

Relatório do Grupo de Trabalho Justiça/Saúde

Despacho conjunto n.º 72/2006

Plano de Acção Nacional para Combate à Propagação de Doenças Infecciosas em Meio Prisional

Julho de 2006

Índice

1. Introdução.....	2
2. Caracterização da população prisional em 2005.....	6
3. Síntese de dados recolhidos nos estabelecimentos prisionais estudados.....	12
3.1. Consumidores activos e substâncias consumidas.....	12
3.2. Reclusos consumidores entrados.....	13
3.3. Vias de consumo.....	13
3.4. Apreensão de drogas.....	13
3.5. Principais problemas de saúde identificados.....	14
3.6. Medidas preventivas.....	17
3.7. Programas de tratamento de toxicodependentes.....	18
4. Prevenção e Tratamento.....	22
4.1. Doenças infecciosas.....	22
4.1.1. Contexto geral.....	22
4.1.2. Tuberculose.....	24
4.1.3. Hepatites B e C.....	25
4.1.4. Infecção VIH.....	27
4.1.5. Outras doenças sexualmente transmissíveis.....	28
4.2. Toxicodependência – Programas a implementar.....	30
5. Propostas para a implementação de um Plano de Acção Nacional para Combate à Propagação de Doenças Infecciosas em Meio Prisional.....	34
5.1. Princípios gerais.....	34
5.2. Recomendações.....	36

1. Introdução

O despacho conjunto n.º 72/2006 dos Ministros da Justiça e da Saúde, publicado na II Série do *Diário da República* de 24 de Janeiro, criou um grupo de trabalho com a missão de apresentar propostas para a implementação de um Plano de Acção Nacional para Combate à Propagação de Doenças Infecto-Contagiosas em Meio Prisional¹, com especial enfoque na prevenção e no tratamento das toxicodependências e das patologias associadas ao consumo, com a seguinte composição:

- Licenciada Maria Estrela da Graça de Pinho Campinos Poças, Directora de Serviços de Saúde da Direcção-Geral dos Serviços Prisionais (DGSP), que coordenou;
- Licenciado Manuel João Rodrigues, Adjunto da Direcção do Estabelecimento Prisional de Lisboa;
- Licenciada Maria João Pinto Eliseu, Enfermeira-Directora do Hospital Prisional de São João de Deus;
- Licenciada Maria Manuel Bastos, Consultora do Gabinete de Política Legislativa e Planeamento do Ministério da Justiça, que, por motivo de licença por maternidade, foi substituída, a partir de Março, pela Licenciada Inês Setil, Consultora do mesmo Gabinete;
- Prof. Doutor José Henrique Dias Pinto de Barros, Coordenador Nacional para a infecção VIH/sida;
- Licenciado João Augusto Castel-Branco Goulão, Presidente do Conselho de Administração do Instituto da Droga e da Toxicod dependência;
- Licenciado Nuno Pereira Silva Miguel, Assessor do Conselho de Administração do Instituto da Droga e da Toxicod dependência.

Em cumprimento do ponto 2 do *supra* identificado Despacho, o grupo de trabalho reuniu 19 vezes, entre 10 de Fevereiro e 20 de Julho, tendo discutido as múltiplas questões relacionadas com a missão, designadamente a caracterização da situação

¹ A apresentar no prazo de 180 dias.

actual, as tendências de evolução, a avaliação das respostas disponíveis e a identificação de novas intervenções adequadas à realidade prisional.

Alguns membros do grupo de trabalho deslocaram-se a vinte e cinco estabelecimentos prisionais (EP) do Continente, onde se encontram 10.182 reclusos, ou seja, mais de 79% da população reclusa, integrando assim uma amostra que se considera representativa da situação actual e das respectivas necessidades no âmbito do trabalho a apresentar.

Nestas deslocações, foram contactados directores, técnicos de reeducação e de saúde e pessoal de vigilância, tendo sido recolhida informação quantitativa e qualitativa, através das opiniões daqueles profissionais, quanto à dimensão da problemática da droga e das doenças infecciosas, bem como em relação às intervenções e aos programas que consideram prioritários.

O grupo de trabalho entendeu também ouvir várias entidades, nomeadamente o Director-Geral dos Serviços Prisionais, o Alto Comissário da Saúde, a Associação de Directores e Adjuntos Prisionais, o Sindicato Nacional do Pessoal do Corpo da Guarda Prisional, o Inspector Coordenador do Serviço de Auditoria e Inspecção-Sul da DGSP e quatro médicos de diversas especialidades do Hospital Prisional².

Apreciou ainda três documentos enviados, respectivamente, pelo Sindicato Nacional do Pessoal do Corpo da Guarda Prisional, pelo Grupo de Associações Subscritoras do “Plano Estratégico Nacional de resposta ao VIH/SIDA nas escolas e prisões” e pela SOMA, Associação Portuguesa Anti-Proibicionista.

O grupo de trabalho analisou a informação e a documentação consideradas relevantes (quer nacional, quer estrangeira), teve em conta o Relatório sobre o Sistema Prisional do Provedor de Justiça, publicado em 2003, o estudo *Drogas e Prisões em Portugal*, da Professora Anália Torres³, o Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicodependências: Horizonte 2012, o Plano Nacional de Saúde, o Relatório da Comissão de Estudo e Debate da Reforma do Sistema Prisional, e as principais orientações e recomendações internacionais sobre saúde e prisões, designadamente das Nações Unidas, do Conselho da Europa, da Organização Mundial de Saúde, do

² A Directora Clínica em exercício de funções, Infeciologia, Medicina Interna e Psiquiatria.

³ TORRES, Anália e GOMES, Maria do Carmo (2002), *Drogas e Prisões em Portugal*, Lisboa, CIES/ISCTE.

Observatório Europeu das Drogas e da Toxicodependência e da European Network on Drugs and Infections Prevention in Prison⁴.

Embora não existam estudos sistematizados, a informação recolhida tornou possível concluir que a maior parte da população prisional se encontra presa por crimes directa ou indirectamente ligados à droga — já que, além dos crimes previstos na Lei da Droga (Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro), muitos dos crimes contra o património e contra as pessoas têm origem na necessidade de obter meios para a aquisição de droga —, apresenta variados problemas de saúde causados pelo consumo de drogas e pelas patologias a ele associadas (nomeadamente, infecciosas e mentais) e acumula factores sociais de risco relacionados com a baixa escolaridade, as quase inexistentes formação e experiência profissional e a marginalização familiar e social.

O Plano de Acção Nacional para Combate à Propagação de Doenças Infecciosas em Meio Prisional deve, pois, ter em conta as especificidades desta população, a relação directa entre a manutenção da situação de consumo e dependência e o risco de transmissão de doenças, a possibilidade da sua reabilitação e da sua reinserção social e as novas possibilidades de tratamento das suas doenças. Para tal, é necessário que possam aceder às mesmas condições de prevenção, redução de risco e tratamento da toxicodependência e das doenças infecciosas disponíveis em meio livre, desde que salvaguardada a execução das penas e garantida a segurança. O pleno direito à saúde pode obrigar a que sejam consideradas acções concertadas para diminuição dos já citados factores sociais de risco e que possam ser delineadas medidas articuladas com o tratamento e a reinserção, mesmo que impliquem alterações legislativas, tais como a possibilidade de inserção em Comunidades Terapêuticas em meio livre, a redução do tempo de pena cumprida necessário para saída precária,

⁴ Em especial, as Regras Mínimas para o Tratamento dos Reclusos (adoptadas pelo Primeiro Congresso das Nações Unidas sobre a Prevenção do Crime e o Tratamento dos Delinquentes, realizado em Genebra em 1955, e aprovadas pelo Conselho Económico e Social das Nações Unidas através das suas resoluções 663 C (XXIV), de 31 de Julho de 1957, e 2076 (LXII), de 23 de Maio de 1977); a Recomendação n.º R (93) 6 do Comité de Ministros do Conselho da Europa, relativa aos aspectos penitenciários e criminológicos do controlo das doenças transmissíveis, nomeadamente da SIDA, e problemas conexos da saúde nas prisões; a Recomendação n.º R (98) 7, também do Comité de Ministros do Conselho da Europa, relativa aos aspectos éticos e organizacionais dos cuidados de saúde em meio prisional; e as Regras Penitenciárias Europeias, adoptadas pela Recomendação Rec (2006) 2 do mesmo Comité de Ministros.

regime aberto voltado para o exterior e liberdade condicional, e a redução do tempo de pena com base em resultados positivos obtidos nos programas de tratamento e reinserção.

Ainda que não fazendo explicitamente parte da missão do grupo de trabalho, este considera que, paralelamente à implementação do plano nacional nas áreas das doenças infecciosas e toxicodependência, é urgente definir a política de saúde para as prisões e o modelo de organização que a implemente e execute de forma eficaz e eficiente. É parecer do grupo de trabalho que tal só será conseguido se os cuidados de saúde em meio prisional forem assegurados pelo Ministério da Saúde com as parcerias e convenções que para esse efeito sejam necessárias, à semelhança do que se verifica com os outros beneficiários do Sistema Nacional de Saúde.

É importante frisar que a Lei n.º 170/99, de 18 de Setembro, no n.º 2 do artigo 1.º, determina que os cidadãos reclusos mantêm a sua condição de utentes do Serviço Nacional de Saúde e que lhes é garantido o acesso ao mesmo. Contudo, este preceito não é aplicado, uma vez que os reclusos que não são portadores do cartão de utente à data da reclusão não o conseguem obter, em virtude de os Serviços do Ministério da Saúde não o emitirem. Além disso, quando os cidadãos reclusos recorrem aos serviços públicos de saúde, não procedem ao pagamento das taxas moderadoras vigentes no Serviço Nacional de Saúde, emitindo esses serviços facturação em nome da DGSP, em que os actos médicos são debitados pelo valor global, e não pelo da taxa moderadora. Acresce ainda que a medicação prescrita é integralmente paga pela DGSP.

Finalmente, o grupo de trabalho entendeu apresentar neste relatório as linhas orientadoras do Plano de Acção Nacional nas áreas em apreço, bem como um conjunto de princípios gerais e recomendações, a implementar de imediato.

2. Caracterização da população prisional em 2005⁵

Ao longo do ano de 2005, entraram no sistema prisional 5.617 indivíduos e saíram, por motivo de libertação, 5.880 reclusos.

A população reclusa era, a 31 de Dezembro de 2005, de 12.889 reclusos, distribuídos por cinquenta e sete estabelecimentos prisionais com uma capacidade de 12.356 lugares, de que resultava uma taxa de ocupação de 103,3%.

Relativamente à população de 12.889 reclusos, 92,9% eram homens e 7,1% mulheres, com uma idade média de 34 anos (cfr. Tabela 1). A maior parte era de origem urbana e 17,3% estrangeiros.

A situação penal deste conjunto de reclusos repartia-se por 23,6% de preventivos e 76,4% de condenados.

Relativamente à população do país, este universo significa uma taxa de detenção de 126 reclusos por cada cem mil habitantes.

São de salientar os elevados níveis de analfabetismo (sem qualquer grau de ensino), bem como os baixos níveis de escolaridade, com 60,4% dos reclusos a não ultrapassarem o segundo ciclo do ensino básico, o que denota processos de exclusão precoce (cfr. Tabela 2).

No que se refere à caracterização criminal e penal (cfr. Tabela 3), pode dizer-se, de modo sintético, que os crimes contra o património (32,6%) constituem a parcela maior das infracções criminais que determinaram a privação de liberdade. Seguem-se-lhe, por ordem de grandeza, os crimes relativos a estupefacientes (27,1%), os crimes contra as pessoas (26,2%) e, mais distanciadamente, os crimes contra valores e interesses da vida em sociedade (9,1%). Todavia, é preciso ter em conta que uma percentagem significativa dos crimes contra o património e contra as pessoas é

⁵ Fonte: Estatísticas Prisionais da Direcção de Serviços de Planeamento, Documentação, Estudos e Relações Internacionais/ DGSP.

motivada pelo consumo e dependência de drogas.

Enquanto nos homens, principalmente nos nacionais, os crimes mais representativos são contra a propriedade (roubos, furtos), seguindo-se os relativos a estupefacientes, entre as mulheres, os crimes mais representados são os crimes relativos a estupefacientes.

Estes crimes foram objecto de condenação a penas que se situam, sobretudo, entre os 3 e os 6 anos (34,5%) e os 6 e os 9 anos (22,6%). Mais de metade dos reclusos condenados tem penas privativas de liberdade que obrigarão a uma reclusão entre os 3 e os 9 anos. Seguem-se as penas acima dos 12 anos (15,9%), de 1 a 3 anos (12,5%) e de 9 a 12 anos (8,5%) — cfr. Tabela 4.

Nem sempre a gravidade da pena decorre da gravidade dos crimes, antes estando frequentemente relacionada com o número de crimes cometidos ao longo de uma situação de dependência.

Acompanhando as tendências verificadas em meio livre, referidas no Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicodependências: Horizonte 2012 — «[a] realidade do tráfico e de consumo de droga nos últimos anos evoluiu no sentido da emergência de novas drogas, aumento da importância dos policonsumos, novos padrões de consumo do álcool e de substâncias como a cocaína, envelhecimento e degradação física e mental dos utilizadores de heroína» —, também nos últimos anos têm entrado nos EP, para além dos consumidores de heroína, cujo número tem decrescido mas é ainda importante, um conjunto de consumidores de outras substâncias estupefacientes e psicotrópicas, com consumo associado de álcool, cujas características diferem significativamente das dos primeiros.

Assim, a população reclusa actual caracteriza-se pela coexistência de consumidores mais velhos de heroína, de adultos jovens com consumo preferencial de cocaína e ainda de indivíduos mais jovens, caracterizados pelo policonsumo (haxixe, *ecstasy*, cocaína, LSD, álcool).

Estes dois últimos tipos de consumidores, porque não se consideram dependentes, apresentam-se sem motivação para mudar e não encontram resposta nas abordagens habituais da toxicodependência e consumo de drogas em meio prisional.

**Tabela 1 – Reclusos existentes em 31 de Dezembro de 2005,
segundo o sexo e a idade**

Sexo	Masculino		Feminino		Total	%
	Total	%	Total	%		
16 – 18	145	1,2	1	0,1	146	1,1
19 – 20	364	3,0	19	2,2	383	3,0
21 – 24	1418	11,8	70	8,0	1488	11,5
25 – 29	2401	20,0	148	16,9	2549	19,8
30 – 39	4067	33,9	289	33,0	4356	33,8
40 – 49	2334	19,4	228	26,1	2562	19,9
50 – 59	879	7,3	91	10,4	970	7,5
60 e +	406	3,4	29	3,3	435	3,4
TOTAL	12014	100	875	100	12889	100

**Tabela 2 – Reclusos existentes em 31 de Dezembro de 2005,
segundo o sexo e as habilitações literárias**

Habilitações Literárias	Sexo		Feminino		Total	%
	Masculino		Total	%		
Não sabendo ler nem escrever	575	4,79	101	11,54	676	5,24
Sabendo ler e escrever	631	5,25	95	10,86	726	5,63
1º Ciclo Ensino Básico (1º, 2º, 3º e 4º anos)	4488	37,4	305	34,9	4793	37,2
2º Ciclo Ensino Básico (5º e 6º anos)	2869	23,9	119	13,6	2988	23,2
3º Ciclo Ensino Básico (7º, 8º e 9º anos)	2141	17,8	127	14,5	2268	17,6
Secundário (10º, 11º e 12º anos)	851	7,1	78	8,9	929	7,2
Frequência universitária	181	1,5	17	1,9	198	1,5
Superior	94	0,8	16	1,8	110	0,9
Outros cursos	14	0,1	4	0,5	18	0,1
Informação não disponível	170	1,4	13	1,5	83	1,4
TOTAL	12014	100,0	875	100,0	12889	100,0

**Tabela 3 – Reclusos existentes em 31 de Dezembro de 2005,
segundo o sexo e os crimes**

Sexo	Homens		Mulheres		Total	%
	Total	%	Total	%		
Crimes						
Crimes contra as pessoas	2490	26,9	94	15,6	2584	26,2
Homicídios	1206	13,05	56	9,29	1262	12,82
Ofensas à integridade física	379	4,10	10	1,66	389	3,95
Violação e atentado ao pudor	202	2,19	1	0,17	203	2,06
Outros	703	7,61	27	4,48	730	7,41
Crimes contra os valores e interesses da vida em sociedade	850	9,2	45	7,5	895	9,1
Incêndios	83	0,9	5	0,8	88	0,9
Outros	767	8,3	40	6,6	807	8,2
Crimes contra o património	3115	33,7	93	15,4	3208	32,6
Roubo	1341	14,51	37	6,14	1378	14
Furto simples e qualificado	1582	17,12	30	4,98	1612	16,37
Outros	192	2,08	26	4,31	218	2,21
Crimes relativos a estupefacientes	2308	25	361	59,9	2669	27,1
Tráfico (arts. 23.º e 24.º, a), e art. 21.º b))	2066	22,35	334	55,39	2400	24,38
Associação criminosa (art. 28.º, b))	3	0,03	1	0,17	4	0,04
Tráfico de menor gravidade (art. 25.º, b))	178	1,93	14	2,32	192	1,95
Precursos (art. 28.º b))	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Tráfico – consumo (art. 25.º, a), e 26.º, b))	46	0,50	11	1,82	57	0,58
Outra (DL 430/83, de 13/12, e DL 15/93, de 22/01)	15	0,16	1	0,17	16	0,16
Outros crimes	479	5,2	10	1,7	489	5,0
Cheques sem provisão	22	0,2	2	0,3	24	0,2
Outros	457	4,9	8	1,3	465	4,7
TOTAL	9242	100,0	603	100,0	9845	100,0

Tabela 4 – Reclusos condenados em 31 de Dezembro de 2005, segundo as penas, o sexo e a idade

Sexo	Condenados													
	Masculino						Feminino							
	Portugueses			Estrangeiros			Total M	Portugueses			Estrangeiros			Total F
16-20 anos	21 e + anos	Total	16-20 anos	21 e + anos	Total	16-20 anos		21 e + anos	Total	16-20 anos	21 e + anos	Total		
Dias livres		22	22			0	22			0			0	0
Até 6 meses	12	188	200		13	13	213		3	3			0	3
De 6 a 12 meses	8	308	316		22	22	338		10	10		1	1	11
De 1 a 3 anos	31	1057	1088	5	81	86	1174		52	52		2	2	54
De 3 a 6 anos	82	2475	2557	17	562	579	3136	2	184	186	3	75	78	264
De 6 a 9 anos	24	1717	1741	2	327	329	2070	1	127	128	1	29	30	158
De 9 a 12 anos	6	675	681	3	103	106	787		45	45		8	8	53
De 12 a 15 anos	2	436	438		54	54	492		15	15		2	2	17
De 15 a 20 anos		450	450		42	42	492		20	20			0	20
De 20 a 25 anos	1	207	208		12	12	220		9	9		2	2	11
Prisão relativamente indeterminada		52	52		1	1	53			0			0	0
Medidas de segurança	1	230	231		14	14	245		12	12			0	12
TOTAL	167	7817	7984	27	1231	1258	9242	3	477	480	4	119	123	603

3. Síntese de dados recolhidos nos estabelecimentos prisionais estudados

O grupo de trabalho apurou dados relativos a dez EP centrais, dois especiais e oito regionais, que internavam 10.182 reclusos (1970 preventivos e 8212 condenados).

3.1. Consumidores activos e substâncias consumidas

Nestes EP, existiam 4073 consumidores activos. A distribuição por tipo de consumos era a descrita na seguinte tabela:

Tabela 5 – Distribuição dos reclusos de acordo com o tipo de consumos

Substâncias	% sobre o total de consumidores	% sobre o total de reclusos
Haxixe	52,5%	21%
Haxixe + Cocaína + Heroína	13,6%	5,4%
Haxixe + Cocaína + Heroína + Ecstasy	9,9%	3,96%
Haxixe + Ecstasy	8,7%	3,48%
Haxixe + Heroína	7,0%	2,80%
Haxixe + Ecstasy + Cocaína	5,4%	2,16%
Haxixe + Cocaína	2,9%	1,15%
TOTAL	100%	

A análise destes dados permite concluir que o haxixe era a droga mais consumida e que cerca de metade dos consumidores era policonsumidora, sendo que 31,8% dos consumidores usavam cocaína e 30,5% heroína.

Nestes EP, 43,5% (4.429) dos reclusos encontravam-se a tomar medicação psicofarmacológica, por vezes de forma abusiva. Refira-se que a medicação prescrita

nem sempre é tomada por aqueles a quem é receitada, sendo algumas vezes utilizada em troca de benefícios ou negócios.

3.2. Reclusos consumidores entrados

Considerando apenas o período de 1 de Outubro de 2005 a 31 de Janeiro de 2006, entraram, nos estabelecimentos estudados, 2.113 reclusos, dos quais 728 (34,4%) se assumiram como consumidores de droga e 161 (7,6%) entraram em síndrome de abstinência, o que permite avaliar em cerca de 400 o número de desabilitações necessárias num ano (se tiverem indicação para programas voltados para a abstinência).

3.3. Vias de consumo

No que se refere à via de consumo, apenas se dispõe de informação de dezasseis dos vinte cinco EP estudados⁶, correspondendo a 6398 reclusos, dos quais 0,57% assumiram a utilização de drogas por via endovenosa na prisão. Estes dados estão seguramente subavaliados, dada a natureza clandestina do comportamento.

3.4. Apreensão de drogas

Durante o ano de 2005, foram feitas as seguintes apreensões de droga no sistema prisional: 5484,62g de haxixe, 420,09g de heroína, 208,49g de cocaína. Registou-se ainda a apreensão de 189,44g de substâncias desconhecidas e 1643 panfletos de conteúdo desconhecido. Foram também apreendidas 46 seringas.

Em todos os EP estudados ocorreram apreensões. Observou-se igualmente a crescente apreensão de pratas e cachimbos, em detrimento de seringas e agulhas⁷, incluindo as de fabrico artesanal.

⁶ Os números apresentados foram fornecidos confidencial e anonimamente pelos serviços clínicos dos estabelecimentos prisionais.

⁷ Também destinadas ao consumo de esteróides anabolizantes.

Verifica-se uma mudança na hierarquização das quantidades e dos tipos de droga apreendida quando se tem em conta apenas os estabelecimentos que recebem novos reclusos. A título de exemplo, verificou-se que a cocaína assumiu posição de relevo, sendo as apreensões quatro vezes superiores às de heroína.

Embora não seja possível retirar conclusões quantitativas, já que não se sabe que percentagem, relativamente à droga que circula nos EP, representam estas apreensões, podemos afirmar que a procura/oferta de haxixe é generalizada, existe procura/oferta de heroína e que a procura/oferta de cocaína é mais elevada nos estabelecimentos com reclusos a entrar de novo no sistema prisional.

3.5. Principais problemas de saúde identificados

Confirmou-se que a população reclusa requer cuidados de saúde específicos em múltiplas áreas além da infecciologia, como a saúde mental e a saúde oral.

No que se refere às doenças infecciosas, pudemos constatar que, nos vinte e cinco estabelecimentos prisionais inquiridos, foram identificados 88 casos de tuberculose em tratamento, correspondendo a uma prevalência de 0,86% e, admitindo tratar-se da totalidade dos casos novos, estimar-se-ia uma incidência de 864 por 100.000.

Nas Tabelas 6 a 13, apresenta-se as prevalências de infecção pelo VIH, pelo vírus da hepatite C e pelo vírus da hepatite B.

Tabela 6 – Positivos para o VIH

Sexo	Positivos para o VIH	% sobre o total de homens (9612) e o total de mulheres (570)
Masculino	361	3,76%
Feminino	25	4,39%
TOTAL	376	

Tabela 7 – Positivos para o VIH + Hepatites

Sexo	Positivos para o VIH + Hepatites	% sobre o total de homens (9612) e o total de mulheres (570)
Masculino	638	6,64%
Feminino	16	2,81%
TOTAL	654	

Tabela 8 – Total de positivos para o VIH

Sexo	Positivos para o VIH + Hepatites	% sobre o total de homens (9612) e o total de mulheres (570)
Masculino	999	10,39%
Feminino	41	7,19%
TOTAL	1040	

Tabela 9 – Total de positivos para o VIH a fazer terapêutica

Sexo	Total a fazer a terapêutica
Masculino	567
Feminino	25
TOTAL	592

Nota: 56, 92% da população positiva para o VIH faz terapêutica antiretroviral

Tabela 10 – Positivos só para a Hepatite C

Sexo	Positivos para a Hepatite C	% sobre o total de homens (9612) e o total de mulheres (570)
Masculino	2085	21,69%
Feminino	36	6,32%
TOTAL	2121	

Tabela 11 – Positivos só para Hepatite C + VIH

Sexo	Positivos para Hepatite C + VIH	% sobre o total de homens (9612) e o total de mulheres (570)
Masculino	596	6,2%
Feminino	15	2,6%
TOTAL	611	

Tabela 12 – Positivos para Hepatite C + Hepatite B

Sexo	Positivos para Hepatite C + Hepatite B	% sobre o total de homens (9612) e o total de mulheres (570)
Masculino	192	2%
Feminino	1	0,18%
TOTAL	193	

Tabela 13 – Total de positivos para a Hepatite C

Sexo	Positivos para Hepatite C + Hepatite B	% sobre o total de homens (9612) e o total de mulheres (570)
Masculino	2873	29,89%
Feminino	52	9,12%
TOTAL	2925	

3.6. Medidas preventivas

Em todos os estabelecimentos estão disponíveis preservativos⁸ nos serviços clínicos, sendo entregues, a pedido, pelo pessoal de saúde (médicos e enfermeiros). Em dois dos EP, os preservativos estão ainda disponíveis nas barbearias e nas bibliotecas das alas prisionais.

Nos EP que têm instalações próprias destinadas a visitas íntimas, estão sempre disponíveis preservativos e desinfetantes.

Não se verifica a entrega sistemática de preservativos aos reclusos entrados no sistema, nem a diversificação dos locais de acesso aos mesmos.

Em nenhum EP estão disponíveis lubrificantes.

Em 92% dos EP é distribuída lixívia para limpeza dos espaços, estando também disponível para uso próprio dos reclusos que queiram utilizá-la, nomeadamente na desinfecção de materiais/objectos usados nas diferentes práticas de risco (tatuagens, injeção de substâncias, *piercings*). Tendo em conta que se desconhece quer a quantidade, quer a periodicidade desta distribuição, bem como o grau de concentração do produto, não é possível concluir pela sua eficácia enquanto desinfetante.

No que respeita aos programas de vacinação, observou-se grande variação nas políticas seguidas pelos diferentes EP⁹. A vacina da gripe é universal em sete estabelecimentos, em treze apenas são vacinados indivíduos pertencentes a grupos de risco e em cinco não é feita vacinação.

Quanto à hepatite B, a vacinação é universal em nove estabelecimentos; é oferecida apenas a grupos de risco em onze; e cinco não a fornecem.

O Plano Nacional de Vacinação é seguido apenas em dez estabelecimentos.

⁸ Que são fornecidos gratuitamente pelas Comissões Distritais de Luta contra a Sida e ONG ou adquiridos na farmácia do Hospital Prisional.

⁹ As vacinas para a gripe e a hepatite B estão disponíveis para funcionários em todo o sistema prisional.

Nos EP estudados, são feitas, desde há vários anos, análises clínicas aos reclusos que entram no sistema prisional, onde se inclui o rastreio do VIH, de hepatites víricas e das VDRL.

Desde meados de 2005, os exames analíticos aos novos reclusos obedecem a um protocolo universal.

A periodicidade da pesquisa de marcadores de infecção pelo VIH e pelos vírus das hepatites B e C varia de acordo com o critério clínico em 52% dos EP; em 40% é feita anualmente, e de seis em seis meses em 8%.

Em todos os EP estudados é feito, pelo menos anualmente, o rastreio da Tuberculose Pulmonar (ora por deslocação das viaturas dos Centros de Diagnóstico Pneumológico aos estabelecimentos, ora por deslocação dos reclusos aos Centros).

No que tange à educação para a saúde, alguns EP, essencialmente em colaboração com ONG ou IPSS e em datas específicas (como o dia mundial de luta contra a sida ou o dia mundial de luta contra a droga), realizam acções de sensibilização dirigidas a reclusos, maioritariamente centradas na prevenção das doenças infecciosas e na toxicoddependência.

A utilização de material informativo (brochuras, panfletos, etc.) é escassa e, em geral, esse material não está adaptado às especificidades do meio prisional.

3.7. Programas de tratamento de toxicoddependentes

Nas prisões portuguesas, as estratégias terapêuticas utilizadas na abordagem dos toxicoddependentes reclusos foram, durante alguns anos, exclusivamente centradas na abstinência, ou seja, no abandono do consumo.

Este modelo de intervenção, genericamente designado *programa livre de drogas*, pressupunha a adesão do toxicoddependente a um único modelo de tratamento, de grande exigência, quer no que se refere às características psicológicas do indivíduo, quer ao seu comportamento.

Assim, em alguns EP existem actualmente alas com características especiais destinadas a toxicoddependentes que assumem o compromisso de não consumir droga

(Unidades Livres de Droga – ULD) — como atrás foi dito — ou destinadas a toxicodependentes que, além de se comprometerem a não consumir drogas, querem entrar num programa socioterapêutico inspirado nos programas das comunidades terapêuticas (Unidades de Apoio a Reclusos Toxicodependentes – UART). As ULD são três e localizam-se nos EP de Lisboa, Caxias e Sintra; as UART são cinco e localizam-se nos EP de Leiria, Porto, Santa Cruz do Bispo e Tires. Estas Unidades foram criadas para separar os reclusos toxicodependentes dos restantes reclusos, dando-lhes condições de interacção especial com técnicos e vigilantes, e, nesta relação, estruturarem a sua motivação para o tratamento e reequacionarem o seu modo de estar na vida.

O programa de tratamento nestas Unidades residenciais, orientado para a abstinência de drogas, tem uma duração média de 14 meses e integra actividades educativas, ocupacionais e terapêuticas.

Desenvolve-se num contexto grupal, sendo o grupo simultaneamente instrumento e objecto de trabalho, propiciando um espaço de aprendizagem e de experimentação de competências pessoais e sociais que facilitam e promovem a organização de um projecto de vida sem drogas.

A admissão nestas Unidades é precedida de uma avaliação psicológica e motivacional, culminando com a celebração de um contrato terapêutico, que simboliza a responsabilização individual no processo de tratamento que se materializa, nomeadamente, na participação activa quer nas actividades de manutenção e de funcionamento da Unidade, quer nas actividades de cariz terapêutico.

Embora a lotação oficial destas unidades seja de 224 reclusos, só 180 beneficiam actualmente deste apoio e nem todas funcionam da forma mais adequada, tendo sido drasticamente reduzido, em algumas, o número de técnicos.

Verificava-se, entretanto, que muitos dos toxicodependentes frequentemente abandonavam ou eram expulsos destas alas, ou não procuravam este tratamento, continuando a neles registar-se uma gradual deterioração física, psicológica e social e a eventual prática de comportamentos de risco.

A instalação em três estabelecimentos prisionais (Lisboa, Porto e Tires), no ano de 1999, de programas de substituição opiácea (metadona) permitiu uma nova abordagem terapêutica, particularmente de reclusos com várias tentativas falhadas de

tratamento e com graves problemas de saúde.

Assim, os EP de Lisboa, Porto e Tires dispõem ainda de programas terapêuticos de substituição opiácea com metadona, criados ao abrigo de um protocolo entre a DGSP e o antigo Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência (SPTT), que incluía um conjunto de regras de articulação e uma avaliação permanente por uma comissão de técnicos dos dois organismos que há longos anos deixou de reunir, passando estes programas a funcionar apenas na dependência da DGSP. Progressivamente, o número de técnicos destes programas também foi reduzido e tem diminuído o número de reclusos abrangidos, não parecendo que estejam suficientemente clarificados os critérios de admissão e alta nestes programas.

Mais tarde, e à medida que no exterior aumentava a oferta de programas de substituição opiácea, também o número de reclusos entrados em tratamento ainda em liberdade aumentava, o que conduziu à necessidade de estabelecer formas de cooperação com as estruturas do Ministério da Saúde/Centros de Atendimento a Toxicodependentes (CAT) de modo a garantir a continuidade dos tratamentos.

Por iniciativa localizada de alguns EP e de alguns CAT, foram sendo estabelecidos acordos de colaboração variados que, pelo menos num aspecto — a continuidade de programas de substituição, com metadona ou subutex, iniciados em liberdade nos CAT —, se generalizaram a todos os EP e CAT; noutros casos mais restritos, abrangeram a entrada de reclusos em programa por iniciativa dos EP, com apoio psicológico de técnicos dos Serviços Prisionais, dos CAT ou em colaboração. O aspecto mais conflitual desta relação verifica-se nas situações em que o apoio psicológico é prestado nos CAT e em que a necessidade de impedir a fuga dos reclusos — por parte dos guardas prisionais e mediante a utilização de algemas, a exigência de gabinete próprio para a consulta, etc. — entra em choque com os princípios dos terapeutas ou as normas institucionais, e também, em menos situações, na alteração abusiva da dose prescrita de metadona.

Nos EP estudados, verificou-se que, dos 4.130 consumidores identificados, 808 (19,6%) encontram-se em programas de tratamento. Destes, 233 reclusos frequentam programas centrados na abstinência, 131 estão em alas livres de droga, 49 em UART (comunidade terapêutica) e 53 em programa de antagonista, não separados dos restantes reclusos.

Dos 1.260 reclusos que referiram consumir heroína, 575 (45,6%) encontram-se em

tratamento de substituição, dos quais 548 com metadona e 27 com subutex. Durante o ano de 2005, desses 1.260 reclusos, 274 (21,7%) apresentaram síndrome de abstinência.

4. Prevenção e Tratamento

4.1. Doenças infecciosas

4.1.1. Contexto geral

As doenças infecciosas — quer associadas a processos de transmissão pessoa a pessoa, quer por intermédio de vectores mecânicos ou biológicos — permanecem um dos mais importantes problemas de saúde pública em meio prisional, internacionalmente e em Portugal.

O conhecimento das características epidemiológicas gerais, comuns no processo de desenvolvimento das infecções, facilmente leva a compreender que os ambientes social e físico (o *setting*) das prisões — marcados pela restrição espacial, pela intromissão no espaço individual, pela tensão e pelos conflitos prévios, pela distorção das escolhas afectivas e a necessidade de montar uma resposta nova ou diferente ao *stress* — constituem um meio promotor dessas doenças que necessita de ser activamente, contrariado.

No ambiente prisional vivem pessoas nas quais é elevada a frequência de perturbações psicossociais, de patologias infecciosas e de factores sociais e comportamentais de risco para múltiplas doenças, transmissíveis ou não, em especial as associadas à pobreza e à desvantagem social. Assim, e independentemente da actuação específica em resposta às circunstâncias particulares dos casos individuais, um programa orientado para assegurar a saúde em meio prisional, nomeadamente no que às doenças transmissíveis respeita, tem de integrar activamente os diferentes níveis de prevenção, com medidas activas de identificação e antecipação dos problemas e recorrendo a métodos diversificados que permitam actuar sobre a multiplicidade de causas e através dos vários aspectos que cada problema sempre implica.

A organização das actividades dirigidas às doenças transmissíveis, como toda a saúde em meio prisional, reveste características especiais. Uma reflectem-se na preparação dos profissionais de quem se espera conhecimentos específicos em direito de saúde, uma abertura às questões humanitárias e uma visão alargada de diferentes

disciplinas, tanto clínicas como da saúde pública. Os aspectos de formação e actualização do pessoal de saúde (bem como do restante pessoal que interage com os reclusos) merecem uma atenção especial em qualquer plano de prevenção e tratamento destas doenças.

Outras implicam o reconhecimento da inserção das actividades de saúde em meio prisional em políticas e serviços específicos, mas também noutros que lhe são complementares e necessários, partindo do princípio de que os serviços dependentes do sistema judiciário não serão nunca auto-suficientes. Este é um aspecto particularmente relevante para as doenças transmissíveis, as quais, por definição, não se esgotam no indivíduo doente e na actuação sobre ele, projectando-se para a comunidade e exigindo, portanto, uma acção desde início concertada com o sistema geral de saúde pública.

Não é possível discutir o problema das doenças produzidas por agentes infecciosos sem abordar:

- as questões do “contágio”, a que a natureza limitada do espaço dá características especiais em meio prisional sobretudo quando se trata de infecções com transmissão por via aérea, como a gripe ou a tuberculose;
- as questões da sexualidade (que importam à hepatite B, à infecção VIH ou à sífilis, por exemplo);
- as questões da toxicoddependência (factor de risco sobretudo para a hepatite C e a infecção VIH, mas também para a hepatite B).

É necessário conhecer os hospedeiros (susceptíveis ou infectados, com as suas opções comportamentais), os agentes (e as suas especificidades, nomeadamente em termos de transmissibilidade) e o meio, isto é, as condições gerais de salubridade e de higiene física e mental proporcionadas pelos estabelecimentos prisionais. Este conhecimento, ainda muito insuficiente, terá de ser assegurado de forma continuada como base para fundamentar as opções preventivas e curativas, bem como para avaliar o seu resultado.

A prevalência de infecções por *Mycobacterium tuberculosis*, pelo vírus da hepatite C ou pelo VIH é mais alta em reclusos do que na restante população, fruto de um conjunto diversificado de razões que se associam com a prevalência elevada a exposições de risco antes da prisão e durante a permanência em reclusão. Por isso, e como já referido, o controlo das infecções em meio prisional tem de atender às

condições específicas desse ambiente, mas tem também, e por vezes, de superar a qualidade geral das aproximações que a sociedade globalmente fornece aos seus membros. De um ponto de vista pragmático, a natureza do espaço prisional poderia até facilitar algumas soluções, actuar mais eficientemente, como, por exemplo, no trabalho sobre a adesão à terapêutica.

Enunciamos aspectos da hierarquia da promoção da saúde e da prevenção das doenças. Do mesmo modo, importa enumerar especificamente as três aproximações práticas de que dispomos para actuar sobre as doenças infecciosas, procurando responder aos diferentes desafios que se colocam:

- a vacinação, como meio para prevenir o tétano ou a hepatite B, não se justificando a BCG;
- as medidas inespecíficas de protecção, como a utilização de preservativos ou material de injeção não contaminado;
- a identificação dos casos de infecção através de um quadro sintomático, correspondendo a doença clinicamente evidente, sob um curso agudo ou crónico, ou na forma assintomática, que obriga a uma detecção dirigida universalmente ou de forma selectiva, seguida de tratamento, quando adequado, e da prevenção da transmissão aos contactos (vacinação ou quimioprofilaxia).

4.1.2. Tuberculose

Os estabelecimentos prisionais são internacionalmente reconhecidos como locais de transmissão do *Mycobacterium tuberculosis* quer entre reclusos, quer ao pessoal, para quem a tuberculose assume a dimensão de uma doença profissional.

Verificou-se que o tempo de permanência na prisão se correlaciona com o risco de desenvolver tuberculose, o que apoia a hipótese de a transmissão ocorrer de facto nesse espaço. Em alguns países as prisões estão, inclusivamente, entre os mais importantes locais de transmissão da infecção por *Mycobacterium tuberculosis*, como sucede nos Estados Unidos da América.

A dimensão do problema da tuberculose em Portugal, fora e dentro do sistema prisional, implica uma actuação concertada com as estruturas já estabelecidas para essa doença, em particular com os Centros de Diagnóstico Pneumológico, sobretudo

para a vigilância de contactos (os familiares e as visitas dos reclusos, não esquecendo o pessoal do estabelecimento prisional) e a eventual continuidade de tratamento após o fim do período de reclusão.

A identificação e o tratamento de casos de tuberculose latente, o tratamento precoce das situações de doença clinicamente reconhecíveis (que deve resultar de uma política activa de educação que faça com que sejam valorizados sintomas como tosse crónica e febre) e a investigação aprofundada de surtos são prioritários.

Deverá assegurar-se a adesão à terapêutica, com cumprimento integral do plano de tratamento, através de uma política efectiva de tratamento directamente observado (DOTs).

O Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose, reconhecendo o risco acrescido da população prisional, indica que deverá ser organizado rastreio activo, recorrendo ao rádio-rastreio mas também à execução de provas tuberculínicas e de baciloscopias nos casos suspeitos.

4.1.3. Hepatites B e C

Na prevenção das hepatites por vírus B, alguns aspectos são facilmente consensuais e até respondem à lógica do plano nacional de vacinação. Como já recomendado em 2003 pelo Provedor de Justiça, a vacina da hepatite B deverá ser «*[a]ministrada a todos os reclusos com indicação clínica (e não só aos denominados grupos de risco), articulando-se com o SNS a continuidade dessa administração no caso de a saída em liberdade do recluso ocorrer antes da toma da integralidade das doses*». Formalmente, importa decidir se a vacina deverá ser proposta independentemente de informação sobre o estatuto imunitário ou apenas após determinação laboratorial da susceptibilidade. As decisões devem ser baseadas num cálculo da relação custo/benefício de cada uma das estratégias e dependem naturalmente do conhecimento da prevalência da infecção crónica ou de imunidade na população prisional. Há, portanto, que conhecer a dimensão dos susceptíveis, a qual determinará a política a propor.

Importa também clarificar o conceito de *indicação clínica* — que seguramente não é consensual — e sublinhar a necessidade de uma perspectiva de prevenção que privilegie uma atitude universal independente da eventual identificação de factores de

risco, abandonando o conceito de grupos de risco que muitas vezes justifica políticas inapropriadas de prevenção selectiva.

A prevalência de infecção crónica pelo vírus da hepatite C entre reclusos pode atingir valores muitíssimo elevados, como em Espanha, onde foi detectada em 92% dos indivíduos avaliados em duas prisões. A maioria dos reclusos entra com a infecção, mas existe um real risco de transmissão intra-prisonal pois estão reunidas as condições que a favorecem, como, aliás, a prática demonstrou. Se o risco de transmissão sexual é praticamente irrelevante, o risco é elevado em relação à utilização de material de injeção contaminado — uma prática reconhecidamente presente nas prisões —, bem como quando associado à realização de tatuagens. Há um conjunto de observações epidemiológicas que coerentemente sugerem um risco aumentado de hepatite C em associação com a realização de tatuagens, dado que envolvem a partilha de agulhas e constituem uma actividade social nas prisões, sem o estigma ou a presunção de riscos que o uso de drogas evoca, podendo, por isso, ser um meio efectivo de transmissão da hepatite C.

Um estudo transversal realizado em prisões de seis países europeus (Alemanha, Escócia, França, Holanda, Itália e Suécia) mostrou que 18% dos reclusos declararam ter sido tatuados na prisão, sendo mais elevada a frequência entre os que eram utilizadores de drogas injectadas. A prevenção das infecções associadas a esta prática passa por uma intensa actividade de informação culturalmente ajustada e a disponibilização de condições seguras para a realização de tatuagens.

À identificação de casos de infecção crónica pelo vírus da hepatite B ou da hepatite C, isolada ou simultânea, ou de co-infecção VIH, deve seguir-se uma avaliação da fase de evolução da infecção e da doença, prevendo a necessidade de proceder a tratamento específico. O tratamento, no caso das hepatites víricas, deve ser equacionado com especial atenção, uma vez que a cura é possível (ao contrário do que se passa com a infecção VIH), modificando assim o prognóstico individual e contribuindo para a interrupção da transmissão. Em doentes com hepatite C deve ser avaliada a necessidade de medidas específicas de prevenção, tais como a vacinação contra a infecção pelo vírus da hepatite A.

4.1.4. Infecção VIH

As populações prisionais são consideradas em maior risco para a infecção pelo VIH, como, aliás, para outras infecções de transmissão parentérica ou sexual, devido ao facto de nelas estar presente uma elevada proporção de utilizadores de drogas injectadas, sujeitos implicados na comercialização da actividade sexual e imigrantes de países de elevada endemia.

No estudo efectuado em seis países europeus, e já citado, para o qual 1.124 reclusos foram convidados a preencher questionários anónimos e a fornecer uma amostra de saliva para pesquisa de anticorpos para a infecção VIH, observou-se, nos 847 que aceitaram participar, que a prevalência de utilizadores de drogas injectadas era de 27%, dos quais 49% assumiram consumos enquanto na prisão. A prevalência de anticorpos para o VIH era de 4% entre os utilizadores de drogas injectadas, enquanto nos restantes era de apenas 1%.

Estudos realizados em diferentes países europeus mostraram que a prevalência da infecção pelo VIH em presos utilizadores de drogas reflecte a prevalência do agente na população com as mesmas características de exposição, habitando a mesma área geográfica. Assim sendo, e dado na população portuguesa a prevalência de infecção pelo VIH ter variado entre os dependentes de drogas de 11% a 15% (Rede Nacional de Tratamento da Toxicodependência), deveria encontrar-se um valor semelhante nas prisões portuguesas. De facto, e de acordo com dados referidos a Dezembro de 2005, foram identificados 1.152 casos de infecção VIH, entre os 12.728 reclusos dos cinquenta e seis estabelecimentos prisionais para os quais a informação estava disponível.

Um inquérito sero-epidemiológico num estabelecimento prisional de Leiria, publicado em 2004¹⁰ e que avaliou uma amostra não aleatória de 788 reclusos à entrada no sistema, estimou uma prevalência global de infecção pelo VIH de 6%, mas de 14,5% entre os reclusos que admitiam consumo de drogas injectáveis.

Observações internacionais (Itália, Irlanda, Dinamarca, Escócia, Estados Unidos da América do Norte) mostram que, embora de forma quantitativamente muito variada —

¹⁰ PASSADOURO, Rui (2004), *Prevalência e Factores de Risco das Infecções por VIH, Hepatites B e C num Estabelecimento Prisional de Leiria*, Acta Médica Portuguesa.

tanto para os vírus das hepatites B ou C, como para o VIH —, o número de vezes que um indivíduo é preso e a duração da reclusão aumentam o risco de infecção, o que sugere que a transmissão das infecções — embora muito inferior à que se verifica na comunidade — ocorre ou pode ocorrer nas prisões.

No seu conjunto, estas e outras observações semelhantes obrigam à introdução de medidas de prevenção adequadas. Nestes casos, essas medidas passam naturalmente pela promoção da utilização dos preservativos e pela disponibilização de condições para aceder a material de injeção e tatuagem não contaminado.

O sistema de saúde prisional pode transformar a prisão numa oportunidade para a saúde pública, já que contacta com um número desproporcionadamente elevado de indivíduos em risco de infecção, frequentemente fora dos modelos gerais de prestação de cuidados. Podem, assim, proporcionar uma primeira possibilidade de determinar o estatuto serológico, fornecer aconselhamento e orientação, providenciar informação em saúde, discutir a prevenção secundária nos casos positivos, ajudar a lidar com os parceiros sexuais promovendo a sua observação. Ao mesmo tempo, quando é identificada a dependência de drogas, pode iniciar-se uma discussão séria sobre tratamento e redução de riscos. O desafio fundamental passa por assegurar que se evitam ou minimizam as consequências negativas do teste e, em particular, a discriminação e a estigmatização associadas à seropositividade.

Em resumo, e como repetidamente sublinhado por organismos internacionais da saúde, como a OMS desde 1993, há que assegurar a realização voluntária do teste para a infecção VIH, a confidencialidade dos resultados, a não discriminação dos reclusos positivos, a disponibilização de meios de prevenção e acesso às opções terapêuticas de modo equivalente ao que é possível na comunidade. Igualmente, a implementação das medidas e a qualidade dos serviços devem ser objecto de avaliação periódica independente.

4.1.5. Outras doenças sexualmente transmissíveis

Nas prisões, alguns reclusos mantêm actividade sexual e, pelos mecanismos de flexibilização da pena, alguns podem ter esses contactos também no exterior.

Um inquérito no Canadá, em 1995, estimou em 6% a prevalência dos reclusos que relataram actividade sexual com outro recluso, e em 2002, foi de 37% a proporção das

mulheres detidas em prisões federais que se declararam sexualmente activas. No estudo que envolveu reclusos em prisões de seis países europeus, publicado em 2001, observou-se que 1% dos reclusos admitiu relacionamentos homossexuais e 16% heterossexuais, enquanto na prisão.

Como consequência da orientação sexual, há relacionamentos homossexuais dentro das prisões que prolongam os que já existiam fora. No entanto e como consequência das condições de vida do meio prisional, ocorrem relações homossexuais consentidas ou sob violência entre reclusos que não se reconhecem nessa orientação sexual. Nestas circunstâncias são especialmente mais frequentes os envolvimentos com actividade sexual não protegida. É também mais difícil a intervenção directa, nomeadamente a que permitiria uma actuação de profilaxia pós-exposição, pois os comportamentos tendem a não ser reconhecidos, sendo inclusivamente negados.

A prevalência de sífilis e outras doenças clássicas de transmissão sexual ou de clamídia chama a atenção para o risco potencial de contágio sexual e indirectamente sublinha a possibilidade de ocorrência e a necessidade de assegurar a prevenção da infecção. Naturalmente que, pela sua elevada frequência e gravidade, a infecção pelo VIH é a consequência mais temida dos contactos sexuais não protegidos. Isso levou, já em 1997, o Joint United Nations Programme on HIV/AIDS a declarar que considerava vital tornar disponível aos reclusos preservativos e lubrificantes. Nesse sentido, a disponibilização desses preservativos bem como o diagnóstico e tratamento a tempo das doenças são medidas fundamentais.

4.2. Toxicodependência – Programas a implementar

Uma reflexão sobre os programas a implementar exige que o problema dos toxicodependentes presos seja reequacionado.

Até à explosão do consumo de droga em Portugal, o número de presos era muito inferior ao actual, não havendo problemas de sobrelotação. A dependência de drogas veio alterar radicalmente esta situação, enchendo os nossos estabelecimentos prisionais não só de traficantes, mas também de toxicodependentes com crimes directamente relacionados com a necessidade de obtenção de dinheiro para os consumos e ainda de consumidores com crimes praticados sob a influência do consumo.

Esta situação colocou o sistema judicial e o sistema prisional perante problemas novos. Por um lado, seria necessário avaliar em que medida o consumo de determinada substância ou a situação de dependência influencia o grau de consciência e a capacidade de se determinar livremente e, por outro lado, seria lógico que estes novos praticantes de crimes com causa conhecida fossem tratados pelo sistema prisional de uma forma que contribuísse para a extinção da causa. E seria igualmente lógico que a extinção da causa — ou seja, a cura da toxicodependência, o abandono dos consumos e o cumprimento de programas de ensino, formação profissional ou outras medidas de reinserção social — tivesse consequências na flexibilização da pena.

Mas a verdade é que, embora tenham sido várias as tentativas legais de solucionar estes problemas, não foram traduzidas numa prática consistente, como já foi afirmado no Relatório elaborado pela Comissão para a Estratégia Nacional de Combate à Droga. Citemos algumas dessas tentativas.

Já o artigo 43.º do Decreto-Lei n.º 430/83, de 13 de Dezembro, dizia: «*[s]e o estado de toxicodependência for detectado quando a pessoa se encontrar em prisão preventiva ou em cumprimento de pena, será dado conhecimento pelos serviços policiais ou prisionais ao ministério público a fim de promover a transferência do recluso para estabelecimento prisional onde possa ser assistido*». O artigo 52.º do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, diz, no seu n.º 1, que «*[l]ogo que, no decurso do inquérito ou da instrução, haja notícia de que o arguido era toxicodependente à data dos factos que lhe são imputados, é ordenada a realização urgente de perícia adequada à determinação do seu estado*» e, no seu n.º 2, que, «*[n]a medida do possível, o perito*

deve pronunciar-se sobre a natureza dos produtos consumidos pelo arguido, o seu estado no momento de realização da perícia e os eventuais reflexos do consumo na capacidade de avaliar a ilicitude dos seus actos ou se determinar de acordo com a avaliação feita». O artigo 44.º autoriza o tribunal a suspender a execução da pena, com obrigação de tratamento, no caso de «crime de consumo ou outro que com ele se encontre numa relação directa de conexão e tiver sido considerado toxicodependente». E no caso de revogada a suspensão, ordena que «o cumprimento da pena terá lugar em zona apropriada do estabelecimento prisional, onde será assistido pelos serviços médicos próprios do estabelecimento prisional ou, se necessário, pelos do Ministério da Saúde», estando previsto que «o regime de assistência do recluso através de entidades privadas ou do recurso a modalidades de tratamento que tenham implicações no regime prisional é estabelecido por portaria do Ministro da Justiça» que, todavia, nunca foi publicada.

São várias as interrogações. Será que o sistema judicial tem em conta a influência das substâncias e da situação de dependência no crime praticado, nomeadamente o carácter continuado de práticas criminosas que a situação de dependência arrasta? Será que o sistema prisional utiliza para o tratamento dos reclusos meios iguais aos que são utilizados no exterior, incluindo mesmo o recurso aos meios utilizados em meio livre, tal como as comunidades terapêuticas? Será que a lei tem em conta as questões específicas da criminalidade conexas com a toxicodependência? Será que os Tribunais de Execução de Penas atendem, nas suas decisões, aos resultados do tratamento dos toxicodependentes? Ou será que a toxicodependência é ainda erradamente considerada como uma situação insolúvel e que assim funciona apenas como circunstância agravante porque condicionadora da inevitabilidade das reincidências, não sendo assim considerados os progressos que foram obtidos nos últimos anos no tratamento de toxicodependentes?

A Estratégia Nacional de Luta contra a Droga aprovada em 1999 diz que «[o] tratamento e ressocialização dos toxicodependentes presos é um imperativo para a presente estratégia nacional de luta contra a droga, expresso na opção estratégica de assegurar a todos os toxicodependentes presos o acesso a meios de tratamento idênticos aos disponíveis fora do meio prisional, opção essa que se inspira no princípio humanista que norteia esta estratégia» e que «se considera prioritário aproveitar o tempo de permanência na prisão para promover o tratamento, com a possibilidade de aceder a qualquer modalidade terapêutica considerada indicada»; e ainda que «[i]mporta, por isso, garantir a continuidade e alargamento dos programas em meio

prisional, nomeadamente desabilitação com apoio psicofarmacológico, tratamento com antagonistas, terapêuticas de substituição e programas sócio-terapêuticos», importando «também, implementar os mecanismos que permitam o recurso a modalidades de tratamento que tenham implicações no regime prisional, nomeadamente o internamento em comunidades terapêuticas e o ingresso em unidades residenciais de reinserção». Constatou-se, porém, que, embora o meio prisional tenha procurado implementar estas orientações, ficou aquém do seu cumprimento.

É controverso que os serviços prisionais tenham sob a sua alçada, durante vários anos, reclusos toxicodependentes condenados e não disponham dos meios necessários para tratá-los. É também questionável que, na sequência de um tratamento bem sucedido, confirmado pela ausência prolongada de consumos tóxicos e pelos progressos psicossociais, não haja uma medida especial de atenuação de pena, o que tem conduzido a que os toxicodependentes com penas longas não sejam seleccionados para os tratamentos mais estruturados.

A análise das circunstâncias que tornam possível a existência generalizada de droga nos EP e o estudo das medidas para evitá-la deve ser objecto de documento a elaborar com carácter de urgência pela Direcção-Geral dos Serviços Prisionais e a submeter a consulta pública.

Os serviços prisionais devem dispor de um conjunto de instrumentos terapêuticos variados que permitam, como em meio livre, a construção de uma estratégia terapêutica adaptada a cada caso. Assim, é necessário que seja possível o recurso a unidades de desabilitação, a programas de antagonista dos opiáceos com toma observada, a programas de substituição opiácea com toma observada, a comunidades terapêuticas do sistema prisional ou em meio livre, e sempre estando garantido o apoio psicológico e psiquiátrico. Devem também ser criadas casas de saída de modo a garantir a consolidação do tratamento e o exercício progressivo da autonomia e da liberdade. Estes serviços devem articular-se com os do meio livre, dando continuidade a tratamentos em curso e promovendo a continuidade, após a libertação, dos iniciados em meio prisional.

Tal como recomendado no Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicodependências: Horizonte 2012, devem ser definidos «*os mecanismos de cooperação/articulação entre a DGSP do Ministério da Justiça e o IDT do Ministério da Saúde, no sentido de garantir que a população reclusa tem acesso a programas terapêuticos iguais aos*

cidadãos não reclusos».

A especificidade da situação prisional — em que a convivência forçada com outros reclusos, nomeadamente traficantes activos — pode ser fortemente negativa, torna também necessário que os toxicod dependentes em processo de tratamento sejam colocados no mesmo espaço — espaço separado dos restantes — em Unidades de Apoio Especifico (UAE), sob a coordenação/orientação de um técnico com experiência no tratamento de toxicod dependentes. Estas unidades não devem ter mais de 40 reclusos, devem ter um programa estruturado de apoio psicossocial e desenvolvimento de competências, técnicos e corpo de vigilância próprios, podendo coexistir várias destas unidades no mesmo EP.

5. Propostas para a implementação de um Plano de Acção Nacional para Combate à Propagação de Doenças Infecciosas em Meio Prisional

5.1. Princípios gerais

- I. Garantir à população reclusa o direito à saúde e o acesso a todas as modalidades de prevenção e tratamento, incluindo as relativas à toxicoddependência e às doenças infecciosas, no âmbito do Sistema Nacional de Saúde e de outras estruturas do Ministério da Saúde, em igualdade com os cidadãos em meio livre.
- II. Prestar cuidados de saúde aos reclusos preferencialmente em meio prisional, por razões de segurança e racionalização de meios e de modo a evitar exposições estigmatizantes.
- III. Assegurar os mecanismos internos que facilitem a mobilidade dos reclusos entre estabelecimentos prisionais, para que possam beneficiar atempadamente dos recursos e programas adequados ao seu tratamento.
- IV. Definir, em articulação com o Ministério da Saúde, os equipamentos de saúde extra-prisionais de referência (Hospital, Centro de Saúde, Centro de Atendimento a Toxicoddependentes, Cuidados Continuados) para encaminhamento dos reclusos sempre que os recursos internos não sejam suficientes, procurando assegurar uma distribuição de carácter regional.
- V. Definir desde já regiões penitenciárias, para que, em cada uma delas, existam dispositivos de prevenção e de tratamento das toxicoddependências, identificando os estabelecimentos prisionais que serão dotados de meios e recursos necessários à sua implementação e sua articulação com os serviços relevantes do Ministério da Saúde.
- VI. Assegurar a formação contínua do pessoal interno e externo implicado nas actividades específicas deste Plano.
- VII. Estabelecer programas transversais de redução de riscos e minimização de danos, o que constitui o fundamento essencial de todas as estratégias e programas a implementar nas prisões quer na área das toxicoddependências, quer das doenças infecciosas.
- VIII. Desenvolver um programa integrado de prevenção e promoção da saúde nas prisões, nomeadamente em colaboração com organizações não

governamentais.

- IX. Assegurar, a todos os reclusos, o acesso a todas as modalidades de tratamento da toxicodependência.
- X. Assegurar, a todos os reclusos, o conhecimento do seu estatuto serológico para as infecções pelo VIH, Hepatite B e C e sífilis, garantindo avaliações periódicas e compreendendo, nomeadamente, o momento da saída do sistema prisional.
- XI. Assegurar, a todos os reclusos, o tratamento adequado para as infecções por VIH, vírus das hepatites ou outras doenças de transmissão sexual.
- XII. Assegurar, a todos os reclusos, a identificação precoce e o tratamento das situações de tuberculose.
- XIII. Dispor de conhecimento epidemiológico continuado sobre a situação sanitária em meio prisional, através de uma actividade independente de observatório.
- XIV. Prever nos novos estabelecimentos prisionais e reorganizar nos estabelecimentos já existentes espaços que permitam a implementação de programas de cariz socioterapêutico que, pela sua natureza, se destinam a grupos reduzidos.
- XV. Reforçar as medidas de combate à entrada e à circulação de estupefacientes, substâncias psicotrópicas e outras de uso ilícito nos estabelecimentos prisionais.
- XVI. Tornar extensíveis estes princípios gerais de actuação aos Serviços de Saúde das Regiões Autónomas, de forma a viabilizar a implementação nacional do Plano.

5.2. Recomendações

As propostas para implementação do Plano assentam numa atitude pró-activa e devem considerar a necessidade de:

- I. Manter actividades continuadas de planeamento estratégico;
- II. Colaborar de forma organizada com todas as estruturas intervenientes nas actividades de prevenção e tratamento, dentro e fora do sistema prisional;
- III. Prever a dimensão financeira, assegurando-lhe os fundos necessários;
- IV. Envolver a generalidade dos profissionais e os reclusos no desenvolvimento e na efectivação das medidas a tomar;
- V. Estabelecer prazos e responsáveis pela implementação do plano;
- VI. Assegurar a monitorização e a avaliação do plano;
- VII. Transpor para a realidade de cada local as seguintes directivas gerais:
 - i) Tornar acessíveis preservativos e lubrificantes aquosos, de forma simples e discreta, sem que os utilizadores sejam obrigados a requerê-los;
 - ii) Tornar acessível a lixívia e fornecer instruções claras sobre o seu uso;
 - iii) Tornar acessível o equipamento para tatuagem e *piercing*, bem como os respectivos consumíveis, assegurando o acesso a material não contaminado;
 - iv) Estabelecer as condições para tornar disponível a profilaxia pós-exposição ocupacional e não ocupacional;
 - v) Observar inicialmente todos os reclusos sob protocolo-padrão, que deve incluir questões dirigidas para sintomas respiratórios (como tosse prolongada superior a duas semanas, hemoptises) e sintomas gerais (como febre, emagrecimento, astenia, suores nocturnos), seguido de isolamento e início do processo de diagnóstico quando necessário;
 - vi) Desenvolver um plano de educação para a saúde;
 - vii) Promover no meio prisional os princípios e a prática do programa “Diz não a uma seringa em segunda mão” que, a médio prazo, assegurem a real identidade de condições nas respostas em saúde entre o meio prisional e o meio livre.
 - viii) Experimentalmente, instalar em quatro EP (Lisboa, Paços de Ferreira, Faro e Montijo) um sistema de troca automática de seringas, a avaliar ao fim de um ano; do resultado dessa avaliação resultará a decisão final sobre esta opção.

Lisboa, 20 de Julho de 2006

A Presidente do Grupo de Trabalho,

(Licenciada Maria Estrela da Graça de Pinho Campinos Poças)

Os demais elementos do Grupo de Trabalho,

(Licenciado Manuel João Rodrigues)

(Licenciada Maria João Pinto Eliseu)

(Licenciada Inês Setil, em substituição da Licenciada Maria Manuel Bastos)

(Prof. Doutor José Henrique Dias Pinto de Barros)

(Licenciado Nuno Pereira Silva Miguel)

(Licenciado João Augusto Castel-Branco Goulão)