

O ATO MÉDICO NO CRIME DE TORTURA

MEDICAL ACT IN THE CRIME OF TORTURE

*Roberto Augusto de Carvalho Campos**
*Virginia Novaes Procópio de Araujo***

Resumo:

A presente pesquisa verificou se a legislação surgida após a Segunda Guerra Mundial foi apta a inibir o comportamento maleficiente de médicos no auxílio em especializar, dissimular e acobertar a tortura. Foi demonstrado o envolvimento médico com experimentos em seres humanos durante a Segunda Guerra Mundial e corroborou-se que a maleficência médica ainda é usada nos dias de hoje na sociedade contemporânea, permitindo aos profissionais de saúde, desde o período da Guerra Fria, o envolvimento com a tortura e a consequente violação dos princípios da Bioética, especialmente, na conjuntura atualíssima da guerra norte-americana contra o terrorismo. Ao final foram propostas soluções, tendo em vista as noções de Bioética, as normas de Direito Internacional e os Direitos Humanos.

Palavras-chave: Bioética. Tortura. Maleficência. Médicos. Legislação. Direitos Humanos.

Abstract:

The present research verified if legislation created after World War II was able to inhibit maleficent behavior from medical doctors in the improvement and cover-up of torture. It was demonstrated the medical involvement in experiments with human beings during World War II and it was confirmed that medical maleficence was and still is part of our reality, allowing doctors to involve with torture since the Cold War until current days, especially in the United States' war on terrorism, violating the basic principles of Bioethics. In the end the objective was to propose solutions, in light of notions of Bioethics, rules of International Law and Human Rights.

Keywords: Bioethics. Torture. Maleficence. Medical doctors. Legislation. Human Rights.

Introdução

É tradição entre os estudantes que se graduam em Medicina declararem solenemente obediência ao “Juramento de Hipócrates”, texto histórico cuja autoria é atribuída ao próprio médico grego, considerado “o pai da Medicina”. Esse texto, como já

* Professor Doutor do Departamento de Direito Penal, Medicina Forense e Criminologia da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo. Professor Orientador do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo.

** Mestranda em Direito Internacional e Comparado pela Trinity College Dublin. Pós-Graduada (Mestrado) em Direito Penal, Medicina Forense e Criminologia pela Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo.

sabido por muitos, estabelece alguns preceitos fundamentais da ética médica, dentre os quais cita-se o seguinte: “Aplicarei os regimes para o bem do doente segundo o meu poder e entendimento, nunca para causar dano ou mal a alguém”.¹

No entanto, em um dos períodos históricos mais atroz da humanidade, ou seja, durante a Segunda Guerra Mundial, foram realizadas inúmeras práticas contrárias a esse preceito básico. Um dos exemplos mais emblemáticos são as pesquisas médicas conduzidas nos campos de concentração. Somente em um momento posterior tais experimentos foram considerados crimes contra a humanidade.

Um caso notório de um médico que participou da tortura nazista foi o do Dr. Josef Mengele. Conhecido como o “anjo da morte”, ele se utilizava dos presos de Auschwitz, especialmente gêmeos, para realizar seus experimentos.² Entre as atrocidades figuram a tentativa de alterar a coloração da íris por meio de injeção de tinta nos olhos, a união de veias e a amputação de membros.

Ao término da Segunda Guerra Mundial, em 1945, foi criado em Nuremberg, na Alemanha, um dos mais conhecidos Tribunais de Exceção da história: o Tribunal de Nuremberg, composto por uma Corte internacional para julgar os crimes cometidos pelos nazistas. Em um primeiro momento foram julgados os principais criminosos de guerra; em seguida, mais 12 casos foram levados a julgamento: os denominados casos subsequentes (subsequent trials). Dentre eles enquadravam-se os casos dos médicos, em que 23 médicos nazistas foram acusados de realizar experimentos desumanos em civis alemães e de outras nacionalidades. Alguns réus foram condenados à pena de morte, outros à prisão e outros foram absolvidos.

Esses julgamentos não se limitaram unicamente à condenação de nazistas, mas também resultaram na elaboração de preceitos éticos para a pesquisa clínica, conhecido como Código de Nuremberg, fato que marcou o início da noção de Bioética. O mundo percebeu que a ciência poderia ser usada como instrumento de banalização da crueldade, e, para impedir isso, eram necessários parâmetros éticos universais que pudessem ser aplicados aos seres humanos submetidos a pesquisas. Surge a noção de livre consentimento e de respeito à autonomia do paciente.

O advento desse Código não foi apto a impedir abusos por médicos norte-americanos em pesquisas com prisioneiros negros sobre o tratamento da sífilis durante os anos 1960. Somente no ano de 1964, em Assembleia Geral, a Associação Médica Mundial (AMM), entidade reguladora de todas as associações médicas nacionais,

¹ Juramento de Hipócrates. Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Historia&esc=3>>. Acesso em: 01 nov. 2009.

² WEINDLING, P.J. *Nazi Medicine and the Nuremberg Trials: from medical war crimes to informed consent*, New York, Palgrave Mcmillan, 2004. p. 18.

instituiu a Declaração de Helsinki, que resultou na aceitação do Código de Nuremberg pelas entidades médicas de todo o mundo.³

Em 1966, a Assembleia Geral das Nações Unidas adotou o Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos, que entrou em vigor em 1976 e determinou, em seu artigo 7º, que:

Artigo 7º - Ninguém poderá ser submetido a tortura, nem a penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes. Será proibido, sobretudo, submeter uma pessoa, sem seu livre consentimento, a experiências médicas ou científicas.

Isso significou que a tortura não era apenas uma prática moralmente condenável, mas um ato que viola os Direitos Humanos e que, portanto, os Estados não deveriam permiti-la. Nesse contexto, cada país criou sua forma de reafirmar esses valores. No Brasil a questão da tortura foi abordada somente em 1988, com a promulgação da Constituição Federal. Em conformidade à Carta Magna, o Código de Ética Médica Brasileiro de 1988 teve, pela primeira vez, um artigo que vedava ao médico a participação em tortura. O Novo Código de Ética Médica, aprovado pela Resolução nº 1931/2009 do Conselho Federal de Medicina, também traz essa vedação, com uma nova redação. Ademais, o Brasil possui uma lei que define e criminaliza a tortura (Lei nº 9.455/1997).

Desde o término da Segunda Guerra Mundial, a noção de Bioética está em constante evolução, mas sempre pautada por princípios norteadores dos médicos, a saber: o princípio da autonomia (o respeito à vontade do paciente, do qual decorre a noção de livre consentimento), o princípio da beneficência (o médico só pode usar o tratamento para o bem do paciente), o princípio da não maleficência (é obrigação do médico não acarretar dano intencional ao paciente) e o princípio da justiça (caracterizado pela imparcialidade na distribuição de riscos e benefícios).⁴ Em 1979, Tom Beauchamp e James F. Childress publicaram uma importante obra sobre a Bioética – *Principles of Biomedical Ethics* (Princípios da Ética Biomédica), em que se destacaram os princípios da não maleficência, justiça, beneficência e respeito à autonomia.⁵

A Medicina é considerada uma atividade humana que, por necessidade, constitui uma forma de beneficência. Esse princípio tenta, em um primeiro momento, promover a saúde e a prevenção da doença. Em segundo, pesa os bens e os males buscando a prevalência dos primeiros. Em sentido estrito, a beneficência é uma dupla obrigação: a

³ Site da Associação Médica Mundial. Disponível em: <<http://www.wma.net/en/20activities/10ethics/10helsinki/>>. Acesso em: 8 fev. 2012.

⁴ NEVES, N.M.B.C.; SIQUEIRA, J.E., “A Bioética no atual Código de Ética Médica”. *Revista Bioética*, CFM, v. 18, n. 2, 2010, p. 442. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/575/547>. Acesso em: 8 fev. 2012.

⁵ GOLDIM, J.R., *Princípios Bioéticos*. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/princip.htm>>. Acesso em: 20 jun. 2011.

de não causar dano e maximizar o número de possíveis benefícios. Por sua vez, para Beauchamp e Childress, o não causar dano reside na não maleficência.⁶

Para ambos estudiosos, a beneficência se refere a uma ação realizada em benefício dos outros,⁷ são algumas de suas regras: proteger e defender os direitos dos outros, evitar que os mesmos sofram danos, eliminar condições que causarão danos a outrem, ajudar pessoas inaptas e socorrer as que estão em perigo.⁸ No que se refere a não maleficência, suas origens remontam à tradição hipocrática, de socorrer e não causar dano. É óbvio que o exercício da Medicina pode causar danos em prol de um benefício maior, por exemplo, um braço amputado para a preservação da vida. O interesse principal não é cortar o braço, mas sim a saúde geral.⁹ Assim como a beneficência, a maleficência também não apresenta caráter absoluto. Uma dor ou dano causado só pode ser justificado se for um benefício direto ao paciente. Somente em segundo e terceiro lugar deve constituir um benefício para a família, para outros pacientes e para toda a sociedade. Importante esclarecer que no passado o princípio de “não causar danos” era interpretado de acordo com as circunstâncias históricas e as instituições.¹⁰ Em outras palavras, o dano se tornava um mal necessário e a beneficência ficava em segundo plano. Provavelmente, isso motivou os abusos cometidos por médicos durante a Segunda Guerra Mundial.

Para Beauchamp e Childress, o princípio da não maleficência determina a obrigação de não infligir dano intencionalmente.¹¹ Dessa forma, é possível imaginar que o dano que provoca um benefício seria “aceitável”. Entretanto, a maleficência, pura e simples, se caracteriza pela causa de uma dor ou sofrimento por si só, não visando ao bem do paciente. E nesse aspecto muito se aproxima da noção de tortura.

Assim, em um Estado Democrático de Direito, a Bioética está diretamente relacionada à noção de respeito à dignidade humana. A proibição da tortura no Direito Internacional se destaca por ser absoluta e aplicável em todas as circunstâncias e ocasiões. Dada a sua gravidade, a proibição de tortura é uma norma peremptória de Direito Internacional, independente de assinatura de qualquer tratado. É algo tido como crime a ser combatido em qualquer local deste planeta. Na condição de crime internacional, é um crime imprescritível.

⁶ KIPPER, D.J.; CLOTET, J. “Princípios da Beneficência e não Maleficência”, In: COSTA, Sérgio I.F.; GARRAFA, Volnei; OSELKA, Gabriel. (Org.). *Iniciação à Bioética*, Conselho Federal de Medicina, Brasília, 1998, p. 100. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/biblioteca_virtual/bioetica/indice.htm>. Acesso em: 11 jan. 2012, p. 45.

⁷ BEAUCHAMP, T.L.; CHILDRESS, J.F. *Princípios de ética biomédica*. 2. ed. São Paulo: Loyola, 2011. p. 282.

⁸ BEAUCHAMP, T.L.; CHILDRESS, J.F. op. cit., p. 284.

⁹ KIPPER, D.J.; CLOTET, J. op. cit., p. 47.

¹⁰ KIPPER, D.J.; CLOTET, J. op. cit., p. 48.

¹¹ BEAUCHAMP, T.L.; CHILDRESS, J.F. op. cit., p. 209.

O respeito pela dignidade humana e o fim do uso da tortura como método interrogativo passou a gozar de significativo consenso e relativo respeito, especialmente após a dissolução de regimes totalitários no final do século XX. Os ataques terroristas de 11 de Setembro de 2001 e suas respectivas consequências reafirmaram esses princípios. Desse modo, a Ordem Mundial continua defendendo a vedação do uso de tortura, entretanto, na prática, se observa diversas violações, inclusive, com o envolvimento de médicos.

A guerra contra o terrorismo legitimou os Estados Unidos a empregarem a tortura, com o auxílio de médicos, conforme demonstrado amplamente pela imprensa internacional em Abu Ghraib e, mais recentemente, na participação de médicos-militares monitorando sessões de tortura em Guantánamo, prisão norte-americana localizada em Cuba.¹²

A questão se torna ainda mais grave quando se considera que os Estados Unidos ainda não se submeteram à jurisdição do Tribunal Penal Internacional (TPI), estabelecido pelo Estatuto de Roma, em 2002, e instalado em Haia, na Holanda. O objetivo desse Tribunal é promover o Direito Internacional, sendo sua competência julgar os indivíduos e não os Estados, cuja competência é da Corte Internacional de Justiça. Cabe ao TPI julgar os crimes mais graves cometidos por indivíduos como, por exemplo, genocídio, crimes de guerra, crimes contra a humanidade (categoria na qual se insere a tortura). E este julga os responsáveis quando os Tribunais nacionais não puderem ou não quiserem processar os criminosos.¹³ Esse Tribunal surgiu em resposta às reclamações aos Tribunais de Exceção (Nuremberg e Tóquio) após a Segunda Guerra Mundial, uma vez que foram considerados tribunais de vitoriosos, que não respeitavam os princípios de *leis ex post facto* (lei criada após o fato ocorrido) e do *nullum crime, nulla poena sine lege* (não há crime, nem pena, sem lei anterior que o preveja). Portanto, o TPI surgiu para evitar injustiças, excessos e a continuidade de atrocidades em massa.

Em suma, nunca existiram tantos aparatos perfeitamente estruturados para a defesa do ser humano no âmbito penal e para a reafirmação da universalidade dos Direitos Humanos. Entretanto, concomitante a existência desses aparatos e ainda em tempos contemporâneos, é possível observar o quanto eles são desrespeitados, de modo que a humanidade parece atuar em retrocesso aos valores que tanto batalhou para serem legitimados e defendidos. Resta aos profissionais de Medicina recusar qualquer participação em atos de tortura e, assim, reconquistarem as diretrizes da Bioética.

¹² Site do *O Estado de São Paulo*. Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/noticias/internacional,insetos-eram-usados-durante-torturas-em-guantanamo,356331,0.htm>>. Acesso em: 08 fev. 2012.

¹³ Site do TPI. Disponível em: <<http://www.icc-cpi.int/Menus/ICC/About+the+Court/>>. Acesso em: 8 fev. 2012.

Médicos que se envolvem em atos de tortura, indicam aos interrogadores o quanto um indivíduo pode suportar de dor durante um interrogatório. A participação de um profissional de Medicina na prática da tortura torna-a mais sofisticada e eficiente, já que ele possui conhecimentos específicos que permite a ciência de como provocar dor, desconforto, sem deixar tantas evidências físicas ou mesmo sem causar o óbito e, assim, alcançar o objetivo pretendido pelo torturador.

Um médico quando requisitado a examinar vítimas de tortura com intuítos legais ou de diagnóstico pode falhar profissionalmente ao realizar suas funções se: falta treinamento profissional, há medo de represálias ou há identificação com as forças policiais. Em outras palavras, não faz a devida análise e documentação sobre a prática de tortura.

Por essa razão é importante a identificação dos principais elementos para a determinação do que constitui de fato um ato de tortura, quais sejam: a imposição intencional de dor ou sofrimento agudo, seja física ou mental; através ou com o consentimento ou aquiescência das autoridades do Estado; para um fim específico, como coleta de informações, punição ou intimidação.¹⁴

Vive-se a época da informação, desse modo, não há profissional de saúde que poderia argumentar desconhecimento da regra. Em 1975, por meio do Protocolo de Tóquio, a Associação Médica Mundial se manifestou proibindo expressamente o envolvimento de médicos com tortura.¹⁵ Normalmente, um médico é coagido a auxiliar ou monitorar uma sessão de tortura por uma figura de autoridade. Porém, mesmo em situações como essa, há organismos internacionais que oferecem proteção aos profissionais que não querem se envolver em crimes contra a humanidade. Entretanto, o que ocorre na realidade?

A imprensa divulgou relatórios da Agência Central de Inteligência dos Estados Unidos (CIA) em que são descritas muitas formas de tortura realizadas com a colaboração de médicos, especialmente em Guantánamo.¹⁶ Um médico e pesquisador norte-americano, Dr. Steven H. Miles, examinou o envolvimento médico nos casos de tortura e afirmou a necessidade de se começar a punir esses profissionais.¹⁷

Ante todo o exposto, muitos questionamentos vêm à tona. Os médicos suspeitos de envolvimento com tortura em Guantánamo poderiam ser indiciados por

¹⁴ PEEL, M.; LUBELL, N.; BEYNON, J. *Investigação Médica e Documentação sobre Tortura* – Manual para Profissionais de Saúde, 1ª ed., Centro de Direitos Humanos, Universidade de Essex, Grã-Bretanha, 2005, p. 18. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/denunciar/tortura/index.htm>>. Acesso em: 02 nov. 2009.

¹⁵ Site da Associação Médica Mundial. Disponível em: <<http://www.wma.net/en/20activities/10ethics/2otoky/o/>>. Acesso em: 08 fev. 2012.

¹⁶ RUBENSTEIN, L.S.; ANNAS, G.J., “Medical ethics at Guantanamo Bay Detention Centre and in the US Military: a Time for Reform”, *The Lancet*, v. 374, Issue 9686, 25 July 2009, pp. 353-355. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(09\)60873-4/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(09)60873-4/fulltext)>. Acesso em: 02 nov. 2009.

¹⁷ MILES, S. H., “Doctors Complicity with torture”. *British Medical Journal*, 2008, pp. 337-1088. Disponível em: <<http://psychoanalystsopposewar.org/blog/2008/07/31/miles-doctors%E2%80%99-complicity-with-torture/>>. Acesso em: 02 nov. 2009.

crimes contra a humanidade? A ética médica necessita prever uma penalidade mais rigorosa para coibir esse tipo de conduta lesiva? Nos tempos atuais, qual a solução para a obediência desse preceito básico da ética médica?

As soluções para prevenir esses crimes serão possíveis a partir do momento em que, mesmo com as duras lições da Segunda Guerra Mundial, as instituições responsáveis admitirem que a tortura continua a ser realizada com auxílio de médicos.

O envolvimento de médicos em atos de tortura se faz presente em muitos países, e fez parte da história do Brasil durante a Ditadura Militar. Isso mostra que situações-limite, tais como guerras e governos autoritários, proporcionam o afloramento do que há de pior no ser humano. Esse aspecto se torna especial e extremamente perigoso quando se trata de um médico, uma vez que ele pode usar seu conhecimento para o mal.

A Bioética evolui a cada novidade científica, mas observa-se que ela ainda não é suficiente para coibir o envolvimento de um médico em um crime contra a humanidade. Assim, torna-se um desafio observar se a atual conjuntura internacional penal e as Cortes de cada país são aptas para julgar e penalizar os envolvidos da classe médica, e quais mecanismos poderiam auxiliar para que esse profissional não seja coagido a participar desses atos.

Desse modo, este artigo tem por objetivo lançar a perspectiva do médico envolvido com tortura e situações de maleficência desde a Segunda Guerra Mundial, até as técnicas de tortura mais utilizadas e sofisticadas pela ajuda médica de que se teve conhecimento na guerra contra o terror norte-americana.

1. Médicos Nazistas

Muitas das atrocidades cometidas durante a Segunda Guerra Mundial foram defendidas sob o argumento de que “aquilo não estava estabelecido em legislação alguma como delito”. A partir disso e pensando os profissionais de Medicina que realizaram o juramento de Hipócrates, segundo o qual é claramente sabido que não se deve causar mal a um paciente, pergunta-se: o que houve com os médicos a serviço de Hitler? Ignoraram por completo esse juramento?

As pesquisas médicas conduzidas nos campos de concentração durante a Segunda Guerra Mundial somente em um momento posterior foram consideradas crimes contra a humanidade. Além das experiências, existia o chamado “Programa de eutanásia” (*Euthanasieprogramm*),¹⁸ que consistia na eliminação sistemática das vidas consideradas “indignas”.

¹⁸ ROXIN, C. “A Apreciação Jurídico Penal da Eutanásia”. *Revista Brasileira de Ciências Criminais*, ano 8, out.-dez., 2000, São Paulo, Revista dos Tribunais, 2000, p. 10, trad. Luis Greco.

O psiquiatra americano Dr. Robert J. Lifton pesquisou por muito tempo e entrevistou vários médicos alemães que serviram o III Reich de Hitler. Como resultado, escreveu a obra *The Nazi Doctors: Medical Killing and the Psychology of Genocide* publicada em 1986 e disponível na íntegra na Internet.

A introdução da referida obra traz uma pergunta a um médico, Dr. Fritz Klein, sobre como ele conseguia conciliar o Juramento Hipocrático com as obrigações impostas pela SS. A resposta foi a seguinte: “É claro que sou médico e quero preservar a vida. E em respeito a uma vida humana eu removeria um apêndice gangrenado de um corpo doente. Os judeus são o apêndice gangrenado no corpo da humanidade”.¹⁹

Em um primeiro momento, se percebe que havia uma distorção a respeito dos deveres de um médico, nesse sentido, é interessante observar nesta obra que os médicos julgados posteriormente pelos crimes cometidos durante o período da Segunda Guerra Mundial foram condenados por participação nas matanças. Isso se deve ao fato de não haver um mínimo entendimento sobre o que ocorria nos campos de concentração. Não se saberia em que tipo penal “enquadrar”.

Uma testemunha dos julgamentos dos médicos de Nuremberg disse que os nazistas distorceram completamente o Juramento Hipocrático, reconduzindo a profissão médica e, conseqüentemente, toda a nação germânica, a serviço de uma “cura mais alargada”.²⁰ Em outras palavras, a noção de beneficência se devia em larga escala à cura de toda uma nação, mesmo que para isso fossem necessários certos sacrifícios. A vida humana não era a mesma para todos, alguns cidadãos eram considerados “vidas indignas” e “desperdício de espaço”.

Na época de ascensão do partido nazista, vislumbraram intervenções sobre como seria o ensino de Medicina nas faculdades. Metaforicamente, realizava-se uma espécie de lavagem cerebral a fim de influenciar o pensamento dos jovens médicos. Inclusive, a partir desse momento, iniciavam-se boicotes a professores de Medicina de origem judaica, de modo que os estudantes e profissionais que desejavam promoções e oportunidades na carreira passavam a defender ardentemente os ideais nazistas.²¹ A profissão era enobrecida e constituía uma verdadeira honra servir seu país como médico. Dessa forma, todos se voltavam favoráveis às leis de esterilização que surgiam.²² Os professores que se recusavam a participar eram imediatamente denunciados.²³ Tudo era arquitetado para que o aparato estatal, educacional, sanitário, cultural, não tivesse

¹⁹ LIFTON, R.J., *The Nazi Doctors: Medical Killing and the Psychology of Genocide*, Basic Books, United States of America, 1986, p. 16. Disponível em: <<http://www.holocaust-history.org/lifton/LiftonT016.shtml>>. Acesso em: 20 jun. 2011.

²⁰ LIFTON, R.J., op. cit., p. 32.

²¹ LIFTON, R.J., op. cit., p. 37.

²² LIFTON, R.J., op. cit., p. 38.

²³ LIFTON, R.J., op. cit., p. 39.

escolha a não ser o envolvimento e o engajamento a essas ideias. Do contrário, restava a perseguição, a prisão ou mesmo a morte.

O mais problemático eram as situações em que um médico, fazendo uso de seus conhecimentos, sofisticava um método de morte para o Führer. Acredita-se que, em 1940, Hitler seguiu o conselho do Dr. Heyde a usar monóxido de carbono como gás para matar um grande número de pessoas.²⁴ A sugestão foi acatada, levando em conta que as injeções letais não eram tão eficazes.

Em testemunho durante o julgamento de Nuremberg, o Dr. Karl Brandt depõe que no período de escolhas dos métodos ele foi inicialmente contra o uso do gás, pois esse método excluía das mortes qualquer “aura” de aproximação de uma conduta médica. Mais tarde descobriu que a morte por injeção levava mais tempo para ocorrer do que pelo gás, de modo que essa seria mais humana e, em tese, foi caracterizada como um avanço para a Medicina, se é que se poderia se referir assim a essa sistemática “morte medicalizada”. Além disso, os médicos seniores passavam a mensagem de morte aos médicos jovens, que eram obrigados a executar. Essa era a burocracia do sistema.²⁵

Após a execução das vítimas, o próximo passo desses médicos se pautava em falsificar um atestado de óbito de forma a relatar uma morte crível ao histórico das fichas médicas de cada um. Tudo era elaborado consistentemente para demonstrar que o “paciente” contraiu uma doença infecciosa, pneumonia, doenças cardíacas, pulmonares, cerebrais etc. A experiência médica era bem utilizada nessas falsificações e conformava o treinamento dos médicos mais jovens, que recebiam guias para inserir importantes detalhes na criação dessa farsa. Lifton diz que provavelmente a elaboração de atestados convincentes era a única atividade médica realizada. Deveria ser um procedimento perfeito, apesar da omissão da data do óbito e de algumas inconsistências que ocorriam, por exemplo, o caso de uma família que recebeu duas urnas com as cinzas, ou o da viúva que recebeu o laudo do marido atestando morte por apendicite, no entanto, o falecido já o havia removido.²⁶

Lifton entrevistou um médico identificado apenas por Dr. D., sob a alegação de que ao participar das instituições de mortes em massa sentia uma profunda decepção, pois gostaria de oferecer tratamento e melhora a alguns dos pacientes mentais. Não havia a possibilidade de desenvolver um tratamento individual, era apenas uma máquina de morte em massa. Ele nunca teve a ilusão de que realmente atuava em um trabalho médico e desabafa declarando que “Gostaria de trabalhar como médico e não como soldado”.²⁷

²⁴ LIFTON, R.J. op. cit., p. 71.

²⁵ LIFTON, R.J. op. cit., p. 72.

²⁶ LIFTON, R.J. op. cit., p. 74.

²⁷ LIFTON, R.J., op. cit., p. 104.

O Dr. D. fez uso de mecanismos psicológicos para lidar com suas obrigações com o III Reich. Ele transferia a responsabilidade para o Dr. Heyde, seu superior, alegando que não poderia responder por seus atos, pois ainda era um médico em formação. Além disso, justificava-se por meio do argumento de que sua atuação se tratava de uma “busca da ciência”, porque a cada morte ele estudava os cérebros a fim de aprender algo novo sobre a mente humana. Chegou ao ponto de inventar para si mesmo um cenário de pesquisa médica, para demonstrar que seu trabalho teria alguma importância para a ciência e para a humanidade.²⁸

Os médicos submetidos a essas obrigações enfrentavam muito estresse, afinal nenhuma profissão humana exige como tarefa diária o extermínio de inúmeros indivíduos. Em seu relato, o Dr. R. (outro médico que pediu proteção de sua identidade), se sentia tão mal com o seu trabalho que sofreu um infarto e pediu afastamento de suas funções. O regime nazista não perseguia os médicos que, por uma inaptidão individual em conseguir matar, simplesmente não conseguiam executar com sucesso as atividades, no entanto, rapidamente o médico era substituído por alguém mais apto. As penalidades (punição, perda de posto) surgiam se o profissional se demonstrasse claramente contrário aos ideais perseguidos e às obrigações exigidas.²⁹

O Dr. Werner Heyde, defensor das ideias nazistas desde muito jovem, se destacou como médico do III Reich. Formou-se psiquiatra e, por recomendação de um paciente, Theodor Eicke, comandante de Dachau, um campo de concentração, entrou para o Partido Nazista em 1933. Heyde foi convocado para auxiliar na criação de métodos que objetivavam institucionalizar a brutalidade física e psicológica dos campos de concentração. Por meio desse primeiro contato, Heyde se tornou médico para SS, logo capitão, em 1936, e posteriormente foi promovido a major, tenente coronel e coronel, em 1941, 1943 e 1945, respectivamente. Dentre as funções exercidas na SS, Heyde teve de criar uma divisão neuropsiquiátrica para pesquisar neurologia, problemas psiquiátricos e hereditariedade nos presos dos campos, conhecimentos esses de extrema importância para justificar as mortes com embasamento científico. Simultaneamente, ele ajudava a Gestapo em Berlim, aconselhando sobre métodos de tortura para obtenção de informações de prisioneiros. Também desempenhou um papel importante em legitimar o “programa de eutanásia” e forjar os atestados de óbito de forma impecável, ensinando o ofício para os jovens médicos.³⁰

O mais notório dos médicos nazistas, o Dr. Josef Mengele, também conhecido como “o anjo da morte”, estudou na Universidade de Munique, sua posição política era de extrema direita, e se juntou ao Partido Nazista ainda muito jovem, em 1937.

²⁸ LIFTON, R.J. op. cit., p. 106.

²⁹ LIFTON, R.J. op. cit., p. 109.

³⁰ LIFTON, R.J. op. cit., p. 118-119.

Também estudou nas universidades de Bonn, Viena e Frankfurt, sendo muito interessado nos estudos sobre genética, herança biológica e higiene racial. Escreveu estudos sobre o tamanho do maxilar de quatro diferentes etnias.³¹ Mengele estava destinado a se dedicar a uma carreira acadêmica, no entanto, sua carreira militar tornou-se mais relevante e ele conquistou muitas medalhas. Foi ferido em combate e designado para cuidar de um campo de concentração. Em 1943 e aos 32 anos, chegou em Auschwitz, a pedido dele, pois o local apresentava muito potencial para seus estudos. Ele era obcecado especialmente pelos gêmeos e pela seleção das pessoas fosse para experimentos, fosse para a eutanásia, e, segundo relatos de testemunhas, estava presente em quase todos os experimentos realizados, desde a câmara de gás até os fornos.³² Muitos o descreviam como “agressivo e cruel, porém da forma mais cavalheira que existe”. Fazia o que queria e tinha convicção de que fazia a “coisa certa”. Venerava a eficiência e prezava o fato de não haver filas muito longas para as injeções letais, discutindo com os médicos e exibindo a maneira mais ligeira de aplicar a seringa.

Os experimentos com gêmeos de Mengele eram resquícios de seus estudos na Universidade de Frankfurt. Havia a vontade de desvendar a base genética da suposta “raça superior”, para tanto existiam três locais específicos e separados para as pesquisas com gêmeos, fossem idênticos ou não. Os primeiros eram analisados comparativamente em detalhes, desejavam saber sobre o histórico de doenças na família e retiravam muito sangue para análise. Os gêmeos eram normalmente crianças ou adolescentes. Mengele gostava de fazer tudo e havia separado uma sala especial de patologia, para analisar os gêmeos que morriam. O Dr. Miklos Nyiszli, que ajudava Mengele nessa sala, testemunhou em 1945 alegando que Mengele era o assassino direto de cada gêmeo.³³ Ele os analisava em vida e quando esgotava os conhecimentos matava cada um com injeções letais para aprender mais na dissecação. Muitas vezes, se um dos gêmeos morria em decorrência dos experimentos, ele assassinava o outro para realizar o estudo comparativo na autópsia. Também queria descobrir um procedimento para colorir a íris de crianças na cor azul. Muitos cadáveres de gêmeos eram encontrados com a retina manchada de azul.³⁴

Uma testemunha relata sobre o sadismo de Mengele e sobre o fato de ele ter conhecimentos de psicologia, pois sua atuação era considerada uma forma de tortura psicológica e física.³⁵ Ele personificava a distorção do papel do médico que em vez de buscar a cura, queria alcançar a morte. Apesar de todos esses crimes, ao final da guerra, Mengele conseguiu fugir e viveu por mais de 35 anos em países como Paraguai e Brasil,

³¹ LIFTON, R.J. op. cit., p. 339.

³² LIFTON, R.J. op. cit., p. 342.

³³ LIFTON, R.J. op. cit., p. 350.

³⁴ LIFTON, R.J. op. cit., p. 362.

³⁵ LIFTON, R.J. op. cit., p. 374.

sendo escondido por simpatizantes de ideias nazistas. Alega-se que ele morava no Brasil e que morreu afogado no mar, após sofrer um derrame em 1979.

Em outubro de 1946 até agosto de 1947 se deu o Tribunal de Nuremberg para julgar os médicos envolvidos nos diversos crimes hediondos referidos até então. Vinte e três médicos foram acusados de conduzir tratamento vil e cruel, bem como experimentos potencialmente letais em prisioneiros dos campos de concentração nos anos de 1933 a 1945. Como resultado dos julgamentos, 15 dos acusados foram considerados culpados e oito foram inocentados. Dos 15, sete foram condenados à pena de morte e o restante à prisão.³⁶

As atrocidades nos campos de concentração representam uma amostra das potencialidades malignas que a atividade médica pode provocar. Uma política de “governo antes do indivíduo”. Os referidos acontecimentos foram denominados pelo Dr. Robert J. Lifton a “ponte médica para o genocídio”. Havia uma sensação de que as mortes ordenadas e, especialmente, aprovadas por um médico, constituíam mortes justificadas e científicas.³⁷ Ele também usa o termo “institucionalização da morte médica”, para fins de controle de doenças que a nação germânica não iria tolerar. Eram entendidas como as “mortes apropriadas”, já que decretadas por um médico.³⁸ Nos julgamentos muitos médicos alegaram que suas condutas não poderiam ser reconhecidas como delituosas pelo simples fato de não existir tipificação na legislação da época. No entanto, as violações cometidas ao Juramento Hipocrático se justificavam por si só. Contra esse argumento, muitos médicos alegaram que o juramento realizado para Hitler era superior ao de Hipócrates e que um indivíduo simplesmente não poderia ser julgado por ter obedecido ordens de um superior.³⁹

De acordo com Shmuel P. Reis, as mortes durante a Segunda Guerra Mundial não teriam um número tão elevado se não fosse pelo esforço individual de cada médico e pela organização da própria profissão “Medicina”. Ambos representaram um papel que permitiu que as ideias nazistas fossem levadas às últimas consequências. E, em razão desse período de trevas na Medicina, isso criaria um imperativo educacional para as gerações subsequentes, em que cada médico se torna capaz de impedir e evitar esses comportamentos.⁴⁰

³⁶ Site de Harvard Law School Library. Disponível em: <http://nuremberg.law.harvard.edu/php/docs_swi.php?DI=1&text=medical>. Acesso em: 12 jan. 2012.

³⁷ LIFTON, R.J. op.cit., p. 139.

³⁸ LIFTON, R.J. op.cit., p. 148 e 151.

³⁹ LIFTON, R.J. op.cit., p. 207.

⁴⁰ REIS, S.P.; WALD, H.S. “Learning From the Past: Medicine and the Holocaust”, *The Lancet*, v. 374, Issue 9684, 11 July 2009, p. 111. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(09\)61275-7/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(09)61275-7/fulltext)>. Acesso em: 12 jul. 2011.

2. Envolvimento médico com tortura na atualidade

2.1 Conceito de tortura

Segundo Giovanni Maio, a tortura, além de ser uma realidade em nossos dias, se torna cada vez mais científica em razão do auxílio e da cumplicidade de profissionais de Medicina.⁴¹ São celebrados aniversários de declarações antitortura, mas torturadores ainda existem.

É essencial aclarar o significado do conceito “tortura” e observar qual definição determina os comportamentos que devem se enquadrar para não existir a possibilidade de alguma conduta ser confundida ou maliciosamente afastada. Conforme a definição da Convenção Contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes (1984) da ONU:

Artigo 1º - Para fins da presente Convenção, o termo “tortura” designa qualquer ato pelo qual dores ou sofrimentos agudos, físicos ou mentais, são infligidos intencionalmente a uma pessoa a fim de obter, dela ou de terceira pessoa, informações ou confissões; de castigá-la por ato que ela ou terceira pessoa tenha cometido ou seja suspeita de ter cometido; de intimidar ou coagir esta pessoa ou outras pessoas; ou por qualquer motivo baseado em discriminação de qualquer natureza; quando tais dores ou sofrimentos são infligidos por um funcionário público ou outra pessoa no exercício de funções públicas, ou por sua instigação, ou com o seu consentimento ou aquiescência. Não se considerará como tortura as dores ou sofrimentos que sejam consequência unicamente de sanções legítimas, ou que sejam inerentes a tais sanções ou delas decorram.⁴²

Dessa forma, para fins deste artigo, resumidamente, a tortura consiste em: infligir dor deliberada ou sofrimento severo, físico ou mental a um indivíduo a fim de obter informações, sob as ordens de autoridade governamental.

2.2. Médicos e a tortura

Uma das primeiras referências de cumplicidade médica e tortura na história data do século XVI, quando Carlos V, da Espanha, pediu aos seus médicos para descobrirem se os réus conseguiriam suportar uma sessão de tortura. A primeira referência

⁴¹ MAIO, G. “History of medical involvement in torture – then and now”, *The Lancet*, v. 357, Issue 9268, 19 May 2001, pp. 1609-1611. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(00\)04729-2/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(00)04729-2/fulltext)>. Acesso em: 12 jul. 2011.

⁴² Site da ONU. Disponível em: <<http://www.un.org/documents/ga/res/39/a39r046.htm>>. Acesso em: 12 jul. 2011.

oficial está na “Constitutio Criminalis Carolina” de 1532, em que foi codificada a presença médica na tortura.

O médico atuava principalmente para fins jurídicos e devia respeitar as categorias de pessoas proibidas de serem sujeitos de tortura, a saber: os cegos, os mudos, os aleijados, os loucos e os doentes. Portanto, além de providenciarem um certificado sobre a saúde física e mental do acusado, os médicos deviam atestar se ele suportaria a tortura. No início do século XVIII, a maioria dos países europeus exigia por lei esse certificado médico. Na Itália, era necessário o parecer de dois médicos. As parteiras eram quem examinavam as grávidas para afastá-las plenamente da tortura.⁴³

O profissional de Medicina era um conselheiro da tortura, se o acusado estava doente ou fraco cabia a ele determinar quais métodos não o matariam. Os médicos da tortura, como eram chamados no século XVI, aconselhavam antes e durante a sessão de tortura, na qual eram responsáveis por observar e advertir o momento em que a sessão deveria terminar para evitar uma morte súbita. Além disso, saberiam afirmar se o acusado inconsciente estava fingindo ou não, e curavam os ferimentos para que a sessão de tortura pudesse prosseguir.⁴⁴

Steven H. Miles ao mencionar Cesare Beccaria em sua obra *Dos delitos e das penas*, de 1764, mostra que nessa época já se tinha a noção de que sob tortura um homem inocente pode confessar um crime que não cometeu.⁴⁵

É importante ressaltar que ao longo da história o papel dos médicos na tortura foi sempre passivo. Eles aconselhavam e curavam, mas não executavam os métodos nem criavam sugestões de aperfeiçoamento, o que mudou a partir do século XX. Até o século XVIII a tortura era uma prática legítima e os médicos se viam como representantes das autoridades. Se as Cortes tivessem dificuldade de condenar um acusado, a criminalidade aumentaria. Nesse sentido e para evitar tal dano, a tortura garantia a condenação de todos. Era um pré-requisito de “segurança interna”.⁴⁶

Do século XVI em diante, alguns médicos criticavam o envolvimento com tortura, dentre os quais, Johann W. Meyer (1515-1588), Fabricius Hildanus (1560-1634) e Ferdinand Leber (1727-1808). No entanto, eles não criticavam a crueldade da prática, uma vez que as drogas que aliviavam a dor já eram poucas considerado o número de pacientes, então, era comum as pessoas sentirem dor quando precisavam se submeter a algum procedimento médico, não havia compaixão, apenas a preocupação em manter o indivíduo vivo. Os médicos não condenavam o fato de infligir dor, não havia um argumento ético do mesmo modo que não se considerava a tortura um problema moral,

⁴³ MAIO, G. op. cit., p. 1610.

⁴⁴ MAIO, G. op. cit., p. 1610.

⁴⁵ MILES, S.H. *Oath Betrayed: America's Torture Doctors*. 2. ed. Berkeley and Los Angeles: California, University of California Press, 2009. p. 26.

⁴⁶ MAIO, G. op. cit., p. 1610.

o questionamento desses médicos se davam em relação à fidedignidade das confissões. A tortura se mostrava inútil ao ponto de ser abolida na Áustria, em 1776, por exemplo. Fica claro que os médicos não estavam apenas envolvidos com tortura, mas a legitimavam.⁴⁷

Por sua vez, no século XX, o papel dos médicos na tortura mudou. Agora há uma participação ativa, inclusive, na invenção de novos procedimentos. O conhecimento científico da fisiologia da dor provocou uma alteração no modo como a tortura é realizada. Tradicionalmente apenas se fazia uso da dor física, ao passo que a tortura moderna envolve técnicas psiquiátricas, farmacológicas e psicológicas. A lavagem cerebral foi aperfeiçoada por meio da privação de sono, da simulação de uma execução, do isolamento, além da inserção de pessoas em locais escuros, de ameaças pessoais e de ser obrigado a assistir à sessão de tortura de outrem. Todas essas técnicas são utilizadas porque não deixam evidências visíveis na vítima, fato que se torna possível devido ao aconselhamento de médicos.⁴⁸

A abolição da tortura necessariamente não fez cessar sua prática. No século XIX tornou-se algo realizado modo obscuro e no século XX explodiu como um crime contra a humanidade, sendo sua prática negada e realizada em locais secretos.⁴⁹

A medicalização da tortura contemporânea, marcada pela participação de médicos e de outros profissionais da saúde, seja por livre e espontânea vontade, seja por coerção, constitui uma prática que começou a chamar a atenção desde o começo dos anos 1970, momento em que a imprensa divulgou que políticos opositores da União Soviética eram mantidos encarcerados em hospitais tendo como justificativa apenas sua opinião política, sem qualquer indicação médica. O Dr. Andrei Snezhnevsky, diretor do Instituto de Psiquiatria Soviético, defendia o diagnóstico de doenças inventadas em dissidentes, por exemplo, um “tipo específico de esquizofrenia”, assim poderia abusar desses pacientes com drogas e cirurgias cerebrais.⁵⁰

Em países da América Latina (Argentina, Brasil, Chile e Uruguai) atitudes como essas ocorreram durante as Ditaduras Militares, que duraram de meados dos anos 1960 até o fim dos anos 1980. O uso da tortura era brutal, e também contava com o auxílio de médicos, justamente por denotar um aspecto mais “científico” à obtenção de informações. Era usual ressuscitar os indivíduos em risco de morte que haviam sido submetidos às sessões de tortura, bem como o uso de conhecimentos médicos para dissimular os sinais de abusos, por meio de falsos atestados médicos e de óbito.

Embora não haja dúvidas de que médicos brasileiros tenham auxiliado na tortura durante a Ditadura Militar, são poucas as informações obtidas, e muitas delas

⁴⁷ MAIO, G. op. cit., p. 1.610-1.611.

⁴⁸ MAIO, G. op. cit., p. 1.611.

⁴⁹ MILES, S.H. op. cit., p. 28.

⁵⁰ MILES, S.H. op. cit., p. 29.

ainda permanecem inacessíveis. Autores como Steven H. Miles sempre comentam do caso do médico brasileiro Harry Shibata, no entanto, em sites brasileiros, por exemplo, o do Conselho Federal de Medicina ou o do Conselho Regional de Medicina de São Paulo (Cremesp), não se obtém nenhuma informação detalhada sobre ele. Inexiste divulgação no Brasil sobre sua suposta investigação durante o período ditatorial. Vale ressaltar que no site da Anistia Internacional há a descrição de que o Dr. Harry Shibata teve sua licença médica cassada pelo Cremesp, em 1980, por seu envolvimento com tortura. Entretanto, em 1982, o Conselho Federal de Medicina discordou do julgado regional e o Dr. Shibata teve a cassação anulada. Em 1995, reaberto o caso, espera-se até hoje o conhecimento da sentença final. Embora não haja uma confirmação nacional em relação ao resultado do julgamento, esse caso é ilustrativo para os estrangeiros, porque demonstra a existência legal de sanções aos médicos que se envolvem com a tortura.⁵¹

Segundo a pesquisa do psiquiatra e psicanalista Adail Lemos, até 1971, a tortura no Brasil era caracterizada por castigos físicos e violentos. Com o advento da tortura científica, trazida pelos ingleses e norte-americanos, a presença de médicos psiquiatras era indispensável para monitorar a sessão em que se praticava esses atos de violência e orientar os torturadores. Tratava-se da “Operação Condor”, pela qual os norte-americanos, com intuito de evitar a influência e a expansão das ideias comunistas na América Latina, ofereciam ajuda aos governos autoritários, afastando, desse modo, o “perigo vermelho soviético” durante a Guerra Fria. A proposta da nova técnica era a de um interrogatório calcado puramente no campo psicológico, fazendo uso de salas refrigeradas com ar-condicionado, totalmente escuras, sem janelas e com um ruído sonoro de alta frequência, de medicamentos hipnóticos ou, ainda, de salas de interrogatório inteiramente pintadas de branco e iluminadas de modo muito intenso.⁵² A força física começou a ser substituída pelo medo como forma de coação. Para que informações mais precisas fossem obtidas, a tônica da sevícia era desestruturar psicologicamente o preso antes mesmo dos castigos físicos, que seriam sentidos de maneira ainda mais devastadora.⁵³

Nessa mesma obra de Lemos, afirma-se que os médicos colaboracionistas da Ditadura também tinham de preparar os presos para serem apresentados em auditorias militares, durante transferência para unidades militares menos habituadas à tortura e nas ocasiões em que um “arrepentido” iria se apresentar na televisão. O Dr. Amílcar Lobo configura um caso ilustrativo. Ele aplicou eletrochoque em uma prisioneira com paralisia nos membros inferiores e que precisava ser transferida. Ao constatar que a paralisia era

⁵¹ Site Anistia Internacional. Disponível em: <<http://www.amnesty.org/en/library/asset/AMR19/025/1996/en/24fcccde-eaf7-11dd-aad1-ed57e7e5470b/amr190251996en.html>>. Acesso em: 13 jul. 2011.

⁵² LEMOS, A. I., *Desafia o nosso peito – resistência, tortura e morte durante o regime militar brasileiro: as quedas na guerrilha urbana e os desaparecidos na insurreição do Araguaia: subsídios para a Comissão da verdade*, Rio de Janeiro, Consequência, 2011, p. 186.

⁵³ LEMOS, A.I. op. cit., p. 187.

emocional, o médico decidiu não esperar o efeito dos medicamentos psicotrópicos, então fez uso do eletrochoque para atender o prazo do comandante para a transferência. Em poucos instantes a “paciente” voltou a andar. A decisão do médico não foi a mais benéfica à presa, apesar de ele acreditar que fez uso de uma boa terapia, que resultou um duplo efeito positivo: a mulher além de se sentir melhor fisicamente, foi abençoada por um estado mental mais alegre, que a fez esquecer qualquer trauma da tortura.⁵⁴

Desse modo, percebe-se que durante alguns anos, marcados por gestos maquiavélicos, a tortura no Brasil foi potencializada e auxiliada por médicos. Realizaram-se várias violações ao Código de Ética Médica, mas poucos médicos foram efetivamente punidos. É importante que a sociedade brasileira não absorva essa equivocada “consciência da impunidade”, especialmente em relação aos médicos colaboracionistas. A ausência de denúncias, de investigações e das respectivas punições, abrirá caminho para que a geração vindoura de médicos participe de ciclos de tortura.⁵⁵

A visão universal do papel de um médico é a de cura, mas, além disso, esse profissional deve respeitar a dignidade de todos os indivíduos que estiverem sob seu cuidado, fazendo o possível para investigar abusos dos Direitos Humanos trazidos para sua atenção.⁵⁶ Os médicos analisados neste estudo foram essencialmente os militares, que servem em combate ou em presídios e apresentam variados papéis, conforme determinam os tratados internacionais: deve cuidar da saúde do paciente, respeitar sua autonomia, o sigilo médico das informações, verificar se as condições de ambiente e alimentação são satisfatórias (Convenção de Genebra - tratamento mínimo a ser concedido aos presos de guerra), documentar, relatar e denunciar abusos físicos oriundos ou não de tortura (Protocolo de Istambul), negar-se a participar de interrogatórios e/ou explorar fraquezas físicas ou psicológicas dos detentos, respeitar a autonomia do paciente nos casos de greves de fome e não realizar a alimentação forçada (Declaração de Malta) etc.

É importante destacar que a Convenção de Genebra é um tratado internacional criado na Suíça entre os anos de 1864 a 1949 para determinar tratamento digno e humanitário aos presos de guerra e pessoas, combatentes ou não, em tempos de guerra. Por sua vez, o Protocolo de Istambul de 1999, apoiado pela ONU, estabelece as primeiras diretrizes internacionais destinadas aos profissionais médicos e legais, cujo princípio é determinar se uma pessoa sofreu procedimentos de tortura. Esse documento detalha como deve ser uma evidência usada judicialmente em casos de tortura e se tornou um instrumento crucial no esforço global de encerrar a impunidade dos perpetradores. A Associação Médica Mundial trabalha junto com outras organizações para realizar esse

⁵⁴ LEMOS, A.I. op. cit., p. 188.

⁵⁵ LEMOS, A.I. op. cit., p. 220.

⁵⁶ SOMERVILLE, A.; REYES, H.; PEEL, M. “Doctors and Torture”. In: *The medical Documentation of Torture*, Edited by Michael Peel and Vicent Iacopino. New York: Cambridge University Press, 2009. p. 64.

trabalho.⁵⁷ Por outro lado, em 1991, a Associação Médica Mundial, por meio da Declaração de Malta, detalhou as responsabilidades do médico no caso do preso em greve de fome. O médico deve avaliar se sua decisão é baseada em um critério racional, isso considera o fato de ela ser voluntária e não coercitiva. Deve ser desenvolvida uma relação de confiança e confidencialidade entre o médico e o presidiário, para a partir daí averiguar se há pressão de outros companheiros de detenção. O médico deve informar que a fome prolongada pode causar danos cerebrais, os quais são possíveis evitar mediante o consumo de determinadas vitaminas, mas normalmente, os guardas não permitem esse aconselhamento.⁵⁸

É imperativo afirmar que esses médicos militares e de presídios enfrentam muitos dilemas e dificuldades. A partir do momento em que um médico é contratado por militares, polícia ou instituição prisional, ele enfrenta o problema da dupla lealdade, por meio da qual, além do dever de cuidado com os pacientes, é esperado que esse profissional desenvolva o papel de disciplinador, envolvendo-se em atos de manutenção da ordem e monitorando atos de punição. Vale ressaltar, no entanto, que as punições deletérias jamais devem ser permitidas, porém o médico se encontra em posição de poucos poderes para proteger seus pacientes e, muitas vezes, se torna conivente com abusos de um código disciplinar severo. Diante disso, os presos não confiarão no médico que age como cúmplice do sistema e, nessas conjunturas, seus problemas se voltam bastante complicados.⁵⁹

Além disso, um médico ao tomar consciência de abusos cometidos com os presos tem o dever de denunciar, isso dificilmente se concretiza, pois ele é submetido a muita pressão para tolerar esse tipo de comportamento. Muitas vezes, a divulgação desses abusos pode deixar a vítima ou sua família em grande risco, inclusive, o médico tem de considerar sua própria segurança, exigindo apoio de advogados, associações médicas nacionais ou da comunidade internacional.⁶⁰

A experiência de um médico da antiga União Soviética, por exemplo, evidencia como os médicos podem agir em determinadas situações. Esse profissional presenciava diariamente os abusos, ou melhor, as brutais sessões de tortura cometidas com os presos recém-chegados. No entanto, ele obedecia ao comando militar do presídio e temia denunciar essas práticas de violência pelo risco a sua segurança e de sua família. Como solução, ele passou a documentar, às escondidas, em um caderno pessoal, tudo o que acontecia. Sua esperança era a de que um dia se daria uma investigação externa, com garantias de proteção às testemunhas, nesse dia ele poderia expor seus conhecimentos e,

⁵⁷ Site da Associação Médica Mundial. Disponível em: <<http://www.wma.net/en/20activities/20humanrights/40torture/>>. Acesso em: 12 jul. 2011.

⁵⁸ MILES, S.H. op. cit., p. 109.

⁵⁹ SOMERVILLE, A.; REYES, H.; PEEL, M. op. cit., p. 66.

⁶⁰ SOMERVILLE, A.; REYES, H.; PEEL, M. op. cit., p. 67.

por meio de sua documentação, produzir evidências. Até então, sentia não haver nada que ele pudesse fazer, exceto continuar segundo o sistema.⁶¹

Os Princípios da Ética Médica das Nações Unidas, em seu segundo princípio, determina que:

É uma grave violação da ética médica, bem como uma ofensa ao abrigo dos instrumentos internacionais aplicáveis, por pessoal de saúde, especialmente médicos, para participar, ativa ou passivamente, em atos que constituem participação, cumplicidade, incitamento ou tentativa para cometer tortura ou outros tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes.⁶²

Apesar de ser claro que um médico não deve colaborar ou facilitar qualquer tipo de abuso, a palavra “participação”, nesse contexto, não significa apenas prestar assistência aos torturadores ou testemunhar o ato em si. Há muitas situações nas quais os deveres profissionais do médico se deparam com a tortura: o exame de entrada dos presos na detenção, assim como o tratamento médico oferecido nesse mesmo local, aconselhar sobre o modo pelo qual um preso deve ser punido e sobre os métodos de tortura, auxiliar na tortura ativamente, usar os presos como sujeitos de pesquisa, visitas de médicos externos a um centro de detenção, documentação oficial dos presos em casos de alegação de tortura, tratamento daqueles que foram soltos, investigação de alegação de tortura de quem não está mais preso e documentação de alegação de tortura para buscar asilo.⁶³

De acordo com Miles, em síntese, médicos e psicólogos podem auxiliar os torturadores de seis maneiras, a saber: examinando o preso, monitorando o interrogatório, escondendo evidências de abuso, realizando uma pesquisa abusiva com o prisioneiro, desrespeitando, nesse caso, a autonomia inerente ao sujeito em relação a seu próprio corpo, não cuidar do preso como paciente e se silenciar sobre os abusos.⁶⁴

Portanto, o “envolvimento” se relaciona com inúmeras atividades médicas, algumas plenamente éticas, outras calcadas no condão de levar os médicos a violações graves dos Direitos Humanos. Por exemplo, examinar o preso recém-liberado é uma atividade ética, no entanto, silenciar-se sobre os hematomas existentes para manutenção do uso da tortura na instituição é antiético.⁶⁵

⁶¹ SOMERVILLE, A.; REYES, H.; PEEL, M. op. cit., p. 67.

⁶² Site da ONU. Disponível em: <<http://www.cirp.org/library/ethics/UN-medical-ethics/>>. Acesso em: 07 jul. 2011.

⁶³ SOMERVILLE, A.; REYES, H.; PEEL, M. op. cit., p. 67-68.

⁶⁴ MILES, S.H. op.cit., p. 31.

⁶⁵ SOMERVILLE, A.; REYES, H.; PEEL, M. op. cit., p. 68.

2.3 Especialização da tortura por meio da ajuda médica: a experiência americana

Inúmeros artigos foram publicados no *The Lancet*, *British Medical Journal*, *The New England Journal of Medicine*, dentre outros, quando informações sigilosas a respeito do tratamento dos presos em Guantánamo, Iraque e Afeganistão mostraram que abusos eram cometidos e havia omissão/participação de médicos. O que houve com esses profissionais?

O Dr. Steven H. Miles, professor de Medicina da Universidade de Minnesota e membro do Centro de Bioética, decidiu pesquisar sobre o assunto, e hoje é, junto de outros autores, uma das maiores autoridades em matéria de envolvimento médico em atos abusivos em nome da guerra contra o terror. Sua obra *Oath Betrayed: America's Torture Doctors* foi escrita a partir de mais de dez mil páginas de documentos do governo obtidos da União Americana de Liberdades Civis (em inglês: American Civil Liberties Union – ACLU), por meio de uma ação que culminou no Ato de Liberdade de Informação.

Ainda na introdução, Miles esclarece que sua obra não se trata da ética médica no campo de batalha, mas no tratamento oferecido aos capturados. O autor discorda que os abusos cometidos aos prisioneiros de guerra sejam apenas “justiça bruta” contra os terroristas, pois essa conjuntura causou a impopularidade mundial norte-americana, bem como iniciou a retaliação contra os soldados americanos capturados. Desde que divulgadas as fotos de Abu Ghraib, vários soldados dos Estados Unidos foram decapitados no Iraque e a maioria não conseguiu escapar, ser resgatado ou trocado. Portanto, o tratamento indigno de presos de guerra leva à reciprocidade de tratamento.⁶⁶

Para contextualizar as decisões políticas por trás desses atos, faz-se necessário apresentar a sequência de eventos que provocou inúmeras violações dos Direitos Humanos durante o governo Bush.

O vice-presidente Richard Cheney, o chefe de seus funcionários, David Addington, e o Secretário de Defesa, Donald Rumsfeld, foram os responsáveis por permitir que tanto as ideias de tortura quanto as novas políticas de prisioneiro fossem aprovadas. Após discussões, a secretária de Estado, Condoleezza Rice, e o presidente George W. Bush aprovaram o projeto.

Em 2002, a advogada do Departamento de Defesa, Diane Beaver, elaborou um pedido de técnicas mais duras de interrogatório em Guantánamo, sob a alegação de que seriam legalmente permissíveis se acompanhadas por um médico. Como resultado surgiu o Behavioral Science Consultation Team (BSCTs – Time Consultor de Ciência Comportamental, em tradução da autora), conhecido como “Biscuits” (biscoitos).⁶⁷

⁶⁶ MILES, S.H. op. cit., p. xi.

⁶⁷ MILES, S.H., op. cit., p. xiii-xiv.

Desde sua origem, o BSCTs foi criado para ajudar nos duros interrogatórios escolhidos pela administração Bush. Esse time se reportava à inteligência militar e não aos assuntos de saúde. O Dr. David Tornberg, assistente do secretário de saúde, afirmou não existir relação médico-paciente para interrogados. Em 2005, o cirurgião geral do Exército, Kevin Kiley, rejeitou a recomendação de que psiquiatras e psicólogos não poderiam ser membros do time BSCTs. Em junho de 2006, o Departamento de Defesa reiterou a distinção entre o médico que aconselha interrogadores e o responsável pela saúde dos presos. Alguns meses depois, em outubro, o Departamento de Defesa emitiu outra declaração exigindo que os médicos do time não deveriam encarar os presos como pacientes, além disso, sua lealdade era soberana ao Departamento, devendo aconselhar os interrogadores sobre as fragilidades dos presos e instruir a maneira de aplicar estressores físicos e emocionais.⁶⁸

A Agência Central de Inteligência norte-americana (CIA) e as Forças Armadas já pesquisaram sobre os efeitos da hipnose, uso de drogas, estresse físico e emocional e isolamento em interrogatórios. Entre a Segunda Guerra Mundial e os anos 1970, tanto a CIA quanto as Forças Armadas, sem falar em faculdades de prestígio e associações de profissionais da saúde se aliaram nesse tipo de pesquisa. Descobriu-se que coerção, ameaças e estresse eram ineficientes e contraproducentes, entretanto, isso não diminuiu o interesse em prosseguir com os estudos.⁶⁹

Algumas das descobertas dessa pesquisa foram usadas por cientistas do comportamento que trabalhavam no programa Survival, Evasion, Resistance, Escape (SERE), cuja tradução em português seria Sobreviver, Evadir, Resistir, Escapar. Destinado para as Forças Armadas e agências de inteligência, esse programa preparava soldados e agentes da inteligência sobre como agir na eventualidade de serem capturados, para tal simulava-se a realidade de um cativo violento, incluindo sermões, dificuldades físicas que envolviam posições desconfortáveis, barulho, fome, uso de temperaturas extremas, desrespeito à Bíblia, humilhação sexual e até afogamento simulado (*waterboarding*). Durante a guerra contra o terror, os psicólogos militares usaram as técnicas aprendidas no SERE e as adaptaram para os interrogatórios.⁷⁰ Ao ponderar esses aspectos é possível depreender que o ocorrido em Guantánamo e em outras prisões americanas configura além de tudo uma pesquisa sobre o comportamento em interrogatório e como aprimorá-lo.⁷¹

Apesar dos comentários mordazes das Nações Unidas e das inúmeras notícias divulgadas sobre os abusos cometidos nessas instituições do Exército dos EUA, há uma inércia por parte da comunidade médica americana. As sociedades médicas não

⁶⁸ MILES, S.H. op. cit., p. xv.

⁶⁹ MILES, S.H. op. cit., p. xvii.

⁷⁰ MILES, S.H. op. cit., p. xvii.

⁷¹ MILES, S.H. op. cit., p. xviii.

reagiram, não procuraram investigar, nem endurecer seus respectivos códigos, não há esforços para responsabilizar os profissionais envolvidos nessas atrocidades.⁷² Segundo as ideias de Miles, eles deveriam ser julgados a fim de servir de exemplo às próximas gerações de médicos, restaurando a humanidade em tempos de guerra e prevenindo futuros abusos.⁷³

Conforme Judith Butler, a justificativa usada pelos Estados Unidos a respeito de não concederem tratamento de prisioneiro de guerra aos capturados no Afeganistão, no Iraque ou em outros países se deve a uma noção obsoleta de guerra, em que a pauta é o soldado do Estado nação. Portanto, aqueles que não pertencem oficialmente às Forças Armadas de Estados reconhecidos, em tese, não poderiam reivindicar essa proteção do Direito Internacional. Entretanto, o governo norte-americano deveria conceder o tratamento independente dessa tecnicidade e aguardar o posicionamento de um “tribunal competente” sobre essa circunstância especial.⁷⁴ Os Estados Unidos não se sentem violadores da Convenção de Genebra, pois, segundo eles, os prisioneiros de Abu Ghraib, Guantánamo e outros presídios clandestinos não têm status de “presos de guerra”, logo podem ser submetidos ao tratamento que imaginam ser conveniente.

Segundo a Convenção contra a Tortura das Nações Unidas, todos os países signatários, incluindo os Estados Unidos, comprometem-se a investigar qualquer caso de tortura, a criminalizá-lo, a levar os responsáveis a um Tribunal Penal Nacional e puni-los com base na legislação nacional. O mais interessante é que nos Estados Unidos existe uma legislação específica para punir a tortura. Por questões políticas, a justiça ainda não prevaleceu até o presente momento, é sabido que os militares envolvidos nos escândalos de Abu Ghraib foram julgados e condenados durante o governo Bush, mas e quanto aos médicos envolvidos?

2.4. Casos norte-americanos

Em novembro de 2003, um guarda iraquiano conseguiu entregar uma pistola a um prisioneiro de Abu Ghraib, Ameen Sa`eed Al-Sheikh. Avisadas por um informante, as autoridades ordenaram uma busca nas celas. Ao descobrirem o esquema houve uma contenda com Al-Sheikh que, em seguida, foi enviado ao hospital com um ombro deslocado e um tiro nas pernas. Quando retornou do hospital, um policial militar atingiu sua perna ferida com um bastão e exigiu que renunciasse ao Islã, em seguida, suspenderam-no

⁷² MILES, S.H. op. cit., p. xix.

⁷³ MILES, S.H. op. cit., p. xxvii.

⁷⁴ BUTLER, J. “O Limbo de Guantánamo”. *Novos estudos - CEBRAP* [online]. 2007, n. 77, p. 223-231. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002007000100011>. Acesso em: 28 jan. 2011.

pela mesma perna. Enquanto tudo isso acontecia, dois funcionários médicos assistiam, inclusive, o Sargento-médico Layton Reuben, que em três ocasiões encontrou Al-Sheikh algemado com os braços para cima da cabeça, de modo a pressionar o ombro machucado e a perna. Em todos os encontros o Sargento pediu que as algemas fossem retiradas, pois, segundo ele essa era a extensão de sua responsabilidade. Sob juramento, Layton afirmou que examinou Al-Sheikh em sua cela junto de outros dois oficiais, o Capitão Williams e o médico com posto de Tenente-coronel Ackerson. Nessa ocasião confirmou que o ombro deslocado era resultado da algema sobre a cabeça. Do mesmo modo que não se encontra o prontuário médico do prisioneiro, nenhum dos envolvidos parece ter desejado denunciar o abuso. Meses mais tarde, uma nova investigação recomendava que, nessa situação de abuso, o médico Layton deveria ser disciplinado por omissão. Nada foi mencionado sobre o Dr. Ackerson.⁷⁵

O histórico desse prisioneiro não termina aqui, a Sargento-médica Theresa Adams, também se deparou com Al-Sheikh sangrando por um dreno que deveria estar conectado a uma bolsa para prevenir infecções. Imediatamente, ela o levou ao médico responsável, de escalão de coronel, o qual reconheceu o erro do hospital em deixar o catéter aberto, mas se recusou a removê-lo ou transferir o preso ao hospital adjunto. Questionado pela Sargento sobre o conhecimento das regras da Convenção de Genebra, ele respondeu simplesmente que iria voltar a dormir. Mais tarde, em investigação, o mesmo médico não se recordava do incidente envolvendo Al-Sheikh, apenas do seu ombro deslocado.⁷⁶

Em 4 de novembro de 2003, Monadel al-Jamadi foi preso próximo a Bagdá, suspeito de ataques contra as Forças Armadas americanas. Ele lutou contra os soldados, mas o acorrentaram e o colocaram em um carro do Exército, foi espancado ao longo de todo o caminho até a base. Além de não receber os cuidados médicos necessários, levou uma pancada de rifle na cabeça, teve um saco amarrado em sua cabeça e estava nu abaixo da cintura, com frio e dificuldade de respirar. Al-Jamadi não entrou na prisão de Abu Ghraib como prisioneiro, em vez disso, a CIA o considerou um preso “fantasma”, sem registro do nome e sem o exame médico comum aos presos recém-chegados. Ele foi interrogado com o saco na cabeça, levantado pelos braços, espancado e, possivelmente, submetido a afogamento simulado. Após todas essas condutas, ele estava morto. Um médico iraquiano a serviço da CIA pronunciou a morte.

Agentes da CIA aconselharam manter o corpo no gelo. No dia seguinte, um médico inseriu uma agulha de terapia intravenosa no cadáver, simulando uma doença e um procedimento para não afetar os outros presos. O cirurgião geral das Forças Armadas não acreditou que isso fosse uma manobra para ocultar homicídio. O Instituto de Patologia das

⁷⁵ MILES, S.H. op. cit., p. 3-4.

⁷⁶ MILES, S.H. op. cit., p. 4.

Forças Armadas realizou uma autópsia e concluiu que Al-Jamadi morreu de “ferimentos e contusões complicados por respiração comprometida”. Considerou-se responsável por esse crime de guerra o oficial que comandou a apreensão de Al-Jamadi. Oito soldados receberam reprimendas administrativas pelo abuso do preso, no entanto, os oficiais de alto escalão da CIA e os soldados do Exército que participaram não foram sancionados, assim como o médico que inseriu a terapia intravenosa.⁷⁷

É importante explicar que as condutas em Abu Ghraib tem inspiração na base de Guantánamo. Em meados de 2003, muitos soldados americanos haviam sido mortos no Iraque, então, as táticas de interrogatório precisavam ser especializadas. Guantánamo havia se transformado em um centro de interrogatório. O presidente Bush havia decretado que os princípios da Convenção de Genebra não se aplicavam aos presos do Afeganistão e de Guantánamo, ao passo que a Convenção relativa a proteção de civis em tempos de guerra era o tratamento aos presos no Iraque.⁷⁸

Independente dos preceitos estigmatizados nos tratados internacionais de Direitos Humanos, os profissionais convocados para essa guerra eram muito jovens e despreparados, não tiveram treinamento militar orientado pelo Direitos Humanos. Esse despreparo culminou em vários sequestros e prisões de civis pelas ruas do Iraque para consequente interrogatório. Bastava a pessoa estar ao celular para ser capturada.⁷⁹ Com penitenciárias superlotadas e o temor de que os capturados e interrogados assim que libertados atacariam as tropas americanas, muitos iraquianos foram mortos ou mantidos presos.

Para orientar o processo de interrogatório, havia um quadro de regras no qual se destacava que ao eleger o método de manipulação da dieta (restrição de alimentos) o mesmo deveria ser acompanhado por um médico. Além disso, presos feridos ou sob tratamento deveriam receber aprovação médica antes do interrogatório. No fim de 2004, um time médico da Força Aérea alegou ter examinado todos os detentos de Abu Ghraib antes e depois dos interrogatórios. Entretanto, em 2005, o cirurgião geral do Exército constatou que apenas de 15 a 50% dos presos no Iraque, Afeganistão e Guantánamo foram examinados antes dos interrogatórios. E menos de 15% foram examinados em busca de ferimentos após os interrogatórios.⁸⁰

Os exames realizados não eram para o bem-estar dos presos, mas para detectar o que cada um suportaria durante o período de detenção, por exemplo, privação de sono, isolamento, fome, ameaças etc. Não constava no prontuário médico do preso as anotações desses exames antes e depois do interrogatório, manobra que impediu o

⁷⁷ MILES, S.H. op. cit., p. 43-46.

⁷⁸ MILES, S.H. op. cit., p. 48.

⁷⁹ MILES, S.H. op. cit., p. 49.

⁸⁰ MILES, S.H. op. cit., p. 51.

conhecimento do que realmente acontecia na realização desses exames, do mesmo modo que ocultou qualquer evidência de ferimento pós-interrogatório.⁸¹

Em Guantánamo, o sigilo médico era desrespeitado desde 2002, a partir da implementação da nova política de interrogatório. Os prontuários médicos tinham de ser divididos com os membros do time BSCTs, e, além disso, os médicos eram obrigados a dar sua opinião sobre as resistências físicas e emocionais do preso. O time BSCTs usava táticas maquiavélicas para fragilizar o interrogado, os torturadores investigavam os medos dos prisioneiros, por exemplo, se um deles tinha fobia à escuridão ou alguma outra vulnerabilidade isso era explorado. Conforme a cooperação do interrogado, os métodos poderiam ficar mais agressivos.⁸² Médicos acompanhavam os interrogatórios mais intensos atrás de um espelho ou ficavam presentes na mesma sala. De tempo em tempo checavam os batimentos do interrogado.⁸³

Os diários de interrogatório detalhando a presença médica permanecem confidenciais, exceto um de Guantánamo, divulgado pela revista *Time*.⁸⁴ Em 2002, o psicólogo do BSCTs, John Leso, monitorou o interrogatório de Mohammed al-Qahtani. Foram 55 dias de uso de isolamento, privação de sono, humilhação, uso de máscara, raspagem do cabelo, acorrentamento, ameaças com cães etc. Regularmente um médico monitorava tudo, chegando a administrar solução salina no preso enquanto estava amarrado a uma cadeira. Ao pedir para ir ao banheiro urinar, informaram-no para o fazer nas próprias calças. Em uma ocasião Al-Qahtani precisou ser hospitalizado com baixa frequência cardíaca devido à hipotermia causada propositalmente pela permanência excessiva no ar-condicionado. Os médicos cuidaram da hipotermia e o devolveram aos interrogadores. Somente agentes do Federal Bureau of Investigation (FBI – Departamento Federal de Investigação) reclamaram desse tratamento desumano, mas os médicos permaneceram silentes.⁸⁵

Dilawar também configura um caso de prisioneiro torturado por soldados americanos no Afeganistão, em dezembro de 2002. Com o emprego de práticas semelhantes as de Guantánamo, também teve um saco sobre sua cabeça que dificultava sua respiração. Sem poder beber água, foi acorrentado e suspenso pelos braços por horas, e espancado de tal maneira que suas pernas teriam de ser amputadas. Prometeram levá-lo ao médico, mas, em vez disso, o acorrentaram no teto de sua cela. Após tanto sofrimento físico e moral, um médico o encontrou morto. A autópsia constatou homicídio

⁸¹ MILES, S.H. op. cit., p. 53.

⁸² MILES, S.H. op. cit., p. 55.

⁸³ MILES, S.H. op. cit., p. 59.

⁸⁴ Site da revista *Time*. Disponível em: <<http://www.time.com/time/nation/article/0,8599,1207633,00.html>>. Acesso em: 14 jul. 2011.

⁸⁵ MILES, S.H. op. cit., p. 61.

devido a contusões e ferimentos graves nos membros inferiores que complicaram uma doença arterial coronariana. No entanto, segundo a versão do Pentágono, o detento faleceu de causas naturais e para a imprensa noticiou-se que a *causa mortis* de Dilawar fora uma artéria obstruída. O médico que realizou a autópsia não divulgou seu relatório e, em vez de um único atestado de óbito, foram produzidas duas ou três versões diferentes. Esse é um caso em que certamente o médico, influenciado por autoridades do alto escalão, pretendeu conscientemente ocultar o abuso dos soldados.⁸⁶

O Instituto de Patologia das Forças Armadas é responsável pela determinação da *causa mortis* dos presos do Iraque, Afeganistão e Guantánamo. Quase sempre, os patologistas não recebiam informações indispensáveis para poder determiná-la. Um patologista, mais do que a própria autópsia, também analisa a ficha médica do paciente, os relatos dos eventos antes da morte e uma descrição de como o corpo foi encontrado. Muitas informações eram consideradas sigilosas de modo que os patologistas tinham de se virar. Por exemplo, se a pessoa morreu asfixiada, ela estava com um saco na cabeça? Um patologista mal preparado não sabe determinar a causa de morte por atos de tortura.⁸⁷ Para isso é importante destacar a existência do *Manual de Investigação Médica e Documentação sobre Tortura*⁸⁸, específico para profissionais da saúde e que ensina sobre como observar as evidências, por meio de sinais no corpo da vítima, e como proceder, documentar etc.

Os atestados de óbito não obedeciam a Convenção de Genebra e demoravam para ser divulgados, sendo que a culpa desse atraso era sempre atribuída aos patologistas. Na maioria dos atestados lia-se “morte por causas naturais”, uma espécie de eufemismo cujo verdadeiro significado pode ser traduzido pela sentença “morte por tortura”. As assinaturas dos médicos eram inseridas em datas diferentes, outra evidência que distorcia a realidade dos fatos. O preso Mohammed Khan, por exemplo, morreu em uma prisão no Afeganistão, segundo depoimentos de sua família, o corpo apresentava sinais de tortura. O Coronel responsável, no entanto, atestou a morte por mordida de cobra. Essa espécie animal existe, sim, na região, mas raramente interagem com humanos, sendo uma *causa mortis* extremamente improvável. Para se ter ideia dos esforços dispensados para ocultar as práticas de tortura, no caso de Khan nem ao menos a autópsia foi conduzida.⁸⁹

Miles expõe em sua obra uma tabela de presos mortos por atos de tortura: oito no Afeganistão, dentre eles, dois sequer se sabia o nome, e um deles teve a ficha

⁸⁶ MILES, S.H. op. cit., p. 68-71.

⁸⁷ MILES, S.H. op. cit., p. 74.

⁸⁸ PEEL, M.; LUBELL, N.; BEYNON, J. *Investigação Médica e Documentação sobre Tortura* – Manual para Profissionais de Saúde, 1ª ed., Centro de Direitos Humanos, Universidade de Essex, Grã-Bretanha, 2005. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/denunciar/tortura/index.htm>>. Acesso em: 02 nov. 2009.

⁸⁹ MILES, S.H. op. cit., p. 79.

adulterada pelo médico para ocultar os abusos cometidos. No Iraque, 11 presos morreram por tortura, em três casos houve adulteração da ficha médica. Em outro, sequer foi investigada a causa da morte.⁹⁰

Em outra tabela demonstra-se todas as práticas de torturas praticadas nos centros de detenção americanos no Iraque, Guantánamo e Afeganistão. Constituiu uma espécie de manual para os algozes, divididos nas categorias dor, privação e psicológico. A primeira marcada pelas seguintes condutas: espancamento por punho, porrete, chicote, chute, choque da pessoa contra a parede etc; choques elétricos (eletrodos externos, internos e “parilla”, que consiste em amarrar a pessoa em uma cama de metal e administrar choques); alongar ou suspender o indivíduo (com intuito de romper ligamentos, músculos ou causar asfixia); asfixia (imersão em água, obstrução da passagem de ar, compressão do peito e suspensão); queimadura (química, térmica); estrangulamento por garrote (membros, pênis); estupro; procedimentos médicos dolorosos (administração de drogas, enemas etc); mutilação (mordida de cachorro, tatuagem, piercing, desfolamento, amputação). Na categoria privação é característica a : privação de comida, água, acesso ao banheiro, abrigo do calor ou frio, cuidado médico (negar um tratamento até que a pessoa coopere), sono e sentidos (manter o sujeito no escuro e com protetor de ouvido). E, por fim, no que se refere ao psicológico tem-se: forçar a vítima a se autoflagelar, urinar em si mesma, masturbar-se, renunciar sua respectiva religião, confessar ou se acusar falsamente, passar em si urina e fezes alheias; abuso verbal por ameaça ao preso e a sua família, insultos, denegrir a religião do prisioneiro por meio de insultos; simulação de execução (o indivíduo é influenciado a acreditar que será executado); degradação sexual (nudez, toques); forçar a vítima a assistir abuso ou tortura de um ente querido; monopolização perceptiva (barulho alto, imobilização, luzes fortes e vendas, confinamento em local pequeno); administração de drogas que desorientam, por exemplo, tranquilizantes e alucinógenos; sequestro de crianças.⁹¹

2.5. Exame físico – documentação da tortura

Um dos métodos de se produzir evidência em casos de alegação de tortura é o exame físico realizado por um médico. As Cortes o aceitam como prova, no entanto, a ausência de vestígios físicos, não implica necessariamente na ausência de tortura, esse é o maior desafio para o profissional de saúde: investigar e determinar os sinais de ocorrência desse abuso.

⁹⁰ MILES, S.H. op.cit., p. 90-96.

⁹¹ MILES, S.H. op. cit., p. 8 e 9.

As formas para documentar a tortura variam de acordo com o histórico da vítima. Existem centros de reabilitação para vítimas de tortura em diferentes lugares do mundo. Neles os funcionários são treinados para oferecer o conhecimento médico, psicológico e legal de modo a ajudar essas pessoas. Quando a vítima não está sob a custódia dos torturadores, é mais simples e seguro que ela se aproxime desses centros para buscar ajuda e proteção. A realidade dos detentos que sofrem esses abusos, no entanto, em especial os que continuam na instituição, é completamente diversa, pois as mesmas autoridades que fazem uso da tortura continuam no controle do “bem-estar” e “segurança” desses indivíduos. Cabe ao médico externo, que realiza visitas periódicas, oferecer conforto ao preso e tentar obter informações, mas não representar um risco a ele.⁹²

O Comitê Internacional da Cruz Vermelha há anos realiza visitas a prisioneiros de países que vivem conflitos e já são experientes para saber quando uma visita pode significar mais problemas do que ajuda aos presos. A referida organização procura vistoriar as condições do local e averiguar a possível prática de abusos, vide tortura, para salvaguardar a dignidade humana dos detentos.⁹³

Reyes ensina que, por questões psicológicas, ao entrevistar um preso não se deve obrigá-lo a delatar as práticas ilegais, pois tal fato permite que ele “reviva” a tortura e adquira um trauma. Forçar esse tipo de situação pode ser ainda mais estressante ao preso, já que ele permanece na instituição.⁹⁴ Tendo em vista a realidade nos centros de detenções, uma simples visita nunca cumprirá o papel de uma sessão de terapia.

Durante a visita, o ideal seria o médico ficar a sós com o preso, sem a presença de guardas e em respeito à privacidade, inclusive, nos casos em que a pessoa tenha de se despir. Outro detalhe importante: o médico não pode realizar apenas uma visita, isso providenciaria informações sobre a tortura, mas colocaria em risco a vida dos presos, é necessário um conjunto planejado de visitas. Não obstante, para que uma pessoa revele uma informação tão grave é preciso estabelecer uma relação de confiança e confidencialidade, afinal ser torturado envolve muita humilhação, física e moral.⁹⁵

O consentimento do preso deve ser sempre respeitado. Ao longo das visitas, a relação médico-paciente atinge um nível de confiança e, muitas vezes, o sujeito quer apenas desabafar sobre sua experiência. Em outras palavras, se o preso preferir que seu nome não esteja associado à documentação, por questões de sua segurança e a de sua família, o médico deverá respeitar, mesmo que a informação represente uma evidência

⁹² REYES, H., “Visits to Prisoners and Documentation of Torture”, In: *The Medical Documentation of Torture*, Edited by Michael Peel and Vicent Iacopino, New York, Cambridge University Press, 2009, p. 78.

⁹³ REYES, H., op. cit., p. 80.

⁹⁴ REYES, H., op. cit., p. 80.

⁹⁵ REYES, H., op. cit., p. 84.

indispensável para denunciar um crime. É seu dever tratar o paciente com compaixão, oferecendo-lhe, ao menos, conforto.⁹⁶

É comum o presidiário pedir ao médico que o escute simplesmente e não faça anotações. O motivo, às vezes, não é o desejo de preservar a própria identidade, mas uma associação psicológica, pela qual o formato “pergunta/resposta/anotação” o faz lembrar dos interrogatórios, provocando sentimentos ruins. Nesse sentido, o “não fazer o mal” do médico se daria pelo simples gesto de soltar a caneta e escutar.⁹⁷ A empatia, o clima de confiança, o respeito às diferenças de gênero (homem examinar homem, por exemplo) podem significar uma entrevista e um exame de sucesso. Inclusive, durante as perguntas, é essencial o médico ter a sensibilidade de não ser direto, mas pensar em questões abertas, por exemplo, “Quando o senhor foi preso, como foi?”⁹⁸

Ademais, o médico deve considerar o tempo que se passou desde o momento inicial da lesão até a cicatrização. Uma lesão aguda mostra um padrão de ferimento proposital, com formato específico, determinado grau de repetição e o modo como se distribui pelo corpo. Também carece apalpar a região ferida para verificar se há inchaço, comparar a coloração da pele e averiguar a existência de infecção. Além disso, faz-se necessário avaliar o sistema cardíaco, respiratório e o sistema nervoso central, e buscar sinais de queimadura por eletrochoque, problemas na medula espinhal, atentar se os joelhos estão em ordem (lesão no tendão, deslocamento, luxação, espasmos nos músculos). As anotações devem seguir o diagrama do Protocolo de Istambul. De acordo com a gravidade do caso, outros exames devem ser solicitados, já que muitas lesões são detectadas apenas em um segundo momento. Para organizar uma completa documentação, é importante fotografar as evidências aparentes e os procedimentos dispensados.⁹⁹

Após descrição desse panorama sobre os danos provocados pela tortura, ainda é possível afirmar que não raro o profissional de saúde pode se deparar com falsas alegações de abusos contra a pessoa humana, a qual intui se beneficiar com um asilo político ou, simplesmente, apresenta algum problema mental. Nesses casos, o médico não deve descartar uma opinião psiquiátrica. Uma autolesão normalmente é superficial e se dá em locais do corpo de fácil acesso. Estima-se que de duas mil pessoas vítimas de tortura, apenas três configuram falsas alegações.¹⁰⁰ Portanto, mesmo sem sinais tão evidentes, deve o médico estudar o caso, a história relatada e confrontar essas informações a fim de

⁹⁶ REYES, H. op. cit., p. 86.

⁹⁷ REYES, H. op. cit., p. 88.

⁹⁸ REYES, H. op. cit., p. 90.

⁹⁹ OZKALIPCI, O. “Physical Examination following allegations of recent torture”, In: *The medical documentation of torture*, Edited by Michael Peel and Vicent Iacopino, New York, Cambridge University Press, 2009, p. 134.

¹⁰⁰ OZKALIPCI, O., op. cit., p. 146.

atestar a veracidade das informações, sempre considerando as diretrizes do Protocolo de Istambul.

O médico responsável por examinar uma vítima de tortura, cuja alegação se refere ao ato ocorrido há muitos meses ou anos deve tomar algumas cautelas, por exemplo, observar como o paciente se porta, caminha, se senta, se está agitado ou calmo. Importante destacar, no entanto, que a mansidão não expressa obrigatoriamente a ausência de tortura na vida de um sujeito. Como auxílio para esses nuances da personalidade, o médico pode convidar um psicólogo ou psiquiatra para acompanhar a sessão. Tudo o que for relatado deve ser levado em conta para atestar se as lesões são consistentes com a história. Muitas vezes, os alçozes vedam os olhos da vítima, impedindo a real consciência dos atos praticados, inclusive, devido ao nervosismo, ela pode imaginar que uma cicatriz dos tempos de infância seja resultado da tortura. Outro aspecto ao qual o médico deve atentar são os indícios de depressão, que podem potencializar os efeitos pós-tortura. Ao examinar o corpo, o pudor da vítima deve ser respeitado, não é necessário remover toda a roupa de uma só vez, mas expor aos poucos, sem pressa alguma.¹⁰¹

Os médicos que auxiliaram nas técnicas reforçadas de interrogatório criaram métodos de tortura para garantir o máximo de dor e o mínimo de evidências físicas. Assim, o médico que examina uma vítima dessas técnicas especiais tem de apresentar um conhecimento especial sobre elas, a fim de conseguir enxergar além da pele e diagnosticar os sinais tão tênues. A vítima deve relatar o máximo de detalhes que se lembrar, inclusive, se foi vendada, se perdeu a consciência etc.¹⁰²

As surras são sempre planejadas com antecedência para que os efeitos sejam disfarçados. Nesse sentido, os torturadores optarão por objetos pesados, mas maleáveis, por exemplo, saco de areia, cano de PVC, uma vez que ambos machucam o indivíduo, mas evitam a permanência das cicatrizes. Em outros casos, os torturados são espancados com um pano ou toalha enrolada, o impacto do golpe é forte, pode, inclusive, ferir os músculos, gerar sangramento interno, problemas renais, mas não haverá evidências externas aparentes, dificultando o trabalho dos médicos responsáveis por investigar os abusos.

O médico investigativo que omite examinar um presidiário se volta conivente com o crime de tortura. No Iraque, por exemplo, um profissional de saúde, após analisar a mandíbula fraturada de um preso, criou uma explicação pouco convincente aos investigadores que visitavam a instituição, ademais, ele não pediu para o paciente remover

¹⁰¹ KIRSCHNER, R.; PEEL, M., "Physical Examination for late signs of torture", In: *The medical documentation of torture*, Edited by Michael Peel and Vicent Iacopino, New York, Cambridge University Press, 2009, p. 151.

¹⁰² FORREST, D., "Examination following specific forms of torture", In: *The medical documentation of torture*, Edited by Michael Peel and Vicent Iacopino, New York, Cambridge University Press, 2009, p. 160.

a camisa a fim de procurar por mais sinais de violência. Do mesmo modo precário que eram realizados os exames, não raro as fichas médicas eram perdidas.¹⁰³

São muitas as formas de se distorcer o papel médico que de “benéfico” passa a ser considerado “maléfico”. Devido à importância dos exames físicos para os processos de julgamento, resta a esperança de que sejam devidamente conduzidos e em relação à cumplicidade médica com a tortura espera-se que não passe de um capítulo da história do século XXI.

2.6. Possíveis explicações para o comportamento dos médicos norte-americanos

Ao tomar conhecimento sobre a recente guerra contra o terror instaurada pelos EUA e sobre o envolvimento de médicos, pode-se perguntar: como conseguiram? Considerando um dos princípios de sua profissão, baseado em “fazer o bem”, como é possível distanciar seus respectivos valores e ser capaz dos feitos cometidos?

Primeiro, é importante pensar que as “técnicas reforçadas de interrogatório” foram uma política adotada pela administração Bush, por isso se torna uma prática “legal” e não “tortura”. Ingenuamente pode-se imaginar que um médico, confuso sobre os limites dessas técnicas, não enxergaria crueldade em suas condutas.

Além disso, quando uma pessoa se encontra em terras estrangeiras, seus valores morais sofrem relativização, especialmente em um ambiente em que se entende a violência como uma regra. Assim, a pressão sobre esses profissionais pode desenvolver um grau de tolerância aos abusos cometidos.¹⁰⁴

Em sua formação, os médicos são preparados para considerar o bem-estar do paciente em primeira instância, não importa o local e as condições. Entretanto, não se pode esquecer que esses profissionais são acima de tudo seres humanos e estão suscetíveis às questões situacionais que influenciam seu pensamento e comportamento. Pesquisas de psicologia social mostram que o comportamento humano é profundamente afetado pelo ambiente que a pessoa está inserida.¹⁰⁵

Em um famoso estudo realizado pelo psicólogo Philip Zimbardo, na Universidade de Stanford, demonstra-se que o ambiente de um centro de detenção pode conduzir pessoas “normais” a se engajarem ou tolerarem abusos aos detentos. Em 1971, Zimbardo recrutou 24 estudantes universitários, divididos aleatoriamente entre “presos”

¹⁰³ MILES, S. H., op. cit., p. 123.

¹⁰⁴ BREWER, S.E.; ARRIGO, J.M., “Places that medical ethics can’t find: Preliminary observations on why health professionals fail to stop torture in overseas counterterrorism operations”, In: *Interrogations, forced feedings, and the role of health professionals: New perspectives on international human rights, humanitarian law, and ethics*, Edited by Ryan Goodman and Mindy Jane Roseman, Human Rights Program, Harvard Law School, Cambridge, Massachusetts, United States, Signature Book Printing, 2009, p. 1.

¹⁰⁵ BREWER, S.E.; ARRIGO, J.M., op.cit., p. 3.

e “guardas”, e observou o comportamento deles na medida em que desempenhavam seus papéis na prisão simulada. A pesquisa duraria duas semanas, mas após seis dias fez-se necessário encerrá-la, pois os “guardas” encarnaram o papel seriamente, ao ponto de exibirem um comportamento sádico e desumano, de modo que os “presos” sofreram colapsos emocionais.¹⁰⁶ Alguns dos guardas revelaram um sentimento de desconforto em relação ao ocorrido com os presos, no entanto, nenhum deles impediu seus colegas de cometerem abusos. Assim, esse estudo evidencia que um profissional de saúde, também com a incumbência de desempenhar um papel militar, poderia perder sua missão de curar o paciente, priorizando suas obrigações como soldado. Além disso, os estresses de uma guerra diminuem os recursos cognitivos individuais a um nível moralmente desastroso.¹⁰⁷

Um médico que se recusa a participar dos abusos terá de lidar com as importunações e pressões dos companheiros influenciados pela ideia de que o profissional que se opõe a colaborar com técnicas mais agressivas de interrogatório é “sensível” demais para operar no campo. Em outras palavras, aquele que se compromete a respeitar os Direitos Humanos é considerado idealista por não aceitar a realidade tal qual. Se essa enorme campanha não suavizar as noções humanitárias do indivíduo, ele será enviado para casa, garantindo a constituição de um time médico segundo os ideais da Central de Inteligência.¹⁰⁸

Além dessas formas de manipulação, há outra maneira de pressionar os médicos militares. A maioria deles recebeu bolsa de estudos do Exército para cursar a Faculdade de Medicina. Caso recusem a defender e apoiar o Exército, terão de responder às acusações de insubordinação em Cortes internas e seriam obrigados a restituir aos militares o valor gasto em seus estudos. Por isso o Exército escolhe médicos jovens, recém-formados, pois a simples sugestão de terem de pagar por sua educação alteram seu comportamento e imparcialidade. Solicita-se também que o médico, investido dos princípios éticos da Medicina, confie sua lealdade ao país.¹⁰⁹

Muitas vezes, o profissional se sente melhor em recusar o tratamento médico ao detento para que ele coopere. Parece ser um método mais humano, assim como o resgate do detento para encerrar seu sofrimento em troca de informações.¹¹⁰

Portanto, para um médico auxiliar ou se calar no que diz respeito à tortura combina-se o argumento de que as normas não são tão relevantes no exterior à sensação de isolamento da realidade e à lavagem cerebral por meio de ideias militares. Esse cenário pode ser muito pior em centros de detenção secretos, “não oficiais”, em barcos ou outros

¹⁰⁶ BREWER, S.E.; ARRIGO, J.M. op. cit., p. 4.

¹⁰⁷ BREWER, S.E.; ARRIGO, J.M. op. cit., p. 5.

¹⁰⁸ BREWER, S.E.; ARRIGO, J.M. op. cit., p. 8.

¹⁰⁹ BREWER, S.E.; ARRIGO, J.M. op. cit., p. 11.

¹¹⁰ BREWER, S.E.; ARRIGO, J.M. op. cit., p. 12.

locais onde grupos de Direitos Humanos não tenham acesso. Isso permite que os Estados Unidos tornem inacessível o número de presos e consigam obter informações a sua maneira.¹¹¹

A mera presença de um médico em uma sala de interrogatório pode piorar muito as condições para o detento. Alguns interrogadores se sentem com uma falsa sensação de segurança, pois caso a situação fuja do controle, a saúde do interrogado deve ser salvaguardada pelo médico, afinal é sua obrigação prever e evitar o mal. Diante disso, a sessão de tortura pode se tornar intensa e o profissional de saúde que examina um detento antes de um interrogatório acaba por exercer um lado perverso da Medicina, justamente por confirmar se o paciente está saudável e apto para ser submetido à tortura. Em outras palavras, o médico assina o atestado que legitima a atitude cruel por parte do interrogador.¹¹²

Jonathan H. Marks concorda com Jean Maria Arrigo ao destacar que após o “11 de setembro”, na falta de interrogadores, o governo americano passou a recrutar rapazes a partir de 19 anos para cumprirem o serviço de interrogadores seniores. Muitos, na impossibilidade de pagarem o curso Medicina, se viram atraídos pela oferta de bolsas de estudo e pela oportunidade de ajudar seu país em um momento tão crítico. O arrefecimento dos Direitos Humanos garantiria a segurança do mundo naquele momento.¹¹³

Uma teoria explicada por Leonard S. Rubenstein afirma que os médicos encontraram formas de racionalizar sua cumplicidade com a tortura, colocando-se como protetores dos detentos. O Departamento de Defesa americano estimula essa ideia ao corroborar o apoio médico em um interrogatório, em outras palavras, cuidando dos ferimentos do detento, o médico atua tradicionalmente no seu papel beneficente. Essa ilusão significou danos aos detentos e à profissão médica.¹¹⁴

Parte da ilusão está em se agarrar à noção de que procura melhorar o bem-estar dos detentos. Em circunstâncias de espancamento durante o interrogatório, o médico irá cuidar dos ferimentos, mesmo que isso signifique o retorno para mais perguntas ou, ainda, se o detento faz greve de fome, irá amarrá-lo e alimentá-lo à força para preservar sua vida. Assim, os médicos enxergavam o seu papel de beneficência, mas ignoravam o mais

¹¹¹ BREWER, S.E.; ARRIGO, J.M., op.cit., p. 13.

¹¹² BREWER, S.E.; ARRIGO, J.M., op.cit., p. 14.

¹¹³ MARKS, J.H., “Looking Back, Thinking Ahead: the Complicity of Health Professionals in Detainee Abuse”, In: *Interrogations, forced feedings, and the role of health professionals: New perspectives on international human rights, humanitarian law, and ethics*, Edited by Ryan Goodman and Mindy Jane Roseman, Human Rights Program, Harvard Law School, Cambridge, Massachusetts, United States, Signature Book Printing, 2009, p. 29.

¹¹⁴ RUBENSTEIN, L.S., “Complicity and the Illusion of Beneficence”, In: *Interrogations, forced feedings, and the role of health professionals: New perspectives on international human rights, humanitarian law, and ethics*, Edited by Ryan Goodman and Mindy Jane Roseman, Human Rights Program, Harvard Law School, Cambridge, Massachusetts, United States, Signature Book Printing, 2009, p. 51.

importante: não evitavam a causa dos males dos detentos, não denunciavam os abusos e aconselhavam como provocar dor em um interrogatório. O cenário os embruteceu e os fazia pensar que sua mera presença amenizava as condições duras dos detentos.¹¹⁵

O médico militar tem uma dupla lealdade, com seu paciente e com o serviço de inteligência que, costumeiramente, prevalecia. Rubenstein não acredita que os médicos teriam conseguido evitar os abusos, pelo simples fato de não possuírem autoridade para tanto. Somente uma estrutura institucional conseguiria evitar isso, permitindo que o médico priorizasse sua ética.¹¹⁶

Marks concorda com esse posicionamento e vai além, segundo ele os médicos que denunciam as práticas abusivas deveriam ser encorajados e recompensados, o que não significa a exposição desses profissionais, isso lhes traria muitos riscos. Se um delator tem receio de destruir sua carreira ou apresentar alguma dívida, essas consequências deveriam ser amenizadas, para estimular e ajudar os que realmente almejam por um fim aos abusos cometidos.¹¹⁷ É um ato de coragem questionar e denunciar toda uma estrutura em que se está inserido.

Por fim, os médicos envolvidos com tortura assim o fizeram, pois sabiam sobre a ausência de punição, no entanto, todos os envolvidos deveriam ser responsabilizados por seus atos. As associações e as juntas médicas necessitam se unir para puni-los disciplinarmente. A sociedade e os ativistas dos Direitos Humanos podem divulgar as informações e os nomes dos envolvidos no abuso de detentos a modo de cumprirem uma justiça informal, conscientizando a população e na esperança de que esses atos não continuem impunes.¹¹⁸

Conclusão

Ante todo o exposto, concluí-se pela inexistência de uma solução única para a questão dos médicos envolvidos com tortura e sua consequente e tão presente impunidade. Não se deve confiar somente na atuação do governo, ou de uma organização ou tribunal. Talvez, a resposta esteja na divulgação das informações sobre o assunto e no trabalho em cooperação de organizações produtoras, a saber: ONU, Médicos sem fronteiras, Médicos pelos Direitos Humanos, Organização Mundial de Saúde, Associação Médica Mundial, Cruz Vermelha, Anistia Internacional, dentre outras, todas junto do governo, das Cortes nacionais e internacionais, e dos conselhos de Medicina.

¹¹⁵ RUBENSTEIN, L.S. op. cit., p. 67.

¹¹⁶ RUBENSTEIN, L.S. op. cit., p. 70.

¹¹⁷ MARKS, J.H. op. cit., p. 45.

¹¹⁸ MARKS, J.H. op. cit., p. 46.

Sem o apoio norte-americano, o Tribunal Penal Internacional (TPI) ainda carece de força para ser visto com maior seriedade por toda a comunidade internacional. Enquanto os Estados Unidos, Israel, China e os demais países prosseguirem com os indícios de violação dos Direitos Humanos, por meio de práticas criminais que lhes são convenientes, o TPI será apenas um Tribunal para “determinados países” e não verdadeiramente um Tribunal Internacional, cuja jurisdição deveria ter um alcance global.

Os médicos-militares americanos envolvidos com a prática de tortura em Guantánamo jamais poderiam ser indiciados segundo as premissas do Tribunal Penal Internacional, uma vez que os Estados Unidos não aceitaram a jurisdição da Corte, a qual julga apenas casos de países que a integra. Sob essa perspectiva, outro questionamento vem à tona: se todos os crimes cometidos pelo governo americano não foram julgados até agora, porque ainda não aceitam a incorporação ao TPI? Uma das respostas prováveis envolve o interesse do governo e do exército americano na preservação de práticas de tortura para obtenção de informações sobre eventuais ataques terroristas, independente do fim da era Bush. A política mais diplomática de Barack Obama está mais preocupada com sua reeleição do que em cumprir sua promessa de fechamento de Guantánamo e encerrar a continuidade dessas condutas ilícitas, que devem contar com a participação de médicos e profissionais de saúde.

O papel do TPI para o futuro da humanidade é deveras importante no sentido de processar e julgar os responsáveis pela prática dos piores e mais bárbaros crimes cometidos no planeta, dos quais não se admite o esquecimento. O Tribunal constitui um instrumento único que corrobora a fé nos Direitos Humanos fundamentais e na dignidade da pessoa humana. Entretanto, pelo fato do TPI punir indivíduos e não Estados, e tendo em vista a realidade de determinados governos protegerem seus cidadãos torturadores, este ainda não seria o melhor instrumento punitivo para médicos torturadores.

Dessa forma, uma possível solução repousa na conjugação de esforços globais no sentido de educar as gerações futuras de médicos para a reconquista dos valores da Bioética. Os profissionais de saúde que se encontram pressionados para torturar devem ser protegidos por algum órgão nacional ou internacional para que a omissão por medo deixe de constituir prática comum, referida proteção também se estende aos delatores e as suas famílias, além de uma recompensa que os motivem. A educação sobre a documentação de evidências de tortura deveria integrar a grade das faculdades de Medicina. A sociedade civil ao se manifestar desempenha um papel importante para a não aceitação do desaparecimento de familiares e para os cuidados com as lesões permanentes dos sobreviventes.

Este estudo demonstrou que a tortura precisa da ciência médica para existir, funcionar e se especializar. O médico cria métodos, disfarça cicatrizes, mantém o interrogado vivo e oculta a causa de morte, se houver.

Diante de um cenário de tortura o clínico deve se pautar segundo os princípios da beneficência, não maleficência e autonomia de modo a tomar decisões que proporcionem os maiores benefícios ao paciente. Quando coagido violentamente, é sua obrigação cuidar do presidiário torturado e documentar as lesões conforme o Protocolo de Istambul. Essa documentação deve ser sigilosa e cautelosa, pois significa riscos ao médico. A denúncia e a entrega de documentos por parte do médico se dão justamente quando da visita de uma entidade de Direitos Humanos, por exemplo, a Cruz Vermelha. O profissional externo ao visitar essas instituições deve estar atento às evidências de violência de acordo com o referido Protocolo, além do exame das condições de higiene e alimentação. No universo da tortura, a missão e o juramento de Hipócrates se voltam complexos, ainda assim não se deve renunciar aos seus princípios em nome de uma ideologia política, militar ou mesmo econômica.

A participação médica na tortura deve ser investigada e devidamente apurada. Dependendo do nível, o médico carece sofrer uma sanção e ter sua licença revogada, (pena disciplinar), além de responder pelo crime cometido, inclusive, com pena de detenção e reparação monetária para a vítima e sua família. É incabível uma visão reducionista da gravidade de seu ato criminoso e da respectiva infração ética, se trata de ambos concomitantemente. Dessa forma, as Cortes criminais e Conselhos de Medicina têm a responsabilidade de atuarem, conjunta ou individualmente, para penalizar os culpados. A impunidade, todavia, integra a história contemporânea, mas se os esforços conjuntos forem realizados, é possível modificá-la.

O envolvimento médico com tortura ainda existe na realidade de muitos países, as lições da Segunda Guerra Mundial não foram suficientes para impedir que o médico revisitasse um novo papel no uso da maleficência. Portanto, a única forma de a nova geração de profissionais se dedicarem somente à missão da Medicina é enxergar o problema e não se deixar cegar, divulgá-lo e unir esforços para que os envolvidos sejam devidamente punidos. Apesar dos inúmeros avanços, o sistema de saúde carece de infraestrutura para impedir por completo as novas ocorrências de médico com a tortura. Por tudo o que foi considerado, os estudantes de Medicina devem lançar um olhar ao passado para compreender o presente e prevenir o futuro de novos abusos e violações dos princípios da Bioética.

São Paulo, julho de 2012.

Referências

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. *Princípios de ética biomédica*. 2. ed. São Paulo: Loyola, 2011.

BREWER, S. E.; ARRIGO, J. M. Places that medical ethics can't find: Preliminary observations on why health professionals fail to stop torture in overseas counterterrorism operations. In: *Interrogations, forced feedings, and the role of health professionals: New perspectives on international human rights, humanitarian law, and ethics*, Edited by Ryan Goodman and Mindy Jane Roseman, Human Rights Program, Harvard Law School, Cambridge, Massachusetts, United States, Signature Book Printing, 2009.

BUTLER, J. O Limbo de Guantánamo. *Novos estudos - CEBRAP* [online]. 2007, n. 77, pp. 223-231. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002007000100011>. Acesso em: 28 jan. 2011.

FORREST, D. Examination following specific forms of torture. In: *The medical documentation of torture*. Edited by Michael Peel and Vicent Iacopino. New York: Cambridge University Press, 2009.

GOLDIM, J. R. *Princípios bioéticos*. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/princip.htm>>. Acesso em: 20 jun. 2011.

JURAMENTO de Hipócrates. Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Historia&esc=3>>. Acesso em: 01 nov. 2009.

KIPPER, D. J.; CLOTET, J. Princípios da Beneficência e não Maleficência. In: COSTA, Sérgio I.F.; GARRAFA, Volnei; OSELKA, Gabriel (Org.). *Iniciação à bioética*. Conselho Federal de Medicina, Brasília, 1998. p. 100. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/biblioteca_virtual/bioetica/indice.htm>. Acesso em: 11 jan. 2012.

KIRSCHNER, R.; PEEL, M. Physical examination for late signs of torture. In: *The medical documentation of torture*. Edited by Michael Peel and Vicent Iacopino. New York: Cambridge University Press, 2009.

LEMOS, A. I. *Desafia o nosso peito – resistência, tortura e morte durante o regime militar brasileiro: as quedas na guerrilha urbana e os desaparecidos na insurreição do Araguaia: subsídios para a Comissão da Verdade*. Rio de Janeiro: Consequência, 2011.

LIFTON, R. J. *The nazi doctors: medical killing and the psychology of genocide*, basic books, United States of America, 1986, p. 16. Disponível em: <<http://www.holocaust-history.org/lifton/LiftonT016.shtml>>. Acesso em: 20 jun. 2011.

MAIO, G. History of medical involvement in torture – then and now. *The Lancet*, v. 357, Issue 9268, 19 May 2001, p. 1609-1611. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(00\)04729-2/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(00)04729-2/fulltext)>. Acesso em: 12 jul. 2011.

MARKS, J.H. Looking Back, Thinking Ahead: the Complicity of Health Professionals in Detainee Abuse. In: *Interrogations, forced feedings, and the role of health professionals: new perspectives on international human rights, humanitarian law, and ethics*, Edited by Ryan Goodman and Mindy Jane Roseman, Human Rights Program, Harvard Law School, Cambridge, Massachusetts, United States, Signature Book Printing, 2009.

MILES, S. H. Doctors complicity with torture. *British Medical Journal*, 2008, p. 337-1088. Disponível em: <<http://psychoanalystsopposewar.org/blog/2008/07/31/miles-doctors%E2%80%99-complicity-with-torture/>>. Acesso em: 02 nov. 2009.

_____. *Oath Betrayed: America's Torture Doctors*. 2. ed. Berkeley and Los Angeles, California, University of California Press, 2009.

NEVES, N. M. B. C.; SIQUEIRA, J. E. A Bioética no atual Código de Ética Médica. *Revista Bioética*, CFM, v. 18, n. 2, 2010. p. 442. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/575/547>. Acesso em: 8 fev. 2012.

OZKALIPCI, O. Physical Examination following allegations of recent torture. In: *The medical documentation of torture*. Edited by Michael Peel and Vicent Iacopino. New York: Cambridge University Press, 2009.

PEEL, M.; LUBELL, N.; BEYNON, J. *Investigação médica e documentação sobre tortura – manual para profissionais de saúde*. 1. ed. Centro de Direitos Humanos, Universidade de Essex, Grã-Bretanha, 2005. p. 18. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/denunciar/tortura/index.htm>>. Acesso em: 02 nov. 2009.

REIS, S. P.; WALD, H. S. Learning from the past: medicine and the Holocaust. *The Lancet*, v. 374, Issue 9684, 11 July 2009. p. 111. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(09\)61275-7/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(09)61275-7/fulltext)>. Acesso em: 12 jul. 2011.

REYES, H. Visits to prisoners and documentation of torture. In: *The Medical Documentation of Torture*. Edited by Michael Peel and Vicent Iacopino. New York: Cambridge University Press, 2009.

ROXIN, C. A apreciação jurídico penal da eutanásia. Trad. Luis Greco *Revista Brasileira de Ciências Criminais*, São Paulo, a. 8, out./dez. 2000. p. 10.

RUBENSTEIN, L. S.; ANNAS, G. J. Medical ethics at Guantanamo Bay Detention Centre and in the US Military: a Time for Reform. *The Lancet*, v. 374, Issue 9686, 25 July 2009. p. 353-355. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(09\)60873-4/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(09)60873-4/fulltext)>. Acesso em: 02 nov. 2009.

_____. Complicity and the illusion of beneficence. In: *Interrogations, forced feedings, and the role of health professionals: New perspectives on international human rights, humanitarian law, and ethics*, Edited by Ryan Goodman and Mindy Jane Roseman, Human Rights Program, Harvard Law School, Cambridge, Massachusetts, United States, Signature Book Printing, 2009.

ANISTIA INTERNACIONAL. Disponível em: <<http://www.amnesty.org/en/library/asset/AMR19/025/1996/en/24fcccde-eaf7-11dd-aad1-ed57e7e5470b/amr190251996en.html>>. Acesso em: 13 jul. 2011.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL. Disponível em: <<http://www.wma.net/en/20activities/20humanrights/40torture/>>. Acesso em: 12 jul. 2011.

_____. Disponível em: <<http://www.wma.net/en/20activities/10ethics/10helsinki/>>. Acesso em: 8 fev. 2012.

_____. Disponível em: <<http://www.wma.net/en/20activities/10ethics/20tokyo/>>. Acesso em: 08 fev. 2012.

O Estado de São Paulo. Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/noticias/internacional,insetos-eram-usados-durante-torturas-em-guantanamo,356331,0.htm>>. Acesso em: 08 fev. 2012.

HARVARD LAW SCHOOL LIBRARY. Disponível em: <http://nuremberg.law.harvard.edu/php/docs_swi.php?DI=1&text=medical>. Acesso em: 12 jan. 2012.

ONU. Disponível em: <<http://www.cirp.org/library/ethics/UN-medical-ethics/>>. Acesso em: 07 jul. 2011.

_____. Disponível em: <<http://www.un.org/documents/ga/res/39/a39r046.htm>>. Acesso em: 12 jul. 2011.

Revista Time. Disponível em: <<http://www.time.com/time/nation/article/0,8599,1207633,00.html>>. Acesso em: 14 jul. 2011.

TPI. Disponível em: <<http://www.icc-cpi.int/Menu/ICC/About+the+Court/>>. Acesso em: 8 fev. 2012.

SOMERVILLE, A.; REYES, H.; PEEL, M. Doctors and Torture. In: *The medical Documentation of Torture*, Edited by Michael Peel and Vicent Iacopino. New York: Cambridge University Press, 2009.

WEINDLING, P. J. *Nazi Medicine and the Nuremberg Trials: from medical war crimes to informed consent*. New York: Palgrave Mcmillan, 2004.