acima), bem como as condições que podem impedir a denúncia de tortura e maus-tratos quando a suposta vítima não dá seu consentimento. Também é importante estar ciente das leis e regulamentações nacionais referentes à denúncia de alegações de tortura ou maus-tratos. Essas leis (por exemplo, códigos de processo penal e leis forenses ou de saúde) geralmente estabelecem um requisito de relatório obrigatório para os(as) profissionais de saúde e podem desconsiderar o pressuposto do consentimento informado. Conforme declarado no parágrafo 175 acima, os(as) profissionais de saúde têm o dever de cumprir suas obrigações éticas fundamentais, mesmo que estejam em conflito com a lei.
639. Conforme discutido no parágrafo 315 acima, os relatórios clínicos de supostas vítimas nunca devem ser fornecidos a agentes da lei, mas a uma autoridade judicial ou outra autoridade independente, separada do ambiente em que ocorreu o possível abuso. A instituição nacional oficial de direitos humanos e os mecanismos preventivos nacionais em um Estado podem ser mecanismos de colaboração eficazes para esclarecer ou definir tais procedimentos.
640. As políticas de documentação e relatório para os(as) profissionais de saúde devem ser estabelecidas pelas instituições do Estado em consulta com os órgãos internacionais de monitoramento e prevenção, bem como com as associações nacionais e internacionais de profissionais de saúde, para garantir o respeito a todas as obrigações dos(as) profissionais de saúde. Isso pode ser particularmente importante para os(as) profissionais de saúde

que trabalham em ambientes de detenção, que podem estar clinicamente isolados(as) do apoio de colegas. As associações nacionais de profissionais de saúde e as instituições nacionais de direitos humanos devem ter um papel ativo na identificação de procedimentos de documentação e notificação de casos de tortura alegada ou suspeita ou maus-tratos, especialmente quando as autoridades de detenção não fornecem essa orientação.

G. Monitorar e garantir a qualidade de todas as avaliações oficiais

641. Não é suficiente que os Estados simplesmente estabeleçam procedimentos e práticas que apliquem as disposições do Protocolo de Istambul e seus Princípios. Conforme discutido nos parágrafos 674–679 abaixo, os Estados precisam monitorar e garantir a qualidade de todas as avaliações oficiais nas quais há alegação ou suspeita de tortura ou maus-tratos e tomar medidas corretivas em caso de não conformidade. Além disso, é de fundamental importância que os Estados garantam que as avaliações apropriadas sejam conduzidas por profissionais de saúde. As avaliações forenses oficiais devem ser realizadas de acordo com o Protocolo de Istambul e seus princípios.

VIII. IMPLEMENTAÇÃO DO PROTOCOLO DE ISTAMBUL

642. O Protocolo de Istambul foi desenvolvido para estabelecer padrões específicos das Nações Unidas sobre a eficácia das investigações jurídicas e clínicas de alegações de tortura ou maus-tratos. Embora o Protocolo de Istambul tenha servido para preencher a lacuna entre os deveres dos Estados, baseados em tratados, de investigar a tortura e os maus-tratos e a falta de orientação normativa, particularmente sobre a investigação médico-legal e a documentação da tortura e dos maus-tratos, ele não forneceu orientação detalhada e específica sobre como os Estados devem implementar essas normas. Este capítulo busca fornecer orientação aos Estados e aos membros da sociedade civil sobre a implementação do Protocolo de Istambul com base na ampla experiência prática das partes interessadas nele. Como responsáveis pelos direitos humanos, os Estados têm a obrigação de garantir a prevenção, a responsabilização e a reparação eficazes da tortura e dos maus-tratos. Embora as orientações deste capítulo se destinam principalmente aos Estados para que cumpram suas obrigações de direitos humanos, ele também é relevante para membros da sociedade civil para que sejam usadas como uma estrutura para a responsabilização do Estado pela investigação e documentação eficazes da tortura e maus-tratos e para identificar atividades específicas de implementação nas quais a sociedade civil possa participar.
643. Desde 1999, vários(as) profissionais da área jurídica e de saúde, além de outros(as) defensores(as) dos direitos humanos, têm trabalhado para implementar os padrões do Protocolo de Istambul em aproximadamente 40 países. Essa ampla experiência prática proporcionou uma visão das necessidades e dos desafios associados à implementação pelo Estado do Protocolo de Istambul.⁵²⁸ Em 2012, quatro organizações parceiras (*Physicians for Human Rights, International Rehabilitation Council for Torture Victims, Human Rights Foundation of Turkey e Redress Trust*) desenvolveram uma série de diretrizes práticas – conhecidas como “Plano de Ação do Protocolo de Istambul” – para a implementação do Protocolo de Istambul pelos Estados. O Plano de Ação do Protocolo de Istambul foi reconhecido e apoiado pelo Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos em 2012⁵²⁹ e pelo Relator Especial sobre a tortura em 2014.⁵³⁰
644. As diretrizes do Plano de Ação do Protocolo de Istambul foram aplicadas em vários países e têm sido fundamentais para melhorar a investigação e práticas de documentação relativas à tortura e aos maus-tratos. A orientação incluída neste capítulo baseia-se nos elementos centrais do Plano de Ação do Protocolo de Istambul, bem como na experiência global e prática daqueles(as) que prepararam e redigiram a presente edição do Protocolo de Istambul.⁵³¹ Essa orientação destina-se a ajudar os Estados a implementar os padrões do Protocolo de Istambul e fortalecer as condições necessárias para uma investigação e documentação legal e médico-legal eficazes da tortura e dos maus-tratos. Essa

.....
 528 Haar e outros, “*The Istanbul Protocol: a stakeholder survey*” (consulte a nota de rodapé 7 na introdução acima), que apresenta os resultados de uma pesquisa com 220 partes interessadas do Protocolo de Istambul de 30 países sobre as condições do país em que trabalham e relatórios sobre os desafios que enfrentam.

529 Declaração da Alta Comissária das Nações Unidas para os Direitos Humanos, Navanethem Pillay, em 24 de fevereiro de 2012.

530 A/69/387, pars. 56 e 74.

531 Vincent Iacopino e outros, “*Istanbul Protocol implementation in Central Asia: bending the arc of the moral universe*”, *Journal of Forensic and Legal Medicine*, v. 69 (2020).

orientação também tem o objetivo de servir como uma estrutura de responsabilidade para a implementação pelo Estado de práticas eficazes de investigação e documentação.

A. Condições para a implementação efetiva do Protocolo de Istambul

645. Durante os últimos 20 anos, aqueles(as) que trabalharam para implementar as normas do Protocolo de Istambul aprenderam que a investigação e documentação legal e clínica eficazes da tortura e dos maus-tratos dependem de uma série de condições interdependentes que exigem implementação progressiva. Os Estados devem tomar medidas para concretizar as condições descritas abaixo.

1. Reconhecimento oficial das normas do Protocolo de Istambul

646. A tortura e os maus-tratos são violações cometidas por funcionários(as) do Estado, por sua instigação ou com a aquiescência deles(as). A fim de obter a responsabilidade dentro dos ramos relevantes do governo, é essencial que os Estados, por meio de ações legislativas e administrativas, reconheçam oficialmente e institucionalizem os padrões do Protocolo de Istambul entre os departamentos e funcionários(as) relevantes, tais como promotores(as), advogados(as), incluindo advogados(as) nomeados(as) pelo tribunal, juízes(as), agentes da lei, agentes penitenciários e funcionários(as) do governo, pessoal militar, profissionais forenses e de saúde e os(as) responsáveis pelo tratamento de saúde dos(as) detentos(as).

2. Vontade política

647. Uma das condições mais importantes para a investigação e documentação efetivas da tortura e da violência é a existência de um sistema de controle de tortura. A principal razão para a erradicação da tortura e dos maus-tratos é a vontade política necessária em nível nacional em todos os órgãos governamentais relevantes para erradicar a tortura e os maus-tratos, incluindo compromissos dos atores dentro das instituições, como forças policiais, de segurança e antiterrorismo, serviços médicos e forenses, judiciário, prisões e departamentos governamentais para implementar reformas administrativas, legislativas e judiciais. A vontade política deve ser demonstrada por meio de ações consistentes, abrangentes e sustentadas. Ações corretivas limitadas, como treinamento para um ou mais grupos-alvo na ausência de outras reformas políticas substanciais, representam um compromisso inadequado por parte dos(as) agentes do Estado e podem até ser uma tentativa deliberada de aplacar os apelos por ações corretivas eficazes. Evidências da vontade política necessária para acabar com as práticas de tortura geralmente incluem o reconhecimento pelo Estado da natureza e da extensão das práticas de tortura e maus-tratos, uma política de “tolerância zero” em relação à tortura e aos maus-tratos, e um plano de ação nacional que inclua a implementação do Protocolo de Istambul e seja baseado em uma avaliação abrangente da natureza e da extensão da tortura e práticas de maus-tratos. A orientação de implementação elaborada neste capítulo pode servir como modelo para planos de ação nacionais. Em última análise, a medida de uma política eficaz de combate à tortura e aos maus-tratos será a capacidade do Estado de prevenir esses crimes, responsabilizar os(as) perpetradores(as) e oferecer às vítimas a reparação que elas merecem.

3. Um sistema de justiça criminal eficaz

648. Os sistemas de justiça criminal geralmente enfrentam uma ampla gama de desafios para assegurar efetivamente, entre outras coisas:

- (a) Garantias fundamentais durante a prisão e a detenção;
- (b) Investigação e julgamento de tortura e maus-tratos;
- (c) Avaliações médico-legais de supostas vítimas;
- (d) Investigações policiais de supostos crimes sem depender do recurso à tortura ou maus-tratos como meio de obter confissões;
- (e) Defesa legal de supostas vítimas;
- (f) Proibição do uso em qualquer processo de provas obtidas como resultado de tortura ou maus-tratos;
- (g) Sanções contra os(as) perpetradores(as) e aqueles(as) que são cúmplices;
- (h) Medidas para proteger e promover os direitos de pessoas privadas de liberdade com necessidades especiais;
- (i) Monitoramento sistemático de práticas que possam constituir tortura ou maus-tratos;
- (j) Prestação de contas e acompanhamento por parte dos(as) funcionários(as) do governo quando houver alegação de tortura ou maus-tratos;
- (k) Garantias processuais e mecanismos de responsabilização para lidar com a possibilidade de represálias contra supostas vítimas;
- (l) Reparação, inclusive reabilitação, para vítimas de tortura ou maus-tratos.

649. A capacidade de um Estado de conduzir investigações e documentação eficazes sobre tortura e maus-tratos, definidas de acordo com a Convenção contra a Tortura ou outros tratados internacionais relevantes,⁵³² é frequentemente dependente de um sistema de justiça criminal funcional, incluindo uma legislação que torne a tortura e os maus-tratos um delito criminal específico, a existência de regras de processo criminal e de provas que respeitem os direitos das pessoas detidas e acusadas, uma vontade e capacidade demonstradas de erradicar a corrupção e os abusos formais, e separação prática entre a aplicação da lei, a equipe médica e a equipe judicial. Os serviços forenses do Estado devem ser independentes da aplicação da lei, da acusação e/ou da autoridade militar. Clínicos(as) não governamentais devem ter poderes para avaliar evidências físicas e psicológicas de acordo com os padrões do Protocolo de Istambul. O Protocolo de Istambul e seus Princípios fornecem uma estrutura normativa para sistemas jurídicos, especialmente sistemas de justiça criminal, com o objetivo de garantir a prevenção da tortura e dos maus-tratos, a responsabilização e a reparação.

.....
⁵³² Os Estados podem adotar outras definições que ofereçam mais proteção do que o art. 1º da Convenção contra a Tortura (por exemplo, a Convenção Interamericana para Prevenir e Punir a Tortura).

4. Recursos financeiros e humanos adequados

650. Os Estados devem garantir recursos financeiros e humanos adequados para manter a implementação progressiva das normas do Protocolo de Istambul e as condições necessárias para a implementação efetiva, incluindo pessoal jurídico e médico-legal qualificado, em especial, um número adequado de profissionais de saúde com qualificações clínicas apropriadas (consulte os parágrafos 303–308 acima), inclusive clínicos(as) de saúde mental, e um compromisso com a ética médica. Esses recursos humanos geralmente requerem apoio financeiro contínuo ao longo de vários anos.

5. Boa governança

651. A maneira como os Estados governam é relevante para a realização de uma reforma significativa dos direitos humanos. A tortura e os maus-tratos são atos de violência e representam a antítese da boa governança. De acordo com o Escritório do Alto Comissário das Nações Unidas para os Direitos Humanos (OHCHR, sigla em inglês), a boa governança engloba:

“Pleno respeito aos direitos humanos, Estado de Direito, participação efetiva, parcerias com múltiplos atores, pluralismo político, processos e instituições transparentes e responsáveis, um setor público eficiente e eficaz, legitimidade, acesso ao conhecimento, informação e educação, empoderamento político das pessoas, equidade, sustentabilidade e atitudes e valores que promovam a responsabilidade, a solidariedade e a tolerância”.⁵³³

Além disso:

“A boa governança é o processo pelo qual as instituições públicas conduzem os assuntos públicos, gerenciam os recursos públicos e garantem a realização dos direitos humanos de maneira essencialmente livre de abusos e corrupção, com o devido respeito ao Estado de Direito”.⁵³⁴

A boa governança não é apenas extremamente importante no processo de implementação dos padrões do Protocolo de Istambul, muitas vezes serve como remédio para as condições que facilitam a tortura e os maus-tratos. Ações corretivas bem-sucedidas contra a tortura, inclusive a implementação do Protocolo de Istambul, dependem, portanto, da capacidade do governo de transparência, responsabilidade, instituições funcionais, capacitação, controles e equilíbrio de instituições de controle, do Estado de Direito e da participação ativa de organizações, movimentos e líderes da sociedade civil para interagir com os(as) agentes do Estado.

6. Cooperação

652. A adoção de medidas para acabar com as práticas de tortura e maus-tratos envolve a cooperação entre os governos nacionais, regionais e internacionais, instituições internacionais, incluindo as Nações Unidas e outras organizações multilaterais, e ONGs. Essa cooperação depende muito do grau em que um Estado demonstra a vontade política sustentada necessária para acabar com as práticas de tortura e maus-tratos. Essa cooperação pode ser facilitada por acordos ou condicionada a evidências mutuamente acordadas de

⁵³³ Consulte www.ohchr.org/EN/Issues/Development/GoodGovernance/Pages/AboutGoodGovernance.aspx.

⁵³⁴ Consulte a seção de boa governança e direitos humanos do site do OHCHR (www.ohchr.org/en/good-governance). Consulte também o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, *Towards Human Resilience: Sustaining MDG Progress in an Age of Economic Uncertainty* (Nova Iorque, 2011), cap. 8 sobre princípios de governança; e Conselho da Europa, “12 princípios da boa governança democrática” (2018).

vontade política e progresso sustentado. Os acordos e parcerias de cooperação ajudam a estabelecer confiança e um entendimento comum dos desafios e das medidas corretivas que precisam ser tomadas. Essa cooperação permite uma ampla gama de atividades de assistência técnica, incluindo a identificação de práticas e políticas que facilitam a tortura ou os maus-tratos, o estabelecimento de um plano de ação nacional oficial para a prevenção da tortura e dos maus-tratos, a responsabilização e a reparação, a capacitação abrangente de grupos-alvo relevantes e o monitoramento da eficácia dos esforços de implementação, incluindo práticas eficazes de investigação e documentação sobre tortura e maus-tratos.

7. Participação ativa da sociedade civil

653. Aqueles(as) que trabalharam para implementar as normas do Protocolo de Istambul entendem, com base em suas experiências globais coletivas, que é improvável que os crimes de tortura e maus-tratos cometidos pelo Estado mudem na ausência da participação ativa da sociedade civil. Os Estados que cometem tortura e maus-tratos geralmente usam o poder do Estado para ocultar esses crimes e resistir à reforma. Os Estados que estão comprometidos com o fim da tortura e dos maus-tratos devem acolher e facilitar o envolvimento ativo de organizações da sociedade civil, movimentos, organizações profissionais e líderes em ações contra a tortura, incluindo a implementação do Protocolo de Istambul. Os Estados também devem incentivar e apoiar uma rede nacional de profissionais não governamentais para realizar avaliações clínicas de supostas torturas, analisar a qualidade e a precisão das avaliações do Estado e participar de reformas políticas, capacitação e atividades de educação pública. Os Estados também devem garantir que os atores jurídicos e clínicos não estatais tenham acesso adequado a todas as informações relevantes, como arquivos de casos, investigações e supostas vítimas, em casos médico-legais de suposta tortura ou maus-tratos, bem como mortes sob custódia.

B. Rumo à implementação efetiva do Protocolo de Istambul

654. Aqueles(as) que trabalharam para implementar as normas do Protocolo de Istambul consideraram útil prever três atividades complementares para implementação – avaliação, desenvolvimento de capacidade e reforma de políticas – que são aplicadas em fases interdependentes. É importante observar que a implementação bem-sucedida das atividades dentro dessas fases não exige uma aplicação sequencial estrita. Exemplos de implementação bem-sucedida do Protocolo de Istambul incluem, entre outros, as seguintes fases de metas e atividades.

1. Fase I

655. Na fase inicial, as partes interessadas na prevenção da tortura normalmente enfrentam o desafio de desenvolver um entendimento comum sobre a natureza e a extensão do problema da tortura e dos maus-tratos, a importância das normas do Protocolo de Istambul e a necessidade de estabelecer parcerias funcionais. Os principais objetivos dessa fase incluem: (a) avaliar condições e desafios específicos de cada país; (b) aumentar a conscientização sobre os padrões do Protocolo de Istambul entre as partes interessadas relevantes do

governo e da sociedade civil; e (c) desenvolver parcerias entre as partes interessadas do governo, sociedade civil e organizações internacionais de direitos humanos.

2. Fase II

656. Na segunda fase, os principais objetivos envolvem a transferência de conhecimentos e habilidades essenciais, bem como a adoção de medidas para implementar reformas de políticas. Os objetivos específicos da fase II incluem: (a) desenvolver capacidade sustentada de usar os padrões do Protocolo de Istambul para investigar e documentar alegações de tortura e maus-tratos entre os grupos-alvo relevantes (especialistas clínicos(as) forenses do Estado, especialistas clínicos(as) e forenses da sociedade civil e outros(as) profissionais de saúde, promotores(as), advogados(as) e juizes(as); (b) instituir reformas políticas para garantir a investigação e a documentação eficazes da tortura e dos maus-tratos; e (c) desenvolver um plano de ação nacional contra a tortura que inclua a implementação do Protocolo de Istambul.

3. Fase III

657. Depois de estabelecer uma estrutura para a capacitação sustentada e identificar as reformas políticas corretivas necessárias, a implementação efetiva geralmente requer a transferência das atividades de implementação para a sociedade civil local e para os atores estatais, a institucionalização dos padrões e práticas do Protocolo de Istambul e o monitoramento do resultado dos esforços de implementação. Os objetivos específicos da fase III incluem: (a) transferir atividades de capacitação e reforma de políticas para a sociedade civil local e para os(as) agentes do Estado; (b) integrar as melhores práticas nas instituições governamentais e profissionais; (c) aprimorar a rede e a colaboração regionais; e (d) monitorar a qualidade e a precisão das avaliações forenses e médico-legais de supostas torturas ou maus-tratos.

C. Reformas legais, administrativas e judiciais

658. Em muitos países, os Estados praticam tortura e maus-tratos com impunidade porque os sistemas legais e judiciários não possuem uma estrutura normativa e salvaguardas institucionais para evitar violações e garantir a responsabilização e a reparação. Em alguns casos, eles têm disposições que de fato facilitam a tortura e os maus-tratos. Os sistemas de justiça criminal que dependem muito de confissões como prova primária em processos judiciais podem, intencionalmente ou não, facilitar a tortura e os maus-tratos. Para que as práticas de investigação e documentação descritas no Protocolo de Istambul sejam eficazes, os Estados talvez precisem realizar reformas legais, administrativas e judiciais, incluindo a definição e a criminalização de atos de tortura e maus-tratos de acordo com as obrigações da Convenção contra a Tortura e outros tratados internacionais relevantes; ratificar e garantir a implementação efetiva do Protocolo Facultativo da Convenção contra a Tortura e o estabelecimento de mecanismos preventivos nacionais e outros órgãos de monitoramento independentes e eficazes. Os Estados devem ainda garantir a aplicação adequada das leis penais sobre tortura e maus-tratos e que sua aplicação não seja impedida por leis menores sobre abuso de poder por funcionários(as) do Estado ou lesões causadas por funcionários(as) do Estado ou pela imposição de

sanções administrativas. Além disso, os Estados devem garantir que as regras de prova excluam a admissão de declarações feitas sob tortura e maus-tratos e de todas as outras provas obtidas como resultado de tais violações. Uma das maneiras mais eficazes de evitar falsas confissões sob tortura ou maus-tratos é exigir que o processo de obtenção de declarações autoincriminatórias seja conduzido na presença de um(a) juiz(a), depois que o(a) detento(a) tenha tido assessoria jurídica independente.

659. A tortura e os maus-tratos geralmente ocorrem sob custódia quando os Estados deixam de garantir salvaguardas para as pessoas privadas de liberdade e não dispõem de mecanismos eficazes de denúncia para lidar com supostos abusos. Os Estados devem tomar as medidas necessárias para garantir mecanismos eficazes de reclamação para indivíduos que alegam tortura ou maus-tratos e proteção contra represálias e/ou intimidações. Eles também devem garantir a proteção das pessoas privadas de liberdade por meio de:
- (a) Cumprir as Regras de Nelson Mandela e outros padrões relevantes das Nações Unidas;
 - (b) Informar as pessoas privadas de liberdade sobre seus direitos em um idioma que elas entendam;
 - (c) Garantir acesso imediato a um(a) advogado(a) de sua escolha durante todos os interrogatórios e processos judiciais;
 - (d) Permitir contato imediato e visitas de parentes(as) e/ou amigos(as);
 - (e) Permitir visitas regulares de órgãos de monitoramento;
 - (f) Garantir o acesso imediato a um(a) juiz(a) *ex officio* em processos criminais e o direito de *habeas corpus* em todos os processos;
 - (g) Permitir acesso consular imediato para as pessoas detidas em um Estado estrangeiro (um Estado que não seja o de sua nacionalidade);
 - (h) Garantir que ninguém seja detido em nenhum centro de detenção secreto ou não reconhecido;
 - (i) Manter registros de custódia eficazes e precisos;
 - (j) Proibir a detenção incomunicável e indefinida, inclusive em locais de detenção não oficiais;
 - (k) Proibir o uso em qualquer processo de provas obtidas como resultado de tortura ou maus-tratos;
 - (l) Garantir que os interrogatórios sejam consistentes com as práticas de aplicação da lei reconhecidas internacionalmente;
 - (m) Adotar procedimentos operacionais padrão para avaliar e relatar alegações de tortura ou maus-tratos em detenção, seja em ambientes civis ou militares, de acordo com as normas do Protocolo de Istambul;
 - (n) Garantir salvaguardas apropriadas para categorias especiais de detentos(as) (mulheres, jovens, idosos(as), estrangeiros(as), minorias étnicas, lésbicas, gays, bissexuais,

transgêneros e intersexuais, pessoas doentes, pessoas com deficiências, pessoas com problemas de saúde mental ou dificuldades de aprendizagem e outros grupos ou indivíduos que possam ser particularmente vulneráveis durante a detenção).

660. Conforme descrito no parágrafo 186 acima, os Estados têm o dever de conduzir investigações imediatas, imparciais, independentes, eficazes e completas de todas as alegações de tortura ou maus-tratos com a participação das vítimas durante todas as fases das investigações. Dada a importância fundamental das provas médico-legais de tortura, os Estados devem implementar um sistema de avaliações de saúde obrigatórias para as pessoas detidas, incluindo um exame de saúde inicial no momento da detenção e a cada 24 horas depois disso; a pedido da pessoa detida; e antes da transferência para outros locais de detenção, inclusive prisão preventiva.⁵³⁵ Uma vez que a tortura e os maus-tratos são crimes cometidos por funcionários(as) do Estado ou com a aquiescência destes(as), é essencial que os Estados garantam o direito das supostas vítimas a um(a) ou mais profissionais de saúde de sua escolha para avaliação clínica a qualquer momento durante ou após sua custódia, inclusive em locais de detenção que exijam autorização de segurança. Essas avaliações feitas por clínicos(as) não governamentais devem ser admissíveis em juízo e receber consideração igual à dos(as) peritos(as) médicos(as) governamentais.⁵³⁶ Os(As) médicos(as), tanto governamentais e não governamentais, devem ter acesso imediato (em menos de 24 horas) às supostas vítimas de tortura ou maus-tratos para avaliar as evidências físicas e psicológicas de acordo com as normas do Protocolo de Istambul, estejam os indivíduos sob custódia ou não. Os Estados devem garantir que todas as salvaguardas processuais do Protocolo de Istambul para avaliações médico-legais de suposta tortura ou maus-tratos sejam codificadas na legislação nacional, incluindo códigos de processo penal e legislação forense e de saúde (consulte os parágrafos 312–315 acima).
661. Os Estados devem desenvolver uma estrutura legal sólida para reparar a tortura e os maus-tratos, incluindo processos civis que sejam independentes do resultado de qualquer processo criminal, e o direito das vítimas à reabilitação. Isso deve incluir recursos processuais eficazes, tanto judiciais quanto extrajudiciais, para proteger o direito das vítimas de não serem submetidas à tortura e aos maus-tratos na lei e na prática, e para proporcionar reparação e reabilitação. A legislação nacional deve prever as diferentes formas de reparação reconhecidas pelo direito internacional e as reparações concedidas devem refletir a gravidade da(s) violação(ões).
662. Os Estados devem assegurar que todo o pessoal relevante (agentes da lei, agentes penitenciários(as), peritos(as) forenses do Estado e outros(as) profissionais da saúde, promotores(as), advogados(as) e juízes[as]) receba treinamento sobre investigação e documentação legal e clínica eficazes de tortura e maus-tratos e que os(as) agentes da lei recebam treinamento específico sobre métodos de interrogatório internacionalmente aceitos e medidas eficazes para prevenir a tortura e os maus-tratos. O treinamento dos grupos-alvo relevantes deve ser incluído nos currículos profissionais pertinentes, bem

.....
535 Como essas avaliações são uma obrigação dos Estados, o custo das avaliações de saúde obrigatórias deve ser arcado por eles.

536 Embora as ONGs, os(as) médicos(as) e os(as) profissionais de saúde não sejam obrigados(as), de acordo com a lei internacional, a produzir avaliações de acordo com o Protocolo de Istambul, eles(as) são muito incentivados(as) a fazê-lo. Além disso, as supostas vítimas reservam-se o direito de decidir se apresentarão provas e os tipos delas.

como cursos de treinamento específicos e educação continuada para aqueles(as) que já atuam em suas áreas. Os(As) advogados(as), promotores(as) e juizes(as) devem ter conhecimento e treinamento específicos sobre o Protocolo de Istambul e seus Princípios, particularmente orientação sobre investigações legais de tortura e maus-tratos e questões médico-legais relevantes, como a compreensão do conteúdo das avaliações médico-legais de alegação de tortura e maus-tratos, conforme descrito nos capítulos IV, V e VI e anexos I e IV, e as qualificações necessárias para o testemunho de especialistas clínicos(as) (ver parágrafos 303–308). Os(As) advogados(as), promotores(as) e juizes(as) também devem ter conhecimento e treinamento específicos sobre a regra de exclusão (consulte os parágrafos 10 (i), 16 e 264 acima), segundo a qual as provas obtidas como resultado de tortura ou maus-tratos é excluída do uso em processos judiciais. Além disso, os(as) funcionários(as) do governo devem ser treinados(as) para reconhecer e responder adequadamente às alegações de tortura ou maus-tratos. Aqueles(as) que trabalharam para implementar os padrões do Protocolo de Istambul desenvolveram vários materiais de treinamento gerais e específicos para profissionais jurídicos(as) e clínicos(as) relevantes.

663. Os Estados também devem garantir o respeito aos deveres éticos legais e médicos descritos no capítulo II. Esses deveres incluem, entre outros, a não participação de profissionais da saúde em qualquer forma de práticas de interrogatório e documentação obrigatória e requisitos de notificação quando houver alegação ou suspeita de tortura ou maus-tratos. Os(As) profissionais de saúde também são proibidos(as) de exercer qualquer função na imposição de sanções disciplinares ou outras medidas restritivas.

D. Reforma da profissão forense e de saúde do Estado

664. As obrigações dos Estados, de acordo com o direito internacional, de investigar efetivamente as alegações de tortura ou maus-tratos exigem que os Estados garantam políticas, práticas e capacidades eficazes para a investigação e documentação efetivas da tortura e dos maus-tratos por parte de especialistas forenses e clínicos(as) contratados(as) pelo Estado. Essa obrigação do Estado também estende-se ao apoio de clínicos(as) não governamentais, dada a importância fundamental da independência e imparcialidade na obtenção de responsabilização por crimes do Estado, tais como tortura e maus-tratos. Além disso, as vítimas de tortura têm o direito de ter acesso a profissionais de saúde e especialistas clínicos(as) independentes e podem não confiar ou não querer se valer dos serviços do Estado, uma vez que a tortura é um crime cometido pelo Estado.
665. Peritos(as) forenses e clínicos(as) empregados(as) pelo Estado podem encontrar vítimas de tortura ou maus-tratos em ambientes médico-legais e outros ambientes clínicos ou institucionais. Em todos os ambientes, eles(as) têm o dever de investigar e documentar efetivamente as evidências clínicas de tortura ou maus-tratos de acordo com as normas do Protocolo de Istambul. As instituições forenses e os órgãos de saúde do Estado precisam revisar e reformar as políticas e práticas que não estejam de acordo com os padrões do Protocolo de Istambul, garantir salvaguardas para avaliações eficazes, fornecer treinamento e apoio adequados a todos(as) os(as) profissionais de saúde relevantes e garantir o respeito aos princípios éticos importantes.

666. Um dos problemas mais significativos na implementação das normas do Protocolo de Istambul é a falta de independência dos(as) profissionais de saúde empregados(as) pelo Estado. Já que a tortura e os maus-tratos são crimes de Estado e os(as) peritos(as) forenses e clínicos(as) contratados(as) pelo Estado estão sob a autoridade de funcionários(as) do Estado, esses(as) profissionais de saúde podem experimentar e/ou perceber pressão para ignorar ou deturpar evidências clínicas de tortura ou maus-tratos. Isso nunca deve ser tolerado por instituições forenses e órgãos de saúde, pois a falha em documentar e denunciar a tortura e os maus-tratos é considerada uma forma de cumplicidade pela Associação Médica Mundial (consulte o parágrafo 155 acima). Os Estados, especialmente suas instituições forenses e órgãos de saúde, são responsáveis por garantir um ambiente em que todas as avaliações forenses podem ser conduzidas de forma independente, científica e ética. Para que os Estados cumpram sua obrigação de investigar com eficácia as alegações de tortura ou maus-tratos, os serviços forenses e clínicos devem ser independentes da autoridade policial, da promotoria e/ou da autoridade militar. Embora isso possa exigir mudanças administrativas significativas, a importância de independência clínica não pode ser exagerada.
667. As instituições forenses e os órgãos de saúde independentes do Estado devem ter autoridade e fundos para treinar e supervisionar o fornecimento de avaliações médico-legais e outras avaliações clínicas relevantes e ter recursos financeiros e humanos adequados para realizar avaliações médico-legais eficazes de alegações de tortura ou maus-tratos, incluindo: pessoal/consultores(as) qualificados(as); intérpretes profissionais; equipamentos fotográficos e de diagnóstico; acesso a imagens e exames laboratoriais; e tempo adequado para realizar suas avaliações. Os Estados não devem proibir ou obstruir o estabelecimento de serviços forenses ou médico-legais não governamentais, nem devem ter autoridade para qualificar ou desqualificar especialistas ou clínicos(as) forenses não governamentais.
668. As instituições forenses e os órgãos de saúde do Estado devem garantir que as avaliações médico-legais de alegações de tortura e maus-tratos sejam realizadas prontamente (imediatamente e no máximo 48 horas a partir do momento em que a tortura ou maus-tratos são alegados ou documentados em uma avaliação clínica inicial)⁵³⁷ e objetivamente por especialistas governamentais qualificados(as) e independentes para avaliar as evidências físicas e psicológicas de acordo com as normas do Protocolo de Istambul. Eles devem exigir que seus(suas) especialistas forenses e profissionais de saúde investiguem todas as alegações de tortura ou maus-tratos e casos em que há suspeita de tortura ou maus-tratos, mesmo na ausência de uma reclamação ou solicitação legal específica. As instituições forenses e os órgãos de saúde do Estado devem garantir que sejam realizadas avaliações forenses e clínicas de supostas vítimas de tortura ou maus-tratos de acordo com o Protocolo de Istambul e seus Princípios. Para garantir a conformidade com os padrões do Protocolo de Istambul, os Estados devem considerar a possibilidade de exigir o uso de formulários padronizados de relatórios de avaliação baseados no Protocolo de Istambul e em seus Princípios.
669. Os órgãos forenses e de saúde do Estado devem garantir que as salvaguardas processuais para a documentação médico-legal eficaz de alegações de tortura e maus-tratos sejam

.....

537 Esse prazo baseia-se na necessidade de identificar e preservar as evidências clínicas de tortura ou maus-tratos, especialmente as evidências físicas, que podem se dissipar com o tempo.

incluídas na legislação nacional, nas regulamentações relevantes e nos procedimentos operacionais padrão para todos(as) os(as) profissionais de saúde que avaliam ou podem encontrar supostas vítimas de tortura ou maus-tratos.

670. As instituições forenses e os órgãos de saúde do Estado devem respeitar e facilitar o direito dos indivíduos de serem avaliados por um ou mais profissionais de saúde não governamentais de sua escolha a qualquer momento durante ou após a custódia. Os Estados devem informar a suposta vítima sobre esse direito e fornecer informações de encaminhamento a outros(as) profissionais de saúde se solicitado pela suposta vítima.
671. Os Estados devem oferecer treinamento sobre a investigação e documentação eficazes de tortura e maus-tratos. As instituições forenses e os órgãos de saúde do Estado devem garantir que todo o pessoal relevante receba treinamento sobre o Protocolo de Istambul e seus Princípios. Isso não inclui apenas as instituições forenses estatais, mas todos(as) os(as) médicos(as) que possam se deparar com supostas vítimas de tortura ou maus-tratos. Conforme observado nos capítulos IV e VII, os(as) profissionais de saúde podem se deparar com vítimas de tortura ou maus-tratos em contextos não médico-legais, nos quais o objetivo principal da avaliação está relacionado ao estado de saúde ou aos cuidados com a saúde. O treinamento sobre o Protocolo de Istambul para profissionais de saúde deve ser abrangente e incluir todos os aspectos das avaliações clínicas, em particular: condições e habilidades essenciais para a entrevista; qualificações clínicas; salvaguardas processuais para tais avaliações; o conteúdo de uma avaliação completa, incluindo evidências físicas e psicológicas; orientação sobre a interpretação das descobertas e conclusões; e limitações do Protocolo de Istambul e possível uso indevido. Além disso, os(as) especialistas forenses e clínicos(as) devem receber treinamento específico sobre as obrigações éticas relevantes, incluindo a resistência a pressões institucionais que entrem em conflito com suas obrigações éticas para com pacientes e supostas vítimas de tortura ou maus-tratos. As instituições estatais também devem garantir sistemas de apoio para que os(as) médicos(as) cumpram suas obrigações éticas e caminhos para que eles(as) denunciem preocupações.
672. O treinamento eficaz de grupos de profissionais de saúde pode ser obtido por meio de treinamento interativo em sala de aula, geralmente sob a liderança de instrutores(as) nacionais ou internacionais independentes e altamente experientes, seguido de orientação e supervisão individual de especialistas forenses e clínicos(as) em ambientes reais. Essa abordagem é normalmente aprimorada pela implementação de cursos estendidos de “treinamento de instrutores(as)” para ampliar os esforços iniciais de treinamento. A eficácia do treinamento sobre o Protocolo de Istambul também é aprimorada por treinamento conjunto de profissionais da saúde e do direito, uma vez que as interações entre diferentes grupos-alvo (peritos(as) forenses do Estado, outros(as) profissionais da saúde e da saúde mental, promotores(as), advogados(as) e juízes(as)) ajudam no desenvolvimento de um entendimento comum de normas e procedimentos de investigação e documentação, e as respectivas funções e desafios que cada grupo enfrenta. Além disso, a participação de profissionais jurídicos(as) e de saúde da sociedade civil no treinamento de funcionários(as) do Estado geralmente enriquece a experiência de treinamento e permite que esses(as) funcionários(as) e membros da sociedade civil trabalhem em prol de objetivos comuns.

673. Os(As) clínicos(as) independentes e não governamentais desempenham um papel fundamental na investigação eficaz e na documentação de tortura e maus-tratos. Embora não atuem em nome do Estado, sua capacidade de documentar a tortura e os maus-tratos de forma independente e imparcial é muitas vezes essencial para o Estado no cumprimento de sua obrigação de garantir a investigação e a documentação efetivas da tortura e dos maus-tratos e sua prevenção, responsabilização, reparação e reabilitação. Os Estados podem e devem apoiar os(as) clínicos(as) não governamentais tanto quanto possível, inclusive garantindo treinamento, facilitando avaliações de alegações de tortura e maus-tratos por clínicos(as) não governamentais, garantindo que seja dado o mesmo peso às suas avaliações médico-legais em processos judiciais e apoio a esforços relevantes de capacitação e formação de redes.

E. Implementação do Protocolo de Istambul: monitoramento e prestação de contas

674. É essencial monitorar os esforços de implementação e medir os resultados significativos a fim de avaliar a eficácia dos esforços para erradicar a tortura e os maus-tratos, ou a falta deles. O monitoramento estatal da conduta dos(as) funcionários(as) do Estado é, muitas vezes, ineficaz e, em alguns países, usado como um meio de ocultar práticas de tortura e maus-tratos. Por esse motivo, é essencial que órgãos independentes monitorem a implementação do Protocolo de Istambul, e as conclusões das atividades de monitoramento devem ser relatadas publicamente para garantir a responsabilização pelos crimes cometidos pelo Estado. Os Estados devem designar e apoiar um órgão de monitoramento independente para supervisionar a implementação das normas do Protocolo de Istambul e as condições necessárias para a investigação e documentação eficazes de tortura e maus-tratos.
675. A estrutura organizacional de um órgão de monitoramento independente pode ser informada pelas diretrizes sobre mecanismos preventivos nacionais.⁵³⁸ Atualmente, os órgãos independentes existentes podem já ter uma função no monitoramento do progresso do uso das normas do Protocolo de Istambul em contextos nacionais. Independentemente da estrutura organizacional, o estabelecimento de um órgão de monitoramento independente deve seguir os Princípios de Paris para garantir a independência, a legitimidade e a credibilidade do órgão de monitoramento. Independentemente das funções de monitoramento serem conduzidas por ou dentro de instituições nacionais de direitos humanos existentes (como uma comissão nacional de direitos humanos, um escritório de ouvidoria ou outras instituições semelhantes) ou por um órgão novo e separado, a participação da sociedade civil é essencial e a seleção dos(as) representantes da sociedade civil deve ser inclusiva e transparente.
676. As funções de monitoramento devem incluir, mas não estão limitadas a: conformidade com as condições para a implementação efetiva do Protocolo de Istambul (consulte os parágrafos 645–653 acima), desenvolvimento de padrões, procedimentos e estruturas para profissões jurídicas e de saúde e treinamento de profissionais jurídicos(as) e de saúde relevantes. O órgão de monitoramento independente também deve monitorar o

.....
⁵³⁸ CAT/OP/12/5; e Associação para a Prevenção da Tortura e Instituto Interamericano de Direitos Humanos, Protocolo Opcional à Convenção das Nações Unidas contra a Tortura: Manual de Implementação, edição revisada (Genebra, 2010), p. 85–103.

funcionamento contínuo do sistema nacional de documentação, incluindo o desempenho geral do sistema de documentação, o acesso individual à investigação e documentação imediata, independente, imparcial e eficaz de alegações de tortura ou maus-tratos, e as práticas de tortura e maus-tratos com base em dados desagregados coletados em um sistema nacional de documentação. Um órgão de monitoramento independente pode considerar o estabelecimento de comitês subsidiários de consultoria médica e jurídica compostos por especialistas independentes para fornecer assistência técnica ao órgão de monitoramento independente na execução das atividades de monitoramento e no fornecimento de pareceres e recomendações de ação.

677. Um órgão de monitoramento independente deve procurar fornecer uma responsabilização sistemática pela tortura e maus-tratos na forma de recomendações e orientações sobre questões específicas de interesse de grupos e subgrupos profissionais, como capacitação e reformas de políticas. Esse órgão de monitoramento independente deve procurar garantir a responsabilização individual e profissional por meio de processos de responsabilização profissional iniciados contra indivíduos por órgãos profissionais relevantes, como associações de advogados(as), associações médicas e psicológicas nacionais e associações de juízes(as). Nas situações em que um órgão de monitoramento independente constatar que os indivíduos desempenharam suas funções em violação à lei penal nacional ou a outra legislação relevante (em ambos os casos, quando essa legislação seja consistente com os padrões legais internacionais) ou as regras éticas ou profissionais, as recomendações para investigações ou processos disciplinares ou criminais devem ser iniciadas pelas autoridades relevantes e pelos órgãos profissionais e agências de licenciamento.
678. Os Estados devem incentivar e apoiar as atividades de monitoramento das organizações das Nações Unidas contra a tortura e outros órgãos de direitos humanos, órgãos regionais de combate à tortura e de direitos humanos e organizações internacionais e nacionais de direitos humanos, a fim de monitorar e responsabilizar efetivamente os(as) funcionários(as) do Estado responsáveis por práticas de tortura e maus-tratos.
679. Os Estados devem garantir que suas políticas de proteção a denunciante abranjam o pessoal médico-legal e de saúde que relatarem os resultados de suas avaliações de supostas torturas e maus-tratos. Os Estados devem também assegurar a proteção de testemunhas e de qualquer funcionário(a) ou indivíduo que denuncie um caso de suposta tortura ou maus-tratos e sancionar a não denúncia de tortura ou maus-tratos por funcionários(as) em situações em que existam canais confidenciais de denúncia.

F. Cooperação, coordenação e assistência técnica

680. A cooperação, a coordenação e a assistência técnica do Estado com atores externos são fundamentais para a implementação bem-sucedida das normas do Protocolo de Istambul e das condições relevantes, dada a responsabilidade dos atores estatais por crimes de tortura e maus-tratos. Os Estados devem coordenar as atividades para implementar o Protocolo de Istambul em cooperação com a assistência de instituições multilaterais, tais como as Nações Unidas, particularmente o Escritório do Alto Comissário das Nações Unidas para os Direitos Humanos, o Comitê contra a Tortura, o Relator Especial sobre a

tortura, o Subcomitê de Prevenção à Tortura, o Relator Especial sobre a violência contra as mulheres, o Comitê Internacional da Cruz Vermelha, órgãos regionais de direitos humanos, como o Comitê Europeu para a Prevenção da Tortura e a Organização para a Segurança e Cooperação na Europa, com ONGs experientes e outros Estados.

681. Os Estados também devem fornecer assistência estrangeira para a implementação do Protocolo de Istambul com base no apoio ao desenvolvimento, ao Estado de Direito, à segurança, à cooperação, à democratização e à construção da nação, especialmente em democracias emergentes e após práticas de tortura e maus-tratos de longa data.

G. Sociedade civil

682. Embora os Estados sejam os principais responsáveis pela implementação das normas do Protocolo de Istambul e das condições necessárias para a investigação e documentação efetivas da tortura e dos maus-tratos, a sociedade civil geralmente desempenha o papel mais importante na facilitação da implementação do Protocolo de Istambul. Durante os últimos 20 anos, os membros da sociedade civil desempenharam um papel fundamental na implementação das normas do Protocolo de Istambul. Em uma pesquisa recente⁵³⁹ de 220 partes interessadas no Protocolo de Istambul de 30 países, os(as) participantes relataram o uso do Protocolo de Istambul em uma ampla gama de atividades relacionadas à investigação e documentação de tortura e maus-tratos e sua prevenção, responsabilização, reparação e reabilitação, bem como à conscientização, aumento e defesa de direitos. A maioria dos(as) entrevistados(as) utilizou o Protocolo de Istambul para promover o conhecimento público, investigações convincentes, promoção do Protocolo de Istambul em leis nacionais e reforma de políticas, campanhas e conscientização, e em investigações legais e avaliações médico-legais de suposta tortura ou maus-tratos. O Protocolo de Istambul também foi usado como uma ferramenta de admissão para tratamento médico e de saúde mental e reabilitação. Outros usos incluíram pesquisa, educação e triagem ou documentação de outras experiências traumáticas, como abuso infantil ou violência doméstica. Membros da sociedade civil também desempenharam um papel fundamental no monitoramento e promoção da implementação do Protocolo de Istambul e no treinamento de instituições estatais, e trabalharam para garantir que os esforços de capacitação também incluíssem e beneficiassem a sociedade civil, que os(as) clínicos(as) da sociedade civil realizassem avaliações clínicas de alegações de tortura ou maus-tratos, e que as evidências clínicas fossem documentadas por profissionais independentes e não governamentais e aceitas em processos judiciais.
683. Conforme declarado anteriormente, os Estados podem e devem incentivar e apoiar a colaboração com a sociedade civil em suas ações corretivas contra a tortura, mas os membros da sociedade civil não devem confiar apenas nas iniciativas do Estado para tomar medidas corretivas independentes. Membros da sociedade civil, inclusive especialistas em direitos humanos, advogados(as) e profissionais da saúde, devem se organizar e trabalhar em conjunto com órgãos e organizações internacionais e regionais de direitos humanos para desenvolver as capacidades necessárias na sociedade civil para implementar as normas do Protocolo de Istambul e outras atividades contra a tortura. Isso inclui a aplicação

.....
⁵³⁹ Rohini Haar e outros, "The Istanbul Protocol: a global stakeholder survey on past experiences, current practices and additional norm setting", *Torture*, v. 29, n. 1 (2019), p. 70–84.

do Protocolo de Istambul e de seus Princípios na investigação jurídica e médico-legal e na documentação de alegações de tortura e maus-tratos em casos individuais; o uso das normas do Protocolo de Istambul como estrutura para responsabilizar os Estados por práticas eficazes de investigação e documentação, incluindo o estabelecimento das condições necessárias para a implementação do Protocolo de Istambul; a realização de reformas legais, judiciais e administrativas eficazes; a garantia da independência das instituições forenses e dos órgãos de saúde do Estado; o estabelecimento de atividades de monitoramento eficazes; e a facilitação da cooperação, da coordenação e da assistência técnica entre os Estados e os(as) agentes externos. Deve-se dar atenção especial ao desenvolvimento de conhecimentos psicológicos relevantes que possam estar faltando na sociedade civil. Nos Estados em que a tortura e os maus-tratos são praticados com impunidade, a prestação de serviços de reabilitação geralmente recai sobre as organizações da sociedade civil, dada a falta de confiança nas instituições governamentais. Em muitos países, os serviços de reabilitação servem como pontos focais para uma ampla gama de atividades contra a tortura e devem ser apoiados pelo papel fundamental que desempenham na investigação e documentação de tortura e maus-tratos e sua prevenção, responsabilização e reparação.

GLOSSÁRIO

ABUSO	qualquer forma de maus-tratos físicos ou psicológicos.
ACHADOS CLÍNICOS	informações coletadas em avaliações clínicas de análises físicas e/ou psicológicas relevantes à suposta tortura e maus-tratos.
ACHADOS FÍSICOS	informações derivadas da avaliação clínica de uma suposta vítima de tortura ou maus-tratos, que normalmente incluem sintomas e deficiências relevantes, sinais e sintomas observados no exame físico, resultados de testes diagnósticos, evidências fotográficas e relatórios médicos relevantes, entre outros.
ALEGADA VÍTIMA	um indivíduo que alega e/ou é suspeito de ter sido prejudicado por um ato ilícito.
AValiação CLÍNICA	uma avaliação de evidências físicas e/ou psicológicas de suposta tortura e/ou maus-tratos por um(a) clínico(a).
AValiação MÉDICO-LEGAL	uma avaliação clínica de possíveis evidências físicas e psicológicas de tortura e/ou maus-tratos em contextos legais. Essas avaliações podem ser conduzidas por clínicos(as) que trabalham dentro ou fora das instituições do Estado.
AValiação PSICOLÓGICA (OU PSIQUIÁTRICA)	uma avaliação clínica das possíveis consequências psicológicas da tortura ou dos maus-tratos.
CADEIA DE CUSTÓDIA (DE UM OBJETO EXPOSTO)	um processo que permite o rastreamento e a recriação do histórico completo da custódia de uma exposição, desde o momento em que ela foi protegida pela primeira vez até o momento atual.
CID	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.
CLÍNICO(A)	um(a) profissional de saúde que presta serviços de assistência médica e/ou realiza avaliações clínicas de supostas torturas e maus-tratos.
CLÍNICOS(AS) DE SAÚDE MENTAL	como psicólogos(as), psiquiatras, assistentes sociais, enfermeiros(as) psiquiátricos(as) e conselheiros de saúde mental.
CONSENTIMENTO INFORMADO	o processo pelo qual um indivíduo toma conhecimento e compreende a finalidade, os benefícios e os possíveis riscos de um procedimento (clínico), incluindo avaliações clínicas de suposta tortura ou maus-tratos, e depois concorda com o procedimento.
DETENTO(A)	qualquer pessoa privada de liberdade, exceto como resultado de uma condenação.

DSM (sigla em inglês)	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.
ÉTICA PROFISSIONAL	princípios morais que regem o comportamento e as atividades dos membros de uma determinada profissão.
EVIDÊNCIAS CLÍNICAS	achados físicos e/ou psicológicos relevantes para casos de tortura e/ou maus-tratos alegados ou suspeitos.
FORENSES	relacionados ou que tratam da aplicação de conhecimentos científicos e clínicos a questões jurídicas ou à lei.
IMPLEMENTAÇÃO DO PROTOCOLO DE ISTAMBUL	refere-se ao processo de estabelecer as condições necessárias para a investigação e documentação eficazes da tortura e dos maus-tratos.
MAUS-TRATOS	conforme definido pela Convenção contra a Tortura, qualquer forma de pena ou tratamento cruel, desumano ou degradante.
MÉDICO-LEGAL	relativo ao ramo da medicina que se relaciona com a lei ou com contextos legais.
MÉDICO(A)	de ou relacionado à ciência ou à prática da medicina, incluindo aspectos físicos e psicológicos da prática médica.
MÉDICO(A) FORENSE/ MÉDICO(A)/PERITO(A)	para os fins deste documento, um(a) médico(a)/especialista que aplica conhecimentos científicos e clínicos a questões jurídicas ou à lei.
OHCHR (sigla em inglês)	Escritório do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos.
ONG	Organização Não Governamental.
PARTES INTERESSADAS NO PROTOCOLO DE ISTAMBUL	refere-se a indivíduos, grupos, organizações e instituições envolvidos ou afetados pela investigação e documentação efetivas de tortura e maus-tratos.
PESSOAS PRIVADAS DE SUA LIBERDADE	pessoas que tenham sido detidas ou estejam em detenção ou prisão ou em qualquer outro ambiente de custódia do qual não tenham permissão para sair por vontade própria.
PRINCÍPIOS DE ISTAMBUL	disposições articuladas no anexo I do Protocolo de Istambul sobre a investigação efetiva e a documentação de tortura e maus-tratos.
PRISIONEIRO(A)	termo usado no contexto das Regras de Nelson Mandela para se referir amplamente a pessoas privadas de liberdade em instituições penais, sejam elas criminais ou civis, não julgadas ou condenadas, incluindo aquelas sujeitas a “medidas de segurança” ordenadas por um(a) juiz(a).

PROFISSIONAL DE SAÚDE	qualquer pessoa que tenha concluído um curso em um campo da saúde. Geralmente, a pessoa é licenciada por um órgão governamental e/ou certificada por uma organização profissional.
RELATÓRIO MÉDICO-LEGAL	um relatório dos achados físicos e/ou psicológicos de uma avaliação médico-legal.
RETRAUMATIZAÇÃO	refere-se a reações de estresse traumático (emocional e/ou físico) desencadeadas pela exposição a lembranças ou recordações de eventos traumáticos passados.
SEQUELAS	condições (achados e/ou sintomas) que são consequência de uma doença ou lesão anterior.
TESTEMUNHAS ESPECIALIZADAS MÉDICAS/CLÍNICAS	profissionais de saúde que atuam como testemunhas especializadas em processos judiciais com base no conhecimento e na habilidade profissional e em sua capacidade de aplicar os Princípios e as diretrizes de Istambul em avaliações clínicas de supostas torturas e maus-tratos.
TORTURA	conforme definido no art. 1º da Convenção contra a Tortura, “qualquer ato pelo qual dores ou sofrimentos agudos, físicos ou mentais, são infligidos intencionalmente a uma pessoa com o objetivo de obter dela ou de uma terceira pessoa informações ou confissões, puni-la por um ato que ela ou uma terceira pessoa tenha cometido ou seja suspeita de ter cometido, ou intimidá-la ou coagi-la ou uma terceira pessoa, ou por qualquer motivo baseado em discriminação de qualquer tipo, quando tal dor ou sofrimento for infligido por ou por instigação de ou com o consentimento ou aquiescência de um(a) funcionário(a) público(a) ou outra pessoa agindo em uma capacidade oficial. Isso não inclui dor ou sofrimento decorrentes apenas de sanções legais, inerentes a elas ou incidentais a elas”.
TORTURA E MAUS-TRATOS	refere-se à tortura e a outras penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes.
TRAUMA VICÁRIO (OU SECUNDÁRIO)	impacto psicológico no eu de um indivíduo que trabalha com vítimas de trauma, resultante do envolvimento empático com clientes traumatizados(as) e seus relatos de experiências traumáticas.
VÍTIMA (OU SOBREVIVENTE) DE TORTURA E/OU MAUS-TRATOS	um indivíduo que tenha sofrido danos físicos e/ou mentais por meio de atos ou omissões que equivalem a tortura e/ou maus-tratos.

ANEXOS

Anexos

ANEXO I – PRINCÍPIOS SOBRE A INVESTIGAÇÃO E DOCUMENTAÇÃO EFICAZES DE TORTURA E OUTRAS PENAS OU TRATAMENTOS CRUÉIS, DESUMANOS OU DEGRADANTES¹

1. Os objetivos de uma investigação e documentação eficazes de tortura e de outras penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes (doravante “tortura ou outros maus-tratos”) incluem os seguintes:
 - (a) Esclarecimento dos fatos e estabelecimento e reconhecimento da responsabilidade individual e do Estado pelas vítimas e suas famílias;
 - (b) Identificação das medidas necessárias para evitar a recorrência;
 - (c) Facilitação de processos judiciais e/ou, conforme apropriado, sanções disciplinares para as pessoas indicadas pela investigação como responsáveis e demonstração da necessidade de reparação total e de indenização por parte do Estado, inclusive indenização financeira justa e adequada e fornecimento de meios para atendimento médico e reabilitação.
2. Os Estados devem assegurar que as queixas e denúncias de tortura ou maus-tratos sejam imediata e efetivamente investigadas. Mesmo na ausência de uma queixa expressa, uma investigação deverá ser realizada se houver outros indícios de que possa ter ocorrido tortura ou maus-tratos. Os(As) investigadores(as), que devem ser independentes dos(as) supostos(as) perpetradores(as) e da agência à qual servem, devem ser competentes e imparciais. Eles(as) devem ter acesso a, ou ter poderes para encomendar investigações de, clínicos(as) imparciais ou outros(as) especialistas. Os métodos usados para realizar essas investigações devem atender aos mais altos padrões profissionais e as conclusões devem ser tornadas públicas.
3. (a) A autoridade investigadora terá o poder e a obrigação de obter todas as informações necessárias para a investigação.² As pessoas que conduzirem a investigação deverão ter à sua disposição todos os recursos orçamentários e técnicos necessários para uma investigação eficaz. Terão também a autoridade de obrigar todos(as) aqueles(as) que estejam agindo em uma capacidade oficial supostamente envolvida em tortura ou maus-tratos para comparecer e depor. O mesmo aplicar-se-á a qualquer testemunha. Para esse fim, a autoridade investigadora terá o direito de intimar as testemunhas, inclusive quaisquer funcionários(as) supostamente envolvidos(as), e de exigir a apresentação de provas.

.....
 1 A Comissão dos Direitos Humanos, na sua Resolução n.º 2000/43, e a Assembleia Geral, na sua Resolução n.º 55/89, chamaram a atenção dos governos para os Princípios de Istambul e os encorajaram fortemente a refletir sobre eles como uma ferramenta útil nos esforços para combater a tortura.

2 Em determinadas circunstâncias, a ética profissional pode exigir que as informações sejam mantidas em sigilo. Essas exigências devem ser respeitadas.

- (b) As supostas vítimas de tortura ou maus-tratos, as testemunhas, as pessoas que conduzem a investigação e suas famílias devem ser protegidas contra violência, ameaças de violência ou qualquer outra forma de intimidação que possa surgir em decorrência da investigação. As pessoas potencialmente implicadas em tortura ou maus-tratos devem ser removidas de qualquer posição de controle ou poder, direto ou indireto, sobre os(as) reclamantes, testemunhas e suas famílias, bem como sobre aqueles(as) que conduzem a investigação.
- 4. As supostas vítimas de tortura ou maus-tratos e seus(suas) representantes legais deverão ser informados(as) e ter acesso a qualquer audiência, bem como a todas as informações relevantes para a investigação, e terão o direito de apresentar outras provas.
- 5. (a) Nos casos em que os procedimentos de investigação estabelecidos forem inadequados devido à falta de conhecimento especializado ou suspeita de parcialidade, ou devido à existência aparente de um padrão de abuso ou por outras razões substanciais, os Estados deverão garantir que as investigações sejam realizadas por uma comissão de inquérito independente ou procedimento similar. Os membros de tal comissão devem ser escolhidos por sua reconhecida imparcialidade, competência e independência como indivíduos. Em particular, eles devem ser independentes de qualquer suspeito(a) de ser o(a) autor(a) do crime e das instituições ou agências às quais possam servir. A comissão terá autoridade para obter todas as informações necessárias para a investigação e conduzirá a investigação conforme previsto nestes Princípios.³
- (b) Um relatório por escrito, elaborado dentro de um prazo razoável, deverá incluir o escopo da investigação, os procedimentos e métodos usados para avaliar as evidências, bem como as conclusões e recomendações baseadas em constatações de fatos e na legislação aplicável. Após a conclusão, o relatório deverá ser tornado público. Ele também deverá descrever em detalhes os eventos específicos que foram considerados e as evidências nas quais tais conclusões se basearam e listar os nomes das testemunhas que depuseram, com exceção daquelas cujas identidades foram ocultas para sua própria proteção. O Estado deverá, dentro de um período razoável, responder ao relatório da investigação e, conforme apropriado, indicar as medidas a serem tomadas em resposta.
- 6. (a) Os(As) especialistas clínicos(as) envolvidos(as) na investigação de tortura ou maus-tratos devem se comportar sempre em conformidade com os mais altos padrões éticos e, em particular, devem obter consentimento informado antes de realizar qualquer exame. O exame deve estar em conformidade com os padrões estabelecidos para a prática clínica. Em particular, os exames devem ser realizados em particular, sob o controle do(a) especialista clínico(a) e fora da presença de agentes de segurança e outros(as) funcionários(as) do governo.
- (b) O(A) perito(a) clínico(a) deverá preparar prontamente um relatório escrito preciso, que deverá incluir, no mínimo, o seguinte:

.....

3 Em determinadas circunstâncias, a ética profissional pode exigir que as informações sejam mantidas em sigilo. Essas exigências devem ser respeitadas.

- (i) Circunstâncias da entrevista: nome do sujeito e nome e afiliação das pessoas presentes no exame; hora e data exatas; local, natureza e endereço da instituição (incluindo, quando apropriado, a sala) onde o exame está sendo realizado (por exemplo, centro de detenção, clínica ou casa); circunstâncias do sujeito no momento do exame (por exemplo, natureza de quaisquer restrições na chegada ou durante o exame, presença de forças de segurança durante o exame, comportamento das pessoas que acompanham o(a) prisioneiro(a) ou declarações ameaçadoras ao(à) examinador[a]); e quaisquer outros fatores relevantes;
 - (ii) Histórico: registro detalhado do relato do indivíduo sobre os eventos, conforme relatado durante a entrevista, incluindo métodos alegados de tortura ou maus-tratos, os momentos em que se alega que a tortura ou os maus-tratos ocorreram e todas as queixas de sintomas físicos e psicológicos;
 - (iii) Exame físico e psicológico: registro de todos os achados físicos e psicológicos no exame clínico, incluindo testes diagnósticos apropriados e, quando possível, fotografias coloridas de todas as lesões;
 - (iv) Opinião: interpretação quanto à provável relação dos achados físicos e psicológicos com possíveis torturas ou maus-tratos. Deve ser dada uma recomendação para qualquer tratamento médico e psicológico necessário e/ou exame adicional;
 - (v) Autoria: o relatório deve identificar claramente as pessoas que realizaram o exame e ele deve ser assinado.
- (c) O relatório deverá ser confidencial e comunicado à pessoa examinada ou ao(à) representante por ela indicado. As opiniões da pessoa em questão e de seu(sua) representante sobre o processo de exame deverão ser solicitadas e registradas no relatório. Ele também deve ser fornecido por escrito, quando apropriado, à autoridade responsável pela investigação da alegação de tortura ou maus-tratos. É responsabilidade do Estado garantir que o relatório seja entregue de forma segura a essas pessoas. O relatório não deve ser disponibilizado a nenhuma outra pessoa, exceto com o consentimento da pessoa em questão ou com a autorização de um tribunal com poderes para impor tal transferência.

ANEXO II – DIRETRIZES PARA DOCUMENTAÇÃO DE TORTURA E MAUS-TRATOS CONTRA CRIANÇAS

Embora o Protocolo de Istambul e seus Princípios se apliquem às crianças, há considerações adicionais que devem ser levadas em conta e diretrizes práticas que devem ser implementadas para garantir que a investigação e a documentação da tortura e dos maus-tratos contra crianças sejam feitas de forma eficaz. Esta edição do Protocolo de Istambul inclui atualizações e esclarecimentos adicionais sobre a documentação de tortura e maus-tratos contra crianças em cada capítulo. Este anexo serve como um resumo do conteúdo baseado no capítulo, mas não como uma orientação abrangente para essas avaliações.

I. Considerações sobre como documentar a tortura e os maus-tratos contra crianças

A. Definição

O art. 1º da Convenção sobre os Direitos da Criança define criança como “todo ser humano com menos de 18 anos de idade, a menos que, de acordo com a lei aplicável à criança, a maioridade seja alcançada antes”. O Escritório do Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (UNHCR, sigla em inglês) também entende que a definição de “criança” inclui uma ampla gama de desenvolvimentos, estágios e níveis de maturidade.¹ Apesar do lugar especial que ocupam na maioria das sociedades e do status de vulnerabilidade universalmente reconhecido, as crianças sofrem ou testemunham tortura e maus-tratos em todo o mundo.

B. Considerações legais

A Convenção sobre os Direitos da Criança afirma que: “Nenhuma criança será submetida à tortura ou a outras penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes.”² Vários outros tratados das Nações Unidas e sistemas regionais de direitos humanos tratam das crianças e de seus direitos. Os tratados das Nações Unidas incluem o Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos, a Convenção contra a Tortura e Outras Penas ou Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes, a Convenção Internacional sobre a Proteção dos Direitos de Todos os Trabalhadores Migrantes e Membros de suas Famílias (art. 10); e a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (art. 15).

Os tratados regionais incluem a Convenção para a Proteção dos Direitos Humanos e das Liberdades Fundamentais; a Convenção Europeia para a Prevenção da Tortura e de Penas ou Tratamentos Desumanos ou Degradantes (art. 3º); a Convenção Americana sobre Direitos Humanos (art. 5º [2]); e a Carta Africana sobre Direitos Humanos e dos Povos (art. 5º). Em um relatório para o Conselho de Direitos Humanos, o Relator Especial sobre tortura e outras penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes, Juan E. Méndez, declarou que, ao considerar a tortura e os maus-tratos de crianças separadamente dos(as) adultos(as), “o limite a partir do qual o número de casos em que o tratamento ou punição pode ser classificado como tortura ou maus-tratos é, portanto, menor no caso de crianças”, especialmente nos casos

1 UNHCR, *The Heart of the Matter, Assessing Credibility when Children Apply for Asylum in the European Union* (Bruxelas, 2014), p. 21.

2 Convenção sobre os Direitos da Criança, art. 37 (a).

em que elas são privadas de sua liberdade ou estão desacompanhadas³ (consulte o parágrafo 382 acima). Além dos tratados internacionais e do direito internacional consuetudinário que regem os direitos das crianças, muitas vezes há estruturas legais e regras específicas de cada país relativas à proteção e salvaguarda da criança que devem ser consideradas na realização de avaliações clínicas.

C. Considerações psicológicas

Os efeitos da tortura e dos maus-tratos precisam ser considerados no contexto dos estágios de desenvolvimento físico e psicológico de crianças e adolescentes. Embora a tortura e os maus-tratos tenham consequências físicas e psicológicas em todos os indivíduos, os efeitos em crianças e adolescentes podem potencialmente levar a mudanças mais duradouras e de longo alcance no curso de seu desenvolvimento psicológico e físico.

Os fatores de desenvolvimento devem sempre ser considerados nas avaliações clínicas de tortura e maus-tratos contra crianças. As estimativas da idade em que as crianças se tornam capazes de recordar eventos com precisão variam muito, entre 3 e 6 anos e 14 e 15 anos.⁴ Além disso, a capacidade das crianças de contar eventos e estabelecer narrativas coerentes é afetada por habilidades cognitivas e de linguagem, e contextos sociais e culturais (consulte os parágrafos 284–293 acima). No entanto, informações valiosas e verdadeiras podem ser obtidas de crianças de diferentes idades.

Quanto mais jovens forem as crianças, mais suas experiências e compreensão dos eventos traumáticos serão influenciadas pelas reações e atitudes imediatas dos(as) seus(suas) cuidadores(as).⁵ Para crianças com menos de 3 anos de idade que sofreram ou testemunharam tortura, o papel protetor e tranquilizador de seus(suas) cuidadores(as) é crucial.⁶ Crianças com mais de 3 anos, mas com menos de 8 anos, geralmente tendem a se retrair e acham impossível falar diretamente sobre experiências traumáticas. A capacidade de expressão verbal aumenta durante o desenvolvimento, com um aumento acentuado por volta dos 8 a 9 anos de idade. Nessa época, e mesmo antes, desenvolvem-se as operações concretas e as capacidades temporais e espaciais.⁷ A adolescência é um período de desenvolvimento volátil, quando os efeitos da tortura e dos maus-tratos podem variar muito e causar profundas mudanças de comportamento, inclusive reações erráticas semelhantes às observadas em crianças mais novas, bem como às observadas em adultos(as), por exemplo, raiva, depressão e lembranças dolorosas (consulte os parágrafos 575 e 584–594 acima).

A idade e o desenvolvimento das crianças, bem como os traumas repetidos que elas vivenciam, a separação da família em tenra idade ou a atitude da família em relação a compartilhar as experiências, a saúde mental e dificuldades preexistentes, como dificuldades de aprendizagem, podem afetar a compreensão das crianças sobre os eventos e sua capacidade de recordá-los e comunicar experiências.

3 A/HRC/28/68, par. 33. Consulte também, *Ibid.*, par. 17.

4 Linda Sayer Gudas e Jerome M. Sattler, "Forensic interviewing of children and adolescents", *Forensic Mental Health Assessment of Children and Adolescents*, Steven N. Sparta e Gerald P. Koocher, eds. (Nova Iorque, Oxford University Press, 2006), p. 115–128.

5 Saskia von Overbeck Ottino, "Familles victimes de violences collectives et en exil: quelle urgence, quel modèle de soins? Le point de vue d'une pédopsychiatre", *Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale*, v. 14 (1998), p. 35–39.

6 Michel Grappe, "La guerre en ex-Yougoslavie: un regard sur les enfants réfugiés", em "Psychiatrie humanitaire en ex-Yougoslavie et en Arménie: face au traumatisme", Marie Rose Moro e Serge Lebovici, eds. (Paris, Presses Universitaires de France, 1995), p. 89–106.

7 Jean Piaget, *La naissance de l'intelligence chez l'enfant*, 9. ed. (Neuchâtel, Delachaux et Niestlé, 1977).

D. Considerações sobre a família

É importante considerar os fatores que afetam a família e a criança (por exemplo, separação física entre os membros da família, ameaças aos membros da família, luto, testemunho de tortura ou morte de membros da família, perda de *status* social e econômico, discriminação, deslocamento forçado, racismo, e experiências e crenças relacionadas à busca de apoio) e os contextos sociais e políticos. Os pais que são sobreviventes de tortura podem sentir vergonha e culpa, temendo que a intensidade de seus próprios sentimentos em relação ao trauma possa sobrecarregar seus(suas) filhos(as).⁸

Os pais de crianças que foram torturadas também podem sentir culpa por sua incapacidade de proteger seus(suas) filhos(as), e sua criação pode ser afetada por sentimentos de impotência, que podem ser reforçados em ambientes violentos e opressivos. Esses ambientes também podem prejudicar a percepção que os(as) adolescentes têm da autoridade de seus pais. Além disso, para preservar a coesão da família, a criança pode ser protegida em excesso ou fatos importantes sobre o trauma podem ser ocultados.

E. Questões éticas

1. Proteção das crianças e dever de cuidado

Ao trabalhar com crianças e jovens, é importante lembrar que: “As organizações têm o dever de cuidar das crianças com as quais trabalham, com as quais têm contato ou que são afetadas por seu trabalho e suas operações.”⁹ O princípio de proteger as crianças inclui garantir que elas sejam protegidas contra danos e que qualquer risco de dano seja identificado e tratado imediatamente. A proteção inclui a prevenção de novas torturas ou maus-tratos, recomendações para recuperação e reintegração, redução da exposição a experiências ou testemunhos de violência e acesso a acompanhamento médico e psicológico adequado e confidencial.¹⁰ Se a avaliação for registrada, deve-se tomar cuidado especial em manter a confidencialidade da gravação, com acesso limitado apenas à equipe de avaliação, e proteger a identidade da criança. Os requisitos legais locais de proteção de dados devem ser observados.

2. Consentimento informado

As crianças devem receber antecipadamente informações completas sobre qualquer avaliação ou procedimento. As informações sobre os procedimentos precisam ser adaptadas às crianças e aos seus estágios de desenvolvimento e comunicadas de forma que elas possam entender. As crianças devem ter a oportunidade de consentir ou concordar com qualquer avaliação ou procedimento. Em crianças mais novas, esse processo normalmente também envolverá a busca de consentimento dos pais ou responsáveis legais; entretanto, em todos os casos, a consideração de salvaguardar os melhores interesses da criança deve ser primordial e incluir a deliberação sobre a possibilidade de danos por membros da família. A idade em que as crianças podem fornecer consentimento independente sem a necessidade de informar seus pais ou responsáveis legais varia de acordo com o país e a jurisdição e, portanto, as diretrizes legais e éticas locais devem ser consideradas antes de buscar o consentimento independente

8 Centro para Vítimas de Tortura, *Healing the Hurt: A Guide for Developing Services for Torture Survivors* (Minneapolis, 2005), cap. 2.

9 *Keeping Children Safe, Child Safeguarding Standards and How to Implement Them* (2014), p. 10.

10 Convenção sobre os Direitos da Criança, art. 39.

informado (consulte os parágrafos 165–171 e 273). Os(As) médicos(as) também devem levar em consideração possíveis obrigações de informar às autoridades relevantes quando uma criança estiver em perigo ou tiver sido exposta a violência ou abuso de qualquer tipo e que o fato de o(a) profissional de saúde ou outras pessoas que observarem ou forem informadas de tal violência ou abuso não o fizerem pode levar a investigações criminais e/ou sanções por associações profissionais ou agências de licenciamento.

II. Processo de entrevista e avaliação

A. Treinamento

O treinamento adequado para entrevistar e examinar crianças que foram torturadas ou maltratadas é importante e, idealmente, deve ser realizado por qualquer pessoa que estiver envolvida na avaliação e documentação das experiências das crianças. O treinamento deve abranger técnicas e procedimentos específicos de entrevista que salvaguardem o bem-estar das crianças e as protejam da retraumatização, além de fornecer orientação sobre como coletar informações de crianças de forma confiável com base em seu estágio de desenvolvimento. Há várias diretrizes e protocolos de treinamento nacionais e internacionais nessa área, inclusive os elaborados pelo Instituto Nacional de Saúde Infantil e Desenvolvimento Humano,¹¹ pelo Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (UNHCR, sigla em inglês; ACNUR, sigla em português),¹² pela Defesa Internacional para Crianças¹³ e pela Sociedade Profissional Americana sobre o Abuso de Crianças.¹⁴

B. Configurações

1. Tempo

Uma única entrevista longa pode ser excessivamente exaustiva para as crianças, pois a capacidade de atenção delas pode ser bastante curta (dependendo do estágio de desenvolvimento, do nível de trauma e das condições comórbidas). Pode ser necessário fazer intervalos durante a entrevista ou conduzi-la em várias sessões.

2. Presença de adultos(as) de confiança e apoio durante a avaliação

As crianças devem ser apoiadas por pessoas em quem confiam sempre que possível, e o medo de contaminar as provas testemunhais não deve ser motivo para isolar as crianças do contato positivo e solidário com adultos(as); o bem-estar e os melhores interesses da criança devem ser sempre primordiais. A presença dos pais/responsáveis legais ou de outros(as) adultos(as) de apoio na avaliação deve ser considerada, a menos que eles(as) não estejam disponíveis ou que não representem os melhores interesses da criança. A presença de adultos(as) que sejam significativos para a criança e representem seus melhores interesses proporcionará conforto a uma criança ansiosa e permitirá que o(a) adulto(a) endosse tacitamente a cooperação da criança. Em alguns casos, como os envolvendo violência sexual, violência doméstica ou questões decorrentes da percepção de orientação sexual e/ou identidade ou expressão de

11 Estados Unidos da América, Instituto Nacional de Saúde Infantil e Desenvolvimento Humano, "Revised NICHD Protocol: interview guide" (2014).

12 UNHCR, *Guidelines for Interviewing Unaccompanied Minors and Preparing Social Histories* (1985).

13 Defence for Children International – Belgium, *Practical Guide: Monitoring Places Where Children are Deprived of Liberty* (Bruxelas, 2006).

14 Força-tarefa da Sociedade Profissional Americana sobre o Abuso de Crianças, "Practice guidelines: forensic interviewing in cases of suspected child abuse" (Columbus, 2012).

gênero, a presença de membros da família pode tornar mais difícil para as crianças revelar essas experiências por medo de causar vergonha, estigmatização ou mais maus-tratos ou punição para si mesmas ou para suas famílias. As crianças podem não revelar na presença de um dos pais devido à preocupação de que a revelação possa angustiar os pais ou aumentar a culpa ou a vergonha deles. Os(As) médicos(as) devem ter bom senso e paciência para deixar a criança confortável e apoiá-la quando estiver sendo entrevistada sozinha. Eles(as) talvez precisem considerar os desejos das crianças de manter as informações que revelam confidenciais de seus pais e como lidar com isso de forma ética. Em circunstâncias em que crianças ou adolescentes são entrevistados(as) na ausência de seus pais ou responsáveis, deve-se tomar cuidado para garantir a sua compreensão e o consentimento para a entrevista. Deve-se dar atenção especial ao fornecimento de apoio, como dedicar tempo para criar um relacionamento, usar uma linguagem clara e adequada à idade durante todo o processo e oferecer intervalos e oportunidades para fazer perguntas.

C. Coleta de informações

1. Criar relacionamento e estabelecer confiança

Dedicar tempo para criar confiança e relacionamento facilitará aos(as) entrevistados(as) de todas as idades, incluindo crianças, falar sobre assuntos difíceis. No entanto, o estabelecimento de confiança pode ser um desafio, pois a criança pode vivenciar a situação ou os elementos da entrevista como remanescentes da tortura ou maus-tratos. A confiança pode ser prejudicada ou inexistente se os(as) avaliadores(as) ou intérpretes forem vistos(as) como representantes de grupos políticos, étnicos ou sociais cujas autoridades iniciaram ou participaram da tortura ou dos maus-tratos. Esses fatores também podem afetar a confiança dos pais e responsáveis. A confiança pode ser reforçada ou estabelecida se os(as) entrevistadores(as) ou intérpretes forem da própria cultura ou grupo étnico da criança.¹⁵ Fatores de desenvolvimento relacionados à idade, como a autoafirmação do(a) adolescente, também devem ser considerados no estabelecimento da confiança. Algumas técnicas que podem facilitar o relacionamento inicial positivo incluem ambientes informais e confortáveis (por exemplo, iluminação, *design* adequado para crianças, temperatura, assentos apropriados à idade e ruídos de fundo) e explicar o ambiente e o processo (por exemplo, quanto tempo a entrevista levará, observando que intervalos são permitidos). Conforme mencionado no parágrafo 272 acima, a linguagem corporal aberta, a atenção, a escuta ativa e a empatia são importantes para criar e manter a confiança e o relacionamento. Como no caso dos(as) adultos(as), é importante que os(as) examinadores(as) perguntem diretamente sobre questões que uma criança ou um(a) adolescente talvez não se sinta seguro(a) para revelar, por exemplo, violência sexual ou doméstica, impulsos suicidas, identidade ou expressão de gênero percebida ou real, ou orientação sexual. É importante lembrar que, em todas as culturas, o desenvolvimento da autoconsciência da própria orientação sexual e identidade de gênero ocorre ao longo do tempo, geralmente anos ou décadas, e que, em áreas nas quais as identidades sexuais e de gênero de minorias sofrem repressão violenta, a autoconsciência pode ter sido suprimida. Alguns(mas) entrevistados(as) muito jovens podem ficar perplexos(as) com o fato de terem sofrido maus-tratos. A linguagem e o vocabulário também são importantes, especialmente quando se discutem questões relacionadas à sexualidade e à expressão de gênero. Os(As) examinadores(as) e intérpretes devem ser

.....
15 UNHCR, *The Heart of the Matter*, p. 126.

sensíveis à falta de nomes neutros ou positivos para descrições de diversas apresentações e comportamentos sexuais e de gênero em muitas culturas e idiomas. Eles(as) devem ter conhecimento e tomar medidas para mitigar a homofobia e a transfobia internalizadas nos(as) entrevistados(as) e em si mesmos(as). A construção de um relacionamento com as crianças pode ser facilitada pela adoção de medidas para garantir que o ambiente e o tom da entrevista não seja ameaçador e seja o mais informal possível. Os(As) entrevistadores(as) devem usar uma linguagem apropriada para a criança e adaptar seu estilo de comunicação à terminologia local e às normas culturais para ajudá-la a se sentir à vontade e a se envolver no processo de entrevista. Iniciar as entrevistas incentivando as crianças a falarem sobre um tópico neutro pode criar oportunidades para criar um relacionamento e transmitir uma sensação de segurança e proteção, além de permitir que os(as) entrevistadores(as) conheçam as crianças, suas habilidades verbais e seu grau de facilidade relacional ou a falta dela.¹⁶ Depois de explicar o objetivo, o(a) entrevistador(a) deve entender que pode levar algum tempo até que a criança se sinta suficientemente à vontade para falar.¹⁷

2. Comunicações e técnicas

Perguntas abertas devem ser usadas sempre que possível, pois permitem que indivíduos de todas as idades respondam com suas próprias palavras. No entanto, as crianças tendem a fornecer menos informações do que os(as) adultos(as) e, portanto, perguntas de sondagem podem ser úteis. As crianças são particularmente suscetíveis a perguntas que sugerem uma resposta desejável e, portanto, perguntas que sugerem uma resposta desejável e perguntas fechadas devem ser evitadas sempre que possível. Informar às crianças que é aceitável dizer “não sei” para indicar que não estão entendendo uma pergunta também ajudará a melhorar a precisão.

Em geral, as crianças fornecem menos informações do que os(as) adultos(as). Isso se deve, em parte, ao fato de elas serem menos capazes e menos habilidosas em gerar pistas de recuperação de forma independente. Técnicas como desenhos, diagramas corporais e o uso de linhas do tempo podem ajudar as crianças a gerar pistas de memória que, por sua vez, devem ajudá-las a lembrar de detalhes adicionais. Deve-se ter cautela ao interpretar a comunicação não verbal das crianças, como brincadeiras, pois isso não é necessariamente um relato literal dos eventos e pode incluir elementos da imaginação e do mundo interior delas. Consulte os parágrafos 284–293 acima para obter informações adicionais sobre como entrevistar crianças.

3. Fontes adicionais de informação

Como o grau em que as crianças expressam seus pensamentos e emoções em relação ao trauma verbalmente, em vez de comportamentalmente, depende da idade da criança, do nível de desenvolvimento e de outros fatores, como dinâmica familiar, características de personalidade, normas culturais e contexto psicossocial, às vezes é útil incluir outras fontes de informação na avaliação para estimar e registrar o impacto potencial, inclusive:

16 Michael E. Lamb e outros, “Structured forensic interview protocols improve the quality and informativeness of investigative interviews with children: a review of research using the NICHD Investigative Interview Protocol”, *Child Abuse & Neglect*, v. 31, n. 11–12 (2007), p. 1201–1231.

17 *Defence for Children International – Belgium, Practical Guide*.

- (a) Comportamento das crianças durante as avaliações: o(a) avaliador(a) pode comentar sobre o nível de atividade, a natureza das interações e dos relacionamentos com os(as) outros(as), o afeto e o estado de regulação, o humor geral e o envolvimento nas brincadeiras;
- (b) Relatórios externos: sempre que possível, recomenda-se coletar informações dos pais, professores(as) e outros(as) sobre o histórico de desenvolvimento da criança, necessidades especiais, histórico psiquiátrico e médico, funcionamento social e escolar e ajuste comportamental, antes e depois dos supostos eventos traumáticos e mudanças nos padrões de comportamento;¹⁸
- (c) Escala e medidas de diagnóstico: para avaliar os sintomas, instrumentos adicionais, como escalas e listas de verificação, podem ser considerados. É desejável, desde que a validade e a confiabilidade desses instrumentos tenham sido estabelecidas para a população específica que está sendo avaliada ou para populações semelhantes. Caso não existam, dados de populações culturais diferentes podem ser consultados, mas devem ser usados com cuidado.

D. Consideração especial para avaliação de agressão sexual contra crianças

Os(As) investigadores(as) devem ser sensíveis ao fato de que crianças e jovens podem não compreender o conceito de agressão sexual ou não ser capazes de identificá-la. Nesses casos, muitas vezes pode haver o medo de causar vergonha ou estigmatização para si mesmos(as) ou para suas famílias, o que também pode afetar sua capacidade de revelar suas experiências. É importante, se possível, que em tais circunstâncias a criança seja examinada por um(a) especialista em abuso infantil.¹⁹ O(A) avaliador(a) deve estar ciente de que um exame pode ser uma reminiscência da agressão original e, portanto deve ser realizado com sensibilidade, com explicações apropriadas para a criança e para o(a) responsável ou cuidador(a) que a acompanha.

III. Avaliação médica

Os exames médicos devem ser realizados em um ambiente adequado para crianças, por médicos(as) treinados(as) com experiência na avaliação e documentação de lesões físicas (inclusive as resultantes de agressão sexual) em bebês, crianças e jovens. O consentimento para os exames deve ser obtido dos(as) responsáveis pelas crianças e, em situações em que elas possam dar seu próprio consentimento, das crianças ou dos(as) jovens. O ideal é que os(as) médicos(as) tenham acesso a instalações adicionais de diagnóstico, por exemplo radiografias e outros exames de imagem, testes hematológicos e outras orientações especializadas, conforme necessário. Ao interpretar seus achados, eles(as) geralmente precisam buscar informações adicionais com as crianças, os(as) jovens e seus(suas) cuidadores(as), além das informações disponíveis em entrevistas não médicas. Eles(as) devem ser capazes de documentar suas descobertas usando o formato internacional acordado.

18 Kathryn Kuehnle e Steven N. Sparta, "Assessing child sexual abuse allegations in a legal context", em *Forensic Mental Health Assessment of Children and Adolescents*, Steven N. Sparta e Gerald P. Koocher, eds. (Nova Iorque, Oxford University Press, 2006), p. 129–148.

19 Royal College of Paediatrics and Child Health, *The Physical Signs of Child Sexual Abuse: An Evidence-Based Review and Guidance for Best Practice* (Lavenham, Reino Unido, Lavenham Press, 2015). Consulte também Astrid Heger, S. Jean Means e David Muram, eds., *Evaluation of the Sexually Abused Child: A Medical Textbook and Photographic Atlas*, 2. ed. (Nova Iorque, Oxford University Press, 2000), p. 229.

As crianças que sofreram tortura ou maus-tratos devem ter acesso a examinadores(as) pediátricos(as) treinados(as) e competentes, sempre que possível, que possam fornecer avaliações médicas e recomendações de cuidados. No caso de crianças, parte da avaliação deve incluir salvaguardas para a prevenção de novas torturas e maus-tratos, recomendações para recuperação e reintegração, e redução da exposição a experiências ou testemunhos de violência. Acesso a acompanhamento médico e psicológico adequado e confidencial é um direito das crianças.²⁰

Sempre que possível, uma criança que tenha sofrido, ou que se pense ter sofrido, tortura sexual deve ser examinada por um(a) pediatra com experiência especializada no exame de vítimas de abuso sexual.

IV. Impacto psicológico do trauma

Os traumas na infância têm sido associados a uma ampla gama de problemas sociais, de saúde e mentais. Experiências adversas cumulativas na infância aumentam o risco de problemas sociais, comportamentais, de saúde e de saúde mental de forma acentuada e gradativa.²¹ Pesquisas demonstraram que o trauma pode comprometer significativamente o desenvolvimento cognitivo²² e que a exposição a experiências traumáticas aumenta o risco de problemas de aprendizagem e de comportamento, obesidade²³ e sintomas psicóticos na infância e depois dela.²⁴ Pesquisas sobre o desenvolvimento neurocomportamental também indicam o impacto neurológico duradouro de experiências traumáticas em crianças de várias idades, desde os estágios pré-verbais até o final da adolescência. Em termos de condições psicológicas e diagnósticos, alguns são semelhantes aos usados em adultos(as), como transtorno de estresse pós-traumático, depressão, ansiedade e fobias, enquanto outros são específicos para crianças, como mutismo eletivo, transtorno de apego reativo da infância e transtorno de apego desinibido da infância, transtorno de conduta, transtorno de conduta opositivo e transtorno disruptivo de desregulação do humor. Consulte os parágrafos 581–594 acima para obter um relato detalhado das condições e diagnósticos que podem ser observados em crianças que foram torturadas ou sofreram maus-tratos.

Deve-se observar que, embora os mesmos diagnósticos possam ser encontrados tanto em crianças quanto em adultos(as), as crianças manifestam os sintomas de forma diferente e os(as) médicos(as) precisam se basear mais na observação do comportamento da criança (por exemplo, brincadeiras monótonas e repetitivas) e nas reações somáticas (por exemplo, perda de controle dos movimentos intestinais) e considerar o uso de questionários apropriados para fazer diagnósticos precisos. Portanto, o(a) clínico(a) pode precisar confiar no comportamento da criança e em relatos de outras pessoas, em vez de se basear predominantemente em narrativas fornecidas pela criança. Uma série de técnicas de diagnóstico psicológico pode ser necessária, pois as crianças, especialmente os(as) adolescentes, podem se apresentar como se não tivessem dificuldades em suas vidas até que sejam feitas perguntas mais específicas.

20 Convenção sobre os Direitos da Criança, art. 39.

21 Nadine J. Burke e outros, “The impact of adverse childhood experiences on an urban paediatric population”, *Child Abuse & Neglect*, v. 35, n. 6 (2011), p. 408–413.

22 Michelle Bosquet Enlow e outros, “Interpersonal trauma exposure and cognitive development in children to age 8 years: a longitudinal study”, *Journal of Epidemiology and Community Health*, v. 66, n. 11 (2012), p. 1005–1010.

23 Burke e outros, “The Impact of adverse childhood experiences”.

24 Louise Arseneault e outros, “Childhood trauma and children’s emerging psychotic symptoms: a genetically sensitive longitudinal cohort study”, *American Journal of Psychiatry*, v. 168, n. 1 (2011), p. 65–72.

Deve-se observar também que, ao diagnosticar a saúde mental das crianças, é importante diferenciar entre comportamento, cognição e emoção que são típicos do estágio de desenvolvimento e da idade da criança e aqueles que são motivo de preocupação. Além disso, o comportamento e outros indicadores precisam ser considerados dentro do contexto cultural e psicossocial da criança.

V. Crianças e jovens lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros

É provável que crianças e jovens lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros sofram abuso por parte de adultos(as) e colegas, e o risco aumenta com a diminuição ou ausência de proteções sociais e legais.²⁵ Pesquisas demonstram que as experiências de perseguição e abuso podem afetar gravemente sua saúde mental.²⁶ Ao documentar a tortura em crianças e jovens lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros é importante considerar os fatores de risco específicos e reconhecer seu possível impacto. Quanto a adultos(as), é essencial oferecer um ambiente seguro e respeitoso e não patologizar as identidades de gênero e as orientações sexuais (consulte os parágrafos 599–601 acima).

25 Edward J. Alessi, Sarilee Kahn e Sangeeta Chatterji, "The darkest times of my life: recollections of child abuse among forced migrants persecuted because of their sexual orientation and gender identity", *Child Abuse & Neglect*, v. 51 (2016), p. 93–105.

26 *Ibid.*; e Rebecca A. Hopkinson e outros, "Persecution experiences and mental health of LGBT asylum seekers", *Journal of Homosexuality*, v. 64, n. 12 (2017), p. 1650–1666.

ANEXO III – DESENHOS ANATÔMICOS PARA A DOCUMENTAÇÃO DE TORTURA E MAUS-TRATOS

Nome do indivíduo

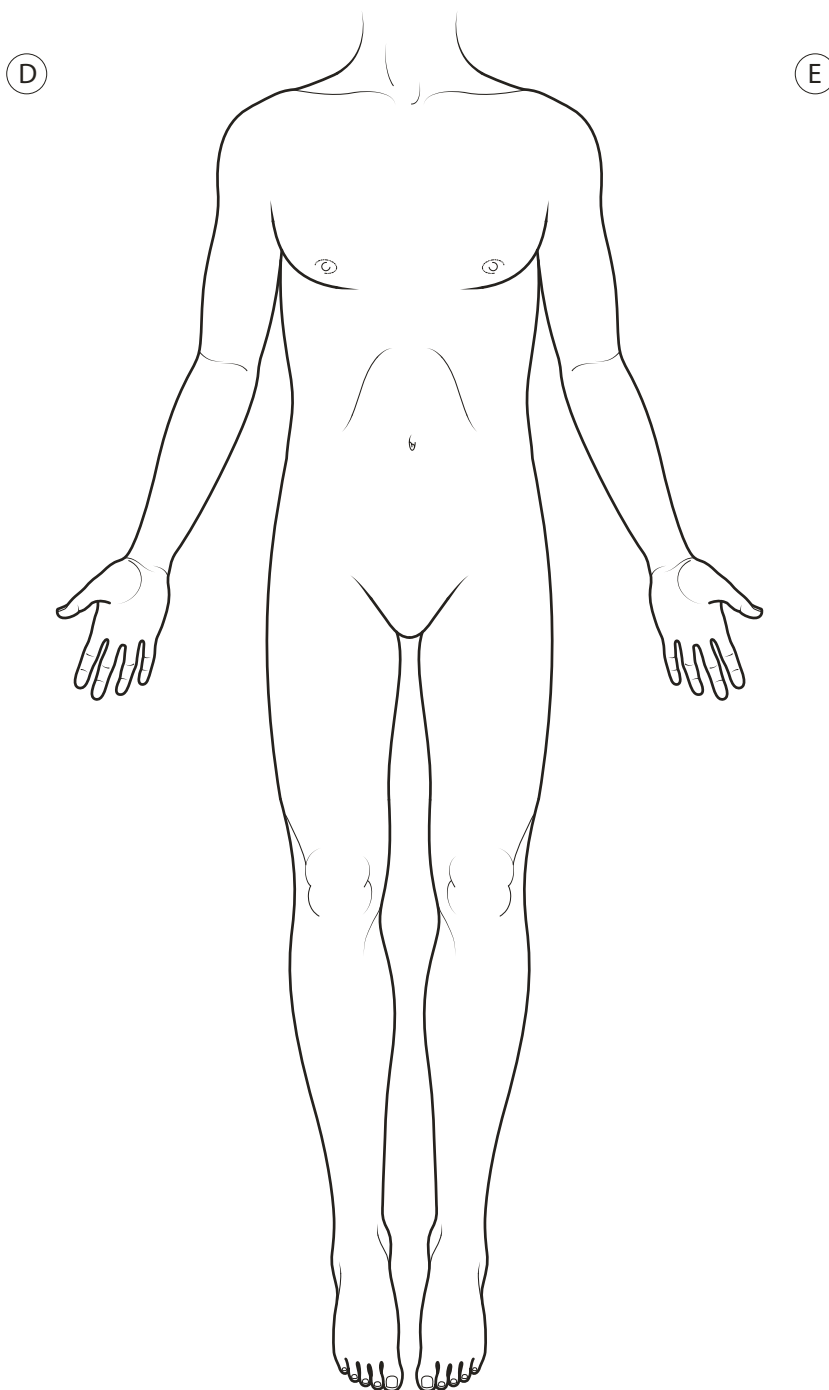
Nome do(a) examinador(a)

Data do exame.....

Horário do exame

Número de referência

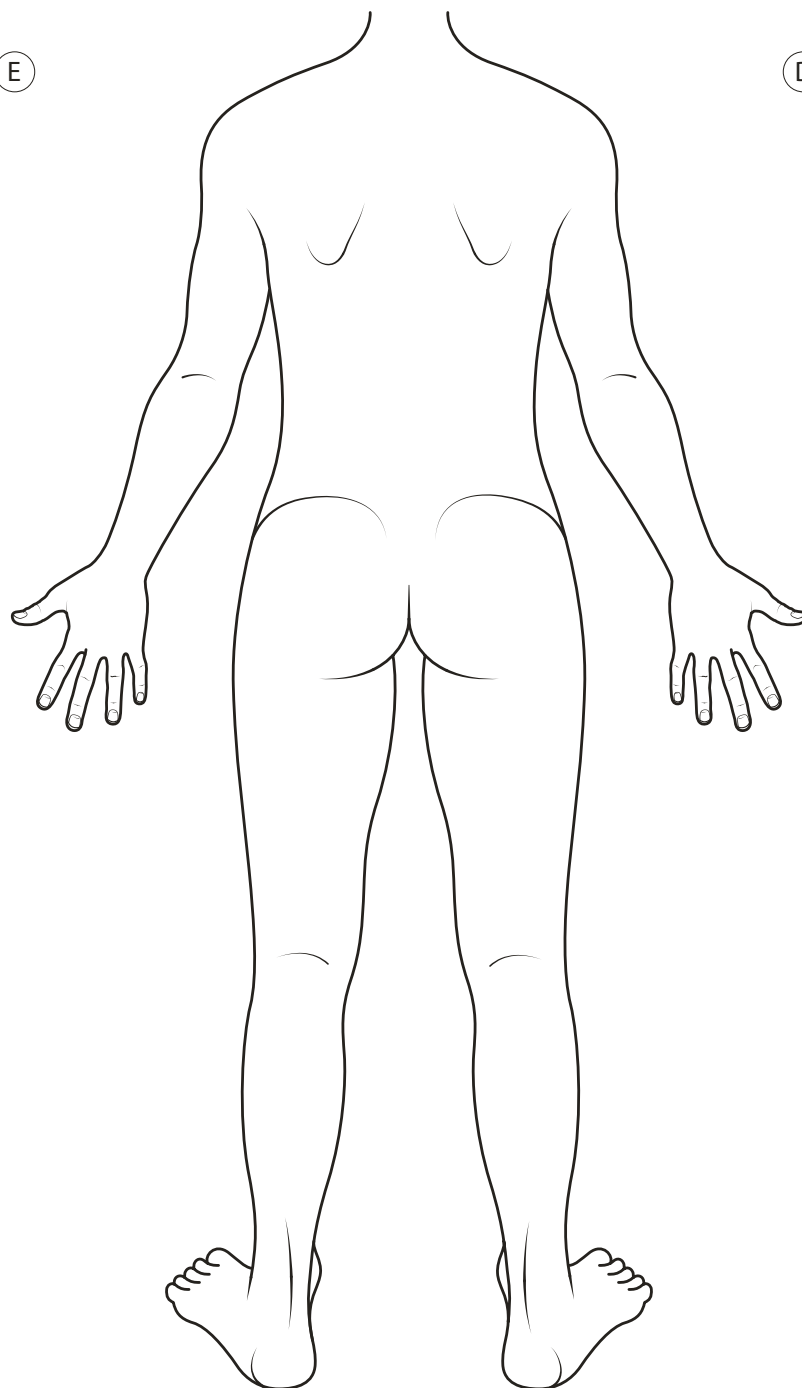
Corpo inteiro de gênero neutro – vista anterior



© JJ Payne-James 2019

Corpo inteiro de gênero neutro – vista posterior

F



D

Nome do indivíduo

Nome do(a) examinador(a)

Data do exame.....

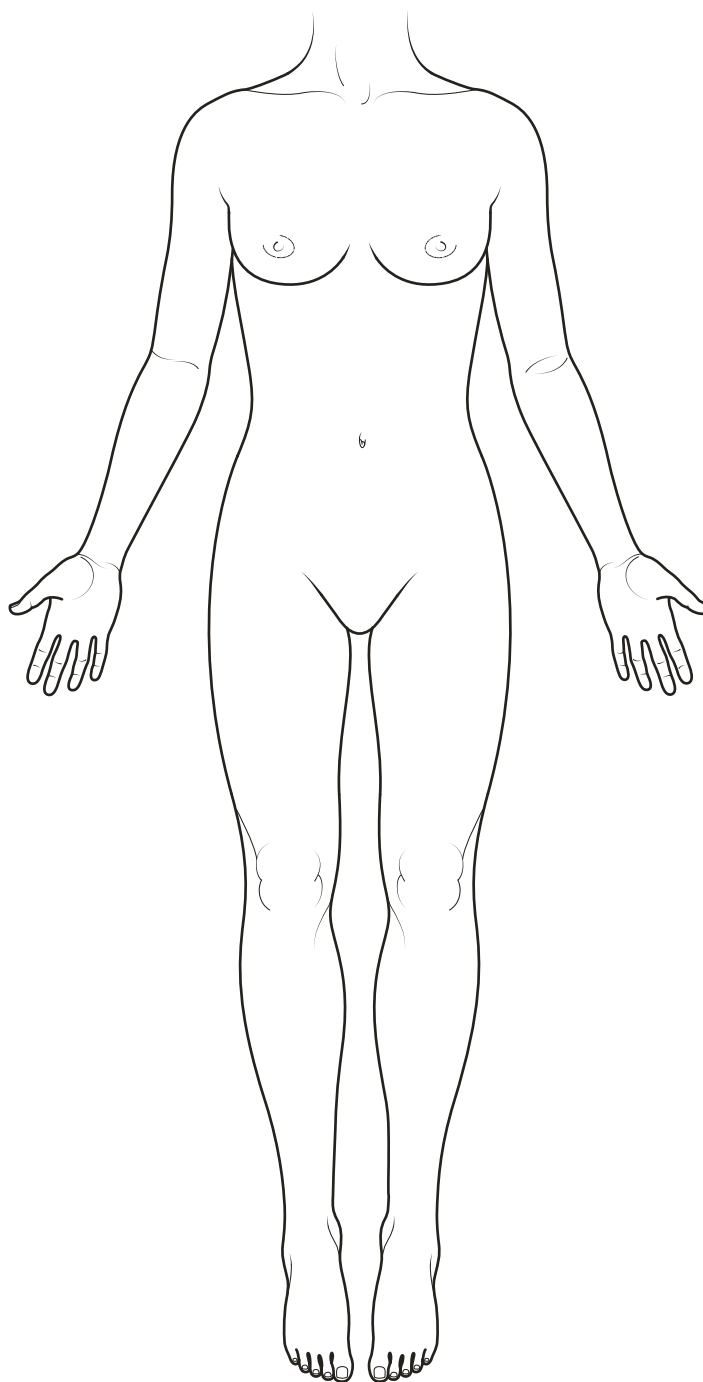
Horário do exame

Número de referência

© JJ Payne-James 2019

Corpo inteiro feminino – vista anterior

D



E

Nome do indivíduo

Nome do(a) examinador(a)

Data do exame.....

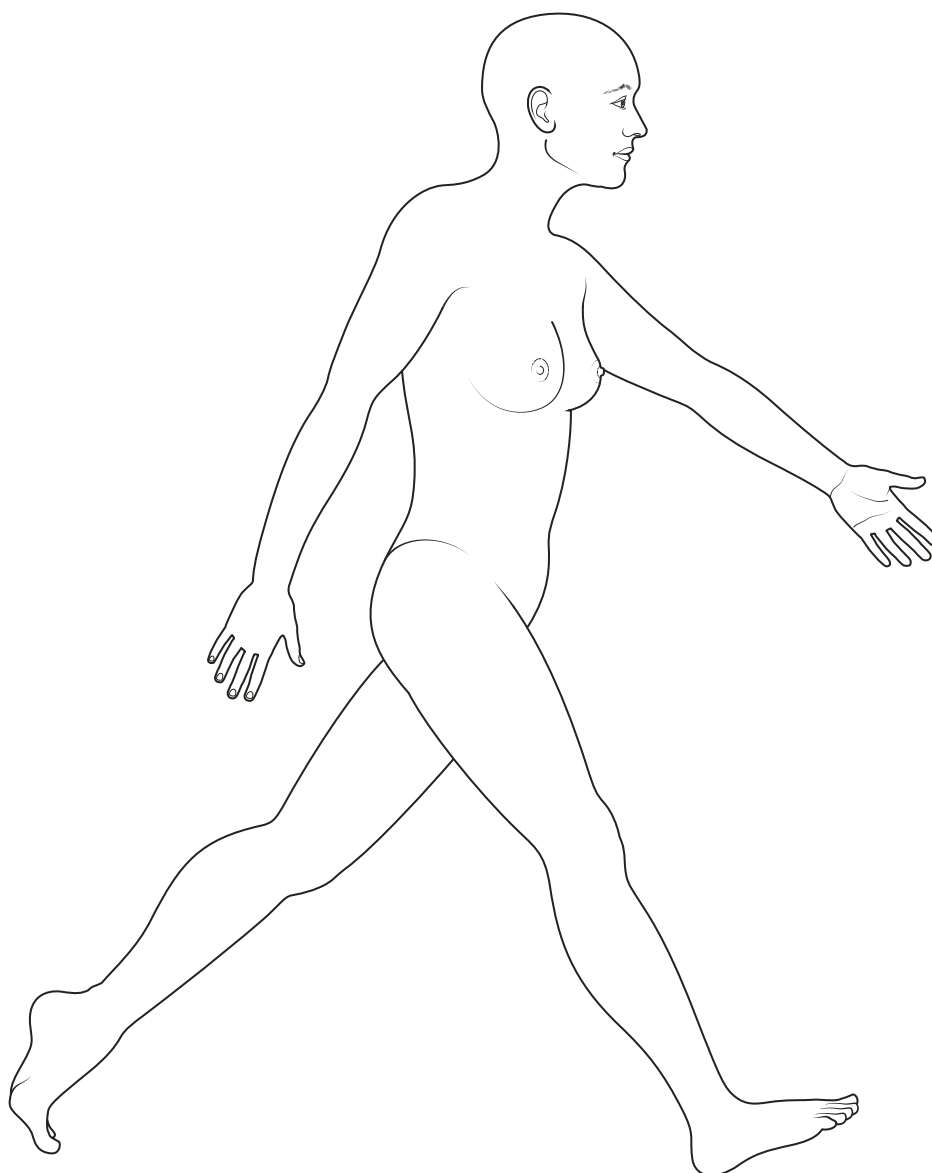
Horário do exame

Número de referência

© JJ Payne-James 2019

Corpo inteiro feminino – vista lateral direita

D



Nome do indivíduo

Nome do(a) examinador(a)

Data do exame.....

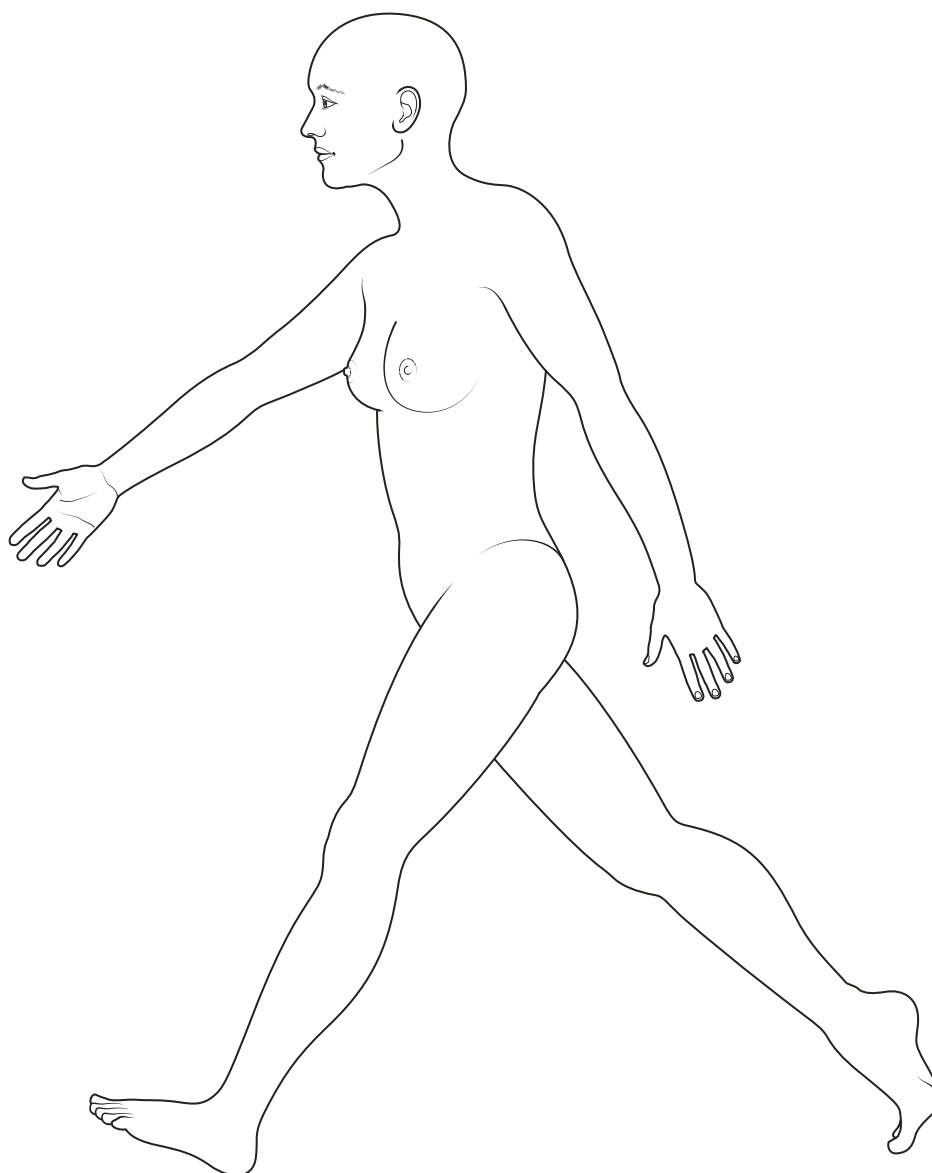
Horário do exame

Número de referência

© JJ Payne-James 2019

Corpo inteiro feminino – vista lateral esquerda

F



Nome do indivíduo

Nome do(a) examinador(a)

Data do exame.....

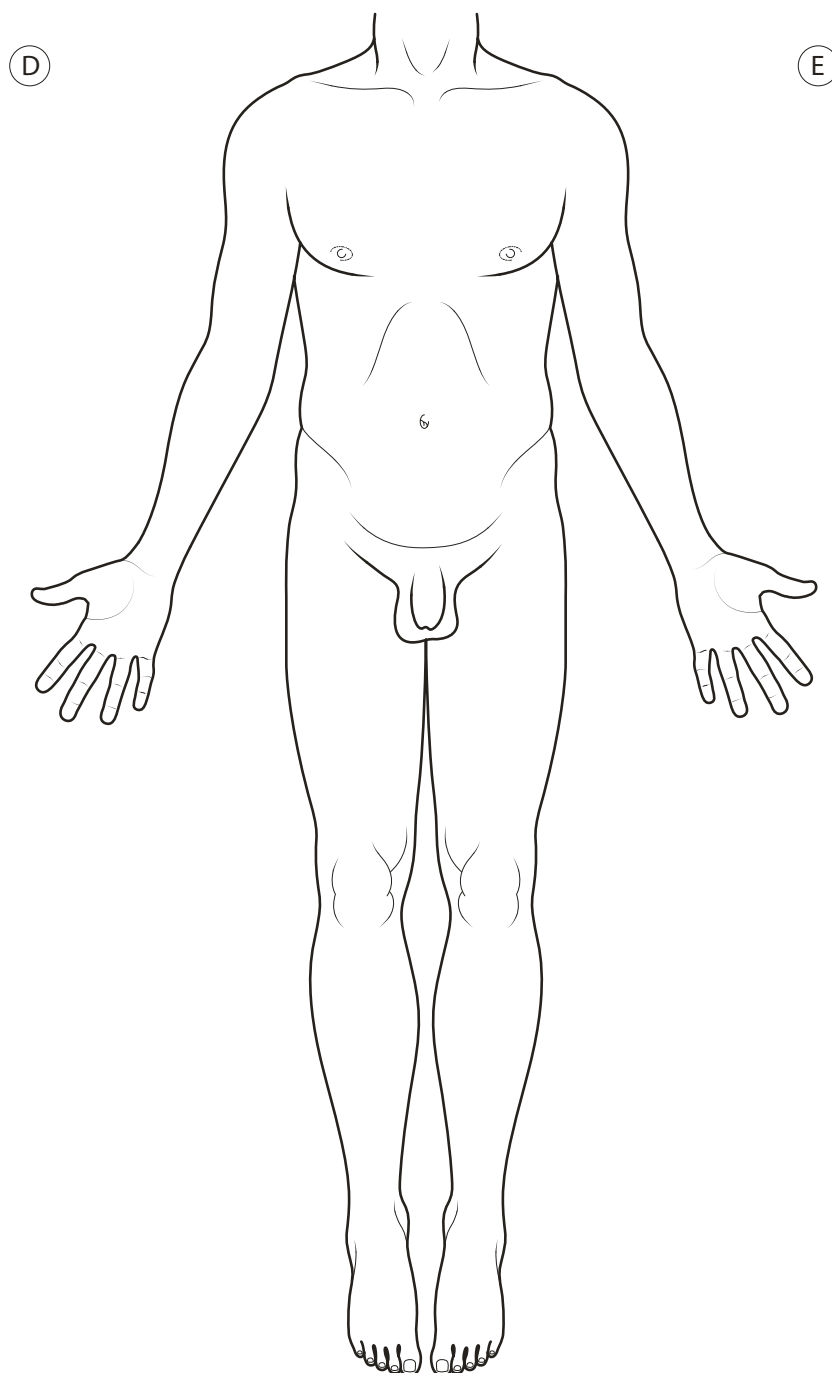
Horário do exame

Número de referência

© JJ Payne-James 2019

Corpo inteiro masculino – vista anterior

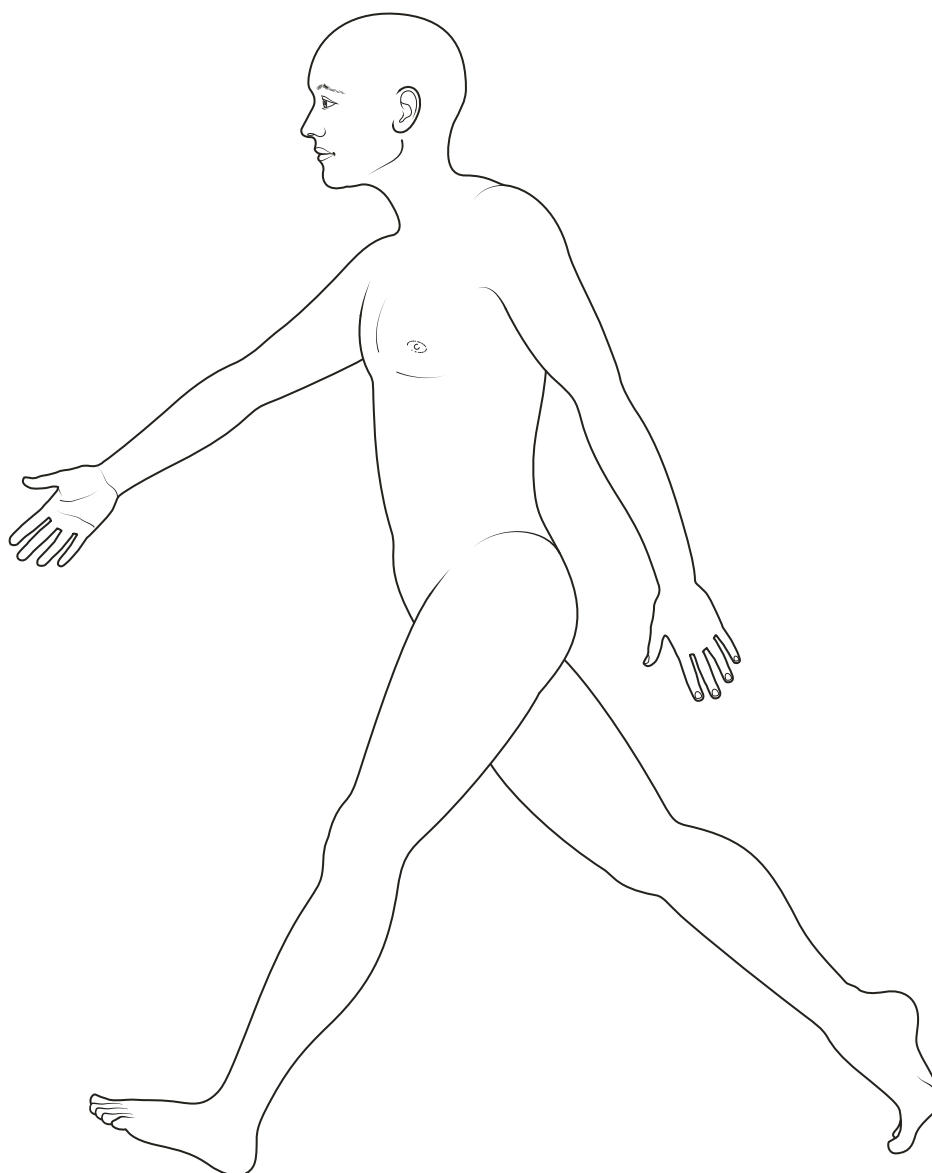
Nome do indivíduo
Nome do(a) examinador(a)
Data do exame.....
Horário do exame
Número de referência



© JJ Payne-James 2019

Corpo inteiro masculino – vista lateral esquerda

F



Nome do indivíduo

Nome do(a) examinador(a)

Data do exame.....

Horário do exame

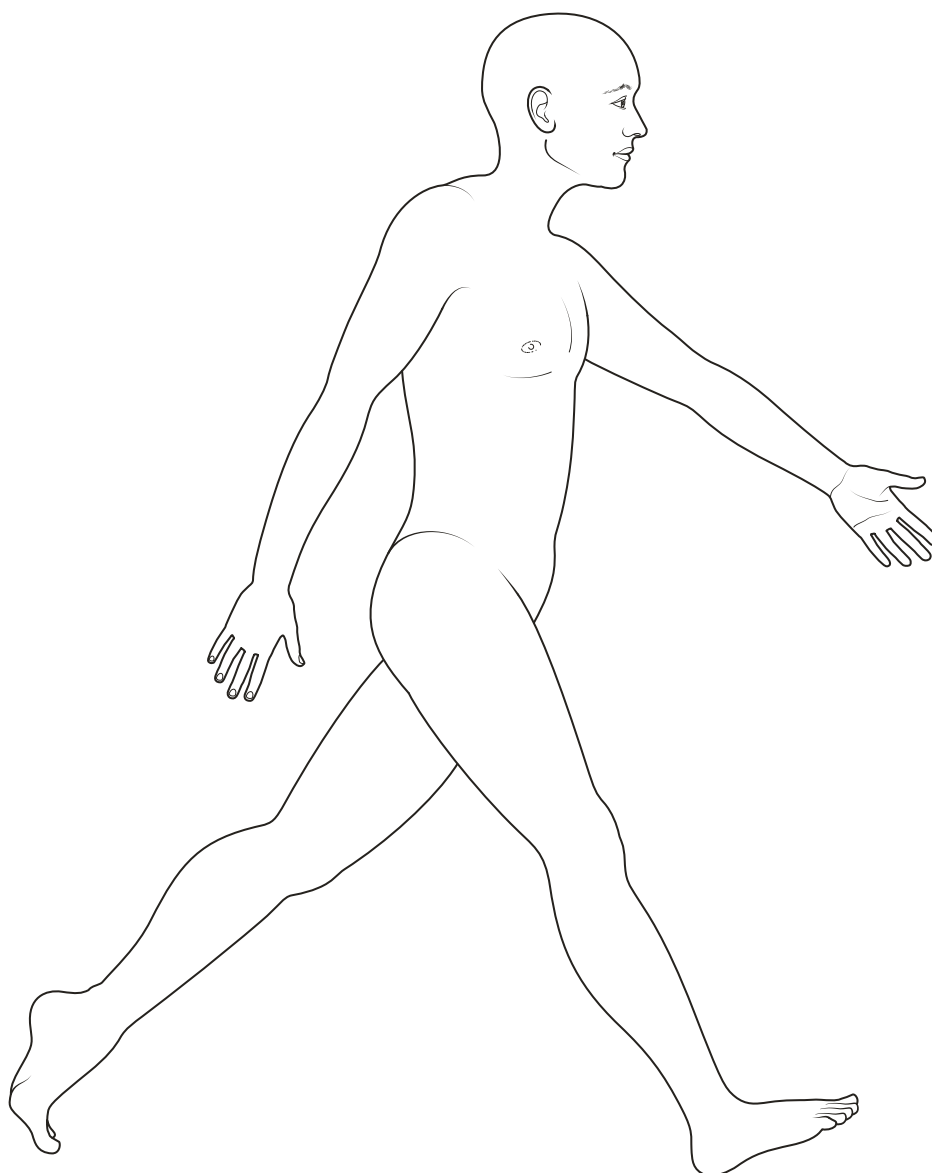
Número de referência

© JJ Payne-James 2019

Corpo inteiro masculino – vista lateral direita

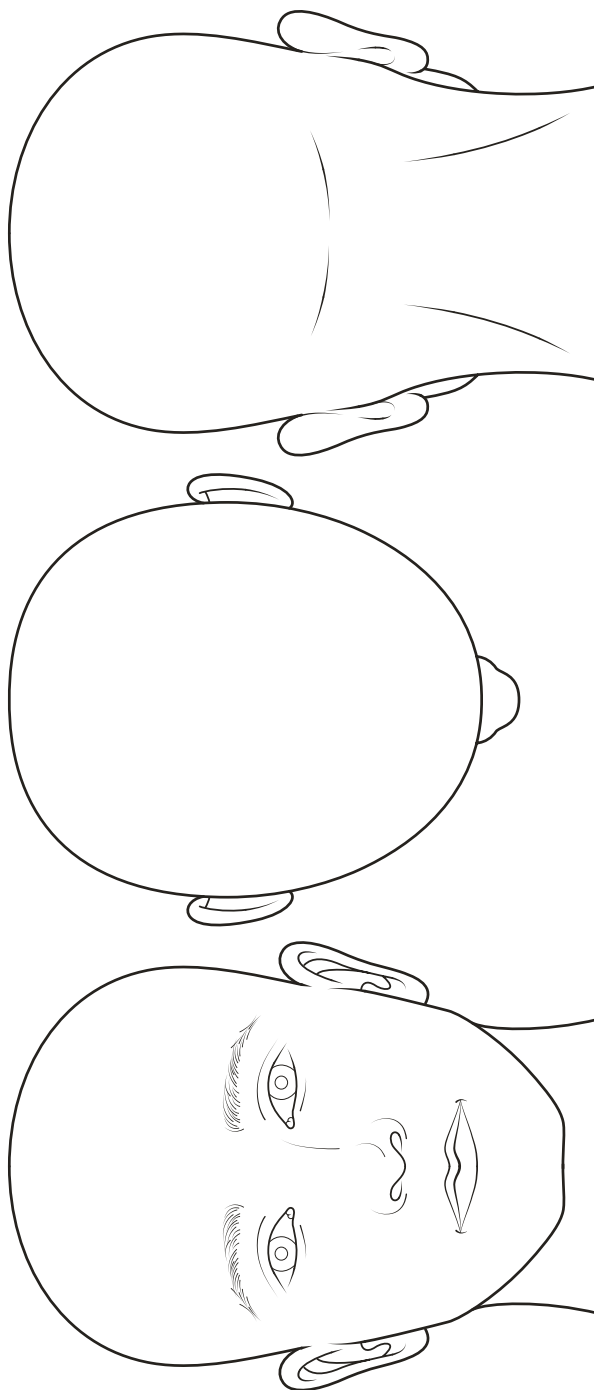
Nome do indivíduo
Nome do(a) examinador(a)
Data do exame.....
Horário do exame
Número de referência

D



© JJ Payne-James 2019

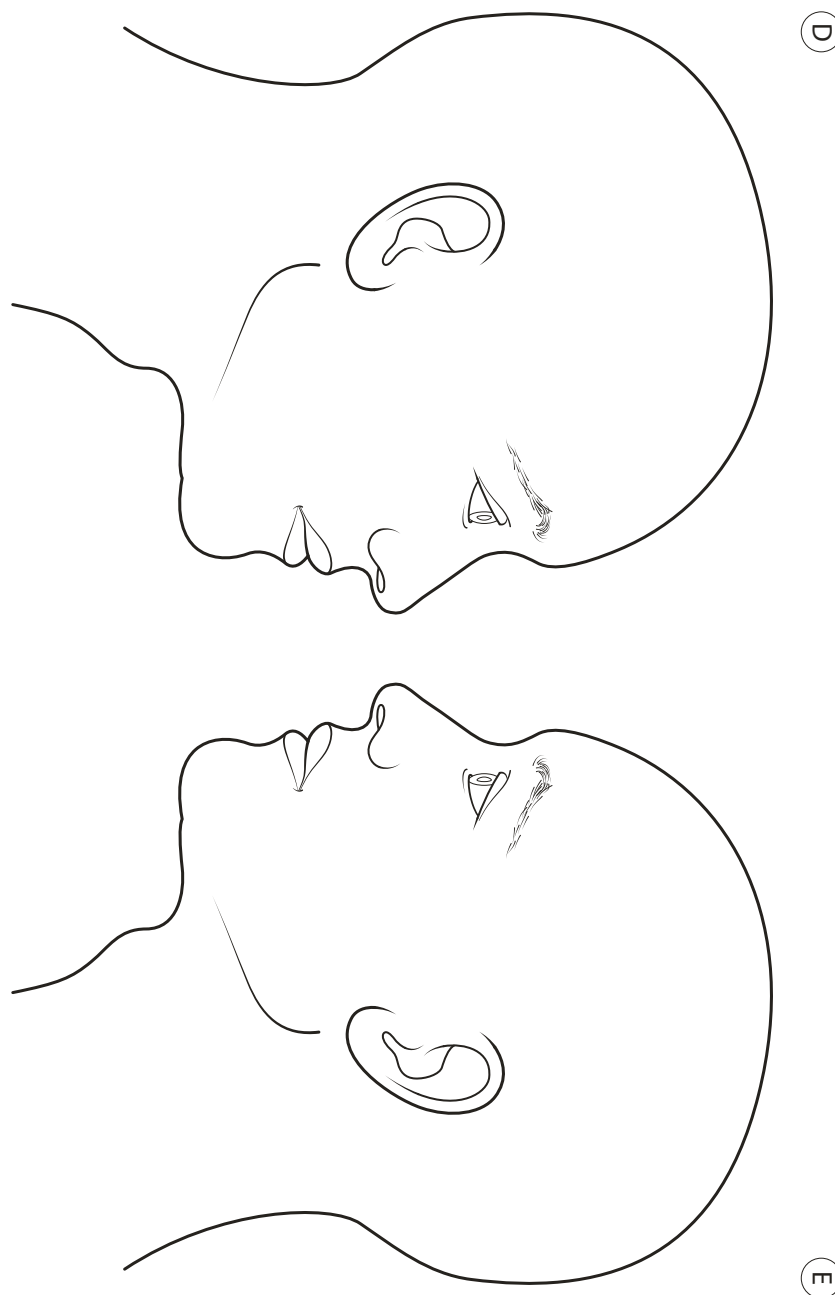
Cabeça – vistas anterior, superior e posterior



Nome do indivíduo
Nome do(a) examinador(a)
Data do exame.....
Horário do exame
Número de referência

© JJ Payne-James 2019

Cabeça – vistas laterais esquerda e direita

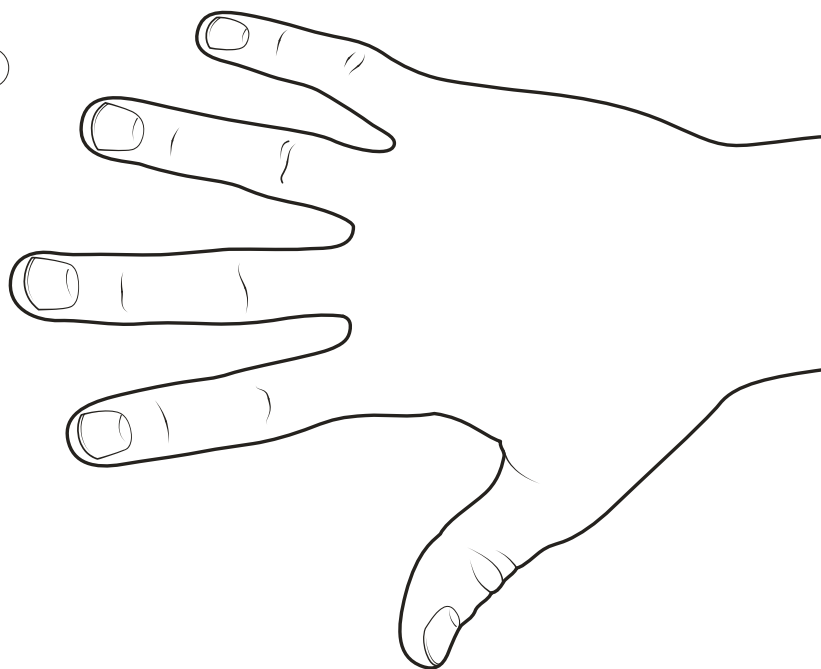


Nome do indivíduo
Nome do(a) examinador(a)
Data do exame.....
Horário do exame
Número de referência

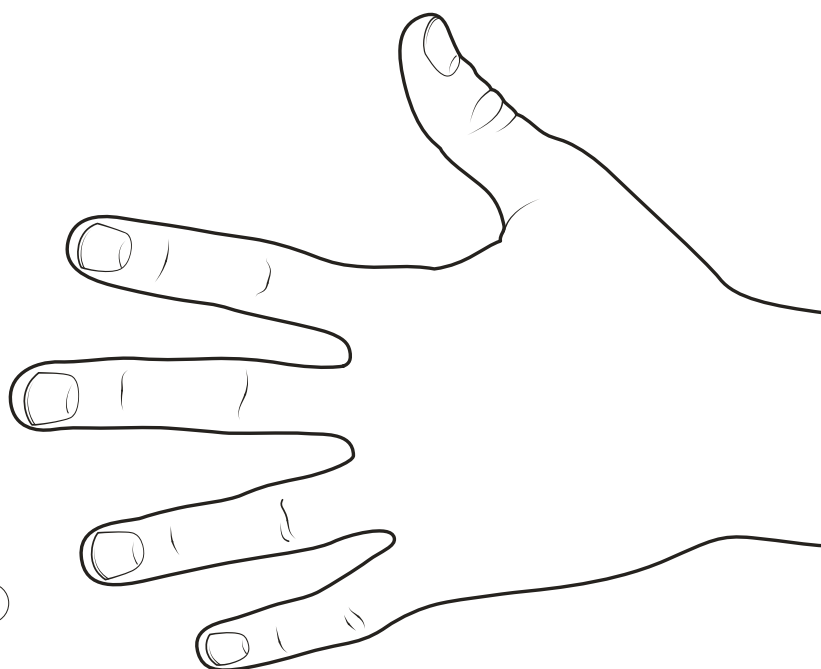
© JJ Payne-James 2019

Mãos – vista dorsal

D



E



Nome do indivíduo

Nome do(a) examinador(a)

Data do exame.....

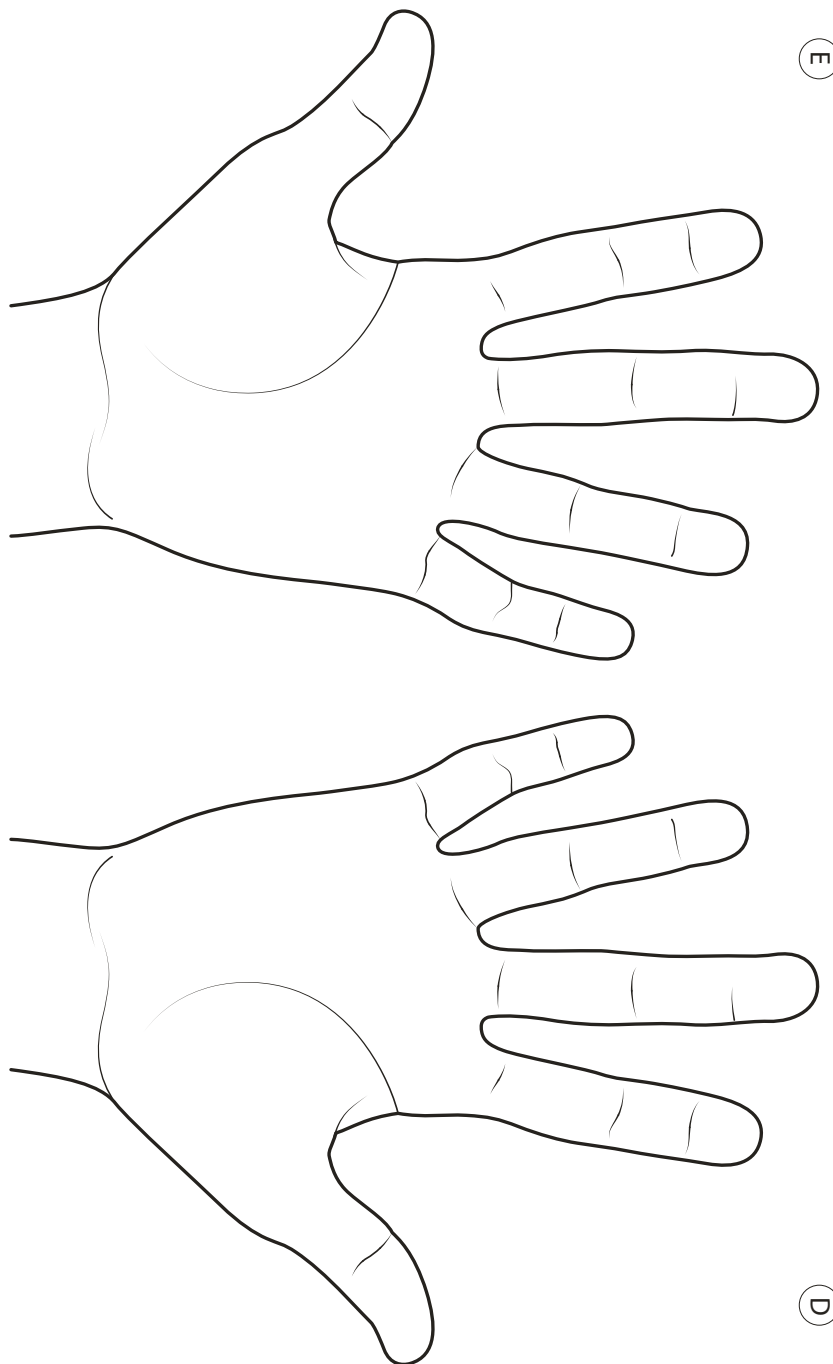
Horário do exame

Número de referência

© JJ Payne-James 2019

Mãos – vista palmar

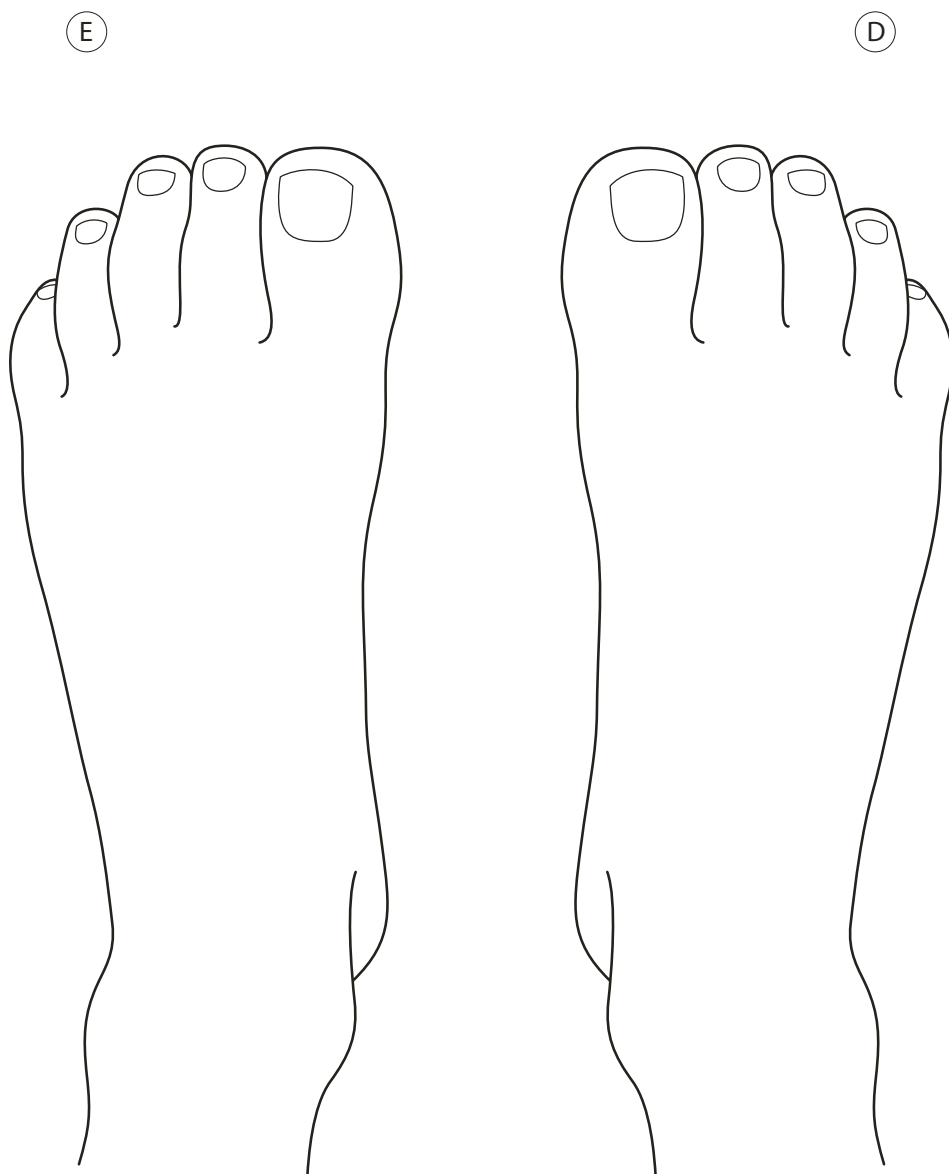
Nome do indivíduo
Nome do(a) examinador(a)
Data do exame.....
Horário do exame
Número de referência



© JJ Payne-James 2019

Pés – vista dorsal

Nome do indivíduo
Nome do(a) examinador(a)
Data do exame.....
Horário do exame
Número de referência



© JJ Payne-James 2019

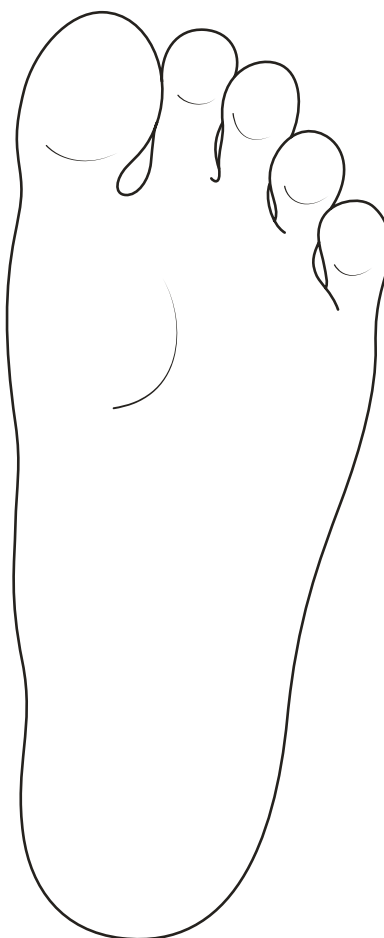
Pés – vista plantar

Nome do indivíduo
Nome do(a) examinador(a)
Data do exame.....
Horário do exame
Número de referência

E



D

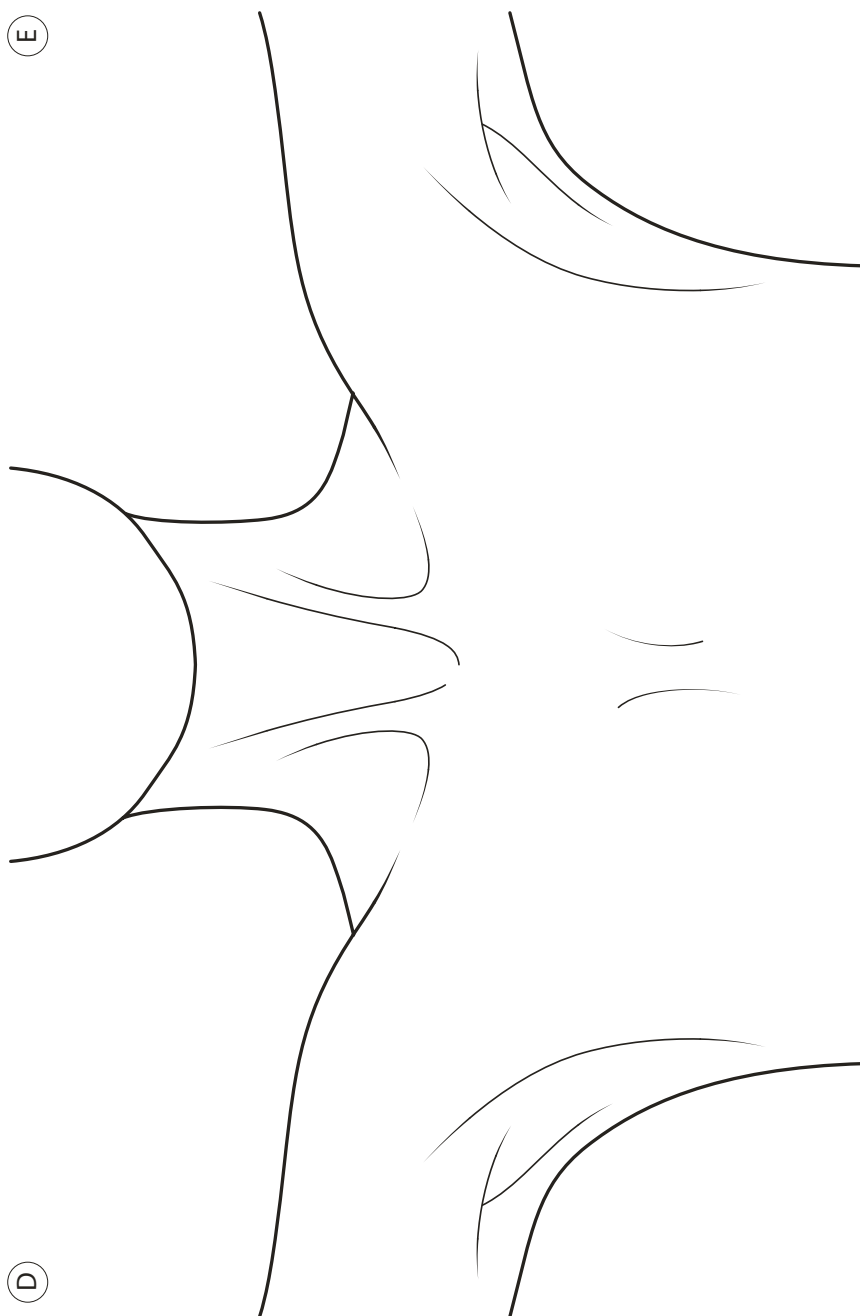


© JJ Payne-James 2019

Axila

(E)

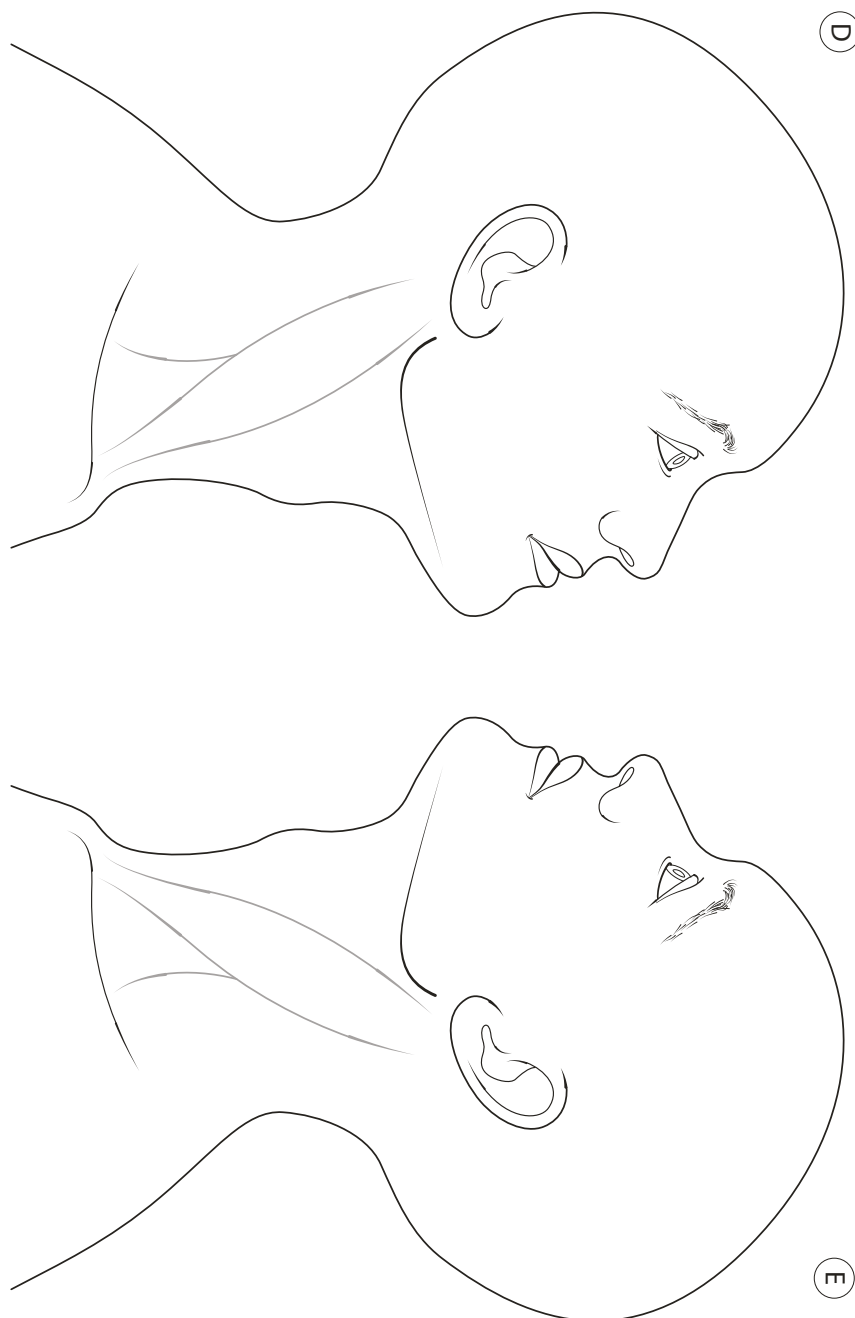
(D)



Nome do indivíduo
Nome do(a) examinador(a)
Data do exame.....
Horário do exame
Número de referência

© JJ Payne-James 2019

Pescoço estendido – vistas laterais esquerda e direita

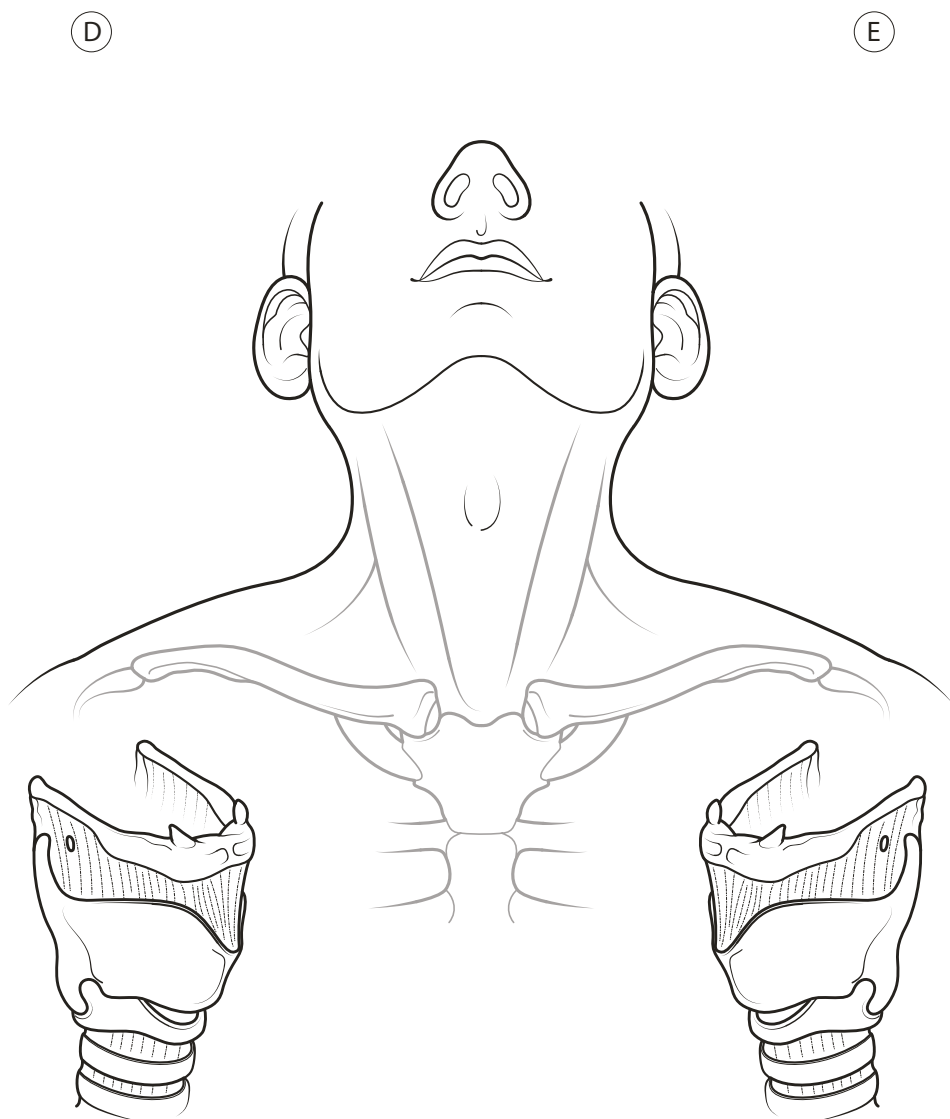


Nome do indivíduo
Nome do(a) examinador(a)
Data do exame.....
Horário do exame
Número de referência

© JJ Payne-James 2019

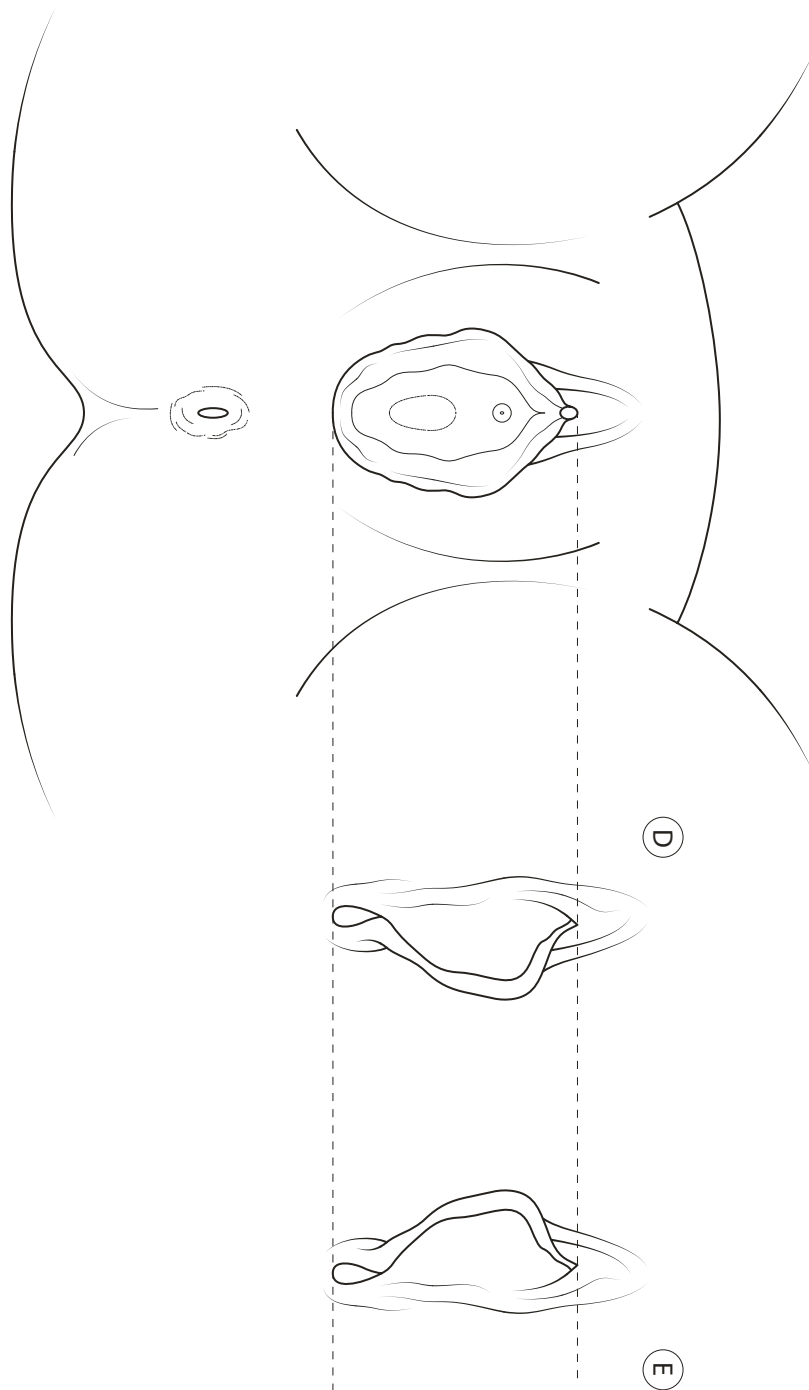
Pescoço anterior estendido e laringe

Nome do indivíduo
Nome do(a) examinador(a)
Data do exame.....
Horário do exame
Número de referência



© JJ Payne-James 2019

Genitália feminina



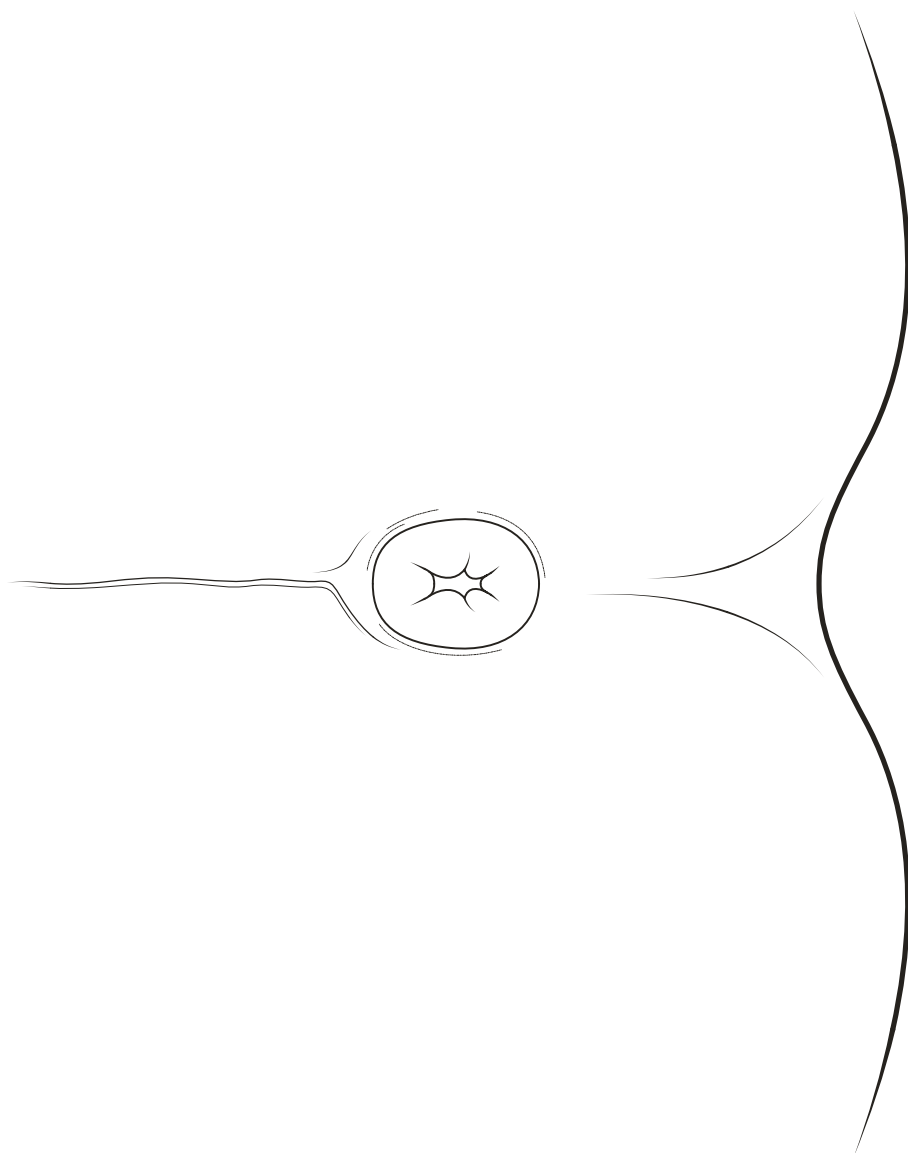
Nome do indivíduo
Nome do(a) examinador(a)
Data do exame.....
Horário do exame
Número de referência

© JJ Payne-James 2019

Ânus de gênero neutro

(E)

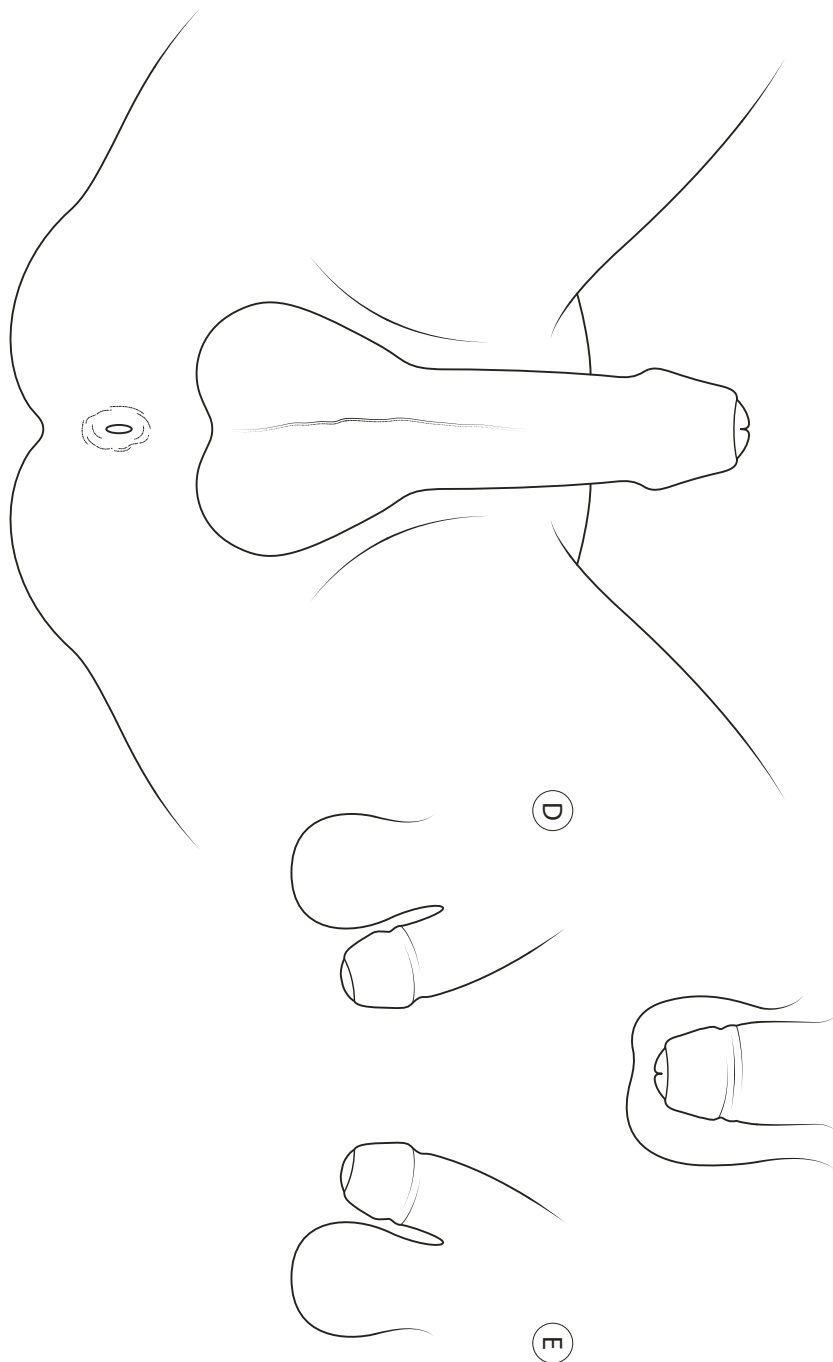
(D)



Nome do indivíduo
Nome do(a) examinador(a)
Data do exame.....
Horário do exame
Número de referência

© JJ Payne-James 2019

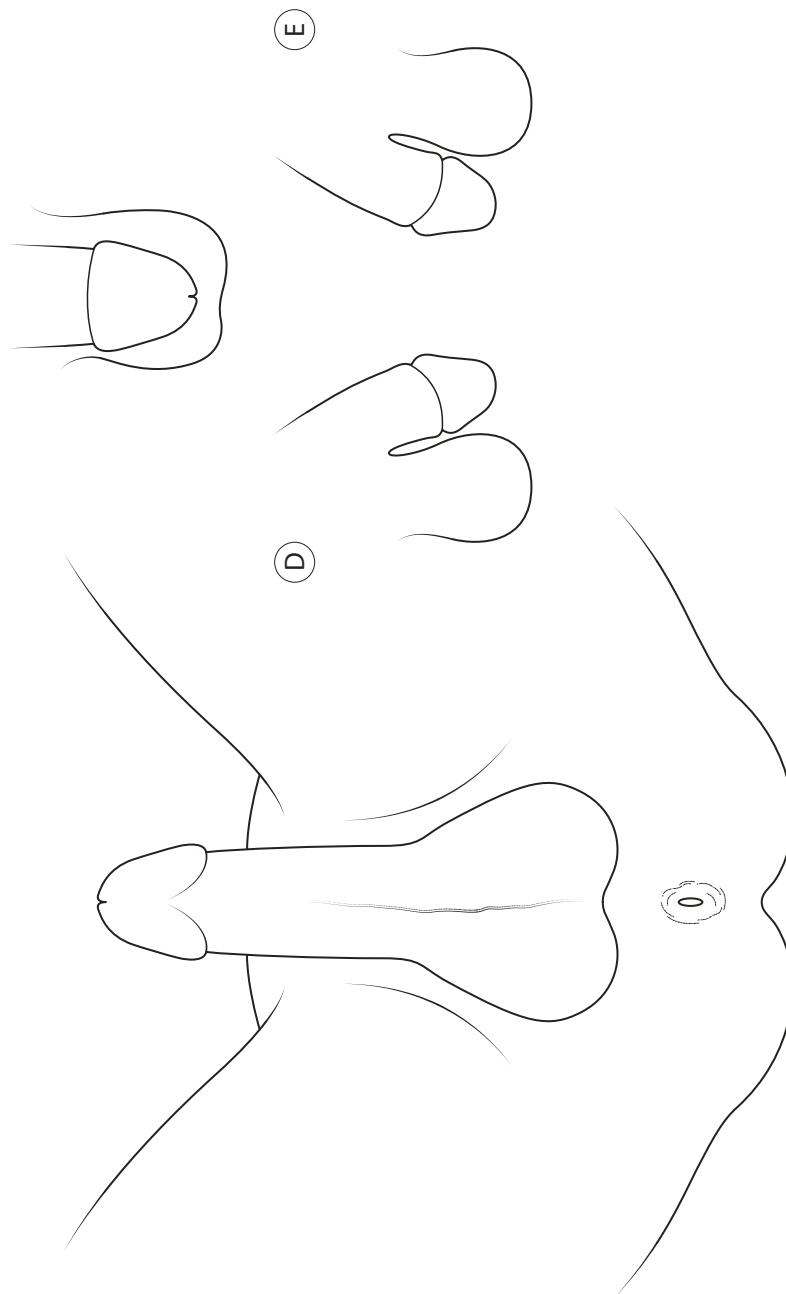
Genitália masculina não circuncidada



Nome do indivíduo
Nome do(a) examinador(a)
Data do exame.....
Horário do exame
Número de referência

© JJ Payne-James 2019

Genitália masculina circuncidada

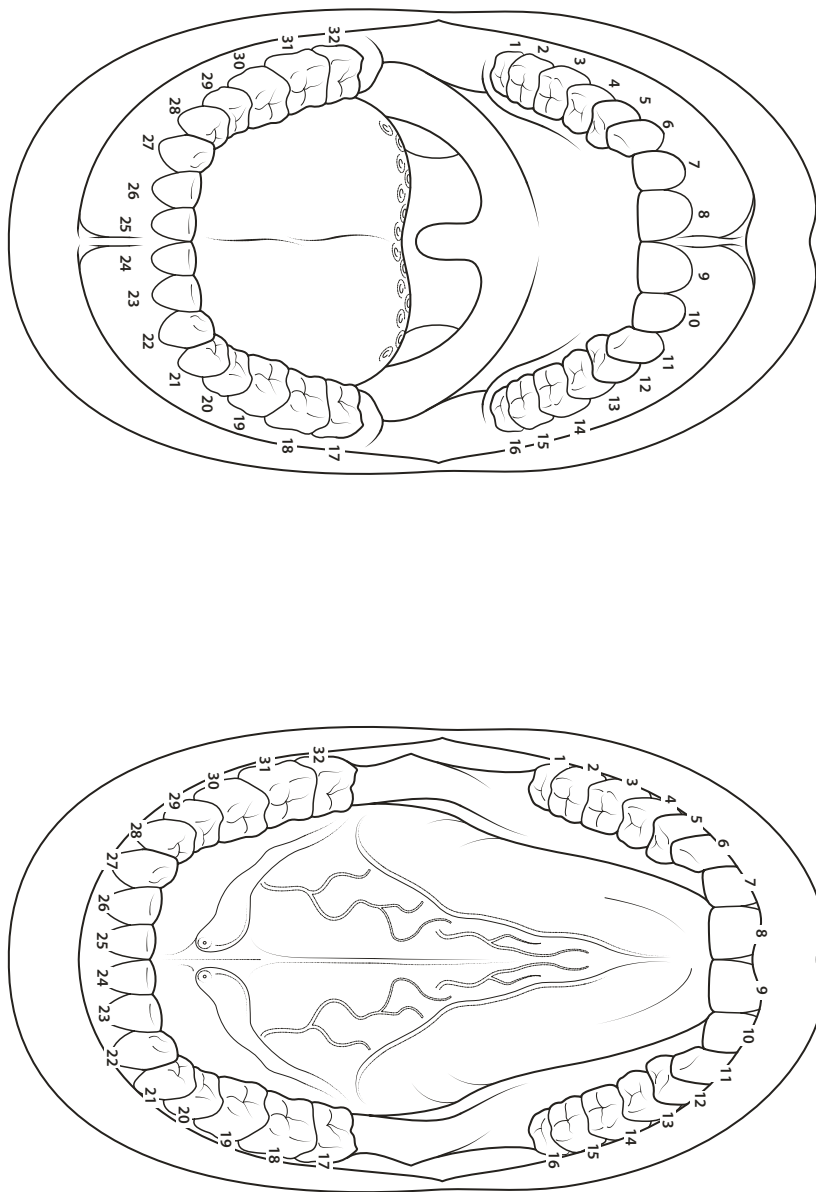


Nome do indivíduo
Nome do(a) examinador(a)
Data do exame.....
Horário do exame
Número de referência

© JJ Payne-James 2019

Cavidade oral e dentes

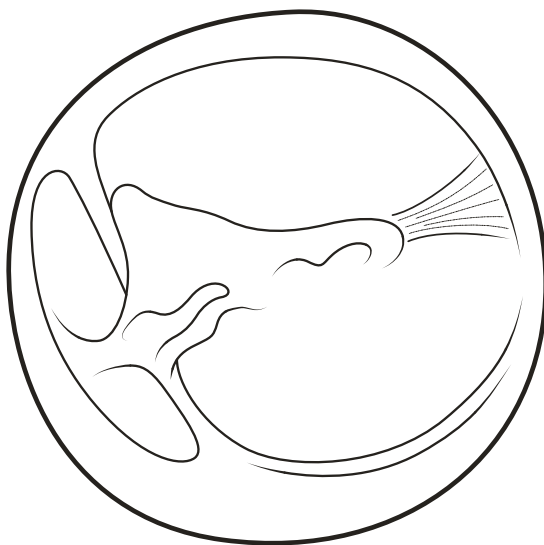
Nome do indivíduo
Nome do(a) examinador(a)
Data do exame.....
Horário do exame
Número de referência



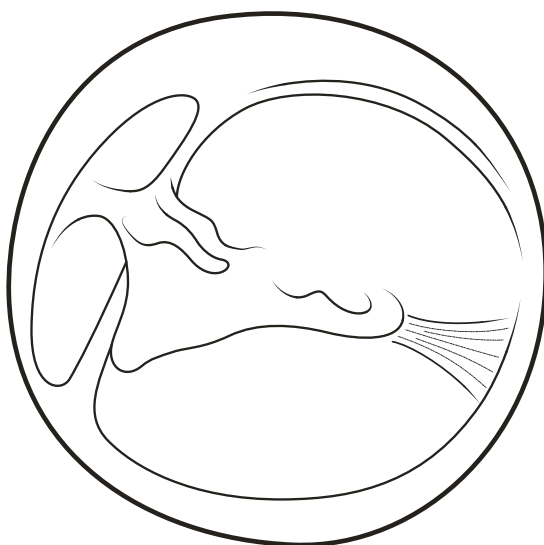
© JJ Payne-James 2019

Membrana timpânica – vistas esquerda e direita

D



E



Nome do indivíduo

Nome do(a) examinador(a)

Data do exame.....

Horário do exame

Número de referência

© JJ Payne-James 2019

Esqueleto – vista anterior

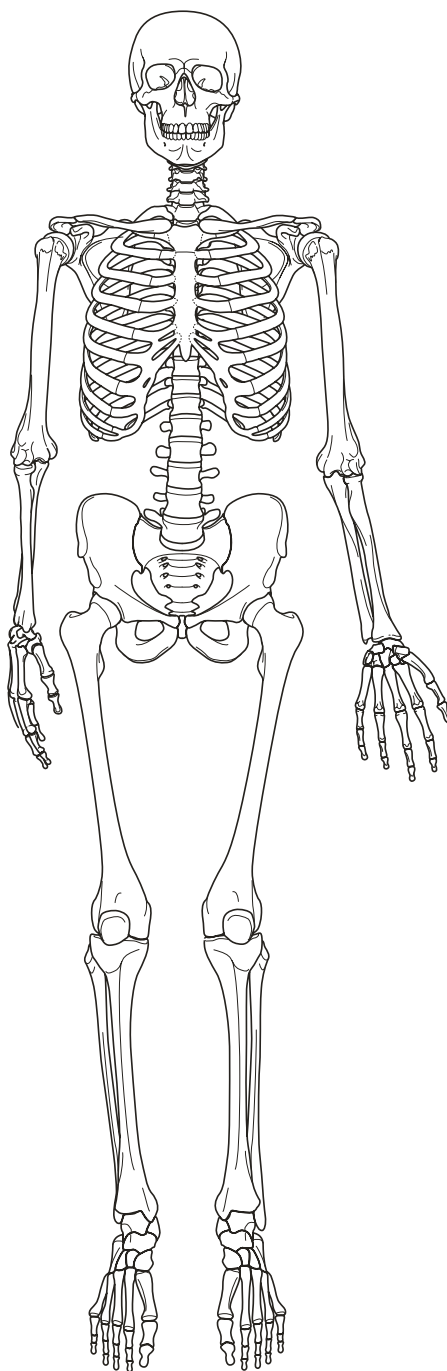
Nome do indivíduo

Nome do(a) examinador(a)

Data do exame.....

Horário do exame

Número de referência



© JJ Payne-James 2019

Esqueleto – vista posterior

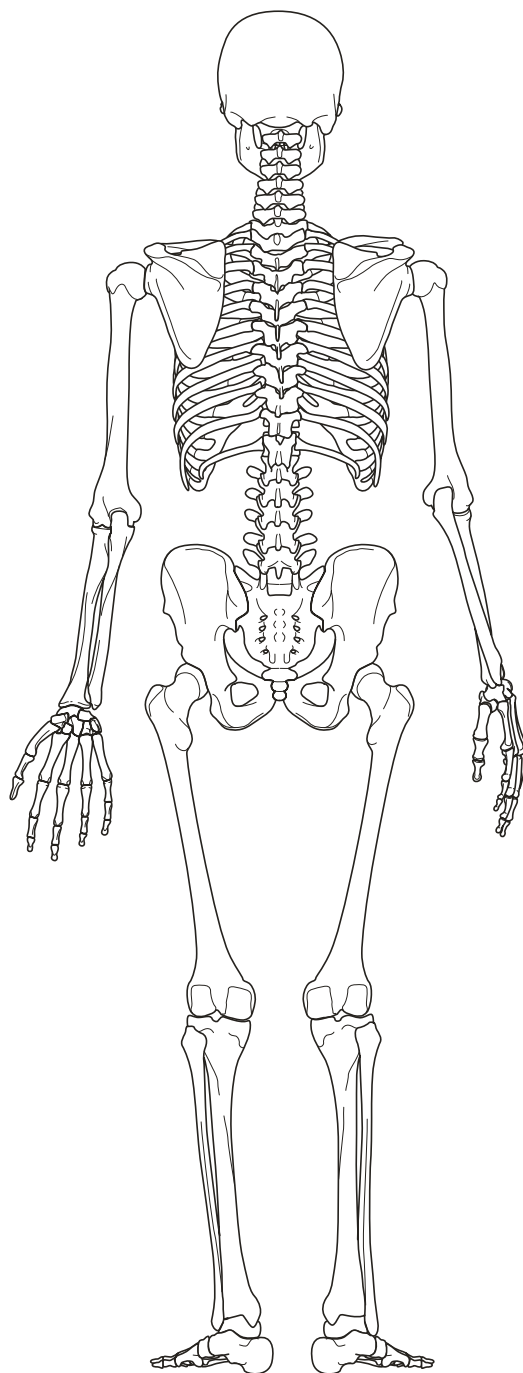
Nome do indivíduo

Nome do(a) examinador(a)

Data do exame.....

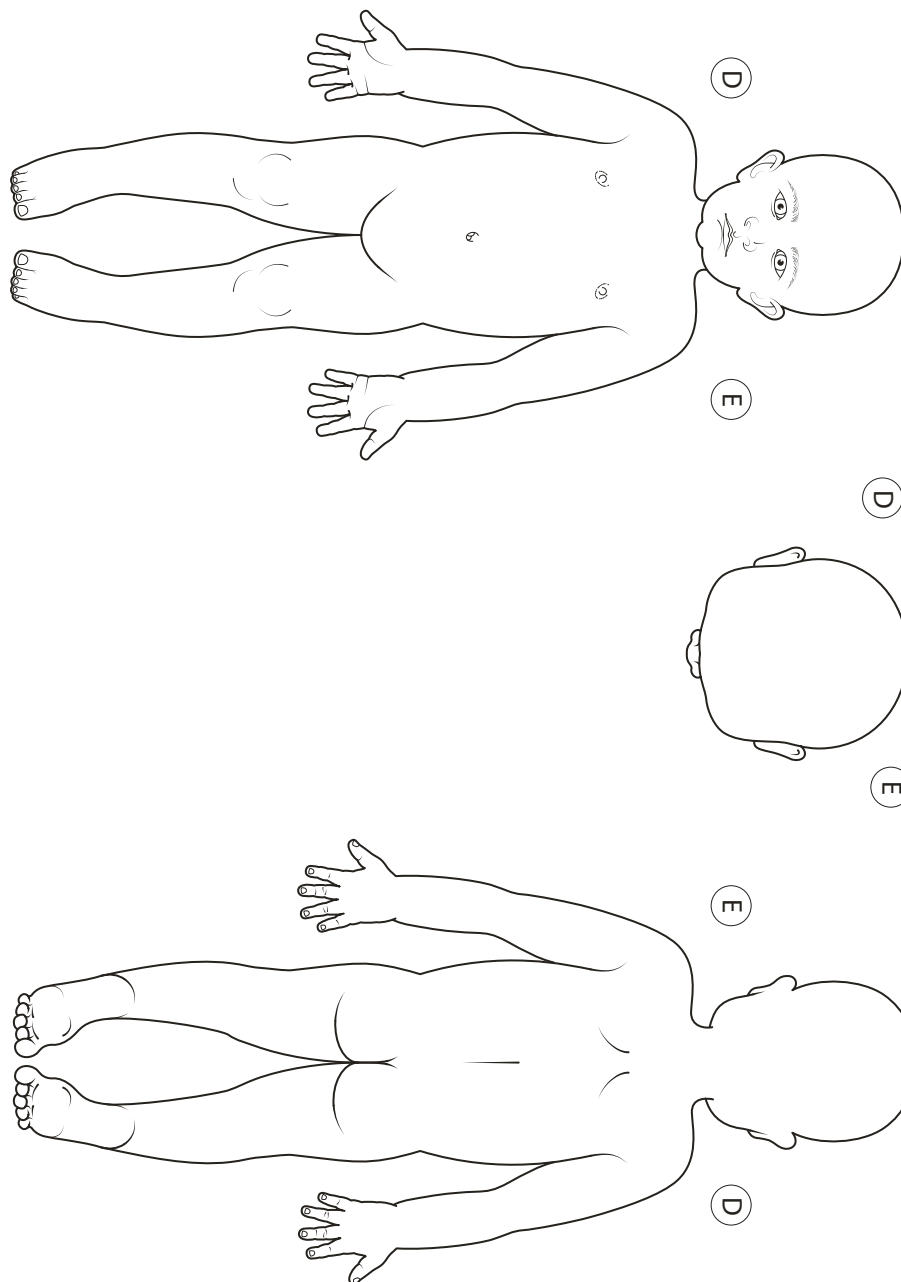
Horário do exame

Número de referência



© JJ Payne-James 2019

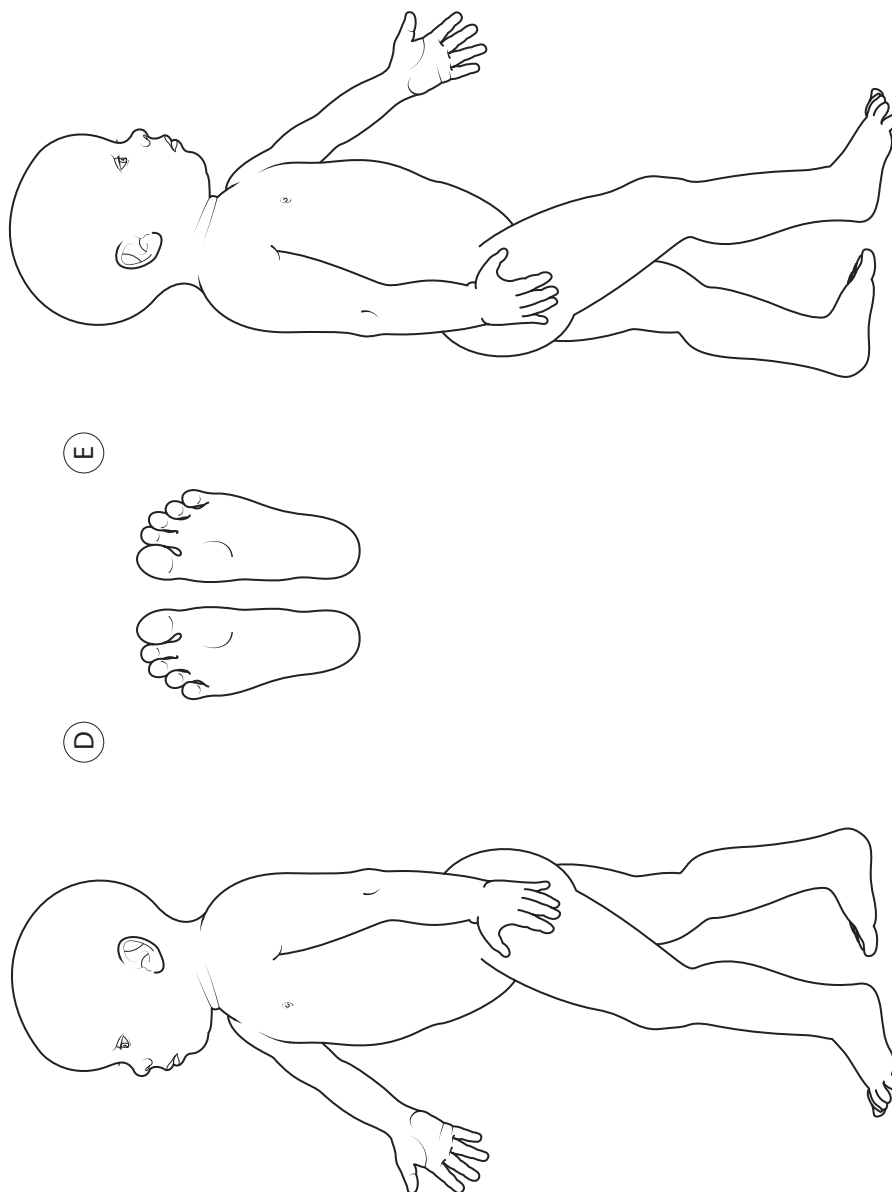
Criança pequena – vistas posterior e anterior



Nome do indivíduo
Nome do(a) examinador(a)
Data do exame.....
Horário do exame
Número de referência

© JJ Payne-James 2019

Criança pequena – vistas laterais direita e esquerda



Nome do indivíduo

Nome do(a) examinador(a)

Data do exame.....

Horário do exame

Número de referência

© JJ Payne-James 2019

ANEXO IV – DIRETRIZES PARA A AVALIAÇÃO CLÍNICA DE TORTURA E MAUS-TRATOS

I. Informações do Caso

As diretrizes a seguir são baseadas no Protocolo de Istambul. Elas não pretendem ser uma prescrição fixa, mas devem ser aplicadas levando-se em conta o objetivo da avaliação e após uma análise dos recursos disponíveis. A avaliação de evidências físicas e psicológicas de tortura e maus-tratos pode ser conduzida por um(a) ou mais clínicos(as), dependendo de suas qualificações.

Data do exame:..... N.º do caso ou relatório:

Exame solicitado por (nome/cargo):

N.º de identificação do indivíduo:

Duração da avaliação (horas/minutos):

Nome próprio do indivíduo:

Sobrenome do indivíduo:

Data de nascimento: Local de nascimento:

Gênero: ☐ Masculino ☐ Feminino ☐ Outro

Motivo do exame:

Nome do(a) médico(a):

Intérprete: ☐ Sim ☐ Não Nome:

Consentimento informado: ☐ Sim ☐ Não

Se não houver consentimento informado, por quê?

Indivíduo acompanhado por (nome/cargo):

Pessoas presentes durante o exame (nome/cargo):

Indivíduo contido durante o exame: ☐ Sim ☐ Não

Se “sim”, como/por quê?

Relatório clínico transferido para (nome/cargo/n.º de identificação):

Data da transferência: Hora da transferência:

Avaliação/investigação clínica conduzida sem restrições (para indivíduos sob custódia) ☐ Sim ☐ Não

Forneça detalhes de quaisquer restrições:

II. Qualificações do(a) clínico(a) (para testemunho judicial)

- > Educação clínica e treinamento clínico;
- > Treinamento psicológico/psiquiátrico;
- > Experiência na documentação de evidências de tortura e maus-tratos;
- > Especialização regional em direitos humanos relevante para a investigação;
- > Publicações, apresentações e cursos de treinamento relevantes;
- > *Curriculum vitae*.

III. Declaração sobre a veracidade do testemunho (para testemunho judicial)

Por exemplo:

“Eu pessoalmente conheço os fatos declarados abaixo, exceto aqueles indicados em informações e crenças, que acredito serem verdadeiras. Eu estaria preparado para testemunhar as declarações acima com base em meu conhecimento e crenças pessoais.”

IV. Informações básicas

- > Informações gerais (idade, profissão, educação, composição familiar etc.);
- > Histórico médico;
- > Revisão de avaliações clínicas anteriores de tortura ou maus-tratos;
- > História psicossocial pré-prisão.

V. Alegações de tortura ou maus-tratos

1. Resumo da detenção e abuso;
2. Circunstâncias da prisão e detenção;
3. Locais de detenção inicial e subsequentes (cronologia, condições de transporte e detenção);
4. Relato narrativo de maus-tratos ou tortura (em cada local de detenção);
5. Revisão dos métodos de tortura.

VI. Sintomas físicos e deficiências

Descrever o desenvolvimento de sintomas e deficiências agudas e crônicas e os processos de cura subsequentes.

1. Sintomas agudos e deficiências;
2. Sintomas crônicos e deficiências.

VII. Exame físico

1. Aparência geral;
2. Pele;
3. Rosto e cabeça;
4. Olhos, ouvidos, nariz e garganta;
5. Cavidade oral e dentes;
6. Peito e abdômen (incluindo sinais vitais);
7. Sistema genitourinário;
8. Sistema músculoesquelético;
9. Sistema nervoso central e periférico.

VIII. Histórico/exame psicossocial

1. Métodos de avaliação;
2. Queixas psicológicas atuais;
3. História pós-tortura;
4. História pré-tortura;
5. História psicológica/psiquiátrica pregressa;
6. Histórico de uso e abuso de substâncias;
7. Exame do estado mental;
8. Avaliação do funcionamento social;
9. Testes psicológicos (ver parágrafo 539 acima para indicações e limitações);
10. Testes neuropsicológicos (ver parágrafos 549–565 acima para indicações e limitações).

IX. Fotografias e diagramas corporais

X. Resultados de testes de diagnóstico (ver parágrafos 480–484 acima para indicações e limitações)

XI. Consultas

XII. Interpretação das descobertas

1. Evidência física

- A. Correlacionar o grau de consistência entre o histórico de sintomas físicos agudos e crônicos e deficiências com alegações de abuso.
- B. Correlacionar o grau de consistência entre achados e alegações do exame físico de abuso. (Nota: a ausência de resultados não exclui a possibilidade de que tortura ou maus-tratos foram infligidos.)
- C. Correlacionar o grau de consistência entre achados do exame do indivíduo com conhecimento dos métodos de tortura e seus efeitos posteriores usados em uma determinada região.

2. Evidência psicológica

- A. Correlacionar o grau de consistência entre as descobertas psicológicas e o relatório de suposta tortura.
- B. Fornecer uma avaliação sobre se as descobertas psicológicas são esperadas ou típicas reações ao estresse extremo dentro do ambiente cultural e contexto social do indivíduo.
- C. Indicar o *status* do indivíduo no curso flutuante de problemas mentais relacionados ao trauma ao longo do tempo, é esse o tempo em relação aos eventos de tortura e onde no decorrer da recuperação do indivíduo?
- D. Identificar quaisquer estressores coexistentes que impliquem sobre o indivíduo (por exemplo, perseguição contínua, migração forçada, exílio e perda de papel familiar ou social) e o impacto que estes podem ter sobre o indivíduo.
- E. Mencionar as condições físicas que podem contribuir para o quadro clínico, principalmente no que diz respeito a possíveis evidências de ferimento na cabeça sofridas durante tortura ou detenção.

XIII. Conclusões e recomendações

- 1. Declarar a opinião sobre a consistência entre todas as fontes de evidência citadas acima (achados físicos e psicológicos, informações históricas, achados fotográficos, resultados de testes de diagnóstico, conhecimento das práticas regionais de tortura, relatórios de consulta etc.) e alegações de tortura ou maus-tratos.
- 2. Reiterar os sintomas e as deficiências dos quais o indivíduo continua sofrendo como resultado do suposto abuso.
- 3. Fornecer quaisquer recomendações para avaliação e cuidados adicionais para o indivíduo.

XIV. Declaração de veracidade (para testemunho judicial)

Por exemplo:

“Declaro, sob pena de perjúrio, de acordo com as leis de [país], que o acima exposto é verdadeiro e correto e que esta declaração juramentada foi executada em [data] em [cidade], [estado ou província].”

XV. Declaração de restrições da avaliação/investigação clínica (para indivíduos sob custódia)

Por exemplo:

“Os(As) médicos abaixo assinados(as) certificam pessoalmente que lhes foi permitido trabalhar de forma livre e independente e que lhes foi permitido falar e examinar [o sujeito] em particular, sem qualquer restrição ou reserva, e sem qualquer forma de coerção sendo usada pelas autoridades de detenção”; ou “O(s) clínico(s) abaixo assinado(s) teve(tiveram) que realizar sua avaliação com as seguintes restrições: ...”

XVI. Assinatura do clínico, data e local

XVII. Anexos relevantes

Uma cópia do *curriculum vitae* do médico, desenhos anatômicos para identificação de tortura e/ou maus-tratos, fotografias, consultas e resultados de exames diagnósticos, entre outros.



Versão em inglês disponível em:
https://www.ohchr.org/sites/default/files/documents/publications/2022-06-29/Istanbul-Protocol_Rev2_EN.pdf

(Responsabilidade pela tradução: Conselho Nacional de Justiça)

REALIZAÇÃO



FAZENDO
JUSTIÇA



www.cnj.jus.br