



Vida é um bem maior do que o direito de protestar

Quando um dos presos mais famosos do país decidiu parar de comer, o Estado se deparou com um conflito antigo na história do Judiciário: o choque entre direitos fundamentais. Neste caso, o direito à liberdade e o direito à vida. Prevaleceu o respeito à liberdade desde que não coloque a vida em risco.

Em novembro, Marcos Willian Herbas Camacho, o Marcola, apontado como líder do grupo criminoso paulista Primeiro Comando da Capital (PCC), e outros 46 presos ficaram 11 dias sem comer. Eles protestavam contra o rigor a que são submetidos no presídio de Presidente Bernardes, interior paulista, onde estão presos sob o rigoroso Regime Disciplinar Diferenciado (RDD).

O protesto não deu certo, mas representou um marco no sistema penitenciário brasileiro. Foi a primeira vez que foi aplicada a Resolução 4 do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP), órgão do Ministério da Justiça.

Aprovada em novembro de 2005, a resolução apresenta o chamado Manual da Greve de Fome e pretende por um fim ao conflito entre os dois direitos fundamentais, pelo menos quando se trata de presidiários que abdicaram da comida. Pela resolução, elaborada por um médico, prevalece a vida. “Vida é um bem maior do que a reivindicação”, considera **Edson Biondi**, médico, conselheiro do CNPCP e idealizador da resolução.

O que o CNPCP recomenda é que, caso um preso resolva rejeitar a comida, esse seu direito tem de ser respeitado. Mas a alimentação tem de continuar a ser sistematicamente oferecida, para que ele tenha a opção de terminar a greve de fome. Essa liberdade valerá até que o protesto comece a representar risco de morte. Quando o limite entre passar fome e correr risco de vida for ultrapassado, o Estado entra em ação para garantir que o preso continue vivo.

Essa intervenção vem sendo usada na Espanha, para manter vivo Iñaki De Juana Chaos, militante do grupo separatista basco ETA, que está em greve de fome há 78 dias. De Juana foi condenado por terrorismo a três mil anos de prisão e exige a sua liberdade para voltar a comer. Por enquanto, o Estado espanhol o mantém vivo alimentado por um sonda. O CNPCP já enviou o Manual da Greve de Fome para que o Ministério da Justiça decida se é conveniente mandá-lo ao governo espanhol.

A decisão entre alimentar o encarcerado quando ele já perdeu a consciência em razão do jejum prolongado, ainda que ele tenha manifestado a vontade de manter a greve de fome até as últimas consequências, tem uma explicação muito simples dada pelo conselheiro **Carlos Weis**. “A decisão de não comer tem de ser reafirmada dia a dia. Quando o preso perde condições psicológicas ou físicas de manifestar sua vontade, ele pode ter revisto essa decisão de manter a greve de fome, mas não conseguir expressar.” Neste momento, entra a Medicina com seus métodos de nutrição parenteral ou enteral, que é ministrada ao paciente por sonda ou por injeção independentemente de sua vontade.

Carlos Weis foi o conselheiro escalado para visitar os presos de Presidente Bernardes que aderiram à greve de fome. De acordo com ele, o Manual da Greve de Fome foi rigorosamente aplicado. Pelo manual, a partir de 48 horas de começada a greve, os presos são submetidos a exames médicos. O



acompanhamento é feito para que o Estado possa determinar o momento em que o direito à liberdade se esgota e começa a prevalecer o direito à vida.

Enquanto vale o direito à liberdade, o preso pode decidir não se submeter aos exames médicos. Nestes casos, conforme explica Carlos Weis, os carcereiros têm de ficar de olho para que, ao menor sinal de risco à vida, os médicos sejam chamados para entrar em ação.

Necessidade de padronizar

De acordo com o próprio manual, a greve de fome é uma maneira de protesto antiga. No Brasil, foi bastante usada por presos políticos durante a ditadura militar. Mas, até 2005, não havia um procedimento padrão para que o Estado soubesse como agir, principalmente quando se tratava de pessoas encarceradas, submetidas ao controle e proteção do Estado.

“Antes do manual, cada médico agia como achava melhor”, lembra Edson Biondi. Quando se tratava de Justiça, a decisão sobre como agir ficava ainda mais complicada, uma vez que direitos invioláveis e contraditórios se chocavam. Nesse cenário, chegava-se aos dois extremos: desde enfiar comida goela abaixo do preso até deixá-lo morrer por desnutrição.

O manual surgiu, então, padronizando e sistematizando o modo de agir nestes casos. Para tanto, Biondi foi pesquisar fundamentos na Constituição Federal, no Código Penal e nos Códigos de Ética dos médicos, psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros. “A liberdade encontra limites no direito à vida. Trata-se de proteger um bem maior” foi a conclusão da pesquisa. Ou ainda, nas palavras de Genival Veloso de França, titular de Medicina Legal da Universidade Federal da Paraíba: “sacrifica-se um bem — a liberdade, para salvar um outro, de maior interesse e significação, que é a vida”.

Antes mesmo da publicação da resolução, o manual já foi solicitado pelo governo que buscava diretrizes para agir com o bispo da cidade baiana de Barra, Luiz Flávio Cappio, que, em setembro de 2005, fez greve de fome em protesto contra o projeto de transposição do rio São Francisco. De acordo com o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, o manual foi pedido pelo governo federal e aplicado ao caso do bispo.

A intervenção médica, no entanto, não foi necessária. Dez dias após o início da greve, o presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, enviou o então ministro das Relações Institucionais, Jaques Wagner, para negociar com o bispo o fim da sua greve. Bingo. O bispo voltou a comer.

Apenas sugestão

A idéia que deu origem ao Manual da Greve de Fome — de padronizar o procedimento — depende do aval dos estados para que seja eficaz. A Resolução 4/05, que traz o manual, é apenas uma recomendação, assim como todas as outras do CNPCP. Aplicá-las ou não é escolha de cada Secretaria de Segurança Penitenciária.

“São orientações. O órgão não é impositivo e, portanto, não há sanção para quem não aplicar o manual”,



explica o presidente do CNPCP, **Antônio Cláudio Mariz de Oliveira**. A esperança do conselho é de que cada sistema penitenciário possa acatar o meio termo a que acredita ter chegado o órgão do Ministério da Justiça.

Mesmo assim, os próprios conselheiros reconhecem que, à parte o Direito e à Medicina, não há nada quem possa impedir uma vontade real de renunciar a vida. “Ninguém pode ser mantido vivo para sempre alimentado com sonda. Se a pessoa quer parar de comer e morrer, uma hora ela vai acabar conseguindo”, lamenta Carlos Weis. É a liberdade do ser humano gritando mais alto do que qualquer norma social.

Veja o manual

RESOLUÇÃO Nº 04, DE 23 DE NOVEMBRO DE 2005.

O PRESIDENTE DO CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA – CNPCP, Dr. Antônio Cláudio Mariz de Oliveira, no uso de suas atribuições legais e regimentais, tendo em vista manifestação unânime do Conselho na reunião ordinária realizada aos vinte e dois dias do mês de novembro do ano de 2005, na cidade de Brasília; considerando os trabalhos realizados pela Comissão coordenada pelo Dr. Edison Jose Biondi, Superintendente de Saúde SEAP/RJ e Membro do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, e pelo Dr. Jorge Luiz Fialho dos Santos – Coordenador de Saúde SEAP/RJ, com a participação da equipe técnica composta pela Dra. Andréa Telles Rosa, Enfermeira, Diretora da Divisão de Programas Especiais SEAP/RJ; Dra. Claudia Vieitas Duarte, Enfermeira; Dr. Itauan Espínola, Médico e Diretor da Divisão de Ambulatórios SEAP/RJ; Dr. Jairo Queiroz da Silva, Enfermeiro e Diretor da Divisão de Enfermagem SEAP/RJ; e Dr. Jorge de Souza Gomes, Biólogo e Diretor da Divisão de Assistência e Tratamento em Dependência Química SEAP/RJ; e considerando a necessidade de estabelecer Diretrizes para o enfrentamento das greves de fome ocorrentes nas unidades penais do país,

Resolve:

Art. 1º – Editar o presente Manual de Atendimento em Situações Especiais — GREVE DE Fome, como diretriz básica deste Conselho, sugerindo a sua mais ampla divulgação em todas as unidades federativas.

Art. 2º – Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

ANTÔNIO CLÁUDIO MARIZ DE OLIVEIRA

Presidente do CNPCP

Publicado no DOU nº 230, de 01/12/2005, seção 1 pág. 28

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA (CNPCP)

Manual de Atendimento em Situações Especiais



“Greve de Fome”

1. Introdução

A greve de fome ou recusa voluntária de alimentos é geralmente usada para conseguir um objetivo político ou outro de manipulação social.

Greves de fome são conhecidas desde o tempo dos Romanos.

Na última década, a greve de fome foi usada por prisioneiros de todo o mundo com os mais variados fins, melhoria das condições de prisão, denúncia de abusos de direitos humanos, entre outros.

A greve de fome não é utilizada somente por prisioneiros. Como instrumento de publicidade negativa em relação aos indivíduos ou instituições de poder, vem ocorrendo cada vez mais entre os ativistas políticos, ecologistas, trabalhadores, profissionais liberais e estudantes.

A tática da greve de fome consiste em sensibilizar a opinião pública, pessoas e instituições, responsabilizando-as pelos danos físicos e mesmo pela morte do grevista, caso suas demandas não sejam aceitas.

Cerca de 67 pessoas morreram em greves de fome em passado recente, um número que não inclui as pessoas que cometeram suicídio, ou se feriram severamente durante a greve.

No Brasil, a intensificação do uso das greves de fome como forma de protesto data do período da ditadura militar. Segundo relatos de presos políticos, no livro “Fome de Liberdade”, durante este período foram dezenove as principais greves de fome entre os presos políticos nos diversos estados da federação. Quase todas lograram êxito no atendimento de suas reivindicações.

Mais recentemente, no Rio de Janeiro, grupos organizados de prisioneiros vêm promovendo greves de fome em represália ao rigor disciplinar dos sistemas penitenciários locais, aos maus tratos e às péssimas condições de cumprimento da pena.

Avanços tecnológicos tais como a Internet, a televisão a satélite e a cabo, e máquinas de fax mudaram dramaticamente o modo como as informações são disseminadas. Com isto, indivíduos e grupos descontentes podem publicar suas causas a um grau sem precedente até agora. Conseqüentemente, é bem provável que greves de fome se tornem cada vez mais comuns.

No Sistema Penitenciário Brasileiro, a sistematização do atendimento à saúde da população carcerária, representada pelo Plano Nacional de Saúde Penitenciária, estabelece as normas de funcionamento em situações normais, não entrando na seara das chamadas “Situações Especiais”.

Greves de fome, rebeliões e assemelhados carecem de uma padronização do atendimento, que crie condições para que a saúde da população a ser atendida se mantenha, levando-se em consideração todas



as questões próprias dos Sistemas Prisionais.

O presente Manual tem por objetivo apresentar uma diretriz mínima, padronizada, para atendimento em situação de greve de fome para todo o Sistema Penitenciário Brasileiro.

2. Aspectos Legais

Constituição Brasileira:

“Título II

Dos Direitos e Garantias Fundamentais

Capítulo I

Dos direitos e deveres individuais e coletivos

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes ...:

II – ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei;”

Código Penal (Decreto-Lei nº 2848 de 7 de dezembro de 1940):

“Art. 135 – Deixar de prestar assistência, quando é possível fazê-lo sem risco pessoal, a criança abandonada ou extraviada, ou a pessoa inválida ou ferida, ao desamparo ou em grave e iminente perigo; ou não pedir, nesses casos, o auxílio da autoridade pública: Pena – detenção de um a sus meses, ou multa de trezentos cruzeiros a dois mil cruzeiros.

Parágrafo único – A pena é aumentada de metade, se da omissão resulta lesão corporal de natureza grave, e triplicada, se resulta a morte.

Art. 146 – Constranger alguém, mediante violência, ou depois de lhe haver reduzido, por qualquer outro meio, a capacidade de resistência, a não fazer o que a lei permite, ou a fazer o que ela não manda. Pena — detenção de três meses a um ano ou multa de quinhentos cruzeiros a cinco mil cruzeiros (...).

Parágrafo 3º – Não se compreendem na disposição deste artigo:

I – A intervenção médica ou cirúrgica, sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal, se justificada por iminente perigo de vida. (...)”

Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 1.246/88, de 08.01.88, D.O.U de 26.01.88):

“É vedado ao médico:

Art. 46 – Efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévios do



paciente ou de seu responsável legal, salvo em iminente perigo de vida.

Art. 51 – Alimentar compulsoriamente qualquer pessoa em greve de fome que for considerada capaz, física e mentalmente, de fazer juízo perfeito das possíveis conseqüências de sua atitude. Em tais casos, deve o médico fazê-la ciente das prováveis complicações do jejum prolongado e, na hipótese de perigo de vida, tratá-la.

Art. 57 – Deixar de utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico tratamento a seu alcance em favor do paciente.”

Código de Ética do Profissional Psicólogo (Resolução CFP nº 002/87 de 15 de agosto de 1987):

“Princípios Fundamentais:

I O Psicólogo baseará o seu trabalho no respeito à dignidade e integridade do ser humano.

II O Psicólogo trabalhará visando promover o bem-estar do indivíduo e da comunidade, bem como a descoberta de métodos e práticas que possibilitem a consecução deste objetivo.”

Código de Ética do Assistente Social (Resoluções CFSS nº 290/94 e nº 293/94 – DOU de 30.03.93)

“Das relações com os Usuários

Art 5 – São deveres do Assistente Social nas suas relações com os usuários

b) garantir a plena informação e discussão sobre as possibilidades e conseqüências das situações apresentadas, respeitando democraticamente as decisões dos usuários, mesmo que sejam contrárias aos valores e às crenças individuais dos profissionais, resguardados os princípios deste Código.

Art 6 – É vedado ao Assistente Social

a) exercer sua atividade de maneira a limitar ou cercear o direito do usuário de participar e decidir livremente sobre seus interesses.”

Código de Ética de Enfermagem (Resolução COFEN nº 160, de 04 de agosto de 1998):

“Dos Deveres:

Art – 27 Respeitar e reconhecer o direito do cliente de decidir sobre a sua pessoa e seu bem estar.

Das Proibições

Art – 44 Participar de tratamento sem o consentimento do cliente ou seu representante legal, exceto em iminente risco de vida.



Art – 49 Executar a Assistência de Enfermagem sem o consentimento do cliente ou seu representante legal, exceto em iminente risco de vida.”

O direito à vida e à liberdade está garantido, entre outro, como princípio constitucional fundamental.

A liberdade, juridicamente protegida, permite a um indivíduo exercer a própria vontade dentro de um limite que não interfira na liberdade de outras pessoas ou com a exigência de uma ordem pública ou de um bem social.

A liberdade, entretanto, encontra limites no direito à vida. Trata-se de proteger um bem maior. Segundo as palavras de Genival Veloso de França, titular de Medicina Legal da UFPB:

“Sacrifica-se um bem – a liberdade, para salvar um outro, de maior interesse e significação que é a vida, da qual ninguém pode dispor incondicionalmente, pois a reclama outro titular de direito — a sociedade, para a qual o indivíduo não é apenas uma unidade demográfica, mas sobretudo um imensurável valor social e político.”

Na proteção do direito à vida, o Código Penal Brasileiro abre uma das exceções ao constrangimento ilegal. Uma pessoa que corra risco iminente de morte perde o direito de decidir sobre seu tratamento, ficando a cargo da equipe de saúde a conduta a ser adotada. Seguindo esta diretriz, os códigos de ética dos profissionais de saúde em geral respeitam o direito do paciente de decidir seu tratamento, ou mesmo sua recusa, até o momento em que a intervenção médica seja urgente, necessária e inadiável para a manutenção da vida.

No caso das greves de fome, a liberdade do detento de recusar alimentação deve ser respeitada. O atendimento pela equipe de saúde deve ser garantido com a periodicidade necessária. As consequências desta decisão devem ser esclarecidas a cada avaliação pela equipe de saúde. Em respeito à sua liberdade constitucional, o interno não pode ter seu atendimento condicionado à suspensão da greve de fome ou ser de alguma forma coagido a interrompê-la. Todas as intervenções a serem realizadas pela equipe devem ser consentidas pelo paciente, salvo nos casos em que haja perigo de morte iminente. Nestes, a decisão técnica é soberana, a fim de preservar-lhe a vida.

3. Recomendações Internacionais

DECLARAÇÃO DE MALTA

SOBRE PESSOAS EM GREVE DE FOME

(Adotada pela 43ª Assembléia Médica Mundial Malta, de novembro de 1991, e revisada pela 44ª Assembléia Médica Mundial, em Marbella, de setembro de 1992)

PREÂMBULO

1. Ao médico que trata os grevistas de fome são colocadas as seguintes recomendações:



1.1. Há uma obrigação moral em todo ser humano de respeitar a santidade de vida. Isto é especialmente evidente no caso de um médico que exercita suas atividades para salvar a vida e também na condução em favor dos melhores interesses dos pacientes (beneficência).

1.2. É dever do médico respeitar a autonomia que o paciente tem como pessoa. O médico requer consentimento informado dos seus pacientes antes de praticar suas atividades em favor deles mesmo para os ajudar, a menos que surja uma circunstância de emergência, na qual o médico tenha de agir em favor dos maiores interesses do paciente.

2. Este conflito é aparente quando um grevista de fome que emitiu instruções claras para não ser ressuscitado em um coma esteja a ponto de morrer. A obrigação moral é de que o médico trate o paciente, embora isso seja contra os seus desejos. Por outro lado, exige-se também que o médico respeite até certo ponto a autonomia do paciente.

2.1 A atuação em favor da intervenção pode comprometer a autonomia que o paciente tem sobre si.

2.2 A atuação em favor da não assistência pode resultar em uma situação em que o médico tenha de enfrentar a tragédia de uma morte evitável.

3. Diz-se que uma relação médico-paciente está existindo sempre que o médico estiver assistindo, em virtude da obrigação que ele tem de atender o paciente, exercendo suas atividades para qualquer pessoa, seja isto na forma de conselho ou tratamento.

Esta relação pode existir mesmo que o paciente não tenha consentido certas formas de tratamento ou intervenção.

Uma vez que o médico concorde em assistir a um grevista de fome, essa pessoa se torna seu paciente. Isto traz todas as implicações e responsabilidades inerentes à relação médico-paciente, inclusive consentimento e confiança.

4. A última decisão de intervenção ou não-intervenção deve partir do próprio indivíduo, sem a intervenção de terceiros simpatizantes cujo interesse principal não é o bem-estar do paciente. Porém, o médico deve dizer claramente ao paciente se ele aceita ou não aquela decisão de recusar tratamento ou, no caso de coma, a alimentação artificial, arriscando-se assim a morrer. Se o médico não aceita a decisão do paciente de recusar tal ajuda, o paciente seria autorizado a ser assistido por outro médico.

DIRETRIZES PARA A ADMINISTRAÇÃO DE GREVISTAS DE FOME

Levando em conta que a profissão médica considera que o princípio da santidade de vida é fundamental para a sua prática, são recomendadas aos médicos que tratam dos grevistas de fome as diretrizes práticas a seguir elencadas:



1. DEFINIÇÃO

O grevista de fome é uma pessoa mentalmente capaz que decidiu entrar em uma greve de fome e recusou tomar líquidos e/ou alimentos por um intervalo significativo.

2. ITINERÁRIO ÉTICO

2.1. O médico deve ter a história médica detalhada do paciente quando possível.

2.2. O médico deve a levar a cabo um exame completo do paciente em greve de fome.

2.3. Os médicos ou outros profissionais de saúde não devem exercer pressão imprópria de qualquer tipo ao grevista de fome para suspender a greve. O tratamento ou os cuidados em favor do grevista de fome não deve ser condicionado à suspensão da greve de fome que ele vem fazendo.

2.4. O grevista de fome deve ser profissionalmente informado pelo médico das consequências clínicas de uma greve de fome, e de qualquer perigo específico para o seu caso particular. Uma decisão informada só pode ser tomada na base de comunicação clara. O intérprete pode ser usado se ele indicar.

2.5. Se um grevista de fome desejar ter uma segunda opinião médica, isto deve ser concedido. Se um grevista de fome preferir continuar seu tratamento pelo segundo médico, isto também deve ser permitido. No caso de o grevista ser prisioneiro, isto deve ser permitido depois de consulta e permissão do médico designado pela prisão.

2.6. No tratamento de infecções é aconselhável que o paciente aumente a ingestão de líquidos (ou aceite soluções salinas intravenosas), o que é freqüentemente aceito pelo grevista de fome. Uma recusa para aceitar tal intervenção não deve prejudicar qualquer outro aspecto do cuidado de saúde do paciente. Qualquer tratamento administrado ao paciente deve ser feito com sua aprovação.

3. INSTRUÇÕES CLARAS

O médico deverá averiguar diariamente se o paciente deseja continuar com a greve de fome. O médico também deve averiguar diariamente quais os desejos do paciente com respeito ao tratamento caso fique impossibilitado de tomar uma decisão consciente. Estes achados devem registrar-se nos prontuários e mantidos confidencialmente.

4. ALIMENTAÇÃO ARTIFICIAL

Quando o grevista de fome estiver confuso ou impossibilitado de tomar uma decisão incólume ou entrar em estado de coma, o médico estará livre para tomar uma decisão a favor do tratamento adicional que considere ser do melhor interesse do paciente e sempre levando em conta a decisão que esse tomou durante a greve de fome e o que consta do preâmbulo desta Declaração.

5. COERÇÃO



Deve ser evitada qualquer ação coercitiva contra o grevista de fome. Isto pode indicar a remoção do grevista da presença do assédio de outros grevistas da sua categoria.

6. A FAMÍLIA

O médico tem a responsabilidade de informar à família do paciente que este entrou numa greve de fome, a menos que isto especificamente seja proibido pelo paciente.

4. Aspectos Biológicos

Os estágios clínicos no jejum total

A recusa de ingerir determinados alimentos causa síndromes desabsortivas, mas nenhuma é igual ao processo de negação total conhecido como greve de fome. No último caso o esvaziamento corporal é um processo de sobrevivência, com pouca entrada de calorias, mas ainda há uma absorção mínima de elementos vitais como vitaminas ou proteínas. É esta entrada que diferencia o jejum total numa situação de greve de fome, somente com ingestão hídrica, como aconteceu com as pessoas que passavam fome nos campos de concentração durante a Segunda Guerra Mundial.

A morte em caso de jejum total terminal se dá por esvaziamento agudo de tiamina causando uma arritmia fatal e/ou parada cardíaca, aproximadamente dois meses após a interrupção da alimentação.

Como são poucos os casos documentados de “greves de fome” incluindo o “jejum total” verdadeiro, existe escasso material de referência na literatura médica.

O jejum total força o corpo a buscar substitutos de fontes de glicose, essencial para fornecer energia, especialmente para o cérebro. A falta de entrada de calorias interrompe as vias metabólicas normais e mecanismos complexos alternativos entram para substituir a fonte externa de energia. O corpo começa “digerir a si próprio”, destruindo os vários tecidos para ter um constante suplemento de glicose.

Esquemáticamente, são os seguintes os eventos fisiológicos que acontecem durante um jejum total (com absorção somente de água: em torno de 1.5 – 3 litros por dia):

– O glicogênio estocado no fígado e no tecido muscular é a única fonte de energia durante a primeira semana de jejum total.. Reservas de glicogênio são consumidas após 10-14 dias. É neste tempo que os aminoácidos são chamados para fornecerem glicose pelo processo da gliconeogênese.

– O processo da gliconeogênese leva a uma degradação maciça de proteína. Exemplo é o tecido muscular, incluindo como último evento a musculatura do coração.



– Ácidos graxos, provenientes da degradação do tecido adiposo (lipídeos), são metabolizados em cetonas, que fornecem também energia. Esta fase começa cedo durante o jejum, e as cetonas suprimem as dores abdominais pela fome depois de 2-3 dias.

– A proteína é catabolizada, mas é “poupada” pelo corpo, fornecendo somente 10% da fonte de energia. Quando todas as reservas de lipídeos são gastas, é utilizado o que resta do tecido muscular. Isto leva teoricamente a uma situação catastrófica, mas outras complicações aparecem antes com normalidade.

Perda ponderal:

Perda significativa de peso ocorre bem no início do jejum total, principalmente por causa da perda de líquido induzido pelo glucagon. Este hormônio é capaz de retirar todas as reservas orgânicas e transferi-las para a corrente sanguínea, a fim de manter os níveis aceitáveis de glicose necessária à manutenção do funcionamento do cérebro.

A monitoração médica é geralmente recomendada a partir de 10% de perda de peso em indivíduos não corpulentos, ou quando um índice de massa corporal de 16.5 é atingido. O Índice de Massa Corporal (IMC) de um indivíduo é o peso do corpo em quilos sob o quadrado da altura em metros. Os valores de IMC são independentes da constituição física ou forma étnica. Acima de 20 corresponde a indivíduo “bem-nutrido”. Abaixo de 16 para homens (15,5 para mulheres) corresponde à subnutrição.

Grandes problemas aparecem quando a perda de peso é em torno de 18-20% do peso inicial.

A primeira semana

– Jejum é geralmente bem suportado, enquanto a entrada de água é suficiente e as dores abdominais pela fome e cólicas estomacais desaparecem após o 2º – 3º dia

– Depois 15 – 18 dias

– O indivíduo de fome sofre de tonteira

– O ato de levantar pode ficar difícil ou impossível

– Apresenta:

– Ataxia severa

– Bradicardia

– Hipotensão ortostática

– “Cabeça leve” ou ao contrário “mente lenta”

– Sensação de frio



– Sensação geral de fraqueza

-Ataques de tosse

– Perda da sensação de sede

No final do primeiro mês os sintomas podem ficar suficientemente sérios para necessitar a hospitalização. A hidratação tem que ser monitorada com avaliação criteriosa do balanço hídrico e eletrólitos, pois o suplemento de NaCl em excesso pode levar à hipocalemia.

Entre 35 – 42 dias

Ocorrem:

– Problemas de mobilidade ocular devido à paralisia progressiva dos músculos oculo-motores

– Nistagmo incontrolável

-Diplopia .

– Sensação extremamente desagradável de tontura

– Difícil controle do vômito

– Dificuldade extrema de engolir água

– Estrabismo convergente

Isso foi descrito como a fase mais desagradável pelas pessoas que sobreviveram a um jejum prolongado, e é a fase mais temida por potenciais grevistas de fome.

Uma semana após a fase “ocular”

Logo que a paralisia dos músculos oculo-motores é total => o nistagmo para e com ele todos os problemas associados (tontura, vômito...)

De 42 dias em diante

O quadro é de:

Astenia progressiva

Torpor

Estado confusional



Estado sonolento

Agnosia

Indiferença para o ambiente

Incoerência do pensamento

Neste estado é impossível avaliar funções intelectuais e concluir/determinar qual é o estado da mente do grevista de fome. Qualquer decisão que deva ser tomada para determinar que o grevista de fome não alcance este estágio deve ser procedida pelo corpo médico, e caso o mesmo alcance esta fase, executar o procedimento médico para reverter o quadro.

À medida que o tempo passa surgem complicações ainda mais severas :

- Perda da audição
- Cegueira (hemorragia na retina)
- Várias formas de hemorragia: gengival, gastro-intestinal, esofagiana.
- O corpo “pára” progressivamente: bradicardia extrema, respiração Cheyne-Stokes, reduzindo toda atividade metabólica.

Entre 45 e 75 dias

A morte acontece por causa de um colapso cardio-vascular e/ou arritmia severa (Principalmente devido à diminuição aguda de tiamina (Vitamina B1) => parada cardíaca sistólica.)

5. Diretrizes para Atendimento em Greves de Fome no Sistema Penitenciário Brasileiro

O início da greve de fome deve ser o mais rapidamente possível notificado pela direção da Unidade Prisional onde ocorra às autoridades de segurança penitenciária estadual. Estas deverão contatar de imediato o setor responsável tecnicamente pela saúde penitenciária e, paralelamente, os serviços de escolta, que deverão ser alertados para o estado de prontidão, caso haja necessidade de atendimento médico fora do ambiente onde a greve ocorra.

A partir da comunicação formal, alguns desdobramentos são possíveis em função da existência ou não de uma rede de atendimento penitenciário organizada.

Onde esta rede existir, a partir do comunicado formal da greve de fome, o setor técnico responsável pelo atendimento à saúde deverá:

Comunicar à equipe de saúde da Unidade Prisional onde a greve ocorre da necessidade de priorizar as



avaliações periódicas dos internos grevistas, intervindo com as ações primárias necessárias e encaminhando os demais casos para atendimento hospitalar, conforme o fluxo de atendimento estabelecido por este Manual;

Acionar a direção dos Hospitais Penitenciários para atendimento fora do horário de funcionamento do ambulatório de saúde da Unidade Prisional onde ocorre a greve, e das possíveis intercorrências em todos os horários;

Acionar os responsáveis pelo serviço de farmácia e almoxarifado, a fim de providenciar insumos que permitam o atendimento adequado aos grevistas.

Caso os recursos disponíveis para a remoção especializada de internos não sejam adequados ou suficientes, parcerias com os serviços estadual e municipal devem ser estabelecidas (p. ex.: Corpo de Bombeiros, Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde).

Onde não há rede hospitalar penitenciária, a comunicação pelo setor técnico responsável pelo atendimento à saúde deverá ser feita às autoridades municipais e/ou estaduais (Secretarias estadual e Municipal de Saúde, Corpo de Bombeiros, e demais entidades), para a viabilização da remoção especializada e do atendimento.

Em ambos os casos, a autoridade penitenciária local deve garantir o transporte e a escolta de todos os internos que necessitem de atendimento de saúde fora do horário de funcionamento do ambulatório da Unidade Prisional onde ocorra a greve de fome, e das intercorrências que necessitem de suporte hospitalar, em qualquer horário.

6. Fluxo de Atendimento aos Presos em Greve de Fome

Procedimento:

A. Avaliação

1. Quando há notificação de um preso fazendo uma greve de fome, os Serviços de Saúde vão entrevistar o preso e obter uma avaliação inicial incluindo:

- a. Peso/Altura
- b. TPR e PA
- c. Grau de hidratação
- d. Solicite-se informação sobre a razão da greve de fome
- e. Avaliação do estado de saúde
- f. História de doenças crônicas



g. Avaliação da saúde mental

2. Normalmente a avaliação inicial deve ser completada dentro de 72 horas após notificação. Se o preso tem um estado patológico crônico pré-existente, a avaliação da assistência deve ser feita dentro de 12-24 horas após notificação.

Se o preso recusa a medicação de sua doença crônica, o médico tem que ser informado para (dar) ordens específicas.

Paciente sadio deve iniciar hidratação oral com soro caseiro (fornecer água, açúcar e sal Proporção: 1 litro de água + 02 colheres de sopa de açúcar + 02 colheres de chá de sal). Após 72 horas avaliação dos casos mais graves, iniciando com soro reidratante via oral e ou etapas rápidas de hidratação venosa na dependência da pressão arterial e medições da glicemia capilar. Acrescentando-se conforme a necessidade glicose hipertônica venosa em bolos.

O médico, por respeito ao Código de Ética, deverá sempre comunicar o estado de saúde do interno ao mesmo e orientar sobre as consequências à sua saúde caso continue recusando-se a ser alimentado e rechaçar os métodos alternativos para manutenção de seu bem estar físico e mental.

O corpo de saúde deve permanecer em cada unidade prisional no período de expediente normal e, após este horário, se houver qualquer ocorrência com o interno, o mesmo deverá ser encaminhado ao hospital de referência.

2. Baseada nos resultados clínicos da avaliação, a enfermagem deve:

- a) Marcar uma consulta médica com o preso para um exame físico.
- b) Documentar e fornecer informação sobre os efeitos negativos para a saúde causados pela greve de fome e falta de hidratação por períodos de longa duração.
- c) Anotar no registro de saúde do preso:
- d) Tempo/Data da notificação nos Serviços de Saúde
- e) A data da última ingesta de alimento e de líquido pelo preso

Os resultados da avaliação inicial para parâmetro.

As datas das próximas avaliações do médico e da saúde mental.

a) Notificação ao responsável técnico pelo Serviço de Saúde Penitenciária e/ou Secretário de Saúde ou Serviços de Emergência estaduais, e à autoridade responsável pelo Sistema Penitenciário.

B. Notificação

1. O responsável técnico pelo Serviço de Saúde Penitenciária e/ou Secretário de Saúde deve ser



informado no menor tempo possível relativamente ao preso que faz greve de fome acerca dos resultados da avaliação inicial do médico e da saúde mental e das avaliações rotineiras de seu estado de saúde, devendo ser consultado, sempre que necessário, sobre assuntos da assistência ao preso durante a greve de fome.

C. Monitoramento dos presos em greve de fome que ultrapassa 72 horas:

1. Diariamente, avaliar a saúde do preso e anotar os resultados no prontuário de saúde do preso. A avaliação de rotina incluirá:

a. Sinais vitais

b. Peso

c. Balanço hidroeletrólítico e pH

d. Estado mental (grau de orientação e atividade psicomotora)

e. Nível da hidratação (exemplos: hidratação de mucosas e turgor da pele /olho, frequência urinária)

2. Programar a vistoria do preso pelo médico, diariamente, para avaliação clínica por ordem escrita. Estudos laboratoriais serão feitos de acordo com a direção do médico; bioquímica básica (uréia, glicose e creatinina; eletrólitos; sódio; potássio; cálcio e magnésio), sendo repetidos pelo menos a cada semana na conformidade de cada caso. Recusas de estudos de laboratório serão analisadas com o médico.

3. Encaminhar diariamente para o serviço de psicologia e assistência social.

4. Os presos podem permanecer em seu local de detenção a menos que, na opinião do médico ou enfermagem, a condição do interno requeira observação mais direta. Neste caso encaminhar o preso para o hospital de referência. O monitoramento será feito diariamente conforme conduta hospitalar.

5. Quando o preso for internado na rede hospitalar: organizar para que sejam oferecidos ao preso alimento e bebida a cada troca de plantão. Documentar todas as recusas e/ou aceitações de qualquer alimento ou líquido.

6. Internos com patologia crônica (Tuberculose, Diabetes, Hipertensão Arterial, HIV, Epilepsia) deverão ter sua monitorização iniciada desde o primeiro dia de greve.

7. Sempre que for necessária a internação do preso em Hospitais da Rede Penitenciária ou de referência, a Secretaria de Administração Penitenciária, ou aquela responsável pela execução da pena, deverá providenciar a escolta necessária ao deslocamento do preso e cuidar da sua segurança no local.

D. Consulta



O responsável técnico pelo Serviço de Saúde Penitenciária e/ou Secretário de Saúde ou seus designados podem ser contatados para uma discussão adicional sobre uma possível intervenção médica.

7. Bibliografia

1. Annas GJ. Hunger Strikes. BMJ 1995; 311:1114-5. [Free Full Text]
2. Frommel D, Gautier M, Questiaux E, Schwarzenberg L. Voluntary Total Fasting: A Challenge for the Medical Community. Lancet 1984:1451-2.
3. Goodman, L. Anciello, D. CECIL. Tratado de Medicina Interna. 21ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
4. Johannes Weir Foundation for Health and Human Rights. Assistance in Hunger Strikes: A Manual for Physicians and Other Health Personnel Dealing with Hunger Strikes. Amersfoort: JWFHHR, 1995.
5. Kalk WJ, Felix M, Snoey ER, Veriawa Y. Voluntary Total Fasting in Political Prisoners: Clinical and Biochemical Observations. S Afr Med J 1993; 83:391-4.
6. Keeton GR. Hunger Strikers: Ethical and Management Problems. S Afr MedJ 1993; 83:380-1. [Medline]
7. Kerndt PR, Naughton JL, Driscoll CE, Loxterkamp DA. Fasting: The History, Pathophysiology and Complications. West J Med 1982; 137:379-99.
8. Keys A, Brozek J, Henshel A, Mickelsen O, Longstreet Taylor H. The Biology of Human Starvation. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1950.
9. Peel, M. Hunger Strikes: Understanding the Underlying Physiology Will Help Doctors Provide Proper Advice. BMJ Volume 315, 4 Oct 1997: 829-830 (Greve de fome: Entendendo a Fisiologia Subjacente Ajudará a Fornecer Conselhos Adequados para os Médicos)
10. VIANA, Amorim Gilney e CIPRIANO, Perly. Fome de Liberdade. Vitória, Fundação Ceciliano Abel de Almeida, 1992
11. W.B.I.R. Harrison. Tratado de Medicina Interna. 15ª edição. Rio de Janeiro: Ed Guanabara Koogan, 2002.
12. WMA Hunger Strikes: Learning Objectives; p. 22-24 (Associação Médica do Mundo – Greves de fome).

Coordenação

Edison Jose Biondi

Superintendente de Saúde SEAP/RJ e Membro do Conselho Nacional de Política Criminal e



Penitenciária

Jorge Luiz Fialho dos Santos

Coordenador de Saúde SEAP/RJ

Equipe Técnica

Andréa Telles Rosa

Enfermeira

Diretora da Divisão de Programas Especiais SEAP/RJ

Claudia Vieitas Duarte

Enfermeira.

Itauan Espínola

Médico

Diretor da Divisão de Ambulatórios SEAP/RJ

Jairo Queiroz da Silva

Enfermeiro

Diretor da Divisão de Enfermagem SEAP/RJ

Jorge de Souza

Biólogo.

Diretor da Divisão de Assistência e Tratamento em Dependência Química SEAP/RJ

Date Created

26/01/2007