

---

JOAQUIM RENATO DE SOUSA E SILVA

# SAÚDE E TOXICODPENDÊNCIA NA PRISÃO

Avaliação do Programa de Substituição com  
Metadona no Estabelecimento prisional de  
Coimbra

---

ESCOLA SUPERIOR DE ALTOS ESTUDOS



**Dissertação de Mestrado em Serviço Social**

COIMBRA, 2022

---

## **RESUMO**

O estudo aqui apresentado propõe-se compreender o impacto que o Programa de Substituição com Metadona (PSM) teve no Estabelecimento Prisional de Coimbra (EPC), entre os anos 2016 e 2020. O acesso ao Sistema Informação Multidisciplinar (SIM) permitiu realizar uma caracterização sociofamiliar e comportamental das relações com as drogas da população em estudo. De seguida, foi efetuada uma entrevista semi-diretiva junto de uma amostra intencional, submetida a análise de conteúdo. Concluímos que, em média, 13% da população reclusa teve acesso ao PSM e 14% teve alta clínica, a idade média é de 42 anos, maioritariamente são solteiros, sem profissão e estabelecem contacto com substâncias aditivas em idade precoce. O PSM tem impacto positivo na diminuição dos níveis de “stress”, na melhoria da condição física, psíquica e emocional da pessoa reclusa. Conduz ao restabelecimento de relações sociais, à melhoria das relações com a instituição e reaprendizagem de papéis. As linhas estratégicas de cuidados de saúde em ambiente prisional, no que se refere aos problemas de toxicodependência, devem não só passar por uma resposta terapêutica exclusivamente farmacológica, mas também incluir reaprendizagem de competências sociais e aquisição/reaquisição de comportamentos saudáveis. É neste contexto que as intervenções psicoeducativas e grupos terapêuticos podem assumir um papel determinante na reintegração da pessoa reclusa toxicodependente na sociedade.

**Palavras-chave:** Saúde, Toxicodependência/PSM, Prisão, relações sociais e institucionais

## **ABSTRACT**

The study presented here aims to understand the impact that the Methadone Replacement Program (PSM) had on the Coimbra prison (EPC), between 2016 and 2020. Access to the Multidisciplinary Information System (SIM) allowed for a characterization socio-familial and behavioral relationships with drugs in the study population. Then, a semi-directive interview was carried out with an intentional sample, submitted to a content analysis. We conclude that, on average, 13% of the prison population had access to PSM and 14% had clinical discharge, the average age is 42 years, most are single, without a profession and contact at an early age with addictive substances. The PSM has a positive impact on reducing stress levels, improving the physical, psychological and emotional condition of the inmate. It leads to the re-establishment of social relationships, the improvement of relationships with the institution and the relearning of roles. In the future, the strategic lines of health care in a prison environment, with regard to drug addiction problems, must not only go through an exclusively pharmacological therapeutic response, but also include relearning social skills and acquiring/reacquiring healthy behaviors. It is in this context that psycho-educational interventions and therapeutic groups can play a decisive role in the reintegration of drug addicted prisoners into society.

**Key words:**Health, Drug Addiction/PSM, Prison and Social and Institutional Relations.

## Índice

ABREVIATURAS E SIGLAS.....	iv
ÍNDICE DE ANEXOS.....	v
ÍNDICE DE FIGURAS.....	vi
ÍNDICE DE TABELAS.....	vii
<b>I- INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
1.1. Droga, Prisão e Saúde.....	3
1.1. Programas de Substituição em Meio Prisional.....	8
1.3 Organizações promotoras da Consulta Partilhada e do Programa de Substituição com Metadona.....	12
1.3.1. O Estabelecimento Prisional de Coimbra (EPC). Breve Caracterização.....	12
1.3.2. O Centro de Respostas Integradas de Coimbra (CRI). Breve caracterização da Consulta Partilhada.....	13
<b>II. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....</b>	<b>15</b>
A-PARTICIPANTES.....	15
B-PROCEDIMENTOS.....	16
<b>III. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>18</b>
1) Condição Sócio familiar população em estudo.....	18
2) Caracterização da relação com as substâncias, a dependência e o início do tratamento da população em estudo.....	18
3) Movimento Clínico do PSM no EPC.....	20
5) Acesso à saúde e tratamento.....	23
6) Relação Institucional.....	30
7) Comportamento / consumo.....	40
8) Relações sociais.....	41
<b>IV. CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES.....</b>	<b>45</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>49</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>55</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>60</b>

## ABREVIATURAS E SIGLAS

CAT – Centro de Atendimento a Toxicodependentes

COVID – Coronavírus Disease

CP – Consulta Partilhada

CRI- Centro de Resposta Integradas

DICAD – Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos

EP- Estabelecimento Prisional

EPC – Estabelecimento Prisional de Coimbra

ET – Equipa de Tratamento

ETC – Equipa de Tratamento de Coimbra

ETE – Equipa de Tratamento Especializado

IDT – Instituto da Droga e Toxicodependência

OEDT – Observatório Europeu da Droga e Toxicodependência

OMS – Organização Mundial da Saúde

PORI – Programa Operacional de Respostas Integradas

PSM – Programa de Substituição com Metadona

PTAO- Programa Tratamento Agonista Opiáceo

RAVI- Regime Aberto Voltado para o Interior

SICAD- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências

SIM – Sistema de Informação Multidisciplinar

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I - Autorização superior para consulta e uso de dados Sistema Informação Multidisciplinar (SIM)	pg.59
Anexo II- Consentimento informado	pg.61

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Utentes da consulta partilhada no EPC	pg.64
Figura 2. Representatividade de utentes do PSM no EPC	pg.64
Figura 3. Média de consultas por recluso em PSM	pg.66
Figura 4. Movimento de utentes	pg.66
Figura 5, 6, 7, 8, 9. Recaídas e readmissões dos utentes que integraram o PSM (2016-2020)	pg.68
Figura 10. Número de contactos com unidades especializadas	pg.70

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Características sociofamiliares do grupo em estudo	pg.72
Tabela 2. Caracterização comportamento/droga	pg.74
Tabela 3. Dados dos utentes em estudo à data do 1º contacto com uma unidade especializada	pg.76

INDÍCE DE APÊNDICES

Apêndice A - Guião da entrevista pg.78

Apêndice B - Matriz de análise de conteúdo pg.81

## I. INTRODUÇÃO

A presente dissertação tem como objeto de análise o Programa de Substituição com Metadona realizado no Estabelecimento Prisional de Coimbra entre 2016 e 2020. Do ponto de vista ético e profissional, reconhece-se que a realização de uma avaliação a esta resposta terapêutica existente há mais de uma década, constitui um momento fundamental para (re)pensar as linhas e estratégias delineadas, com especial incidência ao acesso a cuidados de saúde especializados na área das adições em meio prisional, tendo como referência o tratamento, a saúde e a reinserção social destes indivíduos em reclusão.

Considerando que o consumo de droga no meio prisional é uma realidade, o Estado ao longo das últimas décadas, tem procurado dar resposta na área da saúde, nomeadamente com a criação de Unidades Livres de Drogas, Programas de Motivação para o Tratamento, Programas Tratamento Agonistas Opiáceo (PTAO) sendo um deles Programa Substituição com Metadona (PSM). Na verdade, se vários autores (Stöver et al., 2007), alertam para o facto de o meio prisional constituir um ambiente favorável à continuidade de consumo de estupefaciente (dependência), ou até mesmo ao início destes mesmos consumos, outros investigadores indicam que a permanência no estabelecimento, pode constituir uma oportunidade única para o indivíduo toxicodependente recluso integrar uma resposta terapêutica especializada e ao mesmo tempo mais personalizada (Torres et al., 2001; Kastelic et al., 2007).

Em 2004 foi criada a “Consulta Partilhada”, uma resposta terapêutica prestada à população em reclusão no Estabelecimento Prisional de Coimbra (EPC), em resultado de um Protocolo de Cooperação entre esta Instituição e o Centro de Resposta Integrada de Coimbra (CRI). Constituiu-se uma estratégia de consciencialização para a adoção de comportamentos e relações saudáveis, rastreio de HIV, prevenção de recaídas e estar na consulta sem estar algemado evitando um processo discriminatório que ocorria no exterior. No início do ano de 2009, a consulta passou a integrar o Programa de Substituição com Metadona (PSM), tendo como princípios: o tratamento, a redução de danos e a reinserção da pessoa reclusa.

Assim a presente dissertação, intitulada “Saúde e Toxicodependência na Prisão. Avaliação do PSM no EPC”, tem como pergunta de partida “Qual o impacto do PSM nos utentes do EPC?”. Traçou-se como objetivo geral avaliar o PSM executado no EPC entre os anos de 2016 a 2020.

Para dar resposta ao objetivo geral traçado, definiram-se os seguintes objetivos específicos: a) analisar os dados sociofamiliares e clínicos dos indivíduos que integraram o PSM; b) analisar a acessibilidade ao Programa e a relação com a equipa terapêutica; c) analisar as implicações do PSM nas relações institucionais; d) identificar alterações de comportamento na relação droga e crime; e) identificar mudanças nas relações sociais.

Foram utilizados dois instrumentos de recolha de dados. O primeiro foi a análise documental, que teve como base o Sistema de Informação multidisciplinar, que permitiu consultar 341 processos de 169 indivíduos, à data do primeiro contacto com uma unidade especializada. O segundo instrumento foi a entrevista semi-diretiva aplicada a uma amostra intencional de cinco indivíduos, que fizeram o PSM entre o ano de 2016 e 2020 no EPC e que, atualmente, cumprem o respetivo programa na Equipa de Tratamento de Coimbra.

Em termos de estrutura o presente estudo é composto por dois movimentos. O primeiro corresponde a uma revisão bibliográfica na qual se procedeu a uma análise da problemática do acesso à saúde em meio prisional, dando destaque as respostas terapêuticas, mais concretamente as terapias de substituição com Metadona. Procura-se ainda fazer uma abordagem aos vários estudos realizados nas últimas décadas sobre droga em estabelecimentos prisionais. O segundo movimento centra-se no estudo empírico, fundamenta-se a seleção dos procedimentos metodológicos em função dos objetivos traçados, apresentam-se e discutem-se os resultados, terminando com a apresentação dos pontos fortes e fracos do programa e recomendações.

### 1.1. Droga, Prisão e Saúde

A droga é para Jervis (1977), citado por Fernandes (1997, p.154), “todo o conjunto de substâncias químicas introduzidas voluntariamente no organismo com o fim de modificar as condições psíquicas e que, enquanto tal, criam mais ou menos facilmente uma situação de dependência no sujeito”. Para Cardoso (2001, p.9), o conceito de droga “remete-nos para doença, insegurança, criminalidade, atropelos morais e sociais, entre outros”. Para Romani (2004), citado por Viana (2011, p.1), todas as “substâncias químicas cujos efeitos, consequências e funções dependem das definições sociais e culturais dos grupos que as utilizam.”

Apesar de ser proibida a entrada de droga nos Estabelecimentos Prisionais, esta é entendida como um fenómeno usual por parte dos decisores políticos, funcionários prisionais, e até mesmo peritos na área prisional. Referindo-se a Torres et. al. (2001), Silva (2016, p. 20) afirma que “a entrada de estupefacientes torna-se facilitada devido à diversidade e regularidade de pessoas que entram num estabelecimento prisional, sejam estas visitas, prestadores de serviço, o “staff” prisional, ou até mesmo o facto de alguns reclusos beneficiarem de contacto com o exterior – regime aberto ao exterior – torna a instituição vulnerável a este fenómeno.”

No que se reporta ao consumo de estupefacientes nos estabelecimentos prisionais, importa mencionar que quando um indivíduo entra na prisão para cumprimento de uma pena, este reduz ou acaba com o consumo em virtude da dificuldade de as adquirir (Observatório Europeu de Droga e Toxicodependência, 2009). Contudo, a percentagem de pessoas reclusas a cessar o consumo após a sua entrada num estabelecimento prisional é muito diminuta. Se num primeiro momento, deixa de consumir substâncias ilícitas por inacessibilidade ou desconhecer a forma como adquiri-la, num momento posterior, acaba por apreender como obter estupefacientes no interior do estabelecimento prisional.

Em 2002, um estudo realizado pelo OEDT, relativo ao consumo de estupefacientes dos indivíduos condenados, concluiu que pelo menos 50% das pessoas reclusas consumiu substâncias ilícitas, aproximadamente 20% referiu consumir drogas de modo regular e somente 14% recebeu tratamento. Em Portugal, 12% da população reclusa afirmava consumir regularmente estupefacientes, como aponta o OEDT.

De acordo com OEDT (2003), os estudos europeus mostravam que a maioria dos indivíduos em reclusão eram consumidores habituais ou apresentavam alguma

experiência com drogas ilícitas. Se os estabelecimentos prisionais podem constituir um meio para pôr termo ou reduzir o consumo de estupefacientes, em simultâneo o ambiente que caracteriza este tipo de instituição (sobrelotação, violência e insalubridade) pode contribuir, em alguns casos, para o início do consumo de opiáceos ou até agravamento do mesmo.

Dores (2004) alertava, por essa altura, para a sobrelotação dos estabelecimentos prisionais, que no seu entendimento, constituíam um entrave à ação direta para uma intervenção social preventiva e normativa, conducente à reinserção dos reclusos. Na verdade, de modo geral, a sociedade considera o sistema prisional como uma instituição segura, onde há ordem e autoridade, no entanto, os EP acabam por não serem lugares totalmente seguros para as pessoas reclusas, uma vez que faltam melhores condições para a sua dignidade.

Em 2007 um estudo de Anália Torres (2008), concluiu que, em 2394 indivíduos em reclusão em estabelecimentos prisionais no território nacional, 55% admitia ter consumido pelo menos uma substância ilícita antes do cumprimento da sua pena privativa de liberdade, as substâncias eram: canábis (55,2%), cocaína (40,2%) e heroína (34,4%). A ingestão de ecstasy, fármacos e anfetaminas era pouco relevante, no entanto, era assumida por 30% dos inquiridos.

Já no que diz respeito a indivíduos primários, 33% assumiram o consumo de pelo menos uma droga ilícita ao longo da vida. As substâncias mais consumidas eram a canábis (29,8%), seguindo-se os fármacos (16,3%), a heroína (13,5%) e, por último, a cocaína (9,9%).

Durante o cumprimento da pena privativa de liberdade, a maioria dos indivíduos em reclusão (70%) que participou no estudo reportou ter diminuído os seus consumos aquando da sua entrada no estabelecimento prisional, 5% assumiu ter aumentado os consumos, 13,7% manteve o mesmo nível consumo e 11,3% afirmou mesmo não consumir qualquer substância. Esta conclusão poderá sugerir a existência de mecanismos de controlo no acesso às drogas no interior dos estabelecimentos prisionais.

Como forma de combater o consumo de droga em meio prisional em Portugal, o artigo 104º do Código de Execução de Penas e Medidas Preventivas de Liberdade consagrou que em caso de posse ou transação de estupefacientes no interior da prisão, a pessoa reclusa é sujeita a medidas disciplinares. Na alínea j) do artigo supramencionado, é considerada infração disciplinar grave “Deter, possuir, introduzir, produzir, fabricar, distribuir ou transacionar no estabelecimento prisional estupefacientes ou qualquer outra

substância tóxica, fármacos não prescritos ou bebidas alcoólicas não autorizadas ou organizar essas atividades”. Todavia, como alerta Silva (2016, p.21) “apesar de ser um fenómeno penalizado no interior das prisões, o número de consumo revela-se preocupante”.

Na verdade, a droga nos estabelecimentos prisionais acaba por constituir uma oportunidade de negócio para as pessoas reclusas que se encontram a cumprir pena por tráfico de droga. Na realidade as pessoas reclusas estão sujeitas a tempo livre de ocupação e de trabalho remunerado, acabando inevitavelmente, por ludibriar as regras dos estabelecimentos prisionais e conduzindo a que o tráfico de droga seja uma realidade e uma fonte de rendimento.

Em simultâneo, o ambiente prisional apresenta fatores potenciadores ao aparecimento de problemas de saúde nas pessoas privadas de liberdade. Trata-se da sobrelotação, da falta de condições de salubridade, da realização de tatuagens sem utensílios adequados, de perturbações do foro psiquiátrico, do uso de drogas, da prática de relações sexuais desprotegidas, da violência, entre outros fatores (OMS, 2014).

Deste modo, o percurso de vida da pessoa em reclusão, o ambiente prisional, e os demais fatores de risco já enunciados contribuem para que nas pessoas privadas de liberdade exista uma predominância de doenças infecciosas (HIV, Tuberculose e Hepatite B e C) e de doenças relacionadas com a saúde mental, que se encontram normalmente associadas a situações de consumo regular de substâncias ilícitas.

Esta realidade leva a que a população privada de liberdade apresente um estado de saúde com problemas específicos e necessidades de tratamento diferenciados, nomeadamente nas áreas da infeciologia, da saúde mental e das dependências.

As pessoas em reclusão são indivíduos com os mesmos direitos humanos em relação aos indivíduos que se encontram em liberdade. Os Direitos Humanos têm nas instituições prisionais um campo de preocupação inesgotável (Dores, 2004). Assim, todo o recluso tem direitos em matéria de saúde, assistência médica especializada, salubridade dos locais de detenção, higiene e exercício físico. A Constituição da República Portuguesa de 1976 determina ao abrigo do n.º 1 do artigo 64º “todos têm direito à proteção da saúde e dever de a defender e promover”.

Nos anos 80 e 90 do século passado o Conselho Europeu elaborou um conjunto de recomendações e diretrizes para a definição de políticas de saúde em meio prisional. As Recomendações (88) 1980, de 30 de junho e a Recomendação (93) de 18 de outubro, apelaram para a necessidade de uma política de saúde não só de prevenção de doenças

contagiosas, com especial destaque para o HIV, mas também a prevenção de consumo de substâncias aditivas. A Recomendação (98) de 8 de abril de 1998, resultante do Comité de Ministros do Conselho da Europa, recomendou no ponto 1, que devem ser disponibilizados aos reclusos tratamentos preventivos e de cuidados de saúde equiparados aos que são oferecidos à população em geral. Esta Recomendação reforça o papel de todo o pessoal responsável pela prestação de cuidados de saúde e define um conjunto de regras gerais sobre a organização de cuidados de saúde em contexto prisional (Santos, 2003).

A partir de 2000, as respostas a nível nacional incluíram as diretrizes do Conselho Europeu. A Lei 30/2000, de 29 novembro, introduziu os programas de tratamento de toxicodependentes em meio prisional. Como afirma Silva (2016, p.22) esta medida “visa rentabilizar o tempo de reclusão de modo a promover estilos de vida saudáveis e implementar programas de promoção da saúde e prevenção de doenças”.

Ainda sobre a área da saúde em meio prisional, importa mencionar que esta se encontra consagrada no Código da Execução das Penas e Medidas Privativas da Liberdade, Decreto-Lei n. 115/2009, de 12 de outubro, no artigo 32º, referente aos “princípios gerais de proteção da saúde”, o acesso e a prestação de cuidados de saúde são assegurados nos termos de um diploma próprio. Os indivíduos privados de liberdade continuam a ser utentes do Serviço Nacional de Saúde, aos quais é garantido o acesso a cuidados de saúde em condições idênticas (qualidade e continuidade) às que são asseguradas a todos os cidadãos em liberdade. Aos indivíduos privados de liberdade que sejam vítimas de maus tratos físicos, psicológicos ou sexuais e/ou que sofram de doenças crónicas é garantido o acesso a cuidados específicos e continuados. A cada indivíduo corresponde um processo clínico individual dotado de sigilo e confidencialidade que acompanha o indivíduo no seu percurso prisional. O artigo 33º assegura medidas que visem a manutenção da sua higiene pessoal, a do seu espaço de alojamento e a das demais instalações do estabelecimento prisional. Devem ser proporcionados programas/estratégias que visem a adoção de estilos de vida saudável, com vista à prevenção de comportamentos de risco. Devem ser criadas ações de profilaxia promovidas pelo Serviço Nacional de Saúde, bem como, deve ser assegurada a participação em rastreios de doenças contagiosas, sempre que se justifique.

Com vista a uma atuação sobre as doenças mais frequentes na população em reclusão, o Decreto-Lei n. 51/2011, de 11 de abril, Regulamento Geral dos Estabelecimentos Prisionais (R.G.P), n.º 1 do artigo 10.º, determina que são assegurados “cuidados médicos imediatos ao recluso que deles declare necessitar, que se apresenta em

evidente sofrimento ou com síndrome de privação de substâncias psicoativas ou alcoólicas”. Ainda no artigo 53, relativo à prestação de cuidados de saúde, fica o estabelecimento prisional obrigado no prazo de 24 horas ser presente ao enfermeiro e no prazo de 72 horas, que o indivíduo seja submetido a uma avaliação clínica, devendo o médico dar especial atenção ao diagnóstico de distúrbios mentais, a propensões suicidas ou ainda à existência de síndromas de abstinência, sinais de agressão, violência física ou de cariz sexual, para além, da existência de doenças transmissíveis, contagiosas ou patologias crónicas. No caso de se revelar necessário, o clínico deve prescrever a realização de exames complementares de diagnóstico que permitam o rastreio de doenças infecto- contagiosas, bem como, a prescrição de medicação adequada.

Deste modo, a lei atualmente em vigor propõe que sejam assegurados cuidados médicos imediatos sempre que a pessoa reclusa afirme que deles necessite, como é caso de indivíduos que tenham problemas de dependência de drogas e que apresentem evidência de sofrimento em resultado de situações de privação de substâncias psicoativas ou de álcool.

Com vista a levar a cabo este conceito mais personalizado e humanista de ressocialização, o Decreto-lei 265/79, de 1 de agosto, já haviam sido criados vários instrumentos, como sejam a flexibilidade da execução da pena de prisão, os regimes de licenças de saída, planos de tratamento de reclusos e o Plano Individual de Readaptação (PIR).

A Lei n.º 115/2009, de 12 de outubro, reformula todos os conceitos estabelecidos no decreto de Lei anterior e, no nº2 do artigo 21, define que “Independentemente da duração da pena, o plano individual de readaptação é obrigatório nos casos de reclusos até aos 21 anos ou de condenação em pena relativamente indeterminada”, e conforme consta no n.º3 do mesmo artigo “ O plano individual de readaptação visa a preparação para a liberdade, estabelecendo as medidas e atividades adequadas ao tratamento prisional do recluso, bem como, a sua duração e faseamento, nomeadamente nas áreas de ensino, formação, trabalho, saúde, atividades socioculturais e contactos com o exterior.”

Dando especial enfoque ao tratamento do consumo de substâncias aditas, os Serviços responsáveis pelo acompanhamento da execução de penas, em colaboração dos serviços de vigilância e segurança e serviços clínicos, para além do PIR, devem definir planos individuais de tratamento, que tenha como base a história de vida da pessoa reclusa e dos instrumentos e estratégias definidas pelo Estado. Em simultâneo de existir uma cooperação estreita entre as instituições de saúde existentes (públicas e privadas), com

especial destaque para a garantia de um aconselhamento e tratamento personalizado aos indivíduos reclusos consumidores de substâncias psicoativas, em virtude de “não ser fácil fornecer tratamento adequado nas prisões para reclusos dependentes de drogas, álcool ou medicação” (Ponto I da Recomendação (98) 7, do comité de Ministros do Concelho da Europa, de 8 de abril).

Cada EP elabora e submete à aprovação do diretor-geral um plano de promoção da saúde e prevenção da doença, com particular incidência na vertente da redução dos comportamentos de risco e a aplicação de planos específicos de intervenção clínica, designadamente nas áreas da toxicodependência e utilização abusiva de substâncias, das doenças infecciosas, da saúde mental e ainda da prevenção do suicídio e dos comportamentos auto lesivos deliberados.

Pretende-se com este compromisso assegurar que os estabelecimentos prisionais não funcionem como instituições que fomentam o consumo de substâncias ilícitas e que agravam os danos decorrentes deste comportamento, mas que surjam como uma oportunidade para o tratamento e para a melhoria da saúde da pessoa em reclusão. Que sejam instituições que procurem criar benefícios para os indivíduos privados de liberdade, mas também para a sociedade. Esta abordagem leva a que as linhas estratégicas a aplicar nos estabelecimentos prisionais, assente na disponibilização de uma intervenção terapêutica com um papel mais amplo.

### 1.1. Programas de Substituição em Meio Prisional

Considerando que o meio prisional agudiza três grandes esferas da saúde pública – a saúde mental, as doenças transmissíveis e o consumo de drogas – estas acabam por constituir os grandes desafios para os países europeus. Deste modo, em termos de políticas de saúde em meio prisional, os diferentes Estados da União Europeia têm alertado para a importância dos problemas decorrentes do consumo de droga nas prisões e definido as suas estratégias em torno do compromisso de disponibilizar, aos indivíduos em reclusão, cuidados de saúde e tratamento de opiáceos semelhantes aos que são fornecidos aos toxicodependentes em liberdade (OEDT 2003). O mesmo relatório menciona que na melhor das hipóteses, a prisão pode constituir uma oportunidade única para chegar junto de consumidores de drogas que nunca estiveram em contacto com serviços especializados de tratamento.

Pretende-se assegurar que os EP's surjam como uma oportunidade para o tratamento e para a melhoria da saúde da pessoa em reclusão, que contribuam para criar benefícios para os indivíduos privados de liberdade e também para a sociedade. Esta abordagem leva a que as linhas estratégicas a aplicar nos EP's assente na disponibilização de uma intervenção terapêutica e socioeducativa.

A administração sob supervisão médica de uma substância psicoativa prescrita é uma forma de prestação de cuidados de saúde usada em pessoas dependentes de heroína e outros opiáceos pelo facto de ter propriedades idênticas às substâncias usadas pelos consumidores toxicodependentes. Alivia os sintomas de abstinência e inibe o desejo do seu consumo. Como referem Kastelic et al. (2007, p.14) “o tratamento de substituição é valioso porque fornece uma oportunidade para os consumidores de drogas dependentes reduzirem a sua exposição a comportamentos de alto risco e se estabilizarem em termos sociais e de saúde antes de se abordar a dimensão física da dependência.”

Pretende-se com esta terapêutica que o indivíduo readquira a capacidade de se concentrar em atividades ditas normais e diárias da sua vida, sem que haja necessidade de obter ou autoadministrar outras substâncias. O agonista mais utilizado nas Terapias de Substituição é a metadona.

A ausência de uma visão da dependência de drogas como uma doença crónica e o entendimento de que abstinência leva a maiores benefícios para os consumidores em reclusão, constituem dois motivos, apontados pelos investigadores como causas para a falta de paridade na utilização de programas de substituição em meio prisional. Contudo, existem razões para entender a importância destas respostas terapêuticas em meio prisional. “A toxicodependência está sujeita a fortes concepções ideológicas e culturais. A influência adversa destas concepções sobre as abordagens e objetivos de tratamento de adições, coloca os indivíduos dependentes numa posição em que a escolha e o acesso ao tratamento são decididos por considerações ideológicas e não médicas” (Kastelic et al., 2007, p. 48).

Para Stöver et al. (2007), ao analisar-se a temática da aplicação de programas de substituição em meio prisional, verifica-se a existência de razões teóricas e funcionais que explicam a sua falta de equidade em função da população (indivíduos em reclusão, indivíduos a viver em sociedade).

Outros estudos realçam que a redução nas taxas de reincarceramento está diretamente relacionada com o fornecimento ou integração em programas de substituição

com metadona nos estabelecimentos prisionais, numa base de manutenção e não de desintoxicação (Levasseur et al.,2001; Sibbald,2002).

Nos sistemas prisionais, os tratamentos de substituição opiácea são muitas das vezes mais orientados para as necessidades da instituição do que para as necessidades do indivíduo com problemas de adição.

Na verdade, de acordo com um estudo realizado por Bertram e Gorta (1990), o tratamento de substituição revelou-se uma medida altamente eficaz na redução de danos nas prisões, na medida em que induz à diminuição do consumo de drogas, há redução da violência e, em simultâneo, contribuiu para o decréscimo de crimes relacionados com o consumo de substâncias ilícitas.

Na implementação deste tipo de resposta terapêutica é importante que médicos e profissionais de saúde sigam princípios que sejam aceites por toda a comunidade prisional (indivíduos em reclusão, profissionais e administração). A promoção das premissas consideradas relevantes em todo o processo terapêutico, tende a promover a confiança nas intervenções de cuidados de saúde sobre as dependências, evita contratempos e situações de conflito. “As administrações penitenciárias e o pessoal não médico se não forem adequadamente informados sobre os benefícios evidentes destas terapias de substituição, darão maior ênfase aos riscos do uso indevido e do desvio dos fármacos de substituição e tenderam a neutralizar estes mesmo programas” (Kastelic et al., 2007, p. 49).

Em termos gerais, o sistema prisional beneficia de uma redução dos sintomas de abstinência aquando da admissão, do comércio de drogas mais restrito e de um aumento de produtividade das pessoas reclusas. A implementação das terapias de substituição nas prisões está associada a uma melhoria na capacidade de gerir as pessoas reclusas e no aumento da segurança do estabelecimento prisional. Verifica-se que os encargos institucionais totais com indivíduos que integrem programas de substituição opiáceas são francamente mais reduzidos, em comparação com as despesas tidas com os indivíduos que não estão neste tipo de resposta terapêutica. A redução do uso de drogas e a diminuição do número de recaídas foram de igual modo relatados por sujeitos incluídos em programas de substituição com metadona (Stöver & Michels, 2010).

Como se tem vindo a realçar, o tratamento de substituição em meio prisional constitui um processo terapêutico com benefícios não só para os sujeitos dependentes e privados de liberdade, mas também para os estabelecimentos prisionais. Todavia, esta prestação de cuidados de saúde deve integrar um conjunto de respostas mais alargadas, dado que

como foi demonstrado no estudo realizado por Stöver et al., (2007), a maioria dos EP's apresentam falta de respostas psicossociais devido à escassez de recursos e, muitas vezes, o tratamento de substituição tende a ser uma mera prescrição de opiáceos o que conduz a uma considerável insatisfação dos pacientes para com a terapêutica, mas também uma insatisfação na relação que estes estabelecem com os técnicos de saúde. Deste modo, ao traçar a resposta terapêutica de um programa de substituição, há que delinear um plano individual, o qual deve ser personalizado e no qual se devem contemplar diferentes variáveis, como sejam os recursos disponíveis, as necessidades do indivíduo, os desejos e expectativas do mesmo, tendo como suporte a opinião de uma equipa de saúde especializada.

Num processo de mudança em indivíduos com perturbações resultantes do consumo de estupefacientes, a motivação para o tratamento surge como um elemento fundamental. Neste contexto, o Modelo Transteórico (Prochaska, 1992, 1993 e 1994; Rosen et al., 2004), constitui uma ferramenta importante no estudo da motivação para o tratamento das perturbações resultantes do consumo de estupefacientes. Trata-se de um modelo cujo pressuposto é a concretização de mudanças de comportamento bem-sucedidas que resultam da aplicação de estratégias próprias, aplicadas no momento certo e em harmonia com os estádios de motivação em que cada indivíduo se encontra no processo de tratamento.

Este instrumento reconhece a importância dos níveis de motivação em indivíduos com perturbações de comportamento resultante do consumo de estupefacientes. Trata-se de um modelo multivariado e dinâmico, que reflete a complexidade do processo de mudança. Este modelo engloba três dimensões que representam elementos críticos no processo de mudança. As referidas dimensões são: o reconhecimento do problema, a ambivalência e o estabelecimento de um comportamento associado à mobilização para a ação.

Em termos práticos, esta abordagem defende que as intervenções clínicas a desenvolver devem implicar procedimentos distintos em função do estágio de envolvimento em que se encontra o indivíduo em tratamento. Como refere Viana (2011, p.9) “uma das implicações práticas resultantes do modelo define que se deverá estabelecer tarefas terapêuticas diferenciadas de acordo com o estágio de mudança em que se encontra a pessoa.”

É o estímulo que conduz à focalização, ao esforço, à energia necessária para o desencadear e desenvolver o processo de transformação comportamental. Como alerta

Viana (2011, p.7) “a compreensão do processo de mudança da toxicodependência contribui para determinar os fatores que promovam a mudança de estilos de vida e aumentam a adesão, retenção e fim do tratamento com sucesso dos toxicodependentes”.

### 1.3 Organizações promotoras da Consulta Partilhada e do Programa de Substituição com Metadona

#### 1.3.1. O Estabelecimento Prisional de Coimbra (EPC). Breve Caracterização

O estabelecimento Prisional de Coimbra (EPC) é considerado um estabelecimento central destinado a indivíduos condenados a penas privativas de liberdade superiores a seis meses. Constitui uma instituição de Alta Segurança, onde as penas são executadas em regime comum ou em Regime Aberto Voltado para o Interior (RAVI).

Construído nos finais do século XIX, o EPC veio ocupar o antigo Colégio de Nossa Senhora da Conceição da Ordem de Cristo ou de Tomar, vendido em hasta pública em 1852. O aumento da criminalidade, a extinção das ordens religiosas e a tutela estatal do antigo Colégio constituíram os principais argumentos para o aparecimento do EPC.

Em 1981, a lei vigente determina a designação de Estabelecimento Prisional de Coimbra (EPC), nome que permanece até à atualidade.

Em 1997 procedeu-se à construção, no local, de uma nova área de reclusão destinada a indivíduos que se encontravam a aguardar julgamento. Encerrado em 2009 reabre em 2017, para acolher as pessoas reclusas das saídas jurisdicionais e mais recentemente, este espaço passou a ser usado como área de quarentena, para receber indivíduos de todo o território nacional, face à Pandemia COVID19.

Em termos arquitetónicos, o EPC caracteriza-se por uma construção panóptica, com uma disposição em “cruz latina”, cujas hastes correspondem a diferentes alas (A, B, C, D, E, F, G, H), com corredores que convergem para uma estrutura octogonal, local onde é possível vigiar/observar todas as alas. Na cave deste edifício existem celas disciplinares e na sua entrada funcionam os gabinetes de serviços administrativos e o ponto de passagem obrigatório, ou seja, o detetor de metais para se efetuar a revista a todos aqueles entram no EPC.

Este sistema, usualmente conhecido por Sistema Panóptico Radial de Bentham, surgiu no século XIX seguindo os ideais de Jeremy Bentham “O princípio é conhecido: na periferia uma construção em anel; no centro, uma torre; esta é vazada de largas janelas

que se abrem sobre a face interna do anel; a construção periférica é dividida em celas, cada atravessando toda a espessura da construção” (Foucault, 1999, p.229).

### 1.3.2. O Centro de Respostas Integradas de Coimbra (CRI). Breve caracterização da Consulta Partilhada

No ano de 2011 com a extinção do Instituto da Droga e da Toxicodependência, IP., criou-se o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (SICAD) que assume um caráter interventivo mais alargado. Com este organismo procura-se reforçar a componente de planeamento e acompanhamento de programas de redução do consumo de substâncias psicoativas, aumentar a prevenção dos comportamentos aditivos e a diminuição das dependências.

Ao abrigo do Despacho n.º 2976/2014, o Ministério da Saúde português criou o Centro de Respostas Integradas de Coimbra (C.R.I. de Coimbra). Este constitui um organismo integrado e coordenado na Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências, cuja tutela é da Administração Regional de Saúde do Centro.

Assume-se como uma estrutura local, o C.R.I. de Coimbra é composto pela Equipas de Tratamento (ET) de Coimbra e da Figueira da Foz, pelas Consultas de Jovens integradas nestas ET, bem como, pela Consulta Partilhada do Estabelecimento Prisional de Coimbra.

O CRI de Coimbra, funciona com uma equipa multidisciplinar, que integra médicos, psicólogos, assistentes sociais, um técnico psicossocial e técnicos administrativos, segue o modelo “Bio-Psico-Social”, compreendendo o utente/cidadão como o resultado de um continuum de sistemas que interagem diferentemente entre si.

A colaboração entre o Estabelecimento Prisional de Coimbra (EPC) e o IDT, atual DICAD, remonta a junho de 2004, ano em que foi implementado um projeto-piloto. Este propunha-se a delinear uma resposta terapêutica no âmbito da prevenção e tratamento dirigido às pessoas reclusas toxicodependentes.

A 31 de dezembro de 2008, foi celebrado um compromisso de colaboração entre as duas entidades, no âmbito do Programa Operacional de Respostas Integradas (PORI) do agora DICAD, através do C.R.I. de Coimbra. Deste modo, tornou-se possível garantir à população prisional toxicodependente de Coimbra o direito à saúde e o acesso em meio prisional às modalidades de prevenção e tratamento da toxicodependência em igualdade

com os cidadãos em meio livre, assim como terapias de substituição. Criou-se a Consulta Partilhada.

Em 2004 estabeleceu-se uma primeira parceria entre Centro de Respostas Integradas (CRI) e o Estabelecimento Prisional de Coimbra (EPC), com o objetivo de dar respostas adaptadas às pessoas reclusas toxicodependentes. Mais tarde, o Programa Operacional de Respostas Integradas no Estabelecimento Prisional de Coimbra - PORI - EPC, conduz a um compromisso de colaboração assinado a 31 de dezembro de 2008 entre o EPC e o IDT. Foi criada uma equipa multidisciplinar vocacionada preferencialmente para o meio prisional, por razões de segurança, racionalização de meios e de modo a evitar exposições estigmatizantes. Da equipa do Estabelecimento Prisional faziam parte: médica de medicina geral e familiar, psicóloga clínica, um elemento da vigilância. O antigo C.A.T, assegurava a supervisão médica e recursos de enfermagem e disponibilizava um Técnico Psicossocial.

Com vista à criação Modelo de Intervenção realizou-se um diagnóstico conjunto sobre a dimensão e impacto desta problemática, foram definidos os grupos de indivíduos a serem integrados, as ações a realizar e os objetivos a alcançar.

A 5 de Janeiro de 2009 teve início a intervenção no âmbito do PORI-EPC, à qual foram afetos 7 técnicos: 1 Médico, 1 Psicólogo e 1 Técnico de educação, cedidos pelo EPC e 1 Médico Psiquiatra, 1 Assistente Social, 1 Enfermeiro e 1 Técnico Psicossocial, por parte do IDT.

Segundo o Manual de Boas Práticas (2014), esta intervenção, que se denomina de Consulta Partilhada tem como objetivos:

- Desenvolver estratégias facilitadoras para a compreensão dos comportamentos aditivos e dependências, através da sensibilização no meio prisional para promover o trabalho em equipa;
- Avaliar as pessoas reclusas para ingresso e continuidade em Programas de Tratamento Agonista ou Antagonista;
- Despistar consumos de substâncias psicoativas;
- Dinamizar ações para a promoção da saúde (estilos de vida saudáveis, autocuidado e prevenção da recaída);
- Garantir a continuidade dos programas de tratamento nas saídas do recluso (precárias ou condicional).

A Consulta Partilhada é um processo composto por várias etapas. Inicia-se com a designada “admissão da pessoa reclusa”, na qual a equipa multidisciplinar apresenta e

sensibiliza o utente para todo o processo que envolve esta consulta. Após uma primeira abordagem, realiza-se a “primeira consulta”, preferencialmente nas manhãs de sexta-feira, período em que todos os elementos da equipa se encontram reunidos. Esta compreende avaliação médica, avaliação psicológica, entrevista motivacional e reconhecimento de outras informações relevantes de natureza social. No entanto, fora deste período, o EPC disponibiliza um técnico de saúde sempre que haja necessidade de uma intervenção específica.

Num segundo momento, a equipa multidisciplinar estabelece um Diagnóstico clínico e de orientação, ou seja, procede à avaliação e construção da melhor estratégia terapêutica (programa agonista, antagonista ou não farmacológico). De seguida, é celebrado um “contrato terapêutico”, com vista à autorresponsabilização do recluso e de todos os elementos envolvidos no processo. Ao longo de todo o programa desenvolve-se uma avaliação periódica, na qual se faz uma apreciação quanto à adesão do utente ao regime terapêutico. Uma das respostas específicas é o Programa de Substituição com Metadona (PSM), e sobre o qual incidirá a presente dissertação.

## **II. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO**

### **A-PARTICIPANTES**

Entre 2016-2020, no Estabelecimento Prisional de Coimbra (EPC) havia uma média de 534 indivíduos por ano e destes, uma média de 115 sujeitos tiveram pelo menos um (1) contacto com a Consulta Partilhada, ou seja, 22% da população total do EPC (cfr. Apêndice. figura 1).

No que diz respeito à caracterização dos indivíduos que fizeram programa de substituição com metadona, importa mencionar que foi recolhida a informação referente a N=169 indivíduos, a partir da consulta dos processos individuais, relativa à condição sócio familiar e comportamental na área de consumo de substâncias aditivas, são todos do sexo masculino que integraram o Programa de Substituição com Metadona, entre o período de 2016 a 2020, que permaneceram um ou mais anos de PSM no Estabelecimento Prisional de Coimbra.

De seguida foi construída uma amostra intencional, tal como ela é definida por Almeida e Freire (2000, p.105), “determinado grupo de indivíduos ‘representa’ particularmente bem determinado fenómeno, opinião ou comportamento e, por esse

facto, são escolhidos para o seu estudo”. Para aprofundar o impacto do programa nos utentes, foram entrevistados cinco indivíduos que integraram o PSM em contexto de reclusão no EPC com o objetivo de compreender o entendimento que os sujeitos constroem sobre o acesso e o impacto do programa nas suas vidas, de acordo com os seguintes critérios de inclusão:

- Indivíduos que atualmente integrem o PSM na Equipa de Tratamento de Coimbra;
- Sujeitos que se encontrem em abstinência de substância psicoativas;
- Indivíduos que apresentem um discurso fluente e claro;
- Sujeitos que tenham cumprido pena efetiva de perda de liberdade entre os anos 2016-2020.

## B-PROCEDIMENTOS

Para fazer a avaliação do PSM, conforme inicialmente definido, traçamos uma primeira estratégia para identificar a abrangência e o impacto do programa no EPC. Para analisar o impacto nos indivíduos beneficiários, os aspetos relativos à acessibilidade, à forma como foi vivida e ao impacto nas relações institucionais e sociais foram entrevistados cinco indivíduos que cumpriam os critérios previamente definidos.

Para uma melhor abordagem dos objetivos, definimos duas técnicas de recolha de dados. A primeira está relacionado com a análise documental, tendo como base os dados contidos nas fichas de atendimento. Estes foram recolhidos e registados por elementos externos ao Programa de Substituição com Metadona no SIM (Sistema de Informação Multidisciplinar). Segundo Lüdke & André (1986, p.38), ainda que a análise documental seja utilizada pelas diferentes ciências esta pode “(...) se constituir numa técnica valiosa de abordagem de dados qualitativos, seja completando as informações obtidas por outras técnicas, seja desvelando aspetos novos de um tema ou problema”.

Após autorização superior (cfr. anexo I), fez-se recolha e registo dos dados, à data do primeiro contacto com uma unidade especializada e tiveram-se em conta as seguintes variáveis: idade do primeiro contacto com uma unidade especializada, quem fez a referência para a consulta, escolaridade, situação profissional, estado civil, com quem residia, primeira substância adicta, com que idade teve o primeiro contacto com a referida substância, substância com a qual se sentiu dependente, idade com que teve esse primeiro contacto, com que idade se sentiu dependente dessa mesma substância, período

que mediou entre o primeiro contacto e a dependência e por último o número de contactos com unidades especializadas.

A segunda técnica de recolha de dados foi a entrevista semi-diretiva, aplicada a cinco indivíduos ex-reclusos que integraram PSM no período 2016-2020 no EPC e que estão em acompanhamento/consulta na Equipa de Tratamento de Coimbra.

A entrevista semi-diretiva é um processo com alguma flexibilidade e espontaneidade, o grau de profundidade dos elementos recolhidos e a fraca diretividade constituem vantagens para o investigador, na medida em que permite coligir uma maior diversidade de reflexões, testemunhos e interpretações sobre o objeto em estudo. Acresce ainda referir que esta técnica de recolha de dados, permite a leitura de representações, valores, associações ou normas vinculadas ao entrevistado, assim como possibilita a recolha de dados já existentes, mas que o investigador não dispõe (Albarelo et al., 1997).

Na realização das entrevistas utilizou-se um guião, definindo quatro categorias: acesso à saúde e tratamento, relação Institucional, comportamento/consumo e por último a relação Social (cfr. Apêndice A).

Para cada categoria foram definidas variáveis e indicadores, mas facilitou-se o livre discurso do entrevistado, as suas reflexões e testemunhos. Como expressa Amado (2009, p.181) “as questões derivam de um plano prévio, um guião onde se define e regista, numa ordem lógica para o entrevistador, o essencial do que se pretende obter, embora, na interação se venha a dar uma grande liberdade de resposta ao entrevistado”.

Previamente informados sobre “os objetivos da entrevista” e respeitando todos os cuidados éticos exigidos na investigação social, foi garantido que as informações fornecidas são de uso exclusivo de pesquisa, respeitando o sigilo e o total anonimato dos participantes (cfr. anexoII). Este primeiro contacto serve, igualmente, para obter a adesão e o consentimento informado dos sujeitos. “A informação deve ser a mais minuciosa possível, (...) deve conter o máximo de informações, ser simples, inteligente e honesta, de modo a permitir decisão, livre de coerção, fruto da liberdade à luz do entendimento”. (Biondo et al., 2007, p.187).

Para recolha desta informação recorreu-se à gravação áudio das entrevistas, com a duração média de 60 minutos cada. Depois de transcritas foram sujeitas a uma análise de conteúdo temático.

A Análise de conteúdo, pressupõe a criação de categorias, subcategorias que, segundo Bardin (2013) são um conjunto de rubricas que englobam elementos (as

unidades de registo- discurso direto dos entrevistados), o que permite uma representação simplificada dos dados brutos. Trata-se de transformar indicadores pouco visíveis num conteúdo mais organizado.

Segundo Olabuenaga & Ispizúa (1989), a categorização é a classificação dos elementos de uma mensagem seguindo determinados critérios. Esta facilita a análise da informação, mas deve haver uma definição precisa do problema, dos objetivos e dos elementos utilizados na análise de conteúdo (cfr. apêndice B).

### **III. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

#### **1) Condição Sócio familiar população em estudo**

Relativamente à população em estudo (n=169), verificamos que relativamente ao estado civil, 73% eram solteiros, 20% casados ou viviam em união de facto” e 6% eram “separados ou divorciados”. Em relação à residência, verifica-se que maioritariamente (57%) residiam com a família de origem. Aquando da recolha destes dados, 35 indivíduos (20%) encontrava-se em reclusão e 15% partilhava habitação com uma companheira.

Em termos de escolaridade, a maioria (90%) dos utentes possui o 2 ciclo de ensino básico. Apenas 7 indivíduos frequentaram o ensino secundário e 2 o ensino superior, ou seja no seu conjunto (9) o que correspondente a 5%.

No que se reporta à empregabilidade, há que realçar que 83 indivíduos (49%) encontravam-se em situação de desemprego e 42 numa situação de plena empregabilidade. De notar que os 35 utentes em outra “condição” correspondem aos que não identificaram qualquer atividade profissional (cfr.apêndices, tabela 1).

#### **2) Caracterização da relação com as substâncias, a dependência e o início do tratamento da população em estudo**

Quanto ao comportamento referente ao consumo de substâncias aditas, o haxixe constitui a primeira substância consumida 85% (144 indivíduos). No entanto, salienta-se que 23 utentes identificaram a heroína como a sua “primeira droga”. Em relação à idade

de consumo da primeira substância, constata-se que 88 utentes (47%) iniciou o seu consumo de substâncias ilícitas entre os 10 e 14 anos de idade.

A heroína constitui a substância adita mais consumida pelos utentes verifica-se que 93% dos participantes neste estudo indicam esta droga como aquela que consomem usualmente. A cocaína surge como a segunda substância adita de preferência pelos utentes (7%).

À semelhança do que ocorre com a idade de consumo da primeira substância, o primeiro consumo da substância adicta, a heroína, ocorre entre os 15 e os 19 anos idade, correspondendo a 41% dos utentes. A faixa etária entre os 20 e os 24 anos também é expressiva quanto ao primeiro consumo de heroína (mais de 31%), (cfr.apêndices, tabela2).

No que se reporta ao número de anos desde o primeiro consumo da substância adita até a dependência, verifica-se que 88 indivíduos (52%) utentes se torna dependente logo no primeiro ano de consumo. No entanto, até aos três anos passam a ser incluídos 75% da população em estudo.

No que diz respeito ao encaminhamento do utente toxicodependente para uma resposta especializada, a “iniciativa própria/vontade do utente” constitui o principal “motor “para o início de um processo terapêutico (27%). Segue-se a “família” (26%) e depois o próprio “estabelecimento prisional” (22%) a encaminhar.

Quanto à idade em que se estabelece o primeiro contacto com uma unidade especializada de tratamento, aproximadamente 50% da população encontra-se entre os 15 e os 24 anos de idade, sendo a procura quase residual a partir dos 45 anos de idade (1,5%).

A idade de ingresso no programa de substituição de Metadona encontra-se na faixa etária entre os 35 e os 44 anos (46%) sendo utentes em idade adulta.

Quando se analisa com que idade o indivíduo se sentiu dependente da Substância principal/adita, verifica-se que 123 indivíduos (72%), refere ter sido entre os 15 e os 24, no entanto, não é de desconsiderar que 14 indivíduos sentiram a dependência entre os 8 e os 14 anos.

A maioria dos utentes mantem-se num programa de substituição de metadona durante um ano (40%), seguindo-se os indivíduos que integraram uma resposta terapêutica com duração de dois anos (34%). O número de indivíduos a referirem que participaram em programas de substituição por um período superior a 3 anos e inferior a 5 é reduzido (cfr.apêndices, tabela3).

A maioria dos participantes neste estudo (55%) estabeleceram 3 a 5 contactos com unidades de tratamento especializadas em respostas terapêuticas de adição (cfr. apêndices, figura 10).

### 3) Movimento Clínico do PSM no EPC

Os dados mostram que uma média de 13% da população reclusa toxicodependente no EPC integrou o programa de tratamento agonista opiáceo (PSM), no período compreendido entre 2016-2020 (cfr. apêndices, figura 2).

Apesar de se ter definido no início do PSM a realização de 2 “avaliações”, clínica e psicossocial da pessoa reclusa, a partir de 2015, aumentou-se para 3 ou mais. Deste modo, o número médio de “avaliações” realizadas foi de 4,46 avaliações por indivíduo em PSM (cfr. apêndices, figura 3).

Ao longo do Programa de Substituição com Metadona, o movimento de utentes caracteriza-se por “altas clínicas”, “reduções” da prescrição agonista, “abandonos”, “expulsões” e “saídas em liberdade”. No período 2016-2020, é possível constatar que o maior número de “altas clínicas” ocorreu em 2019 (12) e o mais baixo em 2018 (6).

Quanto ao número de utentes em “redução” da prescrição de metadona, os dados revelam que o ano de 2020 foi aquele em que houve um maior número de utentes neste processo, em oposição ao ano de 2017, ano que se registou um menor número de pacientes em “redução”.

No que diz respeito ao número de “abandonos” do PSM, os dados indicam que foi em 2020 que se assistiu ao maior número de desistências desta resposta terapêutica, ou seja, 11 sujeitos em reclusão (16%) e, em oposição, foi no ano 2018 que verificou o menor número de “abandonos” (3%).

Em termos de “expulsões” do PSM, pode-se aferir que 2019 foi o ano em que se registou o número mais elevado (6 indivíduos). Em oposição, o ano de 2016 só registou uma (1) “expulsão”.

Os dados recolhidos permitiram concluir que foi no ano de 2020 que se verificou o maior número de sujeitos “libertados” do EPC, facto que resultou de uma normativa legal definida no âmbito da prevenção da infeção por COVID-19 em meio prisional. Com vista a dar seguimento a esta resposta terapêutica, a equipa determinou que os indivíduos agora em liberdade poderiam ser acompanhados em qualquer Centro de Atendimento a Toxicodependente (CAT), caso tivessem interesse (cfr. apêndices, figura 4).

Na análise do PSM, importa ainda fazer referência ao total de utentes que passaram por episódios de “recaída”, tal como ao número de “readmissões” ocorridas. Assim, o ano com maior número de “recaídas” foi o de 2016, com um total de 8 sujeitos, correspondendo a 12%. O ano com número mais baixo de recaídas foi 2018, com o total de 2 indivíduos, correspondendo a 3%. Em 2020 ocorreram 7 “readmissões”, representando 10% no PSM, o que faz deste ano o que apresenta o maior número de sujeitos a serem reintegrados na resposta terapêutica de substituição com metadona existente no EPC. Em oposição, o ano em que se verificou menor número de “readmissões” foi o de 2018, com um total de 3 indivíduos (4%) ver (cfr.apêndices, figuras 5,6,7,8,9).

#### 4) Caraterização sócio familiar dos entrevistados

No que diz respeito aos cinco entrevistados, torna-se relevante realizar uma breve descrição das ocorrências mais significativas na história de vida destes indivíduos, antes e depois de cumprido o tempo de reclusão, teve-se em conta: Contexto familiar, Percurso escolar/profissional (antes da detenção, durante a detenção e após detenção); Relação com as substâncias (dependência e tratamento) e por último o crime e as sentenças.

Os dados sociofamiliares e comportamentais recolhidos que permitem aferir que a média da idade dos entrevistados é de 47 anos. No momento da reclusão (primeiro ingresso no EP), a idade da maioria dos sujeitos era 30 anos, viviam com a sua família de origem ou em regime de união de facto. Em termos de escolaridade, três dos entrevistados possuíam o 2º ciclo de ensino básico, 1 tinha o terceiro ciclo concluído e outro concluiu o secundário; em termos de atividade profissional três tinham emprego, ainda que precários, os restantes encontravam-se desempregados.

Após o período de reclusão, apenas dois conseguiram melhorar a sua escolaridade, um concluiu o 3º ciclo de ensino básico e o outro frequentou o ensino superior. No entanto, depois do cumprimento da pena, a condição perante o trabalho mantém-se precária, ou seja, a maioria, quatro elementos são beneficiários do Rendimento Social de Inserção (RSI).

À saída de reclusão todos regressaram ao núcleo familiar de origem (pai, mãe, irmãos ou tios).

No que se reporta aos comportamentos com as substâncias aditas, a generalidade dos sujeitos refere ter tido o primeiro contacto com estupefacientes (drogas leves) aos 15

anos, e o consumo de drogas duras (heroína ou cocaína) terá ocorrido por volta dos 17 anos de idade.

Em relação ao acesso/frequência de programa terapêutico, a totalidade dos entrevistados refere ter integrado num PTAO pelo menos 1 vez, antes da detenção.

A média de anos de reclusão é de 9 anos, devendo-se destacar que todos os entrevistados são reincidentes (ver quadro1).

Quadro 1- Caracterização sócio familiar dos entrevistados

	E1	E2	E3	E4	E5
Idade	41	57	46	42	51
Residia com antes da reclusão	Mãe	Companheira	Companheira	Sem abrigo	Mãe
Reside com após reclusão	Mãe	Irmão	Mãe	Tios	Mãe
Condição perante o trabalho à entrada do E.P.C	Sem emprego	Empregado	Empregado	Sem emprego	Empregado
Condição perante o trabalho actualmente	Sem ocupação (RSI)	Sem ocupação (RSI)	Trabalho não declarado/ RSI	Curso profissional (RSI)	Empregado
Período total de reclusão	1º (2011) 5 anos 2º (2019) 2 anos	1º (1991) em Bruxelas- 1 ano 2º (1996) – 7 anos 3º (2000) – 4 anos 4º (2008) – 6 anos 5º (2015) – 3 anos	1º (2002) 8 anos 2º (2011) 10 anos	1º (2014)-apresentações 2º (2015)- Horas comunitárias 3º (2016) 5 anos e 8 meses	1º (1999) 1 ano 2º (2000) 6 meses 3º (2017) 3 anos e 8 meses
Idade com que ingressou pela 1ª vez E.P	31 anos	26 anos	25 anos	37 anos	29 anos
Escolaridade à entrada no E.P.C	9º ano	4º Ano	7º ano	12ºAno	6º ano
Escolaridade à saída do E.P.C	9º ano	9º Ano	Frequência universitária	12ºAno	6º ano
Estado Civil à entrada para cumprimento da última pena	Solteiro	União de Facto	União de facto	Solteiro	Solteiro
Estado Civil atualmente	Solteiro	Separado	Separado	Solteiro	Solteiro
Idade de consumo de Substâncias adictas	16 anos drogas leves 16 anos heroína	12 anos drogas leves 21 anos Heroína e cocaína	Duras- 18 anos	13 anos drogas leves 14 anos heroína e cocaína	16 anos drogas leves 18 anos drogas duras
Programas de Substituição	2011 1ª vez metadona 2019-2020 EPC	Fez metadona na Bélgica (1990) 2015 a 2018 EPC	2008 Buprenorfina Fez metadona de 2016 a 2020	Buprenorfina 2012 Fez metadona desde 2019	1ª Vez 1998 2016 a 2018 EPC

As características dos entrevistados vão ao encontro de resultados obtidos em outros estudos, nomeadamente realizados Agra e Matos (1997), os quais identificam que a maioria dos reclusos em Portugal pertencem ao grupo do “Delinquente-Toxicodependente”. Correspondem a indivíduos que experienciam o contacto com drogas leves antes dos 16 anos, a primeira experiência com drogas duras surge aos 19 anos de idade, em contexto de grupos de pertença. São caracterizados pela precoce ligação à justiça, iniciando a sua trajetória desviante pré-adolescência, passando rapidamente à criminalidade e chegando ao consumo de drogas (duras). Apresentam uma propensão para a degradação da estrutura familiar, dificuldade em criar vínculos sociais e grande dificuldade de se desvincular do consumo de estupefacientes.

Fazendo referência ao modelo apresentado por Walters (2012) e Wilkins & Sweetsur (2010), o modelo “causa comum” poderá ajudar a explicar esta realidade, na medida em que para estes investigadores, o uso de drogas e a prática de crimes estão associados a fatores causais comuns, como sejam a perturbação mental, fatores sociais e económicos, delinquência juvenil, pobreza e exclusão social.

Com vista a obtenção de dados que permitam avaliar o Programa de Substituição com Metadona no Estabelecimento Prisional de Coimbra, optou-se pela realização de 5 entrevistas “semidiretivas”. Posteriormente, foram definidas “categorias”, “subcategorias” e “unidades de registo”.

Pretendemos analisar as diferentes reflexões, perceções e testemunhos da amostra desta dissertação. Assim, a partir da análise da informação coligida foi possível apurar que, segundo os entrevistados, a partir do momento em que um indivíduo fica privado de liberdade para cumprimento de uma pena, o estabelecimento prisional proporciona ao mesmo uma avaliação médica.

#### 5) Acesso à saúde e tratamento

O acesso a cuidados de saúde, consagrado universalmente, parece não ser ainda um direito de fácil concretização, de qualidade e adaptado à realidade de cada indivíduo, quando é feita a comparação com os cuidados de saúde existentes no exterior.

“...tive um problema na perna e andei um ano e meio com a perna no ar, sempre na cela e estava a ver que nesta pena ficava sem uma perna (...) estava a abrir um buraco na perna, por estar a ser maltratado e ainda tive problemas por lutar pelos meus direitos da saúde, uma pessoa que tenha problemas de saúde e que vá para o EP está sujeito a já não sair...” E2

Um testemunho recolhido a partir das entrevistas realizadas parece revelar a existência de queixas, na forma de atendimento, no acesso e na prestação de cuidados saúde no interior de um estabelecimento prisional, embora esta variável (qualidade dos cuidados de saúde prestados) não tenha sido especificamente analisada no presente estudo.

Como relata o Entrevistado 2 (E2):

“O de menos bom é o sistema de saúde, sem dúvida é o pior que pode haver, aí de quem esteja doente e vá parar à EP...e que não tenha ninguém cá fora que possa ajudar e mesmo assim (...)” **E2**

Foi possível identificar através das entrevistas as diferenças nos cuidados de saúde proporcionados nos estabelecimentos prisionais, quer em termos de acessibilidade quer no que se reporta à sua qualidade.

“Não, nos outros estabelecimentos nunca me apercebi que houvesse um tipo de resposta idêntica a esta. Sei de pessoas que fizeram programas com subutex, mas que vinha do exterior. Em Aveiro havendo necessidade levavam-nos ao hospital e éramos atendidos lá.” **E3**

Todos os entrevistados já passaram por outros estabelecimentos prisionais que diagnosticaram o seu comportamento de adição, mas que nunca proporcionaram a participação num programa idêntico ao existente no EPC o PSM.

Como refere um dos entrevistados:

“Sim. Já tinha estado em Aveiro. (...) A resposta não era dada por uma equipa como a vossa, a medicação era dada por um médico de clínica geral e mais nada” **E1**

A resposta terapêutica dada no interior de outros estabelecimentos prisionais à problemática da adição não era mais do que uma administração de uma medicação associada a todas as outras.

Como reporta um dos entrevistados:

“Davam-nos o copo com medicação, tomávamos a medicação e às vezes lá chateávamos o médico para nos dar mais qualquer coisita, mais alguns comprimidos. Mas depois aqui devido ao bom acompanhamento que tínhamos, foi fácil a partir de determinado momento cumprir o Programa. Mas também havia excesso de medicação, era fácil aceder a outra medicação além da metadona.” **E1**

Neste contexto, para que o tratamento de substituição seja eficaz há necessidade de uma intervenção ao nível psicológico e social da doença, o que conduz a alterações no comportamentos e estilos de vida do paciente. Como afirma Stöver et. al., (2007, p.9) “Em geral os presos não estavam satisfeitos com a simples distribuição do agonista, sem qualquer apoio psicossocial, e principalmente quando a dose se mantinha inalterada durante um longo período de tempo. Por isso, verificou-se que quanto mais integrado

estivesse o paciente na resposta terapêutica, com mais informação e supervisão, maior era a satisfação e motivação dos reclusos para enfrentar os seus problemas de dependência”.

Existe uma referência a tempos em que era inexistente um tipo de resposta terapêutica adequada e atempada. Os sujeitos em reclusão identificados com problemas de consumos de substâncias eram primeiramente sinalizados à unidade especializada, neste caso o CAT de Coimbra, e aguardavam a marcação de uma consulta. O tempo que mediava entre a identificação do indivíduo com problemas de dependência e a referenciação para uma consulta especializada, situava-se entre 6 a 8 semanas. É mencionado pelos elementos entrevistados que era possível fazerem tratamentos, mas sem acompanhamento no local e sempre com seguimentos no exterior. São relatadas situações de dificuldades funcionais e de acesso a consultas especializadas, verificando-se, inclusive numa dessas deslocações ao exterior, a ocorrência de uma fuga.

Como é dito pelo Entrevistado 2 (E2):

“Já lá vai o tempo em que não havia metadona na prisão e se precisássemos de uma consulta aguardávamos meses, mas com a vossa consulta tornou-se muito mais fácil” E2

“Depois entre 2001 e 2003 deixamos de vir às consultas ao CAT porque houve uma fuga aqui dentro do CAT de Coimbra e vocês passaram a ir ao EPC em 2004.” E2

Relativamente às experiências tidas em unidades especializadas no exterior e a resposta dada no Estabelecimento Prisional de Coimbra, os testemunhos recolhidos apontam para a existência de uma valorização do PSM no interior do EPC. Parece existir o reconhecimento de que a prisão, apesar de ser um contexto mais controlado e controlador, contribui para a existência de uma maior focalização na abstinência.

Como é reportado por alguns dos entrevistados:

“Lá dentro há muito mais rigor, tem a ver com as precárias. As pessoas vêm-se sujeitas a cumprir, senão sofrem as consequências, senão perdem as precárias.” E2

“Eu acho que o programa em si depende de muitas coisas, do ambiente familiar, do acompanhamento, da Motivação e tudo o que circula à volta da pessoa e depende da maneira como estamos a levar a situação. Cá fora estamos a fazer um programa de

substituição com Metadona e não estamos com a cabeça virada para isso, ou não temos pessoas à nossa volta que nos ajudem, esta situação não nos favorece. Não vale a pena. É o mesmo que lá dentro, se não estivermos focados, não vale de nada. O acesso lá dentro é mais fácil.” **E4**

“É um bocado relativo, lá dentro por muito estranho que seja, somos capazes de levar aquilo mais a sério. Lá dentro temos outros caminhos, não quer dizer que cá fora também não haja. Eu falo por mim, leva-se aquilo mais a sério a finalidade é livrar-se dos consumos...” **E5**

Segundo Kastelic et al., (2007) o tratamento eficaz passará obrigatoriamente pela redução do consumo de substância com vista ao alcançar da abstinência. Deste modo procura-se estabilizar a vida social do sujeito em reclusão melhorando a sua saúde física e reduzindo a sua atividade criminosa. Estes constituem fatores que beneficiam toda a sociedade e que tem impactos positivos na saúde pública, assim como reduz custos para o sistema de justiça.

No caso particular do EPC, ao ser identificada a existência de problemas de consumo de substâncias, de “adição”, é feito um encaminhamento automático para a integração na “Consulta Partilhada”. Deste modo, a primeira fase desta resposta terapêutica consiste na confirmação do historial de dependência do sujeito e, posteriormente, a indicação para início do tratamento no meio prisional ou, em determinadas situações, a continuidade do tratamento que indivíduo realizava no exterior.

Como referem alguns entrevistados:

“Foi fácil, o próprio sistema que me encaminhou. Quando entrei perceberam que eu precisava de um programa substituição fui logo encaminhado para a consulta.” **E1**

“Em 2004 foi lá dentro que tomei conhecimento da existência do programa substituição com Metadona e foi uma psicóloga que me aconselhou a ir para o programa. Em 2014, da segunda vez (...) já sabia da existência do programa e pedi para ingressar no mesmo.”

**E3**

“Eu já fazia Metadona há muitos anos no CAT de Coimbra, quando fui detido pela última vez prossegui o tratamento no EPC.” **E5**

A deteção precoce e a elaboração de um plano personalizado, assim como, a classificação dos reclusos em função da sua dependência, constituem elementos que

conforme (Knight et al.,1999), devem ser considerados com vista a obter melhores resultados ao longo da terapêutica definida (a curto, médio, longo prazo) para a pessoa em reclusão.

A partir de 2009, com a constituição da equipa multidisciplinar e a deslocação de técnicos do CAT ao EPC para a realização da Consulta Partilhada, os indivíduos apontam uma melhoria significativa ao acesso ao tratamento focado nos seus problemas de adição. Esta mudança é apontada como positiva por todos os elementos entrevistados.

Como menciona o entrevistado 3 (E3)

“O facto de começarem com a consulta dentro do EPC veio facilitar muito não só início do programa, mas mesmo dar continuidade a outros tratamentos já iniciados” E3

A comunicação dentro da instituição, mais concretamente entre guardas prisionais e as pessoas reclusas constitui desde o início um entrave ao desenvolvimento da resposta terapêutica em questão. Os entrevistados referiam que os guardas prisionais não os chamavam para a Consulta Partilhada com a equipa multidisciplinar. Deste modo, com vista a ultrapassar este constrangimento, foi criada uma Declaração, um documento preenchido pela pessoa em reclusão e pelo guarda prisional (representante institucional) quando este, o utente, recusava a estar presente na consulta. Esta medida, de acordo com os sujeitos entrevistados, melhorou significativamente o nível de comunicação.

Como refere um dos elementos:

“Quando vocês nos chamavam para consulta, muitas das vezes não éramos chamados ou os guardas não nos deixavam passar.” E5

“O facto de se assinar o papel a dizer que não queríamos vir à consulta, facilitou as coisas.” E5

No caso de indivíduos dependentes de substâncias em reclusão, o acesso a uma resposta terapêutica pode significar todo um novo processo de tratamento que pode incluir a introdução de novos medicamentos suscetíveis de alterarem o seu comportamento e até mesmo comprometer o seu percurso dentro da instituição. A título de exemplo, a necessidade de acesso a um determinado medicamento pode levar mesmo à prática de tráfico. Esta realidade é apontada pelo entrevistado E1, que testemunha que podendo aceder a um psicotrópico, fez utilização abusiva do mesmo.

“No caso do dormicum, bastava a ir à consulta do psiquiatra e pedir mais um, e depois mais um e mais outro e nunca havia oposição em ser dado. Estou a falar de outros

‘dormicuns’ que eram trazidos por outros colegas, em troca de umas chapas, uns cigarros.” **E1**

A medicação, por exemplo, os psicotrópicos parecem ter efeitos nocivos nas pessoas reclusas, nomeadamente durante as saídas de precária. Na verdade, é referido pelos elementos que compõem a amostra do presente estudo que, numa saída de precária e na ausência da medicação usual e havendo “dependência”, sofrimento físico, psíquico e emocional, contribui para uma ânsia imensurável em regressar ao EPC.

Este testemunho é revelador de uma situação contraditória no que se refere a todos os princípios subjacentes às saídas de precária. Estas devem constituir vivências curtas e controladas com o exterior, mas preparatória, ou seja, com vista à preparação do indivíduo em reclusão para uma vivência em liberdade, uma vida inclusa e em sociedade. Deste modo, o regresso ao EPC na condição descrita no parágrafo anterior provoca turbulência, instabilidade e um alerta sobre este mesmo recluso.

Como descreve o entrevistado 1 (E1):

“Sim é verdade, quando estava de precária e lá fora, sentia ansiedade para regressar ao estabelecimento prisional, para poder consumir os dormicuns, quando regressava à prisão na entrada, a guarda pensava que eu estava bêbado ou que tinha consumido outras substâncias, porque eu nem sequer me conseguia vestir depois da revista. Mas na verdade o que se estava a passar era uma ressaca por ausência desta medicação (...) **E1**

Apesar da maioria dos entrevistados terem reconhecido, e terem identificado o PSM como a resposta terapêutica mais adequada para a sua condição de “dependência”, um dos entrevistados referiu que o PSM não constituiu o tratamento mais eficaz e adequado ao seu caso, atendendo que à data da entrada no EPC fazia outra terapia de substituição com buprenorfina.

Como relatado pelo entrevistado E4:

“Como eu entrei contrariado no programa meti na minha cabeça que havia de o deixar. Este facto da obrigação foi um fator que pesou para que reduzisse a dose de Metadona. O de menos bom, foi ter sido obrigado a entrar no programa.” **E4**

A relação estabelecida entre a equipa que integra a resposta terapêutica com recurso à Metadona existente no EPC e o indivíduo privado de liberdade constitui um dos temas abordados na entrevista do presente estudo. Deste modo, a partir das reflexões, apreciações e testemunhos recolhidos foi possível determinar que na Consulta Partilhada estabeleceu-se uma relação saudável entre os utentes e os técnicos que constituíam a equipa multidisciplinar do PSM. A “acessibilidade”, a existência de “compreensão” e “tolerância”, constituem qualidades apontadas pelos elementos que compõem a amostra deste estudo.

Como referem alguns entrevistados:

“A relação sempre foi boa, acho que havia compreensão da vossa parte, apesar da consulta ser só à sexta-feira.” **E1**

“Cheguei a ver lá colegas chateados e nervosos com a falta de acompanhamento. Porque eu queria a minha medicação e eles queriam a medicação deles e mais alguma.” **E2**

“A relação era boa e sempre que precisávamos ou quiséssemos podíamos pedir ajuda” **E2**

Por outro lado, com vista a avaliar o progresso do utente integrado no tratamento com recurso a um agonista opiáceo (metadona), foi introduzida a utilização de testes de pesquisa de metabolitos. Esta medida, simultaneamente, ao ser adotada pelas instâncias judiciais e penais, com vista a constituírem elementos de apreciação das medidas de pena, contribuiu para que a equipa clínica de acompanhamento do PSM no EPC fosse considerado como um incentivo ao controle de toda população prisional. Esta medida fez com que alguns dos sujeitos que integravam o PSM no EPC se sentissem sobre uma enorme “pressão”, ficando a dúvida sobre a finalidade dos testes.

Como afirma o Entrevistado 2:

“Mas quando vocês estavam lá criavam-nos muita pressão e criavam pressão ao sistema, obrigam-nos a fazer testes...estávamos a três dias da precária e vai ao copo e depois a precária (...) mas porque aprenderam, aprenderam com vocês (...)” **E2**

Para os entrevistados, o principal objetivo no ingresso na Consulta Partilhada assentava em encontrar tratamento para a sua condição de dependência, ou seja, uma resposta terapêutica com maior brevidade possível e num contexto específico, o de reclusão. Em virtude da falta de recursos técnicos que possam dar uma resposta mais alargada e pessoalizada em meio prisional, estudos realizados parecem indicar que as

terapias de substituição com supervisão e avaliadas em diferentes momentos parecem ser eficazes. De igual modo estava sempre presente a mais valia na reapreciação da pena de fazer parte de um PSM.

Como afirma um dos entrevistados:

“Primeiro e antes de tudo o que eu queria era um substituto, já que não podia fazer o subutex, teria que ser a Metadona, depois era iniciar uma redução gradual que quase deu em zero (...) correspondeu aquilo que eu esperava, eu fiz quase uma desabituação sem qualquer tratamento. Eu saí de lá a tomar seis miligramas. O que é quase nada.” **E1**

“A entrada num PSM era uma forma do juiz ou os juízes vejam que estamos a fazer um processo de tratamento e que isto que nos levou a cometer os crimes, já não é um problema. Passa a haver um incentivo para sairmos e fazermos uma vida normal. Acho que é um motivo para nos tratarmos, eu falo por mim.” **E5**

Apesar de existir todo um protocolo rigoroso com vista à validação das pesquisas, por vezes, os resultados obtidos eram ludibriados pelos utentes, nomeadamente com vista à obtenção de mais valias do cumprimento do PSM (acesso a trabalho, saídas de precária e revisões de pena).

Como é relatado pelo Entrevistado 2 (E2):

“(...) eram muito rigorosos e acabavam por ser enganados, que eu sei...” **E2**

“(...) só não eram enganados quando o chefe fazia o streep.” **E2**

“Eu só posso falar por mim, se achamos que estamos a enganar os outros, só nos estamos a enganar a nós próprios” **E5**

## 6) Relação Institucional

Ao analisar as entrevistas efetuadas constata-se a referência a “quem manda” e a “quem cumpre a pena”, ou seja, à existência de uma relação entre o “subordinante” e o “subordinado”.

Como menciona o entrevistado 2 (E2)

“...éramos grupos de 10 para passar para o refeitório, estávamos à espera, passava um grupo, passava o outro e nós nada, até que eu disse ao guarda já nem me lembro do nome,

consigo é sempre a mesma \*\*\*... Outro guarda a passar por ele ouviu mas não disse nada, eu nem sei o que é que ele ouviu, foi-lhe falar ao ouvido, ficaram os dois a olhar para mim, viraram-se para mim e disseram, agora por causa das coisas ficam para o fim. Quando estava a passar chamaram-me e puseram-me no banco 5 dias, sem saber ler nem escrever, 5 dias no banco, sem saber porquê, davam café toda a gente e a mim nada. Mandaram para lá o colchão, fiquei com a roupa que tinha vestida e nem tabaco tive. Acabei por ficar 10 dias porque ele disse que eu o tinha mandado para o \*\*\*... já estava com precárias de 48 horas e perdi tudo. Mais tarde percebi que aquilo tinha sido um arranjo para me fazerem a folha, com isto passaram-me a pronto e fui para Aveiro, passei os últimos 10 meses sem trabalho até ao último dia em 2013.” **E2**

Foucault desenvolveu teorias sobre “poder” e “conhecimento”, colocando em evidência que os reclusos eram vistos aos olhos da sociedade como “excluídos”, pelo que deveriam viver encarcerados, com restrições impostas, com constrangimentos, proibições e punições. “As medidas de segurança que acompanham a pena (proibição de permanência, liberdade vigiada, tutela penal, tratamento médico obrigatório) não se destinam a sancionar aspetos, mas a controlar o indivíduo, a neutralizar a sua periculosidade” (1999, p. 20).

As imposições de regras, de meios de observação constantes, através de câmaras ou pela presença de guardas prisionais, constituem fatores que parecem criar pressão a quem vive em reclusão. Na verdade, para os entrevistados, estas são as maiores dificuldades com que se deparam durante o seu período de reclusão.

Como reporta o entrevistado 5 (E5)

“Muitas situações criam stress, dava para ficar aqui um dia inteiro a fazer relatos.... um fechar a cela mais cedo, um vai para a cela mais autoritário... já lá devias estar...as coisas deviam ser levadas de outra forma.... vamos lá recolher... hoje vamos fechar a ala mais cedo, para que a pessoa andasse mais calma e não lhe saltasse a tampa assim do nada... aquilo não tem explicação... a pessoa está ali como um animal... está sempre no limite e depois por qualquer coisa salta-lhe a tampa, é mesmo assim e a pessoa dispara e é como eu disse, às vezes sem razão, estive a tratar mal aquela pessoa, porquê ... sem razão... eu não tinha razão nenhuma...mas milhares de casos que acontecem lá dentro e não é nenhuma exagero.” **E5**

A forma-prisão preexiste à sua utilização sistemática nas leis penais. Ela se constituiu fora do aparelho judiciário, quando se elaboraram, por todo o corpo social, os processos para repartir os indivíduos, fixá-los e distribuí-los espacialmente, classificá-los, tirar deles o máximo de tempo, e o máximo de forças, treinar seus corpos, codificar seu comportamento contínuo, mantê-los numa visibilidade sem lacuna, formar em torno deles um aparelho completo de observação, registro e notações, constituir sobre eles um saber que se acumula e se centraliza (Foucault, 1999, p. 260).

Outro facto relevante descrito por um entrevistado é o conhecimento dos familiares da sua situação, feito por pessoas de dentro de estabelecimento, o que se traduz numa forte ausência da confidencialidade.

“Sim sempre foi assim, pessoas lá de dentro falam e dizem o que se passa lá dentro, a informação facilmente passa para o exterior do que é ou o que não é, estando no PSM é uma garantia que estás na linha (...)” **E5**

No entanto, para os entrevistados, o PSM no EPC é respeitado. Este tipo de resposta (na área da saúde) é amplamente reconhecida como uma boa estratégia que contribui para a pacificidade e tranquilidade no interior de um estabelecimento prisional. Em oposição, menciona-se que a ausência deste tipo de política traria problemas muito graves ao funcionamento de EPC e tornariam as penas bem mais pesadas.

Como mencionam os entrevistados:

“O programa é uma mais valia, se não fosse o programa, seria uma desgraça dentro da EP. É como aqui fora continua a haver haxixe e heroína, mas com a existência da metadona os traficantes já não ganham o que ganhavam, os ganhos já não são o que eram graças à metadona” **E2**

“Sem dúvida, até por uma coisa, se não há metadona há ressaca. Porque mesmo o pessoal que faz metadona, mesmo que falhe e faça consumos tem a metadona, o que impede que ressaque. Se tem metadona a coisa anda calma. E lembro-me de alturas em que não

havia metadona e a prisão era muito turbulenta, havia facadas e problemas constantemente. Antigamente antes da Metadona havia muitos problemas com droga, havia imensos problemas e muita violência.” **E2**

“Contribui para apaziguar. É uma outra via para as pessoas que precisam deixar de consumir, evitando assim problemas, quer com os outros reclusos, quer com os funcionários. (...) se calhar não, as técnicas, as assistentes sociais, as educadoras, parece-me que não sabem, ou esquecem-se. Também é compreensível, tratam todos pelo mesmo, às vezes esquecem-se que aquela pessoa está em tratamento e que a outra não está” **E4**.

No que se refere aos impactos que os programas de substituição trazem para os estabelecimentos prisionais, estes passam sobretudo pela acalmia e decréscimo de violência no seu interior. De acordo com Gorta, 1990; Herzog, et. al, 1993; Magura, et. al, 1993, foi relatada efetiva diminuição de ansiedade entre os reclusos que se encontravam em programa de substituição com metadona, diminuindo a reatividade e tornando a população reclusa mais fácil de gerir.

Por outro lado, importa mencionar que apesar dos estabelecimentos prisionais constituírem lugares seguros onde há grande controle e regras, por vezes, de acordo com um dos entrevistados, as normas de segurança não são pautadas pela rigidez normal e usual. Pretendia-se que nestes momentos de maior flexibilidade haja a entrada de drogas ilícitas, dado que há um reconhecimento por parte dos agentes prisionais que o consumo de drogas contribui para uma maior pacificidade do ambiente em contexto prisional.

Relato feito pelo entrevistado E2:

“No Porto em Custóias era uma desgraça, até motins havia, na altura andavam a apertar muito o cerco, no motim ele próprio o chefe disse para se acalmarem que na próxima visita não ia haver revistas, a dada altura o próprio chefe de guardas mandava abrandar na revista às visitas para que pudesse haver trânsito de droga. “**E2**

Em termos gerais, o sistema prisional beneficia de uma redução dos sintomas de abstinência aquando da admissão, de um comércio de drogas mais restrito e de um aumento de produtividade dos reclusos. A implementação das terapias de substituição nas prisões está associada a uma melhoria na capacidade de gerir os reclusos e no aumento da segurança do estabelecimento prisional. Verifica-se que os encargos institucionais totais com indivíduos que integrem programas de substituição opiáceas, são francamente mais reduzidos, dos que os que não integrados neste tipo de resposta terapêutica. A redução do uso de drogas e a diminuição do número de recaídas foram de igual modo

relatados por sujeitos incluídos em programas de substituição com metadona (Stöver & Michels, 2010).

No entender dos entrevistados, o PSM no EPC, deveria ser entendido como uma resposta social e integradora, que englobasse técnicos e profissionais de diferentes áreas (saúde, sociais, segurança, entre outras), bem como, constituir uma estratégia que pode contribuir para alterações positivas comportamentais (aquisição estilos de vida saudáveis) na vida do indivíduo em reclusão, nomeadamente nas relações estabelecidas quer, dentro do estabelecimento prisional (com pessoas reclusas, guardas prisionais, diretores de EP, entre outros), quer fora da prisão (família, bairro, amigos, entre outros). É apontado por um elemento que parece existir a desvalorização das diferentes dimensões responsáveis pela reintegração do indivíduo em sociedade.

Como faz referência o entrevistado 3 (E3)

“De forma profunda não me parece. Eu acho que no entender deles é uma segurança. Se eles percebessem o que é na verdade o PSM, o tipo de acompanhamento seria diferente, haveria maior preocupação com outras áreas no que diz respeito ao reingresso na sociedade. Penso que não é só dar metadona mas deveria existir outro apoio que neste caso não há, só há uma única instituição que dá seguimento este tratamento é o cat. As outras áreas são completamente esquecidas.” **E3**

O contributo contínuo dos reclusos que integram o programa de substituição com metadona em meio prisional é significativo para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados, assim como à adequação e alcance dos mesmos. Assim, deve-se ter em consideração a experiência pessoal anterior adquirida em sociedade (internamento em centros de desintoxicação e/ou participação em outros programas de substituição), dado que esta é imprescindível para o sucesso da resposta dada nos estabelecimentos prisionais. “Em muitos países, os cuidados de saúde não foram adequadamente monitorizados, existindo apenas estimativas aproximadas sobre o âmbito e a qualidade do tratamento de substituição. Em quase todos os países visitados houve uma falta de avaliação na qual as necessidades dos pacientes não foram tidas em conta, bem como o ponto de vista dos profissionais envolvidos na resposta de terapêutica de substituição. Para que se possam observar melhorias é necessário um trabalho adicional sobre as necessidades dos pacientes na prestação de serviços e um reforço nas ligações com os serviços comunitários” (Stöver et al., 2007p.11).

A par com a procura de um tratamento para a sua dependência, a obtenção de saídas de precária e revisões de pena constituem, de acordo com os entrevistados, como principais motivações a integrarem o PSM no EPC. É assumido por estes elementos que os relatórios elaborados pela equipa que integra a Consulta Partilhada, no que diz respeito à sua condição de dependência, têm um peso significativo na tomada de decisões, nomeadamente na atribuição de saídas de precária.

Como afirmam alguns elementos que compõem a amostra:

“Nos relatórios dos psicólogos era sempre posto se andava ou não em programa e se estava a correr bem, por isso acho que influencia.” **E5**

A título de exemplo, o entrevistado 3 (E3) assume só ingressou no PSM não por estar, à data, numa situação de dependência de substâncias, mas sim com o objetivo de lhe ser atribuída uma saída de precária, em virtude dos seus vários pedidos terem sido negados. Na verdade, apesar de este elemento da amostra ser toxicodependente, à data da sua entrada no EPC, não existia qualquer referência para o acompanhamento da uma situação de dependência de substâncias ilícitas. Todavia, por indicação de um técnico superior do estabelecimento prisional, foi feita a sugestão de que ao ingressar na resposta do PSM, haveria maior possibilidade de obter uma saída de precária.

Como relata o Entrevistado 3 (E3):

“Sim, sempre que eu fazia um pedido de uma saída administrativa era negada. Porque vinha referenciado que não tinha seguimento no que dizia respeito a minha toxicodependência. Dizia que estava em abstinência, mas que não tinha qualquer tipo de acompanhamento. Referiam que estava abstinente, estava com trabalho, a estudar na universidade, mas que não tinha acompanhamento. Foi-me recomendado por alguém lá de dentro, que não posso dizer quem foi, que a solução para esta situação seria ingressar no programa de Metadona. Estranho eu estar a dizer isto porque na altura eu não estava a conseguir, mas passado 4 meses foi-me dada a precária administrativa.” **E3**

A relação entre a discriminação e toxicodependência em meio prisional constituiu outro tema abordado importa mencionar que é partilhada, pela maioria dos entrevistados, a ideia de que os indivíduos com dependência de substâncias são altamente discriminados no interior dos estabelecimentos prisionais.

Como ilustra o entrevistado 1 (E1):

“Desde o primeiro dia, desde o primeiro dia. Há tudo e mais alguma coisa, mas uma pessoa por ser consumidor de drogas, é a ralé da EP. Não valem nada.”. **E1**

Por outro lado, para os elementos que compõem esta amostra da presente dissertação, ao fazer-se comparação entre os crimes cometidos pelos vários indivíduos privados de liberdades e os que são cometidos pela população reclusa toxicodependente, verifica-se que as pessoas reclusas com problemas de “adição” são, com maior frequência, apontados e lembrados por todo o staff do estabelecimento prisional.

Na verdade, de acordo com os testemunhos recolhidos, a maioria dos crimes relatados pelos entrevistados encontram-se, sobretudo, diretamente relacionados com a necessidade de consumo de substâncias ilícitas, estes acabam por ser alvo de comentários depreciativos e “rotulados” como ladrão, por exemplo. Em contrapartida, os crimes cometidos sobre a influência das ditas drogas legais, como seja o álcool, são mais compreendidos e tolerados.

Como exemplifica o Entrevistado 1 (E1)

“Discriminação não pelos colegas, mas por quem está acima de nós, os guardas, os médicos, os professores. É consumidor de droga, então também é ladrão e, por droga, fazem tudo (...) um gajo que matou é mais respeitado do que nós e por aí além. E cá fora é a mesma coisa. Lá dentro é o espelho do que se passa cá fora. Podemos ver um gajo a sair da Tasca podre de bêbado a pegar no carro e a atropelar pessoas, o que se diz... que grande bebedeira.... És o maior. Mas vem-nos a fumar um charro é um drogado, lá dentro é o espelho do que se passa na sociedade.” **E1**

Deste modo, e como apontam os entrevistados, a existência no estabelecimento prisional de uma maior focalização sobre o recluso toxicodependente contribui para uma maior desconfiança e sucessivas invasões dos espaços utilizados.

Como relata o entrevistado E4:

“Pelo facto de sermos ex-toxicodependentes acabamos sempre por ser olhados um bocado de lado e eu via pelo meu caso fartava-me de levar com rugas. Mesmo, portando-me, sempre bem, nunca ter sido apanhado com nada, era frequente levar com rugas, a pessoa fica com o rótulo.” **E4**

Segundo a perspectiva de Goffman, mediante um sistema composto por sanções e privilégios, que caracterizam a estrutura interna da *Instituição Total*, é possível compreender esta dimensão como uma contrapartida da mortificação do “eu”. Como refere o autor, “o novato chega ao estabelecimento com uma concepção de si mesmo que se tornou possível por algumas disposições sociais estáveis no seu mundo doméstico... Na linguagem exata de algumas das nossas mais antigas instituições totais, começa uma série de rebaixamentos, degradações, humilhações e profanações do eu” (1961, p. 24).

Como se tem vindo a mencionar, a integração num PSM contribui para uma maior estabilidade do indivíduo. Deste modo, a estabilidade proporcionada pelo PSM no EPC, permitiu o surgimento de oportunidades e melhorou as condições de acesso a atividades profissionais que exigem maior concentração e comprometimento. Esta realidade mais positiva possibilita que sejam criados novos percursos de reabilitação e de reinserção.

Como afirmam alguns entrevistados:

“Ajudou, nem eu conseguia organizar-me mentalmente para fazer qualquer tipo de atividade, senão estivesse a fazer a metadona.” **E1**

“A verdade é que o facto de acordamos de manhã termos feito a Metadona e não estarmos a ressacar, permite-nos ir a um curso ou arranjar uma ocupação profissional. (...) Não esqueçamos que a metadona permite que as pessoas acordem e que não andem à procura de um pacote ou onde é que vou arranjar dinheiro, o facto de fazer parte do programa possibilita dedicarmo-nos a outras atividades.” **E3**

Segundo Benelli (2004, pp. 238-239), referindo-se a Goffman (1961), “as instituições totais se caracterizam por serem estabelecimentos fechados que funcionam em regime de internação, onde um grupo relativamente numeroso de internados vive em tempo integral. A instituição funciona como local de residência, trabalho, lazer e espaço de alguma atividade específica, que pode ser terapêutica, correcional, educativa etc.”.

Todavia, a partir dos testemunhos recolhidos, são identificadas graves dificuldades de comunicação entre os diferentes prestadores de serviços judiciais e judiciários.

A título de exemplo, é relatado por um dos entrevistados a interrupção abrupta do seu percurso académico, quando o investimento não é acompanhado de um verdadeiro envolvimento/comprometimento institucional. Para este entrevistado, todo o processo de

“ressocialização” do indivíduo em reclusão é um processo desintegrado. A existência de saídas ou transição para outros estabelecimentos, a comunicação que se faz ao longo de todo o percurso até à data de saída não é de todo eficaz e às vezes é mesmo inexistente, logo torna-se extremamente difícil obter/traçar um “perfil” do recluso e, consequentemente um PIR adaptado ao mesmo.

Como afirmam os Entrevistados:

“(…) fico aqui três semanas e depois vou para o Porto e, entretanto, não apareceu as minhas habilitações em lado nenhum. Eles entraram em contacto com Aveiro com a doutora R e ela confirmou que eu tinha concluído o nono ano. Ela confirmou... eu ainda recebi em casa 300 e tal euros de prémio de aproveitamento do 3º ciclo, 280 euros em cheque.” **E2**

“Nós somos detidos numa prisão nacional, o nosso processo é nacional, não pelo facto de termos estado numa determinada EP e mudarmos para outra, o processo não tem de reiniciar, porque entramos noutra casa e começa tudo de novo outra vez(...) só ao fim de novamente de estar seis meses detido em Coimbra é que pude voltar a meter precárias, isto é tudo falta de informação e também má informação e inclusive até mesmo de advogados.” **E4**

Por outro lado, o processo de reclusão acarreta uma série de medidas formativas, profissionalizantes e educativas de modo a criar bases de incentivo ao regresso à vida em liberdade. O investimento pessoal e institucional, por exemplo, no que se refere à educação é altamente valorizado, como menciona o entrevistado.

“Terminei o primeiro ano de gerontologia social, fiquei com três cadeiras do segundo ano e o último ano eram práticas, não tive oportunidade de as fazer, porque não podia vir à rua, mas não estagnei.” **E3**

Em relação à criação e aplicação de um plano Individual de Reinserção (PIR), ou seja, à efetiva aplicação de medidas de reinserção adaptadas às necessidades de cada recluso, instrumento criado pelo Decreto-lei 265/79, de 1 agosto, existe uma profunda desilusão.

Para os entrevistados, no que se refere à definição e aplicação de medidas concretas de reinserção e, ou seja, à aplicação na prática de um PIR, há uma clara

evidencia de problemas de comunicação entre os vários intervenientes do EPC – pessoas reclusas, profissionais (educadores, assistentes sociais, entre outros profissionais especializados) e instituição (elementos da direção, guardas prisionais, entre outros elementos). Parece existir um desconhecimento, por parte dos indivíduos em reclusão, sobre quais as medidas concretizadas, que dimensões foram contempladas (familiar, social, individual) e até mesmo se existe alguma avaliação quanto às ações desenvolvidas no âmbito do seu PIR. Para os entrevistados, é notório um profundo desligar de tudo o que diga respeito ao seu plano de inserção/preparação para uma vida em sociedade.

Como faz referência o entrevistado 1 (E1)

“Mesmo em relação à minha reinserção, pode ter havido algum contributo, mas são os técnicos que o podem dizer, são os técnicos que têm essa competência, mas sinceramente não consigo identificar o que é que foi feito que possa ter contribuído para a minha reinserção.” **E1**

Deste modo, para os elementos que compõem a nossa amostra, os estabelecimentos prisionais portugueses encontram-se estruturados para serem espaços fechados que albergam indivíduos que cometeram crimes e que têm uma pena para cumprir. A função de preparação/readaptação do indivíduo em reclusão para uma vida no exterior e em plena convivência em sociedade é ainda, em Portugal, pouco notória.

Como relata o entrevistado 3 (E3):

“Os EPs estão feitos de uma maneira que depois de entrar a primeira vez é para entrar a segunda, a terceira e a quarta vez. Não há um apoio para a pessoa mudar, a pessoa está ali para cumprir a sua pena e acho que devia ser acompanhada para quando chegasse cá fora mudar, mudar mesmo.” **E3**

Para Giddens, as prisões, devem ser mesmo entendidas como potenciadoras do crime, pelo que o condenado deve ser “melhorado” enquanto indivíduo por forma a poder ter um papel positivo no exterior, na sociedade. Pode-se mesmo afirmar que as cadeias apesar de constituírem estabelecimentos de reintegração dos condenados, acabam por constituir um “ambiente” de reincidência criminal, “[...] aprender a aceitar a violência como algo normal, adquirir contactos com criminosos experimentados que mantêm depois de cumprida a pena e desenvolver dotes para o crime que anteriormente não possuíam”. (2009, p. 240)

7) Comportamento / consumo

A adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis constitui um outro objetivo do PSM. Neste contexto, pode-se afirmar que, de acordo com os relatos dos entrevistados, o tempo necessário para estabilizar o consumo de substâncias ilícitas em meio prisional, após a intergeração do PSM, é mais longo do que aquilo inicialmente esperaríamos, a noção seria que estabilizavam nos primeiros dias após entrada em PSM. Como é descrito pelos entrevistados, só ao fim de sensivelmente um ano é que efetivamente o seu comportamento relativo ao consumo de drogas e relação com o crime estabiliza.

Como afirmam alguns dos entrevistados:

“Quando comecei ainda consumi. Só estabilizei ao fim de 1 ano. E a equipa não sabia”

**E1**

“Por estranho que pareça, foi depois de ingressar no programa, que os meus consumos aumentaram. Demorou um ano até estabilizar os consumos (...) depois de um ano pensei, tenho que parar porque eu quero ir para a rua.” **E3**

Os relatos dos elementos que evidenciam que o próprio contexto a “reclusão” e a existência de um espaço físico “limitado” e “circunscrito” constituem fatores dificultadores de comportamento de distanciamento do “mundo das drogas”, inclusive a dificuldade em aceder a resposta financeiras necessárias à satisfação das necessidades básicas, potenciam comportamentos ditos de “sobrevivência” e, conseqüentemente, de ordem criminal como é o do tráfico de substâncias ilícitas.

Como expressam os seguintes entrevistados:

“Eu quando sou detido sou colocado numa cela com o (A), eu já o conhecia há muito tempo cá fora e conhecia-o muito bem, e lá dentro ele traficava haxixe, mas o que ele ganhava trocava por heroína e cocaína, ele consumia à minha frente e não me fazia confusão. Eu arranjei maneira de ter acesso a uns blocos de haxixe que dava para não me faltar haxixe e acabava por vender o resto(...)” **E2**

“Refiro-me ao consumo, como é um sítio fechado, ali há de certeza, há ali naquela área, enquanto que na rua ainda nos podemos desviar. Na rua também há, mas temos que nos

deslocar, procurar, devia ser ao contrário ser mais difícil cá dentro, mas não é assim que acontece.” **E4**

Em simultâneo, e existindo um sentido crítico, é reconhecido que em algumas consultas realizadas pela equipa multidisciplinar, foram praticadas ações no sentido de alterar os resultados das pesquisas de metabolitos, com vista a evidenciar uma (falsa) alteração de comportamento (inexistência de consumo de drogas).

“Não, não sabiam, sabiam que através de alguns testes que íamos fazendo estava positivo, iam me dando cabo da cabeça, mas continuei ao longo de um ano. Se há coisa que nós conseguimos fazer lá dentro é esconder aquilo que queremos esconder.” **E3**

“Têm a disponibilidade de mudarem de caminho, claro que há outros que vem o Programa só para desenrascar...tenho ali a metadona já não ressaca, mas quando têm dinheiro vão consumir.” **E4**

Importa mencionar que, para todos os entrevistados, o processo de tratamento de dependência de drogas, a existência de um programa de substituição opiácea (Metadona), constitui um forte contributo para a adoção de comportamentos mais saudáveis e facilitadores de uma melhor vivência desta realidade da privação da liberdade.

Como menciona o entrevistado 3 (E3)

“Sim ajudou, primeiro porque a Metadona nos deixa mais tranquilos e sem ressacar, desta forma deixa de haver a procura pela droga, dorme-se melhor e ficamos mais estáveis. Senão a cabeça está sempre a pensar.... Estamos sempre fechados e a Metadona ajuda. Ajuda mesmo.” **E3**

#### 8) Relações sociais

A toxicodependência leva a um conjunto de perdas: da saúde, de relações sociais e familiares, da autoestima e, até mesmo, à perda da identidade. Para os entrevistados, estas “perdas” tendem a acentuar-se em ambiente prisional. Deste modo, é num contexto de reclusão que os laços familiares se assumem como fatores de “encorajamento” e de algum “conforto” para uma vivência num espaço fechado, controlado e repressivo.

Como refere o Entrevistado 1 (E1):

“Mas enquanto não passassem os sintomas de ressaca, seria difícil. Se não houvesse programa de Metadona, não haveria relação nem com a família nem com ninguém” **E1**

Por outro lado, e como é reportado pelos entrevistados, a existência de uma de resposta terapêutica como o PSM é essencial no estabelecer ou restabelecer dos laços familiares e no ressurgir da confiança dos familiares e em si próprio. Em simultâneo, além da “reconstrução” do “eu”, da identidade do indivíduo toxicodependente em reclusão, o PSM parece constituir um suporte e, até mesmo, a única forma de estabelecer alguma relação com o exterior. É assumido por 4 dos 5 entrevistados que o facto de fazer o PSM é um forte contributo para o restabelecer dos laços familiares e relações sociais, bem como levar alguma segurança, tranquilidade e confiança dentro do seio familiar.

Como referem alguns dos entrevistados:

“Claro que é, a resistência à heroína é muito maior e a família acaba por ter mais sossego e ser menos roubada. Muitas famílias são destruídas.” **E2**

“Sem dúvida nenhuma para a minha família o facto de eu estar no programa e fazer a Metadona era uma segurança. Era uma segurança a todos os níveis, se eu lá dentro me meter em dívidas a quem é que eu recorro, à minha família.” **E3**

Todavia, um dos entrevistados faz referência a um sentimento contraditório aos demais elementos da amostra. Para este entrevistado, o facto de integrar no PSM leva a que este esteja associado a um processo de tratamento e, conseqüentemente, a família identifica-o como uma “pessoa doente” e de “pouca confiança”, em virtude da sua patologia (dependência de substâncias ilícitas). Assiste-se a um relembrar diário do seu problema de consumo de drogas, o que contribui para um comportamento contrário aquele que é esperado quando se inicia um programa terapêutico como o PSM.

Como menciona este entrevistado (E4):

“Nesse ponto, ainda há pouco tempo estive a pensar nisso e acho que ao contrário, muitas das vezes a família vê a Metadona não como um tratamento, mas uma continuidade do estilo de vida que nós temos. eu acho que o que eles queriam ouvir era que tinha terminado o tratamento e que nunca mais se falasse nisso. Dentro da família, infelizmente, se ele anda em tratamento é porque está doente, se está doente, continua a ser tóxico, se é tóxico está igual. Se não estivermos em tratamento é

porque estamos bem e se for possível a pessoa desencaminha-se mais facilmente, mas a família não está a pensar nisso. (...) quando estamos a tentar recuperar procuramos é a confiança, que nos passem a ver com uma pessoa normal, e tentar esquecer que uma pessoa está doente, o programa lembra que estamos e às vezes o programa traz desconfiança na família. Em tratamento devemos ter acesso aos mesmos instrumentos e benefícios que qualquer outra pessoa.” **E4**

Como é reportado pelos entrevistados, no momento da sua saída, da sua libertação, surge uma sensação de inadaptação, de vulnerabilidade e de inexistência de condições que, entretanto, deveriam ter sido criadas, para que não haja uma reincidência de crimes e conseqüente reingresso num estabelecimento prisional.

Como mencionam alguns dos entrevistados:

“Da EP não tirei nada de bom, estou todo queimado da minha cabeça, mesmo psicologicamente estou arrumado, aquilo... aquele tipo de vida de estar confinado a uma cela, habituou-me de tal maneira a isso que eu só me sinto bem em casa... confinado, e isolado... eu isolo-me, já da outra vez que eu saí já andava assim, mas agora noto que estou mais diferente, com é que hei-de dizer... desatualizado... não é desatualizado... é mais fora de forma... fora de contexto...sinto-me diferentes das outras pessoas... eu não sei explicar... eu próprio não ando bem... eu acho que é isso.” **E2**

“Chegam cá fora e ficam completamente à toa. A única maneira de resolver isto, é muitos deles voltarem a cometer crimes e voltarem lá para dentro. Lá dentro tem o apoio mínimo, mas têm.” **E3**

Por outro lado, a continuidade no exterior do estabelecimento prisional de uma resposta terapêutica assente num PSM, enquanto tratamento de suporte, é altamente relevante para a prevenção de uma de recaída, na medida em que há um reconhecimento dos benefícios não só do tratamento com uma substância de substituição, mas também das relações criadas/recuperadas, da reconstrução de uma identidade e autoestima perdida, durante o processo terapêutico.

Como refere um dos elementos que compõem a amostra:

“Quando saímos cá para fora em muitos dos casos, não há família nem instituições que apoiem, no caso das drogas temos o CAT, mas há quem não tenha nada, nem ninguém.” **E3**

A condição social parece constituir um fator determinante quer, para a vivência no interior de um estabelecimento prisional quer no momento da sua libertação e da sua reinserção em sociedade. Para os entrevistados, há uma relação direta entre o recluso com poder económico e um elevado estatuto social no que se reporta a favores institucionais (benefícios nas visitas, acesso a bens essenciais e não essenciais, atribuição de saídas de precária, escolha do estabelecimento prisional para cumprimento da pena).

Como é mencionado pelo Entrevistado 4 (E4)

“(…), era uma vergonha eles tinham acesso a tudo, aquilo era um hotel, de manhãzinha tinham os bolinhos todos e era o chefe que punha dinheiro dele para fazerem as compras, era carregadores por todo lado, máquinas para fazer a barba, os familiares entravam a qualquer hora. (...) O chefe de guardas dizia R aproveita agora que não estão na cela faz a cama, lava bem o chão, põe isso direitinho, para quando eles regressarem estar tudo limpinho... eu quando fui detido deram-me uns lençóis e era eu que tinha de fazer a cama... anda lá, anda lá que os senhores doutores querem isto direito e pega lá o cartão e vai ao bar comprar o que for preciso... de manhã muitas das vezes em vez de estarem dentro da cela estavam na caserna dos guardas estavam a carregar o telemóvel, a falar ao telemóvel, com os guardas e se fosse preciso com um familiar ali, como se fosse normal em casa, dormiram foi num sítio diferente mais nada. (...) O que é que eu retiro de menos bom, a forma como somos tratados, é uma vergonha. quem rouba mais, muitas das vezes quem comete os piores crimes, são os que são mais bem tratados. São os que continuam a ter acesso mais fácil as coisas. A questão da corrupção isso eu vi muito.” E4

A imposição de uma ordem, de normas e regras, características inerentes a uma vivência num estabelecimento prisional são impostas, inquestionáveis e aceites pelas pessoas reclusas. Estas constituem elementos indispensáveis à sobrevivência nos meios privados de liberdade, mesmo que sejam orientações que tendem a desconfigurar a singularidade do indivíduo e interferir, no cumprimento de direitos e garantias mínimas de dignidade de qualquer estado de direito. Na verdade, a partir da análise dos testemunhos recolhidos, verifica-se a existência de uma certa resignação ao sistema prisional existente, com todas as particularidades que lhe estão inerentes.

Como aponta o Entrevistado 5 (E5):

“Se se vai para a prisão a pensar que vamos a todas e que aguento, está errado...está errado é que lá dentro todos piam baixinho, naquela fase, todos piam baixinho, quando se sai para a rua é cada um à sua maneira. Não consigo dizer que tenha tirado alguma coisa de bom lá de dentro. Disciplina tem que haver, como tem que ser mesmo, abriu-me a pestana... só isso” E5

#### **IV. CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES**

O presente estudo permite retirar conclusões relativamente ao impacto que o PSM teve no EPC e nas pessoas reclusas. Os dados recolhidos demonstram que há pontos fortes a serem considerados. Deve-se destacar desde logo, o facto de, no período em análise (2016 a 2020), uma média de 22 % da população ter tido pelo menos um contacto com a *Consulta Partilhada* e 13% integrou uma resposta terapêutica especializada (PSM).

Até 2008, as pessoas reclusas toxicodependentes deslocavam-se à ET do CRI de Coimbra para uma consulta de especialidade, sendo que o tempo de espera era entre 6 a 8 semanas, e na maioria das vezes apresentavam-se algemados. Com a criação da *Consulta Partilhada* no EPC passou a existir uma resposta terapêutica, garantida por uma equipa multidisciplinar e de rápido acesso. Assim, passou a existir o acesso a um cuidado de saúde direcionado para o tratamento de problemas de adição com características especiais e menos estigmatizante.

Pode afirmar-se que o PSM surge como um tratamento singular, com um acompanhamento especializado, sistemático e de proximidade entre o utente e a equipa terapêutica. Este contexto de proximidade entre utente e equipa terapêutica facilita não só a comunicação, mas também uma rápida abordagem, sempre que se verifique períodos de maior vulnerabilidade da pessoa reclusa. Em comparação com os serviços prestados no exterior, o referido programa apresenta uma alta taxa de retenção (manutenção no programa), baixo número de abandonos e expulsões e um número significativo de altas clínicas.

Em simultâneo, o PSM no EPC contribuiu para um ambiente de maior tranquilidade no interior do estabelecimento prisional, sendo reconhecido que a ausência deste tipo de resposta traria enormes dificuldades, quer dentro quer fora do espaço de reclusão.

Por outro lado, o PSM no EPC acabou por ter um forte impacto a nível judicial para as pessoas em reclusão, na medida em que constitui um elemento adicional à apreciação da flexibilização das penas.

Importa dar relevância que no contexto prisional existem condições de insalubridade, falta de higiene, sobrelotação, ausência de mecanismos de comunicação eficazes. Apesar desta realidade, a equipa do PSM propôs-se, no início do período em análise a realizar 3 consultas por utente/ano, este objetivo foi largamente ultrapassado passando para uma média de 4,46 consultas por utente/ano.

Outro dos pontos fortes do PSM no EPC diz respeito ao facto de esta resposta terapêutica ser adequada aos problemas de adição, permitindo a obtenção de estabilidade física, mental e emocional que se revelam positivas no que diz respeito ao bem-estar geral da pessoa, bem como, para o restabelecimento de laços familiares e relações sociais, recuperação da autoestima, identidade e a reaprendizagem de papéis perdidos.

A continuidade desta resposta terapêutica fora do contexto prisional constitui uma das poucas medidas aplicadas após a saída do estabelecimento prisional, sendo esta considerada uma mais-valia do PSM no EPC.

Os resultados obtidos na abordagem empírica deste estudo permitem identificar alguns pontos fracos do PSM no EPC. Desde logo, no que se reporta à estabilização dos consumos de drogas dos utentes do PSM em meio prisional, os dados recolhidos permitiram concluir que há a necessidade de um período mais alargado, sensivelmente um ano, desde o início desta resposta terapêutica até ao efetivo afastamento da relação com as drogas, o atingir a abstinência assim como o afastamento do crime.

A introdução de testes de metabolitos no EPC, por parte da equipa do PSM, com o propósito de avaliar o progresso do utente em programa de agonista, foi posteriormente adotado pelas instâncias judiciais como um elemento adicional para a apreciação da pena. Esta medida foi associada à equipa e entendida pela população reclusa como um fator de controle e altamente repressivo, o que constitui um dos pontos fracos do PSM.

Por outro lado, se no início do protocolo estabelecido entre o CAT e o EPC, a equipa multidisciplinar constituída no âmbito do PSM era composta por 7 elementos, atualmente, apenas é formada por 2 elementos (1 médico e 1 técnico psicossocial), levando a uma intervenção menos abrangente e, em simultâneo mais exigente. Esta realidade demonstra que há falta de envolvimento institucional para com uma estratégia de proximidade e de intervenção na área da saúde da população reclusa.

Considerando que o PSM no EPC foi traçado tendo como base três áreas de intervenção (tratamento, prevenção de recaídas e aquisição de comportamentos saudáveis), ao analisar-se os dados do período em estudo, é possível constatar que houve uma maior preocupação na esfera de ação referente ao tratamento clínico, deixando as demais dimensões subvalorizadas. Não houve preocupação em traçar medidas facilitadoras da compreensão da realidade da adição, nomeadamente na sensibilização dos diferentes intervenientes, de modo a que estes se tornassem mais pró-ativos não só na promoção de comportamentos saudáveis, encaminhamento para o PSM, bem como, na aquisição de competências facilitadores do processo de reinserção da pessoa reclusa, aquando da sua saída.

Deste modo, pode-se aferir que há falha de comunicação entre as diferentes áreas (saúde, educação, direção, agentes prisionais e instituições judiciais), o que poderá criar dificuldades de uma leitura real das informações necessárias à elaboração de um PIR verdadeiramente personalizado.

Verifica-se que a preparação da pessoa reclusa para a saída, a sua integração no mercado de trabalho e o seu acompanhamento após a conclusão da pena (suporte social) deveriam ser áreas de intervenção planeadas durante o período em que estão no estabelecimento prisional e não apenas pontualmente no fim da sua pena.

Assiste-se ao desconhecimento sobre quais as medidas concretizadas, que dimensões foram contempladas (familiar, social, individual) e até mesmo se houve alguma avaliação/readaptação das ações previamente definidas no âmbito do seu Plano Individual de Readaptação. A reinserção e o funcionamento do PIR, em termos práticos, não é reconhecida pela população em estudo. A saída para o exterior é sentida como o “fim” da intervenção do sistema prisional sobre o indivíduo recluso, sem que o seu papel de “promotor” da reinserção seja verdadeiramente desempenhado. Não se verifica o desenvolvimento/concretização das competências a serem desenvolvidas pelas atividades prisionais no que se reporta à reinserção social. Deste modo, sugere-se a criação de instrumentos de combate aos problemas de comunicação, como sejam reuniões periódicas com os diferentes intervenientes, mecanismos de avaliação mais partilhados, conseguindo assim obter uma visão mais objetiva do processo evolutivo da pessoa reclusa.

Como já foi mencionado anteriormente, o tratamento constitui a única área de intervenção do PSM. O desenvolvimento de ações concretas que se proponham a contribuir para a prevenção de recaídas e a reinserção social, é praticamente inexistente. É neste contexto que as respostas terapêuticas voltadas para o comportamento (terapias

de grupo, psicoeducação e treino de competências sociais) constituem estratégias fundamentais para a readaptação da pessoa reclusa na sociedade. Estas são abordagens terapêuticas, cognitivas e comportamentais, muitas vezes recorrendo a técnicas de aconselhamento, com vista à reaprendizagem social, à educação do indivíduo para lidar com a angústia emocional (conflitos interpessoais, frustração, pressão social) e aquisição de estilos de vida mais saudáveis em direção ou à manutenção da abstinência segundo (Bandura, 1997; Marlatt, 1993; Caballo, 2003 e Del Prette & Del Prette, 1999).

Com base na análise do PSM no EPC, foi possível retirar conclusões que evidenciam os benefícios que esta resposta terapêutica pode trazer para a pessoa toxicodependente em reclusão, mas também para o estabelecimento prisional. Todavia, a ausência de uma avaliação desta resposta terapêutica parece constituir uma das lacunas de todo este processo de cuidados de saúde. Deste modo, uma avaliação com fins de acompanhamento (“on going”) pode constituir uma mais-valia. Esta é uma avaliação que terá de ser realizada necessariamente durante o PSM que terá como base os dados recolhidos durante período da sua execução o que permite corrigir os desvios das linhas estratégicas inicialmente traçadas, podendo, deste modo, tornar esta resposta terapêutica mais personalizada e eficiente.

Por outro lado, a avaliação realizada neste estudo permite aferir que o número reduzido de elementos que atualmente integram a equipa do PSM não consegue dar resposta às esferas de ação que a resposta terapêutica se propõe alcançar, verifica-se que há uma premente necessidade de alargar o grupo de intervenientes (educação, serviço social, agentes prisionais direção), bem como, promover o real envolvimento de todos estes atores, com diferentes papéis, no âmbito deste processo, que se entende como holístico.

Sobre este tema importa mencionar a importância da investigação social, dentro dos estabelecimentos prisionais, é uma fonte fundamentada para a organização de programas de reintegração do indivíduo em sociedade e para a prevenção da reincidência criminal. Envolve o contacto, a comunicação e o trabalho direto com indivíduos, famílias, grupos, e até, com a comunidade, com o objetivo de promover mudanças, com vista a uma melhor assistência dos indivíduos/grupos mais desfavorecidos, garantindo condições para a uma vida digna e conseqüentemente, contribuir para uma maior equidade social.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agra, C. & Matos, A. (1997). *Droga/crime: Estudos interdisciplinares. Trajectórias desviantes. Portugal: Gabinete de Planeamento e de Coordenação do Combate à Droga.*

Albarello, L., Digneffe, J., Maroy, C., Ruquoy, D. & Saint-Georges, P. (1997). *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais.* Gradiva.

Almeida, L., & Freire, T. (2000). *Metodologias da investigação em psicologia e educação (2ª ed.).* Psiquilíbrios.

Almeida, A., Gaspar, A., Dias, I., Santos, L., Silva, R. (2004). *Guia de Boas Práticas, Consulta partilhada: Projeto de Repostas Integradas, Protocolo CRI e EPC.*

Amado, J. (2009). *Introdução à Investigação Qualitativa em Educação.* Relatório não publicado de uma unidade curricular apresentado nas Provas de Agregação. Coimbra: FPCEUC.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The Exercise os control.* W.H.Freeman and Company.

Bardin, L. (2013). *Análise de Conteúdo.* Edições 70.

Benelli, S.J. (2004). A instituição total como agência de produção de subjetividade na sociedade disciplinar. *Estudos de Psicologia, volume 21, n. 03,* pp. 237-252

Bertram, S. & Gorta, A. (1990). Inmaates perceptions of the role of the NSW prison methadone program in preventing the spread of Human Immunodefeciency Virus. *Evaluation of NSW Department of Corrective Services Prison Methadone Program. Study n. 09. Research and Statistic Division: NSW Department of Corrective Services.*

Biondo-Simões, P., Martynetz, J. & Olandoski, M. (2007). Compreensão do termo de consentimento informado. <https://doi.org/10.1590/S0100-69912007000300009>

Caballo, V.E. (2003). *Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais*. Editora Santos.

Cardoso, C. (2001). “Droga”. *Um problema de saúde pública. Saúde Mental*, 3(4), 9-17. <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/6886/2/38341.pdf>

Dores, P. (2004). Anomia em Durkheim – entre a sociologia e a psicologia prisionais. *Comunicação apresentada nas Jornadas de Estudos Penitenciários*. Faculdade de Direito da Universidade Católica de Lisboa.

Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (1999). *Psicologia das habilidades sociais: Terapia e educação*. Editora Vozes.

Fernandes, L. (1997). *Atores e Territórios Psicotrópicos: Etnografia da Drogas numa Periferia Urbana*. Dissertação de Doutoramento. Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Portugal.

Foucault, M. (1999). *Vigiar e Punir*. 27ª Edição, Editora Vozes.

Giddens, A. (2009). *A Constituição da Sociedade*. Editor Martins Fontes.

Goffman, E. (1961). *Manicómios, Prisões e Conventos*. Editora Prospetiva.

Herzog, C., Fasnacht, M., Stohler, R., & Ladewig, D. (1993). Methadone substitution as an AIDS-preventive measure in the prison environment. *Presented at the European Symposium Drug Addiction & AIDS*. 46 October.

Hiller, M. L., Knight, K., & Simpson, D. D. (1999). Prison-based substance abuse treatment, residential aftercare and recidivism. *Addiction*. 94(6), 833-842.

Kastelic, A., Pont. J., & Stöver H. (2007). Opioid substitution treatment in custodial settings. *Practical guide*. Oldenburg. BISVerlag.

Levasseur, L., Marzo, J.N., Ross, N., & Blatier, C. (2002). Frequency of re-incarcerations in the same detention center: role of substitution therapy. *A preliminary retrospective analysis. Annales Medicine Interne (Paris)*, 153, Supplement No.3, IS14IS19.

Lüdke, M & André, A. (1986). *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. Editora Pedagógica e Universitária.

Magura, S., Rosenblum A., & Lewis, C. (1993). *Journal of drug. journals.sagepub.com*

Marlatt, G. A. (1993). *Prevenção da recaída: Estratégia e manutenção no tratamento de comportamentos adictivos*. Editora ArtMed. (Original publicado em 1985)

Olabuenaga, J. & Ispizúa, M. (1989). *La descodificación de la vida cotidiana: metodos de investigacion cualitativa*. Universidad de deusto.

Prochaska, J., & DiClemente, C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. Hersen M, Eisler RM, Miller PM (eds.). *Progress in Behavior Modification* (vol. 28).

Prochaska, J., & Prochaska, JM. (1993). A transtheoretical model of change for addictive behaviors, in Gossop. *Recaidaz y Prevencion de Recaidor*, pp. 85-136 Sitges. Editora Citran.

Prochaska, J. (1994). Strong and weak principles for progressing from precontemplation to action based on twelve problem behaviors. *Health Psychol* 13:47-51

Rosen, P. J., Hiller, M. L., Webster, J. M., Staton, M., & Leukefeld, C. (2004). Treatment motivation and therapeutic engagement in prison-based substance use treatment. *Journal of psychoactive drugs*, 36(3), 387-396.

DOI:10.1080/02791072.2004.10400038

Santos, B. (Coord.) (2003). *A reinserção social dos reclusos*. Um contributo para o debate sobre a reforma do sistema prisional. Observatório permanente da Justiça portuguesa, Centro de Estudos Sociais. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

Sibbald, B. (2002). *Methadone maintenance expands inside federal prisons*. Nouvelles.

Silva, A. (2016). *Droga e crime: trajetórias presentes da população reclusa portuguesa da Zona Norte*. Projeto de Graduação, Licenciatura em Criminologia, Universidade Fernando Pessoa.

Stöver, H., Casselman, J., & Hennebel, L. (2007). Substitution treatment in European prisons: a study of policy and practices in 18 European countries. *International Journal of Prison Health*.

Stöver, H., Michels, I.I. (2010). Drug use and opioid substitution treatment for prisoners. *Harm Reduct. J.* 7, 17.

Torres, A., Gomes, Maria. (2002). *Drogas e Prisões em Portugal*. IPDT/Ministério da Saúde.

Torres, A., Maciel D., Sousa I., Cruz R. (2008). *Drogas e Prisões: Portugal 2001-2007*. IDT

Viana, S. (2011). *Qualidade de vida, bem-estar psicológico e estratégias de coping no tratamento de substituição com metadona e buprenorfina*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, área de conhecimento em psicologia da saúde. Universidade do Minho.

Walters, G. (2012). Substance Abuse and Criminal Thinking: Testing the countervailing, mediation, and specificity hypotheses. *Law and Human Behavior*, 36(6), 506–512. doi: 10.1037/h0093936

Wilkins, C. & Sweetsur, P. (2010). The association between spending on methamphetamine/amphetamine and cannabis for personal use and earnings from acquisitive crime among police detainees in New Zealand. *Addiction*, 106,789797.doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03241.x

## WEBGRAFIA

Comité de Ministros do Conselho da Europa aos Estados Membros sobre a Mediação Familiar (1998), <http://www.cej.mj.pt/cej/recursos/ebooks/GuiaDivorcioRespParent/anexos/anexo38.pdf>

=

Constituição da República Portuguesa. <https://dre.pt/legislacao-consolidada/-/lc/34520775/view>

Decreto-Lei 115/2009, de 12 outubro. <https://dre.pt/pesquisa/-/search/491690/details/maximized>

Decreto-Lei 265/79, de 1 de agosto. <https://dre.pt/home/-/dre/396771/details/maximized>

Decreto-Lei 51/2011, de 11 abril. <https://dre.pt/pesquisa/-/search/276858/details/normal>

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2002). Key role of substitution in drug treatment.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2003). Treating drug users in prison a critical area for health-promotion and crime-reduction.

Instituto da Droga e da Toxicodependência.(2000). [http://www.sicad.pt/BK/Institucional/Legislacao/Lists/SICAD\\_LEGISLACAO/Attachments/744/dc\\_596\\_99.pdf](http://www.sicad.pt/BK/Institucional/Legislacao/Lists/SICAD_LEGISLACAO/Attachments/744/dc_596_99.pdf)

Ministério da Justiça e da Saúde. (2006). Despacho conjunto nº72/2006. Plano de Ação Nacional para Combate à Propagação de Doenças Infeciosas em Meio Prisional. [http://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD\\_PUBLICACOES/Attachments/43/PA\\_NCPDIEMP.pdf](http://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/43/PA_NCPDIEMP.pdf).

Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência. (2003). Tratamento de reclusos toxicodependentes – Uma área da política de promoção da saúde e de redução da criminalidade.

Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência. (2009). *A Evolução do fenómeno da droga na Europa*, pg.3.

Organização das Nações unidas. (1955). Regras Mínimas para o tratamento de reclusos. [https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Nelson\\_Mandela\\_Rules-P-ebook.pdf](https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Nelson_Mandela_Rules-P-ebook.pdf)

Organização Mundial de Saúde. (2014). Prisons and health. WHO Regional office for Europe, pg.5. [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/005/249188/Prisons-and-Health.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/005/249188/Prisons-and-Health.pdf).

Organização das Nações Unidas. (2015). Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento de Reclusos (Regras de Nelson Mandela). Resolução 70/175 da Assembleia Geral adotada a 17 de dezembro de 2015.

Organização das Nações Unidas. (2014). Direitos Humanos e Prisões – Guia de Formador para a formação em direitos humanos dos funcionários prisionais.

- Organização das Nações Unidas. (1948). Declaração Universal dos Direitos do Homem das Nações Unidas. <https://unric.org/pt/wp-content/uploads/sites/9/2019/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Universal-dos-Direitos-Humanos.pdf>

## **ANEXOS**

**ANEXO I - Autorização superior para consulta e uso de dados  
Sistema Informação Multidisciplinar (SIM)**

Ex.mo Sr. Coordenador, DICAD  
Dr. António Rocha Almeida

Nede e Souza  
27/7/2021  
Dr. António Rocha Almeida  
Coordenador da DICAD

Eu, Joaquim Renato de Sousa e Silva, com o cartão de cidadão nº10540083 1ZX9, a frequentar o 2º Ciclo do Mestrado de Serviço Social da Escola Superior de Altos Estudos do Instituto Superior Miguel Torga (aluno 11685), vem por este meio solicitar a V.Ex.ª a utilização dos dados sociais e demográficos, bem como a realização de entrevistas semiestruturadas a utentes que fizeram parte da consulta partilhada, entre o ano de 2016 a 2020. Esta consulta é uma resposta terapêutica que está ao abrigo do protocolo estabelecido entre o CRI (DICAD) de Coimbra com o Estabelecimento Prisional de Coimbra desde 2008 e do qual faço parte desde o primeiro momento.

A finalização deste ciclo de estudo inclui obrigatoriamente a realização de uma dissertação intitulada "Análise do Impacto do Programa de Substituição com Metadona/ Consulta Partilhada, no Estabelecimento Prisional de Coimbra, orientada pela Professora Doutora Rosa Tomé, tratando-se de um trabalho de investigação de superior interesse quer em termos académicos, quer para o CRI (DICAD).

Assumo que todos os procedimentos do estudo proposto, zelará pela estrita proteção de dados, confidencialidade e anonimato, princípios basilares da ética de investigação.

Coimbra, 26 de julho de 2021

Agradeço desde já a vossa colaboração

Atenciosamente

*Joaquim Renato de Sousa e Silva*  
(Joaquim Renato de Sousa e Silva)



Tomei conhecimento  
E do registo de  
Sua no âmbito  
de análise de  
investigação.

Coimbra 27/7/2021  
Coordenadora Técnica do CRI de Coimbra  
Paula Carrão

**ANEXO II**  
**Consentimento informado**

## *Consentimento Informado, Livre e Esclarecido*

### **Investigação no âmbito de Mestrado em Serviço Social**

Antes de ceder a sua autorização para participar neste estudo, pedimos-lhe que leia este pequeno texto. Este trabalho de investigação decorre no âmbito da realização de um trabalho científico do Mestrado em Serviço Social do Instituto Superior Miguel Torga (Coimbra), no âmbito do projeto de investigação “Direito à Saúde e a Toxicodependência em Reclusão”, cujo objetivo é avaliar o Programa de Substituição com Metadona no Estabelecimento Prisional de Coimbra entre 2016 e 2020.

Para concretizarmos este objetivo, pedimos-lhe que participe e permita a gravação de uma entrevista com duração média de 60 minutos.

A sua participação, embora voluntária, é muito importante para a realização deste estudo. Todos os dados recolhidos têm a garantia de confidencialidade, e obedecem aos preceitos orientadores para a elaboração de trabalhos científicos.

O investigador está disponível para qualquer esclarecimento acerca do estudo, se assim for o desejo do participante.

Se, em algum momento, optar por não continuar, é livre de desistir e cessar a sua participação, em qualquer momento, sem qualquer consequência pessoal.

Obrigado pela sua disponibilidade e colaboração.

Declaro que fui esclarecido acerca dos objetivos e procedimentos desta investigação e que aceito participar nela de livre vontade, além de autorizar o uso dos dados para os fins relacionados com esta pesquisa.

Assinatura/rubrica: \_\_\_\_\_

Coimbra, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Contactos:

Renato Silva

[nato1975@sapo.pt](mailto:nato1975@sapo.pt)

Professora Doutora Rosa Tomé

[rosa\\_tome@hotmail.com](mailto:rosa_tome@hotmail.com)

## APÊNDICES

Figura 1. Utentes da consulta partilhada no EPC

Figura 2. Representatividade de utentes do PSM no EPC

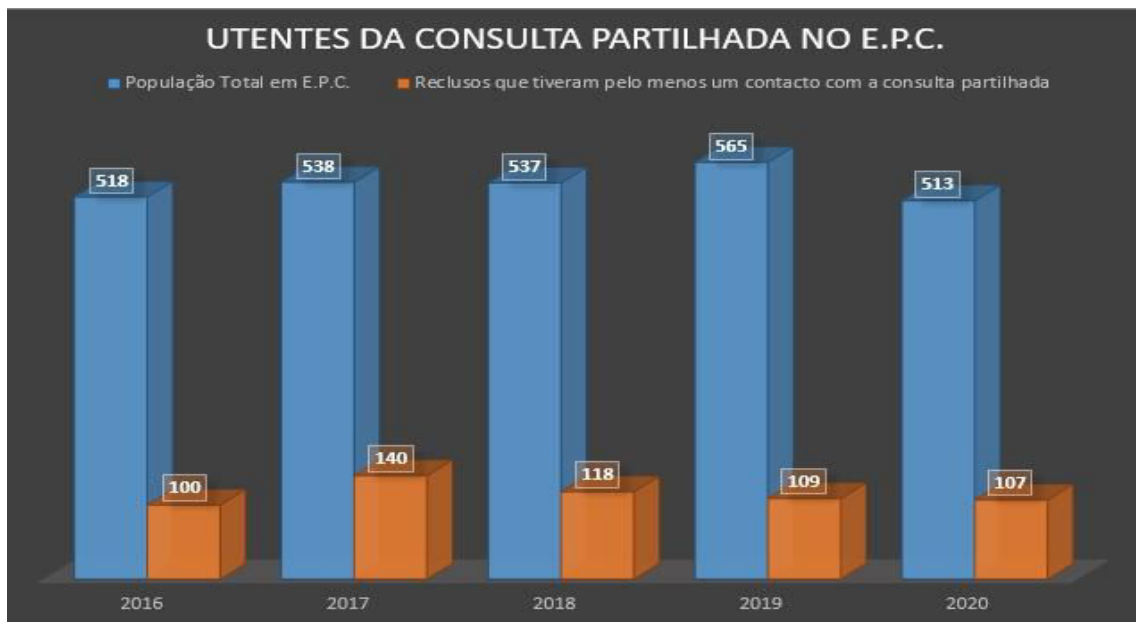


Figura 1 – Número de indivíduos no EPC e indivíduos que tiveram pelo menos um contacto com a Consulta Partilhada

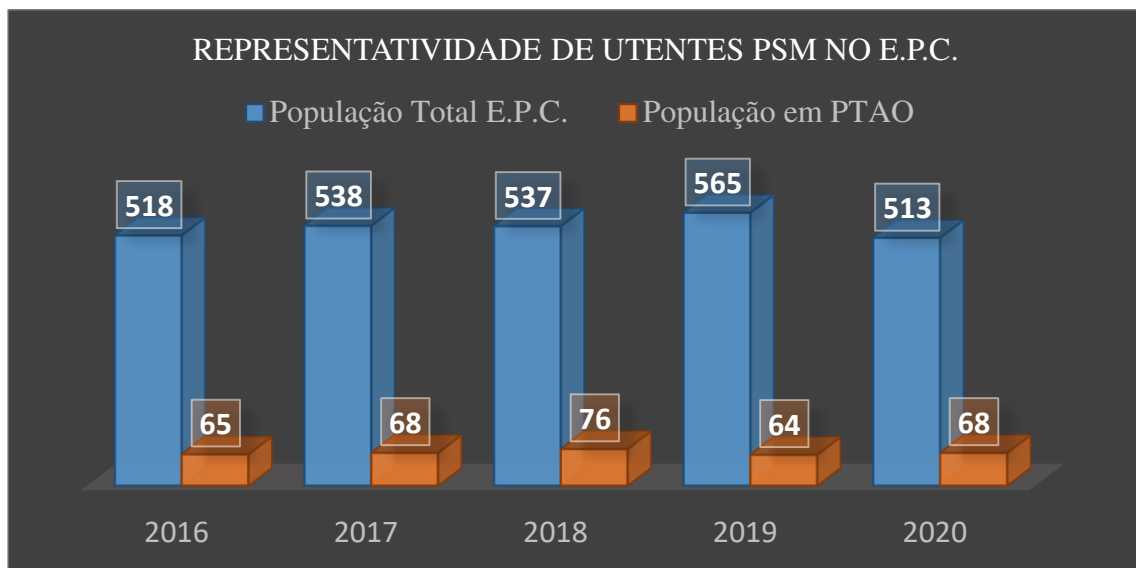


figura 2 – Número de indivíduos que integraram o PSM

Figura 3. Média de consultas por recluso em PSM

Figura 4. Movimento de utentes



figura 3 – Média de consultas efetuadas a indivíduos que integraram o PSM

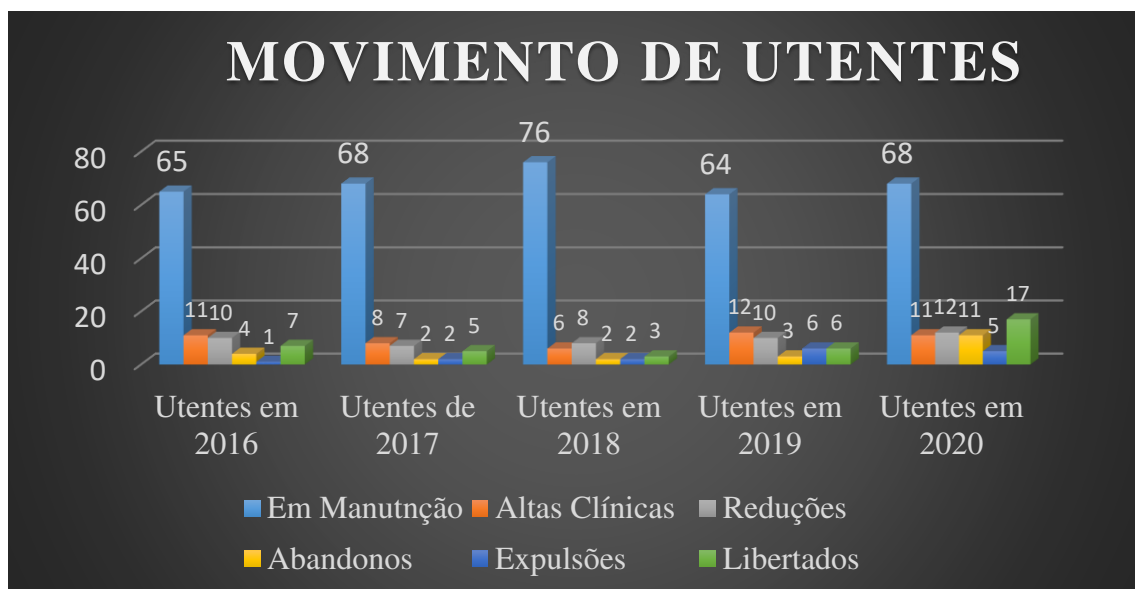
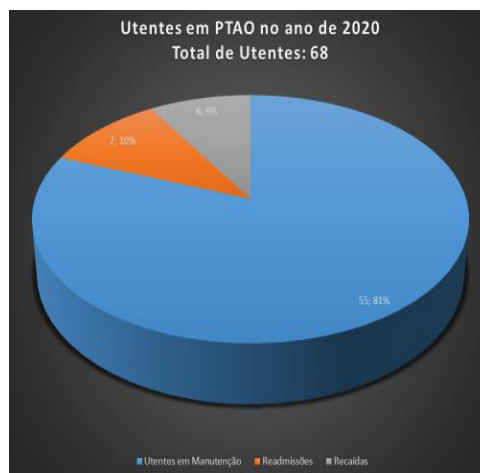
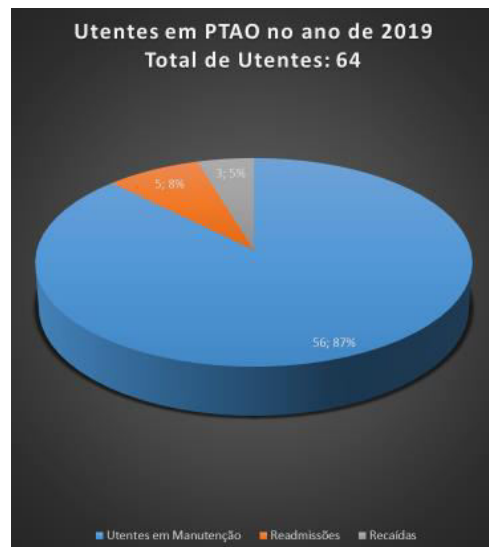
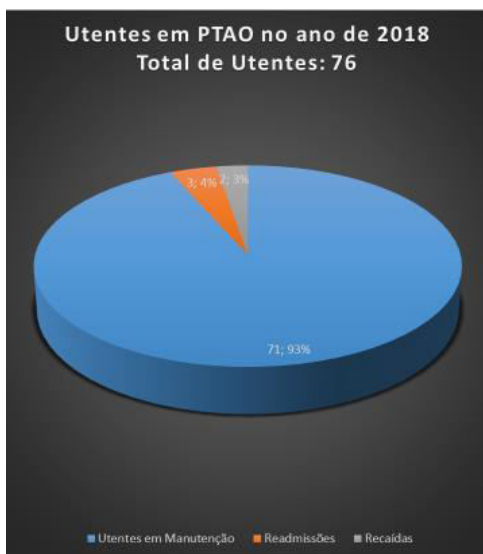
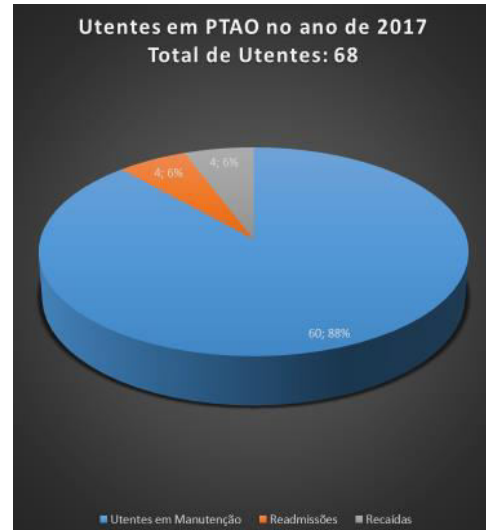


Figura 4 – Movimento dos utentes que integraram o PSM, no período compreendido entre 2016-2020

Figura 5, 6, 7, 8, 9. Recaídas e readmissões dos utentes que integraram o PSM (2016-2020)



Figuras 5,6,7,8,9 – “Recaídas” e “Readmissões” dos utentes que integraram o PSM, no período compreendido entre 2016-2020

Figura 10. Número de contactos com unidades especializadas

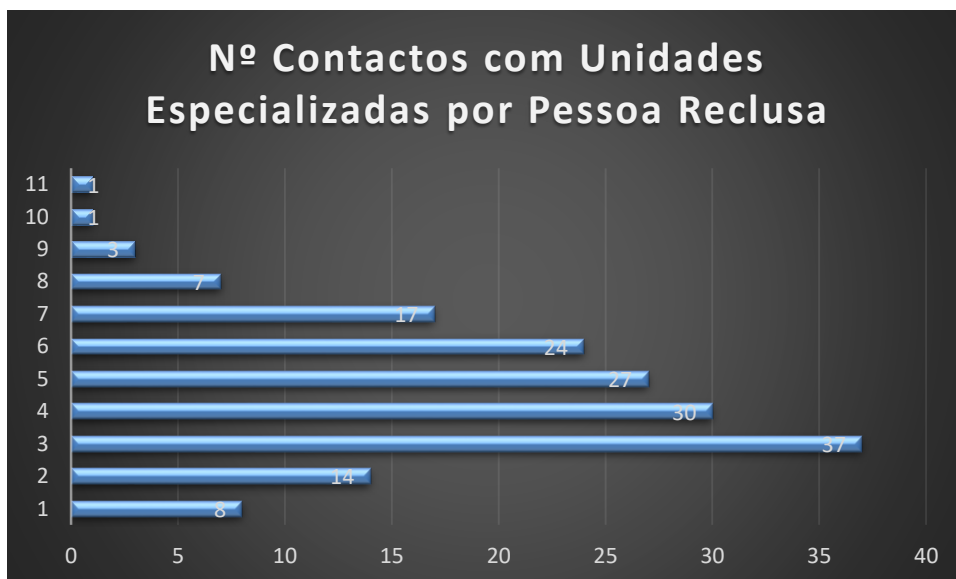


Figura 10 - Nº Contactos U. Especializadas

Tabela 1. Características sociofamiliares do grupo em estudo

**Tabela 1**

Características Sociofamiliares do grupo em estudo: 169 indivíduos que fizeram Programa de Substituição com Metadona no período compreendido 2016 a 2020.

Variáveis	Total N=169	%
<b>Estado civil</b>		
Solteiro	124	73
Casado	35	21
Divorciado/Sep.	10	6
<b>Com quem residia</b>		
Família origem	98	58
Companheira	27	16
Estab. Prisional	35	21
Resp. Social	6	3
Sozinho	3	2
<b>Escolarização</b>		
1º Ciclo	39	23
2º Ciclo	81	48
3º ciclo	40	24
Secundário	7	4
Ens. Superior	2	1
<b>Situação Profissional</b>		
Desempregado	83	49
Empregado	42	25
Outro	35	21
Estudante	7	4
S/ informação	2	1

*Nota.* Estes dados foram recolhidos à data do primeiro registo do Sistema de Informação Multidisciplinar, primeiro contacto com uma unidade especializada, utilizado nas Equipas de Tratamento a nível Nacional

Tabela 2. Caracterização comportamento/droga

**Tabela 2**

Comportamental na relação com as drogas do grupo em estudo, 169 indivíduos que fizeram Programa de Substituição com Metadona no período compreendido 2016 a 2020.

Variáveis	Total N=169	%
<b>Quem encaminhou 1ª</b>		
Próprio	46	27
Família	44	26
Est. Prisional	35	22
Justiça	28	17
U. Saúde	12	7
Resp.Social	4	2
<b>Idade da 1ºresp.Esp.</b>		
10-14	3	1,5
15-19	31	18
20-24	55	31
25-29	35	21
30-34	22	15
35-39	12	7
40-44	8	5
45-49	2	1
50-54	1	0,5
<b>1ª Substância cons.</b>		
Cannabis	144	85
Heroína	23	14
Cocaína	2	1
<b>Idade do 1ºconsumo (intervalo idade)</b>		
5-9	4	2
10-14	88	53
15-19	67	40
20-24	7	3,5
25-29	2	1
30-34	1	0,5
<b>Substância aditiva</b>		
Heroína	158	93
Cocaína	11	7
<b>Idade do 1ºC. subs.a</b>		
5-9	1	0,5
10-14	25	15
15-19	70	41
20-24	53	31
25-29	14	9,5
30-34	4	2
35-39	1	0,5
40-44	1	0,5

*Nota.* Estes dados foram recolhidos à data do primeiro registo do Sistema de Informação Multidisciplinar, primeiro contacto com uma unidade especializada, utilizado nas Equipas de Tratamento a nível Nacional

Tabela 3. Dados dos utentes em estudo à data do 1º contacto com uma unidade especializada

**Tabela 3**

Relação com as drogas e dependência		
Variáveis	Total N=169	%
Idade dependência (intervalo anos)		
5-9	1	0,5
10-14	13	7,7
15-19	64	38
20-24	59	35
25-29	22	13
30-34	6	3,5
35-39	2	1
40-44	2	1
Nº Anos entre o 1º Cont. e Dependência		
0	88	52
1	27	16
2	19	12
3	13	8
4	4	2
5	10	6
6	2	1
7	1	0,5
8	3	1,5
9	1	0,5
10	1	0,5
Idade de Ingresso em PSM		
20-24	1	0,5
25-29	11	6,5
30-34	33	19,5
35-39	32	19
40-44	44	27
45-49	21	12,4
50-54	18	10,6
55-59	6	3
60-64	2	1
65-70	1	0,5
Tempo de permanência em PSM (período de tempo/ anos)		
1	69	41
2	58	34
3	22	13
4	10	6
5	10	6

*Nota.* Estes dados foram recolhidos à data do primeiro registo do Sistema de Informação Multidisciplinar, primeiro contacto com uma unidade especializada, utilizado nas Equipas de Tratamento a nível Nacional.

## Apêndice A - Guião da entrevista

## **GUIÃO DA ENTREVISTA**

Foram delineadas dezasseis questões, que se apresentam interligadas. Estas permitem ao investigador obter uma perceção dos entrevistados mais global e de forma variada sobre o assunto, rata-se de questões como:

- Como tomou conhecimento da existência da consulta partilhada? Alguma Instituição/amigo/familiar ou outro?
- Estava detido há quanto tempo quando integrou o Programa?
- Quanto tempo demorou desde que tomou conhecimento da existência da consulta até à 1º Resposta/ atendimento?
- Qual o objetivo ou quais os objetivos que pretendia atingir aquando desta resposta terapêutica? Conseguiu atingir algum ou todos? As suas expectativas tiveram respostas adequadas?
- Houve alterações nos seus hábitos de consumo depois de integrar o PSM?
- Já esteve noutra estabelecimento prisional? Qual?
- Já tinha tido outro tipo de respostas, equivalentes à que lhe foi dada?

Dentro da prisão? Outro EP? Fora da Prisão?

- A resposta foi mais valorizada por si dentro ao fora do EPC?
- Que impacto é que teve o PSM na vida da Prisão?
- No que diz respeito à relação com as chefias?
- Na sua organização dentro do EPC; trabalho, formação, desporto e cultura?
- Na relação com a sua família, o que piorou, e o que melhorou?
  - Acha que de alguma forma o PSM teve impacto a nível disciplinar? Contribuiu para melhorar a sua vida, participação mais positiva na vida do EPC? Atividades profissionais, culturais e desportivas?

- A sua inclusão neste tipo de resposta terapêutica influenciou de alguma forma os pareceres jurídicos que eram feitos enquanto esteve detido? Alguma vez conversou com o técnico e/ou com o Juiz sobre este tipo de resposta terapêutica?
- De que forma o PSM contribuiu para se afastar das relações com a droga-crime?
- O PSM ajudou a melhorar as relações com os seus familiares? De que forma?
- Durante o período em que esteve detido que aprendizagens adquiriu?
- Contribuiu de alguma forma para o seu regresso na vida social?
- Alguma vez sentiu alguma atitude discriminatória no que diz respeito à sua situação de dependência? Mesmo quando já fazia parte da consulta partilhada?

## Apêndice B – Matriz de análise de conteúdo

## Saúde e Toxicodependência na Prisão

Matriz de análise das entrevistas

Categoria	Subcategoria	Unidades de registo
Acesso ao tratamento	- Como tomou conhecimento do Programa Substituição Metadona	<p>“Quando entrei no EPC e em consulta e me disseram que não era possível fazer subutex aqui no EPC, começaram logo a tratar do meu processo.” E1</p> <p>“Eu já fazia Metadona daqui do exterior, e quando parava era porque tinha muita heroína e estava a traficar, quando entrei no EPC dei continuidade à metadona” E2</p> <p>“Em 2004 foi lá dentro que tomei conhecimento da existência do programa substituição com Metadona e foi uma psicóloga que me aconselhou a ir para o programa. Em 2014, da segunda vez foi lá dentro que eu tomei conhecimento já sabia da existência do programa e pedi para ingressar no mesmo.”E3</p> <p>“Foi-me dito que era proibido fazer subutex neste EP e por essa razão passaram-me automaticamente para a metadona” E4</p> <p>“Eu já fazia Metadona há muitos anos no CAT de Coimbra, quando fui detido pela última vez prossegui o tratamento no EPC.” E5</p>
	- Acesso ao P.S.M	<p>“Foi fácil, o próprio sistema que me encaminhou. Quando entrei perceberam que eu precisava de um programa substituição fui logo encaminhado para a consulta.” E1</p> <p>“O acesso era fácil. Não sempre que eu pedi para ser consultado fui atendido. Cheguei a ver lá colegas chateados e nervosos com a falta de acompanhamento. Porque eu queria a minha medicação e eles queriam a medicação deles e mais alguma.” E1</p> <p>“Já lá vai o tempo em que não, em que não havia metadona na prisão e se precisássemos de uma consulta aguardávamos meses, mas com a vossa consulta tornou-se muito mais fácil. Houve um tempo em que eu estava aqui preso e ainda era o Dr. P e ainda não se ia ao CAT eu queria que me parassem a redução, porque estavam-me a tirar duas gotas todas as semanas, eu trabalhava na serralharia... nunca mais me esqueço, estava nas 14mg comecei a ressacar, fiquei duas semanas de cama sem ir ao trabalho e foi a partir daí que se começou a ir ao CAT. Chegou o guarda à cela a meio da manhã e disse... levante se que vai ao CAT, eu não sei se fui o primeiro mas foi a partir daí que se começou a ir ao CAT. Até posso dizer mais, foi no início de 2004. Agora com o PSM dentro do EPC e com a vossa consulta isso não se passaria.” E2</p> <p>“O acesso era extremamente fácil, basta querermos...” E2</p> <p>“Foi rápido como eu já tinha feito o programa de Metadona depois de ter feito o pedido foi dois a três dias.”E3</p> <p>“O facto de começarem com a consulta dentro do EPC veio facilitar muito não só início do programa mas mesmo dar continuidade a outros tratamentos já iniciados” E3</p> <p>“Não, só com buprenorfina, assim como fiz buprenorfina em todos os estabelecimentos onde estive, e quando entro no EPC sou obrigado a fazer metadona.” E4</p> <p>“...quando o meu processo transitou para aqui ainda vinha anexado o resto das lamelas quando cheguei não entrou nada. Porque o que eu pretendia era continuar a fazer buprenorfina, mas como era proibido a entrada de buprenorfina, passaram-me a metadona.” E4</p> <p>“Quando vocês nos chamavam para consulta, muitas das vezes não éramos chamados ou mesmo os guardas não nos deixavam passar.”E5</p> <p>“O facto de se assinar o papel a dizer que não queríamos vir à consulta, facilitou as coisas.” E5</p>
	- Outros cuidados de saúde	<p>“No caso do dormicum, bastava a ir à consulta do psiquiatra e pedir mais um, e depois mais um e mais outro e nunca havia oposição em ser dado.” E1</p> <p>“Cheirado era euforia, depois como qualquer substância que causa dependência, já precisava dele para me sentir normal, já não era para dormir era para estar acordado, e não era só pela medicação que me era dada, mas também pela que era vendida por muita gente.” E1</p> <p>“Estou a falar de outros dormicuns que eram trazidos por outros colegas, em troca de umas chapas, uns cigarros.” E1</p> <p>“Sim é verdade, quando estava de precária e lá fora, sentia ansiedade para regressar ao estabelecimento prisional, para poder consumir os dormicuns, quando regressava à prisão na entrada, a guarda pensava que eu estava bêbado ou que tinha consumido outras substâncias, porque eu nem sequer me conseguia vestir depois da revista. Mas na verdade o que se estava a passar era uma ressaca por ausência desta medicação... falta de dormicum. Episódios de estar em casa e acordar nas urgências do hospital. Chegou o Guarda a ir me buscar ao hospital pois já tinha passado da hora de entrada no Estabelecimento prisional, procuravam onde é que eu estava e eu estava no hospital, por falta do dormicum” E1</p> <p>“...tive um problema na perna e andei um ano e meio com a perna no andar, sempre na cela e estava a ver que nesta pena ficava sem uma perna, por causa de uma enfermeira, uma gaja que ainda lá está, estava a abrir um buraco na perna, por estar a ser maltratado e ainda tive problemas por lutar pelos meus direitos da saúde, uma pessoa que tenha problemas de saúde e que vá para a cadeia está sujeito a já não sair...” E2</p>

## Saúde e Toxicodependência na Prisão

		<p>“Porque estou-me a ver à rasca para largar a Metadona e não sei se algum dia o conseguirei. São muitos anos, com heroína a gente rressaca meia dúzia de dias, com a metadona é pior, conheço relatos de rressaca da Metadona mesmo depois de 1 ano de ter deixado de fazer a metadona. O meu irmão de uma das vezes que fui detido fazia Metadona, apanhou um susto tão grande que deixou a Metadona e deixou por completo os consumos, passado 6 meses ainda rressacava da metadona.” E2</p> <p>“Na altura era capaz de fazer um consumo esporádico de longe a longe. Um consumo, uma vez por festa, mas não estava dependente de nenhuma substância.” E3</p>
<p>- Expectativas face ao P.S.M</p>		<p>“Primeiro e antes de tudo o que eu queria era um substituto, já que não podia fazer o subutex, teria que ser a Metadona, depois era iniciar uma redução gradual que quase deu em zero.” E1</p> <p>“Foi, correspondeu aquilo que eu esperava, eu fiz quase uma desabitação sem qualquer tratamento. Eu saí de lá a tomar seis miligramas. O que é quase nada.” E1</p> <p>“Desta segunda vez que ingressei no programa de Metadona estava detido à 3 / 4 anos, mas ingressei por uma outra razão, uma razão engraçada, que era para ser possível gozar precária. Era mesmo esse, era ter precária e sair para ir a casa. Mas muita gente que eu conheço lá de dentro, pega a Metadona só para encher a cabeça e que nem consome.” E2</p> <p>“Mas isso foi da segunda vez, porque... da primeira vez eu entrei no programa de Metadona era porque estava agarrado às drogas dentro da prisão como nunca tinha estado na minha vida. E o meu objetivo era vir para a rua limpo sem depender de qualquer substância e ter uma vida normal.” E3</p> <p>“Teve de bom foi a redução da dose de Metadona, “Como eu entrei contrariado no programa meti na minha cabeça que havia de o deixar, Este facto da obrigação foi um fator que pesou para que reduzisse a dose de Metadona. O de menos bom, vai ter sido obrigado a entrar no programa.” E4</p> <p>“A entrada num PSM era uma forma do juiz ou os juízes vejam que estamos a fazer um processo de tratamento e que isto que nos levou a cometer os crimes, já não é um problema. Passa a haver um incentivo para sairmos e fazermos uma vida normal. Acho que é um motivo para nos tratarmos, eu falo por mim.” E5</p>
<p>- Relação com a equipa terapêutica</p>		<p>“A relação sempre foi boa, acho que havia compreensão da vossa parte, apesar da consulta ser só à sexta-feira.” E1</p> <p>“De certa maneira havia mais controle, éramos mais controlados. Na Toma da Metadona éramos controlados. Era minha pretensão, estar sempre a reduzir a metadona.” E1</p> <p>“A relação era boa e sempre que precisávamos ou quiséssemos podíamos pedir ajuda ...” E2</p> <p>“... eram muito rigorosos e acabavam por ser enganados, que eu sei, só não eram enganados quando o chefe fazia o streep.” E2</p> <p>“Mas quando vocês estavam lá criavam-nos muita pressão e criavam pressão ao sistema, obrigam-nos a fazer testes...estávamos a três dias da precária e vai ao copo e depois a precária...” E2</p> <p>“Mas porque aprenderam, aprenderam com vocês(...)” E2</p> <p>“Era fácil, as consultas eram todas as sextas-feiras, não tinha qualquer dificuldade. O único problema que tive foi com a A, foi obrigarem-me a ir para a metadona, não tem lógica se eu sou o doente tenho um médico ele tem que fazer o que for melhor para o utente. Se eu fazia buprenorfina desde os meus 18 19 anos e se sabia que não me ia dar bem com a Metadona deveria ter mantido a buprenorfina, porque é que fui obrigado a entrar no PSM.” E4</p> <p>“Não. Sabia que estavam lá à sexta e pedia para subir, quando precisava fora deste período pedia para ir à médica.” E5</p>
<p>- Histórico de tratamentos de Substituição</p>		<p>“Eu ainda estive quase um ano na regional de Aveiro, nessa altura era a minha mãe que entregava o subutex. Mas quando cheguei ao estabelecimento prisional a passagem para a Metadona foi automática.” E1</p> <p>“Sim, já tinha estado em Aveiro, saí com pulseira eletrónica, mais tarde por outro processo acabei por regressar ao estabelecimento prisional, a cumprir 4 anos e meio de pena. A resposta não era dada por uma equipa como a vossa, a medicação era dada por um médico de clínica geral e mais nada” E1</p> <p>“Davam-nos o copo com medicação, tomávamos a medicação e às vezes lá chateávamos o médico para nos dar mais qualquer coisita, mais alguns comprimidos. Mas depois aqui devido ao bom acompanhamento que tínhamos, foi fácil a partir de determinado momento cumprir o Programa. Mas também havia excesso de medicação, era fácil aceder a outra medicação além da metadona.” E1</p> <p>“Em 96 quando fui detido, dentro do estabelecimento não existia programa substituição e só ao fim de um ano é que consegui manter-me mais ou menos abstinente. Quando saía de condicional ia ao cat e recomeçava a metadona. Só a partir de 99-2000 é que começamos a ter a</p>

## Saúde e Toxicodependência na Prisão

	<p>possibilidade de ir a consultas ao cat. Depois entre 2001 e 2003 deixamos de vir às consultas ao cat porque houve uma fuga aqui dentro do cat de Coimbra e vocês passaram a ir ao EPC em 2004.”E2</p> <p>“Não nos outros estabelecimentos nunca me apercebi que houvesse um tipo de resposta idêntica a esta. Sei de pessoas que fizeram programas com subutex, mas que vinha do exterior. Em Aveiro havendo necessidade levavam-nos ao hospital e éramos atendidos lá.” E3</p> <p>“Eu antes de fazer Metadona, fazia buprenorfina no Estabelecimento do Porto na PJ do Porto em 2016-2017.” E4</p> <p>“Eu acho que me dei melhor com o programa lá dentro do cá fora. Eu acho que estava mentalizado, para acabar com o programa, mas também pode ter a ver com o facto de eu cá fora a trabalhar nas obras, fazer maior esforço físico e necessitar de fazer acertos de Metadona. Eu acho que isto, esta situação no exterior, em vez de reduzir a Metadona contribuiu para subir as doses a pique. O único esforço que fazíamos na prisão era desporto uma duas vezes por semana. Não sentia o corpo tão cansado como cá fora, cá fora estou sempre a pedir para subir mais um bocadinho. As rotinas lá dentro ajudavam-me a fazer a redução.” E1</p> <p>“Correu melhor com Metadona lá dentro. Cá fora com o subutex, acabava por o consumir de forma injetada, cheirava subutex, era uma coisa mais abandalhada.” E1</p> <p>“Valorizei mais o programa de Metadona dentro do estabelecimento do que fora.” E1</p> <p>“Sim, mantenho o PSM aqui no CAT, mas dessa parte ainda não estabilizei, ainda vou subir mais um bocadinho, ainda não estabilizei, estou a tomar uma dose alta, sensivelmente 100 miligramas, mas ainda não é esta a dose certa.”E1</p> <p>“Sim fiz os dois, com uma diferença eu cá fora tomava Metadona e Consumia heroína e lá dentro parava os consumos e só consumia haxixe. Minto eu desta última vez quando fui detido mesmo cá fora só consumia haxixe. Eu quando passei a viver na Figueira nos primeiros tempos ainda fiz consumo de heroína e traficava e tinha algumas dificuldades de dinheiro, depois encontrei um bom controle de haxixe e passei só a consumir haxixe e a traficar algum haxixe no dia a dia. “ E2</p> <p>“O programa é uma mais valia, se não fosse o programa, seria uma desgraça dentro da cadeia. É como aqui fora continua a haver haxixe e heroína, mas com a existência da metadona os traficantes já não ganham o que ganhavam, os ganhos já não são o que eram graças à metadona. Embora eu sinceramente não sei se a Metadona não será pior.” E2</p> <p>“No meu caso é mais fácil cumprir o programa cá fora, nós cá fora temos um objetivo, lá dentro temos outro. Cá fora é ter uma vida normal, trabalhar ter uma vida sociável, estar com a família, estar com os filhos. E um dia mais tarde deixar os consumos. Lá dentro quanto mais moca se meter na cabeça, melhor. Pensamos menos e o tempo passa mais depressa. Não quer dizer que isto seja igual para toda a gente, porque a Metadona lá dentro ajuda muita gente.” E3</p> <p>“Eu acho que o programa em si depende de muitas coisas, do ambiente familiar, do acompanhamento, da Motivação e tudo o que circula à volta da pessoa e depende da maneira como estamos a levar a situação. Cá fora estamos a fazer um programa de substituição com Metadona e não estamos com a cabeça virada para isso, ou não temos pessoas à nossa volta que nos ajudem, esta situação não nos favorece. Não vale a pena. É o mesmo que lá dentro, se não estivermos focados, não vale de nada. O acesso lá dentro é mais fácil.” E4</p> <p>“É um bocado relativo, lá dentro por muito estranho que seja, somos capazes de levar aquilo mais a sério. Lá dentro temos outros caminhos, não quer dizer que cá fora também não haja. Eu falo por mim, leva-se aquilo mais a sério a finalidade é livrar-se dos consumos...” E5</p> <p>“E na rua que até nos podemos desviar, não se consegue...lá consegue-se e porque é que aqui no exterior não manténs a mesma rotina...não consigo encontrar explicação para isso, ainda agora ali em baixo, passei ali e o que é isto, supostamente eu sei que está ali e mesmo assim não me desvio.” E5</p>
--	--

## Saúde e Toxicodependência na Prisão

<p>Relação institucional</p>	<p>- Relação com a chefia e restante staff - Percepção do P.S.M das diferentes instâncias prisionais e judiciais</p>	<p>“Não, não sabiam. Não, só vocês é que sabiam que era o programa. Para eles aquilo é mais um comprimido, a medicação. Eles até se esquecem que aquilo é um substituto da heroína” E1</p> <p>“Sem dúvida, até por uma coisa, se não há metadona há rêsaca. Porque mesmo o pessoal que faz metadona, mesmo que falhe e faça consumos tem a metadona,o que impede que rêsaque. Se tem metadona a coisa anda calma. E lembro-me de alturas em que não havia metadona e a prisão era muito turbulenta, havia fachadas e problemas constantemente. Antigamente antes da Metadona havia muitos problemas com droga, havia imensos problemas e muita violência. No Porto em Custóias era uma desgraça, até motins havia, na altura andavam a apertar muito o cerco, no motim ele próprio chefe disse para se acalmarem que na próxima visita não ia haver revistas, a dada altura o próprio chefe de guardas mandava abrandar na revista às visitas para que pudesse haver trânsito de droga. “ E2</p> <p>“...éramos grupos de 10 para passar para o refeitório, estávamos à espera, passava um grupo, passava o outro e nós nada, até que eu disse ao guarda já nem me lembro do nome, consigo é sempre a mesma m****.Outro guarda a passar por ele ouviu mas não disse nada, eu nem sei o que é que ele ouviu, foi-lhe falar ao ouvido, ficaram os dois a olhar para mim, viraram-se para mim e disseram, agora por causa das coisas ficam para o fim. Quando estava a passar chamaram-me e puseram-me no banco 5 dias, sem saber ler nem escrever, 5 dias no banco, sem saber porquê, davam café toda a gente e a mim nada. Mandaram para lá o colchão, fiquei com a roupa que tinha vestida e nem tabaco tive de. Acabei por ficar 10 dias porque ele disse que eu o tinha mandado para o cara..., já estava com precárias de 48 horas e perdi tudo. Mais tarde percebi que aquilo tinha sido um arranjo para me fazerem a folha, com isto passaram-me a pronto e fui para Aveiro, passei os últimos 10 meses sem trabalho até ao último dia em 2013.” E2</p> <p>“A própria Metadona facilita, se a pessoa andar no pó não tem condições. Quem anda no pó é discriminado, começa logo pelas precárias, perde as precárias perde logo o trabalho e passa a pronto, é ou, não é?” E2</p> <p>“Com as chefias e com toda a gente lá dentro. Se as pessoas que têm dependência e não tiveram uma oportunidade de estabilizar, os problemas aumentam as discussões aumentam, tudo corre mal. Estando no programa, deixa de haver tanta confusão, deixa de haver dívidas e as relações melhoram, com as chefias não há tantos castigos. Mantém a cadeia muito mais estabilizada.</p> <p>“ E3</p> <p>“De forma profunda não me parece. Eu acho que no entender deles é uma segurança. se eles percebessem o que é na verdade o PSM,o tipo de acompanhamento seria diferente, haveria maior preocupação com outras áreas no que diz respeito ao reingresso na sociedade. Penso que não é só dar Metadona mas deveria existir outro apoio que neste caso não só há uma única instituição que da seguimento este tratamento é o cat. As outras áreas são completamente esquecidas.” E3</p> <p>“Contribui para apaziguar. É uma outra via para as pessoas que precisam deixar de consumir, evitando assim problemas, quer com os outros reclusos, quer com os funcionários.” E4</p> <p>“Se calhar já não, as técnicas, as assistentes sociais, as educadoras, parece-me que não sabem, ou esquecem-se .Também é compreensível, tratam todos pelo mesmo, às vezes esquecem-se que aquela pessoa está em tratamento e que a outra não está.” E4</p> <p>“Nós somos detidos numa prisão nacional, o nosso processo é nacional, não pelo facto de termos estado numa determinada cadeia e mudarmos para outra o processo não tem de reiniciar, porque entramos naquela casa começa tudo de novo outra vez...Nunca me souberam explicar o porquê disso, contacte as educadoras lá de cima do Porto, disseram Esteja descansado Sr R, o relatório irá para Coimbra e o nosso parecer é positivo, o que na verdade nunca chegou a ser feito. Por isso só ao fim de novamente de estar seis meses detido em Coimbra é que pude voltar a meter precárias, isto é tudo falta de informação e também má informação e inclusive até mesmo de advogados.” E4</p> <p>“Propriamente não poderei dar uma resposta concreta, mas posso dizer que para quem leva cana e não tem metadona, seria bem mais complicado, não ter acompanhamento dentro da prisão, sem metadona seria levar com uma cana mais pesada, havia mais problemas confusão entre reclusos e até mais complicado para o sistema, se falta a metadona aquilo balança o sistema. “ E5</p> <p>“Eu acho que sim, fazendo parte do PSM as relações são mais tranquilas e até de respeito, eu falo por mim.... sabem que não andamos a consumir e respeitam isso, eu falo por mim, cada caso é um caso.” E5</p> <p>“Sim sempre foi assim, pessoas lá de dentro falam e dizem o que se passa lá dentro, a informação facilmente passa para o exterior do que é ou o que não é, estando no PSM é uma garantia que estás na linha...”E5</p>
	<p>- Influência nos pareceres jurídicos</p>	<p>“Sim, acho que por estarmos no programa influenciou as decisões jurídicas.”E1</p> <p>“Eu acho que sim, tenho a certeza e já há uns anos.” E2</p> <p>“Lá dentro há muito mais rigor, tem a ver com as precárias. As pessoas vêm-se sujeitas a cumprir, senão sofrem as consequências, senão perdem as precárias.” E2</p>

## Saúde e Toxicodependência na Prisão

		<p>“Sim, sempre que eu fazia um pedido de uma saída administrativa era negada. Porque vinha referenciado que não tinha seguimento no que dizia respeito a minha toxicodependência. Dizia que estava em abstinência, mas que não tinha qualquer tipo de acompanhamento. Referiam que estava abstinente, estava com trabalho, a estudar na universidade, mas que não tinha acompanhamento. Foi-me recomendado por alguém lá de dentro, que não posso dizer quem foi, que a solução para esta situação seria ingressar no programa de Metadona. Estranho eu estar a dizer isto porque na altura eu não estava a conseguir, mas passado 4 meses foi-me dada a precária administrativa.”E3</p> <p>“No meu caso o programa trouxe a melhor coisa que me poderia trazer foi a liberdade. Só depois de ter começado a tomar Metadona é que me deram a precária, porque antes não ma davam. Para mim foi a melhor coisinha, porque eu já andava na faculdade, já fazia teatro era responsável pelas peças, pela escrita e execução das mesmas e ensaiava.” E3</p> <p>“Sim sem dúvida, no meu caso 100%.” E3</p> <p>“A meu ver não, no meu caso nunca fui chamado para que percebessem o que se passava comigo, o programa não contribui em nada na minha avaliação jurídica. Ninguém me fez pergunta nenhuma, nem a meio da Pena nem nos dois terços.”E4</p> <p>“Não, não já estava tudo escrito, nunca referiram isso em lado nenhum, uma das coisas com que fiquei revoltado com o sistema judicial, foi precisamente por causa disso, foi eu ter estado num estabelecimento prisional, sempre me comportei, nunca tive problemas, estive sempre a trabalhar tinha o processo todo como tinha de ser, mas como pertencia ao TEP do Porto, estava a meio da pena, pensei deixa-me ir para o pé de casa para usufruir mais rápido da precária. vim para aqui tive que gozar com os seis meses, não tiveram em conta o meu relatório e todo o historial.” E4</p> <p>“Nos relatórios dos psicólogos era sempre posto se andava ou não em programa e se estava a correr bem, por isso acho que influencia.” E5</p>
	<p>- Discriminação</p>	<p>“Desde o primeiro dia, desde o primeiro dia. Há assassinos, há ladrões, há tudo e mais alguma coisa, mas uma pessoa por ser consumidor de drogas, é a ralé da cadeia. Não valem nada.” E1</p> <p>“Discriminação não pelos colegas, mas por quem está acima de nós, os guardas, os médicos, os professores. É consumidor de droga, então também é ladrão e, por droga, fazem tudo (...) Um gajo que matou é mais respeitado do que nós e por aí além. E cá fora é a mesma coisa. Lá dentro é o espelho do que se passa cá fora. Podemos ver um gajo a sair da Tasca podre de bêbado a pegar no carro e a atropelar pessoas, o que se diz... que grande bebedeira.... És o maior. Mas vêm-nos a fumar um charro é um drogado, lá dentro é o espelho do que se passa na sociedade.” E1</p> <p>“É assim, depende. Se andássemos metidos nela e eles soubessem éramos altamente discriminados, mas eles sabem que a pessoa está bem e que está recuperada, eles ficam mais tranquilos. Mas basta comprar um pacote, aquilo é um meio muito pequeno, toda a gente fica a saber. Vai fumar a um canto qualquer e acaba-se logo por saber, ou até juntou-se ao indivíduo x, está a consumir e bastava uma vez.” E2</p> <p>“Acredito que sim, por parte de algumas pessoas, chefes, pessoal da secretaria. Acredito que sim, ao saberem que aquela pessoa tem problemas de consumo de substâncias o trato é diferente. Pelo facto de sermos ex-toxicodependentes acabamos sempre por ser olhados um bocado de lado e eu via pelo meu caso fartava-me de levar com rusgas. Mesmo, portando-me, sempre bem, nunca ter sido apanhado com nada, era frequente levar com rusgas, a pessoa fica com o rótulo.” E4</p> <p>“No meu caso não houve qualquer tipo de alteração, a partir do momento em que sabiam que eu fazia o programa respeitavam-me.” E4</p> <p>“...quem entra detido por furto ou roubo, grandes roubos, mesmo que seja para consumir nunca é consumidor, mesmo que continue a consumir, esquecem-se passa um bocado ao lado, são ladrões não são consumidores. O ladrão é sempre mais respeitado. Quando se é detido identificado como consumidor existe logo uma predisposição, uma maior predisposição para cometer crimes. Quem é ladrão, como está detido por roubo furto, não é consumidor, mesmo que lá dentro trafique e consuma.” E4</p>
	<p>- Formação, ocupação profissional e actividades desportivas ou culturais</p>	<p>“Ajudou, nem eu conseguiria organizar-me mentalmente para fazer qualquer tipo de atividade, senão estivesse a fazer a metadona.” E1</p> <p>“Sim a escola e a Carpintaria também. Em relação ao acesso à cultura ou ao desporto não trouxe nada de novo eu já não tinha interesse por essas áreas” E1</p> <p>“Comecei aqui em Coimbra, depois a regional fechou e mandaram-me para Aveiro isso em 2009/2010, já não estou bem certo e em Aveiro continuei, mas estava a fazer o 3º ciclo e quando fui para lá já estava a meio do 9, vou para lá tive que andar um bocadinho para trás, até aí tudo bem, no mês em que tinha os exames e estava a correr tudo bem era o melhor da turma, no dia a seguir aos exames vou a julgamento e</p>

## Saúde e Toxicodependência na Prisão

		<p>sou condenado, mas no dia a seguir de manhã mandam-me para casa com pulseira até transitar em julgado, mas só me puseram a pulseira quase um mês depois de já estar em casa, depois de três meses passo a julgado, fico aqui três semanas e depois vou para o Porto e entretanto não apareceu as minhas habilitações em lado nenhum. Eles entraram em contacto com Aveiro com a doutora R e ela confirmou que eu tinha concluído o nono ano. Ela confirmou... eu ainda recebi em casa 300 e tal euros de prémio de aproveitamento do 3º ciclo, 280 euros em cheque.” E2</p> <p>“A verdade é que o facto de acordamos de manhã termos feito a Metadona e não estarmos a ressacar, permite-nos ir a um curso ou arranjar uma ocupação profissional.” E3</p> <p>“Não esqueçamos que a metadona permite que as pessoas acordem e que não andem à procura de um pacote ou onde é que vou arranjar dinheiro, o facto de fazer parte do programa possibilita dedicarmo-nos a outras atividades.” E3</p> <p>“Não, nunca. Estudava pelas cópias, pelas pens. Terminei o primeiro ano de gerontologia social, fiquei com três cadeiras do segundo ano e o último ano eram práticas, não tive oportunidade de as fazer, porque não podia vir à rua, mas não estagnei.” E3</p> <p>“Sim penso que quem faz parte do programa tem mais informação e tem mais possibilidade de participar nas atividades.” E4</p>
Comportamento/Consumos	- Relações da droga / Crime	<p>“Quando comecei ainda consumi. Só estabilizei ao fim de um ano. E a equipa não sabia” E1</p> <p>“Eu quando sou detido sou colocado numa cela com o (A), eu já o conhecia há muito tempo cá fora e conhecia-o muito bem, e lá dentro ele traficava haxixe, mas o que ele ganhava trocava por heroína e cocaína, ele consumia à minha frente e não me fazia confusão. Eu arranjei maneira de ter acesso a uns blocos de haxixe que dava para não me faltar haxixe e acabava por vender o resto. Não me podia era faltar o charro, eu ficava um dia inteiro fechado na minha cela depois de consumir o meu charro, eu era capaz de trocar um maço de cigarros por uma unha de haxixe... eu não podia era ficar sem o haxixe.” E2</p> <p>“Por estranho que pareça, foi depois de ingressar no programa, que os meus consumos aumentaram. Demorou um ano até estabilizar os consumos. Não, não sabiam, sabiam que através de alguns testes que fomos fazendo estava positivo, iam me dando cabo da cabeça, mas continuei ao longo de um ano. Se há coisa que nós conseguimos fazer lá dentro é esconder aquilo que queremos esconder. Curiosamente depois de entrar no programa de Metadona todos os fins de semanas que eu tinha visitas, conseguia algum dinheiro e acabava por consumir. Passado 1 ano sensivelmente, depois de 1 ano pensei, tenho que parar porque eu quero ir para a rua.” E3</p> <p>“Sim ajudou, primeiro porque a Metadona nos deixa mais tranquilos e sem ressacar, desta forma deixa de haver a procura pela droga, dorme-se melhor e ficamos mais estáveis. Senão a cabeça está sempre a pensar... Estamos sempre fechados e a Metadona ajuda. Ajuda mesmo.” E3</p> <p>“Têm a disponibilidade de mudarem de caminho, claro que há outros que vêm o Programa só para desenrascar...tenho ali a metadona já não ressaca, mas quando têm dinheiro vão consumir.” E4</p> <p>“Refiro-me ao consumo, como é um sítio fechado, ali há de certeza, há ali naquela área, enquanto que na rua ainda nos podemos desviar. Na rua também há, mas temos que nos deslocar, procurar, devia ser ao contrário ser mais difícil cá dentro, mas não é assim que acontece.” E4</p> <p>“No meu caso não alterou nada, já estava afastada desses movimentos à algum tempo.” E4</p> <p>“Não, parei os consumos totalmente. Porque lá está quando se tem um substituto, quando se tem um substituto para-se.” E4</p> <p>“Isto até é curioso é que dentro da cadeia nunca toquei na droga, isto deixa-me um bocadinho a abanar, lá dentro mesmo ao meu lado e nada. Cá fora tem sido bem mais difícil.... Lá dentro tens fácil acesso, até já estou a falar demais...” E5</p> <p>“Eu só posso falar por mim, se achamos que estamos a enganar os outros, só nos estamos a enganar a nós próprios. Sim ... sim tem muita influência, tem porque é como na rua a pessoa não tendo metadona tem que arranjar maneira de ter dinheiro para o consumo, é como lá dentro com a metadona evita esses esquemas de roubos, vendas... vendas não são mais trocas por coisas insignificantes, eu graças a Deus... não tinha a minha família e fazia a metadona”</p> <p>“... , mas aquilo lá dentro é como digo, se lá dentro levar o PSM a sério, a pessoa vive o dia a dia normal, agora é claro há aquelas pessoas que consomem pelo meio.” E5</p>
Relações sociais	- Família - Amigos e pares	<p>“Não sei. Mas enquanto não passassem os sintomas de ressaca, seria difícil. Se não houvesse programa de Metadona, não haveria relação nem com a família nem com ninguém. Já não digo entrarmos a consumir, mas fazermos um programa de substituição cá fora e ao entrarmos tirarem nos tudo, viramos bichos.” E1</p> <p>“Claro que é, a resistência à heroína é muito maior e a família acaba por ter mais sossego e ser menos roubada. Muitas famílias são destruídas. Eu não sou bom, mas posso me gabar de não roubar a família. Eu traficava e muito, mas conheço casos em que destruíram a família, o caso da minha prima e do meu irmão.” E2</p>

## Saúde e Toxicodependência na Prisão

	<p>“Meu pai tinha tanta coisa e tantos bens que, de cada vez que eu saía da prisão e ia a casa havia cada vez menos, tinha muita riqueza material agora têm nada ou quase nada. Todos os dias o meu irmão conseguia 20 a 30 contos ou seja 100 a 150 euros.” E2</p> <p>“Todos os dias o meu irmão conseguia 20 a 30 contos ou seja 100 a 150 euros. Estava habituado a quê? Era que quando eu tinha eu dava-lhe, o meu irmão D, eu é que o habituei mal. Quando eu estava cá fora dava-lhe todos os dias 20 a 30 paus para ele gastar e um ou dois gramas de heroína. Ainda lhe comprava branca se ele andasse a consumir branca. Ele não gastava dinheiro eu que lhe dava a droga. E eu até sei que ele até vendia alguma, tinha um grupinho de amigos que se juntavam a ele, que o seguia, por causa da Droga.” E2</p> <p>“Sem dúvida nenhuma para a minha família o facto de eu estar no programa e fazer a Metadona era uma segurança. Era uma segurança a todos os níveis, se eu lá dentro me meter em dívidas a quem é que eu recorro, à minha família.” E3</p> <p>“Nesse ponto, ainda há pouco tempo estive a pensar nisso e acho que ao contrário, muitas das vezes a família vê a Metadona não como um tratamento, mas uma continuidade do estilo de vida que nós temos. eu acho que o que eles queriam ouvir era que tinha terminado o tratamento e que nunca mais se falasse nisso. Dentro da família, infelizmente, se ele anda em tratamento é porque está doente, se está doente, continua a ser tóxico, se é tóxico está igual. Se não estivermos em tratamento é porque estamos bem e se for possível a pessoa desencaminha-se mais facilmente mas a família não está a pensar nisso.” E4</p> <p>“Sim corta um bocado a base da confiança e o deixar estar isso é o mais importante, quando estamos a tentar recuperar procuramos é a confiança, que nos passem a ver com uma pessoa normal, e tentar esquecer que uma pessoa está doente, o programa lembra que estamos e às vezes o programa traz desconfiança na família. Se está a trabalhar e vai receber 1000 €, como está em tratamento é melhor não receber todos senão ainda vai consumir tens uma herança estás em tratamento é melhor que não tenho acesso a ela pois se ele está em tratamento ele não vai comprar um carro vai é gastar em droga. Isto tudo ao contrário com a pessoa precisa para tratamento, a pessoa precisa que confia nele. Em tratamento devemos ter acesso aos mesmos instrumentos e benefícios que qualquer outra pessoa.” E4</p> <p>“Sim sem dúvida, no meu caso tinha visitas, tinha o meu dinheiro, por isso sem estar a ressacar, estava bem” E5</p> <p>“Sim sempre foi assim, pessoas lá de dentro falam e dizem o que se passa lá dentro, a informação facilmente passa para o exterior do que é ou o que não é, estando no PSM é uma garantia que estás na linha (...)” E5</p>
<p>- Percepção face à reclusão</p>	<p>“Não, nada... Nada que já não soubesse, O que é que nós lá vamos aprender? Nada. “ E1</p> <p>“Mesmo em relação à minha reinserção, pode ter havido algum contributo, mas são os técnicos que o podem dizer, são os técnicos que têm essa competência, mas sinceramente não consigo identificar o que é que foi feito que possa ter contribuído para a minha reinserção” E1</p> <p>“A única coisa de bom e entre aspas, foi que entrei na cadeia com a quarta classe e saí com o nono ano, saí de lá com o nono, mas não aparece em lado nenhum as minhas habilitações, é impressionante...” E2</p> <p>“O de menos bom é o sistema de saúde, sem dúvida é o pior que pode haver, aí de quem esteja doente e vá parar à cadeia...e que não tenha ninguém cá fora que possa ajudar e mesmo assim...” E2</p> <p>“Da cadeia não tirei nada de bom, estou todo queimado da minha cabeça, mesmo psicologicamente estou arrumado, aquilo... aquele tipo de vida de estar confinado a uma cela, habituou-me de tal maneira a isso que eu só me sinto bem em casa... confinado, e isolado... eu isolo-me, já da outra vez que eu saí já andava assim, mas agora noto que estou mais diferente, com é que hei-de dizer... desatualizado... não é desatualizado... é mais fora de forma... fora de contexto...sinto-me diferentes das outras pessoas... eu não sei explicar... eu próprio não ando bem... eu acho que é isso.” E2</p> <p>“Ainda no outro dia o meu irmão pôs-me na rua, mesmo na rua... faltou-me o haxixe e quando me falta o haxixe eu torno-me agressivo, ele nem sabe do haxixe. O meu irmão exigiu que eu me tratasse, pôs-me na rua depois acabou por voltar a trás, mas exigia que eu me tratasse, porque diz que eu não ando bem, eu próprio sinto isso, ando muito esquecido... eu tenho muita cultura e em todas as frases me esqueço do que queria dizer, tenho muitas brancas... muitas brancas. A branca também me queimou.” E2</p> <p>“Sem dúvida, os consumos deram cabo de mim, mas não foi a causa principal... foi a cadeia. Tenho noção que a cadeia arrasou comigo e a droga também.” E2</p> <p>“De positivo é a capacidade que o ser humano tem de se adaptar. Há muitas coisas que muitas vezes não são adaptáveis. O ser humano procura sempre um refúgio para tudo, seja nas drogas seja na Metadona, é sempre mais fácil o ser humano encontrar um refúgio, do que enfrentar as situações. Eu falo por mim, nós temos que enfrentar as situações e resolvê-las, encará-las de frente.” E3</p> <p>“As cadeias estão feitas de uma maneira que depois de entrar a primeira vez é para entrar a segunda, a terceira e a quarta vez. Não há um apoio para a pessoa mudar, a pessoa está ali para cumprir a sua pena E acho que devia ser acompanhada para quando chegasse cá fora mudar, mudar mesmo. Quando saímos cá para fora em muitos dos casos, não há famílias nem instituições que apoiem, no caso das drogas temos o</p>

CAT, mas há quem não tenha nada, nem ninguém. Chegam cá fora e ficam completamente à toa. A única maneira de resolver, isto é, muitos deles voltarem a cometer crimes e voltarem lá para dentro. Lá dentro tem o apoio mínimo, mas têm.” E3

“O que é que eu retiro de menos bom, a forma como somos tratados, é uma vergonha. quem rouba mais, muitas das vezes quem comete os piores crimes, são os que são mais bem tratados. São os que continuam a ter acesso mais fácil as coisas. A questão da corrupção isso eu vi muito. “ E4

“Quando eu estive na PJ lá em cima, eu era o responsável por limpar os TIC, então aqueles grandes vips, quando foi o processo do IPO, do turismo do senhor B, desvios de 5 milhões e mais 2 presidentes de câmara, era eu que limpava a cela deles, enquanto iam andar uma semana toda em julgamento, era uma vergonha eles tinham acesso a tudo, aquilo era um hotel, de manhãzinha tinham os bolinhos todos e era o chefe que punha dinheiro dele para fazerem as compras, era carregadores por todo lado, máquinas para fazer a barba, os familiares entravam a qualquer hora” E4

“O chefe de guardas dizia R aproveita agora que não estão na cela faz a cama, lava bem o chão, põe isso direitinho, para quando eles regressarem estar tudo limpinho... eu quando fui detido deram-me uns lençóis e era eu que tinha de fazer a cama... anda lá, anda lá que os senhores doutores querem isto direito e pega lá o cartão e vai ao bar comprar o que for preciso... de manhã muitas das vezes em vez de estarem dentro da cela estavam na caserna dos guardas estavam a carregar o telemóvel, a falar ao telemóvel, com os guardas e se fosse preciso com um familiar ali, como se fosse normal em casa, dormiram foi num sítio diferente mais nada.” E4

“Não é fácil.... quando um gajo cai ali de paraquedas pela primeira vez um gajo isola-se, mas lá dentro há camaradagem, mas de bom ou de mau, o de bom foi umas valentes pancadas na cabeça. a dizer abre a pestana e de mau foi passar aqueles meses atrás de meses que aquilo não foi nada é o chamado bochecho ali fechado numa cela de resto há ginásio, há trabalho par quem quiser trabalhar, há pouco mas há, há sempre alguma coisa para se entreter, .... mas não vejo mais nada além disso” E5

“Muitas situações criam stress, dava para ficar aqui um dia inteiro a fazer relatos....

Um fechar a cela mais cedo, um vai para a cela mais autoritário... já lá devias estar...as coisas deviam ser levadas de outra forma.... vamos lá recolher... hoje vamos fechar a ala mais cedo, para que a pessoa andasse mais calma e não lhe saltasse a tampa assim do nada... aquilo não tem explicação... a pessoa está ali como um animal... está sempre no limite e depois por qualquer coisa salta-lhe a tampa, é mesmo assim e a pessoa dispara e é como eu disse ao bocado às vezes sem razão, estive a tratar mal aquela pessoa, porquê ... sem razão... eu não tinha razão nenhuma...mas milhares de casos que acontecem lá dentro e não é nenhuma exagero.” E5

“Nem os animais gostam de estar privados de liberdade ou presos, não é assim?” E5

“Às vezes por um cigarro dá sangue, um cigarro... ó pá pega lá um maço, situações assim, é a tal...aquilo cria uma pressão a palavra mais correta é pressão, às vezes quer passar por aquele lugar e não pode porque se vai cruzar com o indivíduo X com quem temos contas a ajustar, até o guarda nos diz daquele pavilhão dali não passa e a seguir vemos outros indivíduos depois de nós a passar, porquê? Isto cria logo um conflito com um guarda ou com um colega, deixaram-no passar a ele e não a mim..., mas tantas. No refeitório nem se fala... ai tantas, porque deixavam que isso acontecesse, se houvesse mais respeito.” E5

“Obrigou-me a abrir a pestana, um gajo deve sempre respeitar os tribunais, as notificações em tão deve-se comparecer, coisa que eu não fazia, situações de multas então nem falar, quando passa a mandado de detenção, já não tens hipótese, nem com um advogado, tens que ir lá para dentro e depois é que podes tentar resolver, foi o meu caso em duas das situações foi baldar-me, mas aquilo de bom a cadeia, não tem nada, poucos são os casos em que a pessoa entra na sociedade em condições.” E5

“Se se vai para a prisão a pensar que vamos a todas e que aguento, está errado...está errado é que lá dentro todos piam baixinho, naquela fase todos piam baixinho, quando se sai para a rua é cada um à sua maneira. Não consigo dizer que tenha tirado alguma coisa de bom lá de dentro. Disciplina tem que haver, como tem que ser mesmo, abriu-me a pestana... só isso” E5