

Saúde em meio livre e em meio prisional: perspetiva dos reclusos

Otilia da Conceição Saraiva Simões

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Sociologia: Exclusões e Políticas Sociais

Orientadora: Prof. Doutora Amélia Augusto

21 de setembro de 2020

Folha em branco

Dedicatória

“Mas os olhos são cegos. Só se procura bem com o coração” (O Príncipezinho -Antoine de Saint-Exupéry, pag.82)

Incondicionalmente dedico às minhas três filhas: Maria João, Carlota e Luísa e aos meus pais, que de uma forma consciente e necessária, estive ausente das suas vidas, não correspondendo às necessidades sentidas. Contudo, espero doravante compensá-los com todo o amor, carinho e compreensão que merecem.

Cito que vocês por diferentes razões e só por um motivo (sentirem orgulho no ser humano que sou), foram o meu grande estímulo para iniciar e terminar esta caminhada.

Agradecimentos

“Do trabalho e da experiência, aprendeu o homem a ciência”

A realização de um trabalho de mestrado é uma missiva, que requer dedicação, concentração, abnegação, empenhamentos, ou seja, múltiplos fatores com que um investigador se depara, uns inesperados outros expectáveis. Este desafio, que “per si” é exigente, conjugado com a vida profissional e particular, ambos repletos de grandes responsabilidades, inevitavelmente surgem inúmeras entropias, nas diferentes esferas da vida, de quem o ousa abraçar.

Mediante o referido, tenho consciência que este repto só consegue conhecer o seu término se for enlaçado com sonho, persistência e muito carinho em querer apreender e sentir a adrenalina de ser útil, nas causas que idealizamos serem pertinentes na nossa sociedade. Os audazes, têm de ter consciência que será uma jornada permeada de inúmeras tristezas, angustias, alegrias e júbilos.

Nesta senda e devido às incertezas, compromissos e limitações da conjuntura da minha vida profissional e pessoal, sinto que fui ousada em iniciar este projeto. Que só conheceu bom desfecho, porque congreguei consciente ou inconscientemente uma rede de suporte que não existia e que surgiu naturalmente, e que todos deram o seu melhor contributo para esta causa.

Conscientemente agradeço à minha orientadora Amélia Augusto, pois sempre lhe reconheci elevado rigor e nível científico, uma visão crítica e oportuna, um empenho singular e saudavelmente exigente, que enriqueceram todas as etapas do trabalho que realizei. Acrescento que se não fosse a sua sinceridade, apoio incondicional, energia positiva não concretizaria esta pesquisa.

A nível profissional estou grata a todas as pessoas com que me cruzei e que direta ou indiretamente contribuíram para a concretização desta investigação, sem a sua ajuda, compreensão, carinho e contributo, não conseguiria ultrapassar as entropias e limitações reais de um dirigente. Devido ao grande respeito e carinho que tenho por todos, e por esse motivo não chegaria a página para fazer menção aos seus nomes, reúno no Dr. Artur Coelho e na Dra. Helena Pinto, todos os profissionais que se revestem das mesmas características, para lhes dirigir um “bem haja!”.

Na minha vida pessoal agradeço a todos os meus amigos, aos que estiveram mais ausentes, mas que sempre me estimularam a prosseguir com o meu projeto pessoal. Mas agracio com fervor os mais presentes que mostraram total disponibilidade e me encorajaram naqueles momentos cruciais, desta difícil jornada e me ajudaram a tornar este trabalho numa válida e agradável realidade. Neste âmbito tenho de mencionar e

agradecer de forma distinta à Carolina Santos e Lino toda a motivação e apoio incondicional, que foram cruciais para ultrapassar os múltiplos obstáculos que surgiram no decurso da presente investigação. Reitero, estou muito grata pela nossa amizade, carinho e cumplicidade.

Quero agradecer ao Ex. Sr. Diretor Geral por ter deferido positivamente o pedido para realizar a presente investigação, bem como, a todos os profissionais da DGRSP, que agilizaram procedimentos facilitando a recolha de dados imprescindíveis à realização do trabalho.

Agradeço aos reclusos que se disponibilizaram a participar, partilhando as suas experiências, algumas delas de índole privada, mas crucial para a elaboração da tese.

Também agradeço à Ana Carolina Mendes, por aceitar acompanhar-me, neste desafio primeiramente como observadora do *Focus Group*, e por fim, por me substituir na realização do *focus-group* da Covilhã como moderadora, permitindo uma recolha isenta das opiniões e perceções dos reclusos deste EP, onde eu desempenhava o papel de Diretora. Estou grata ao Márcio Cabral e à Beatriz Mendes por me acompanharem sempre que necessário, no papel de observadores do *Focus Group*.

Por fim, estou muito grata a todas as pessoas com quem me cruzei e que contribuíram para a concretização desta dissertação.

Resumo

A saúde do ser humano, por si só, é um direito que não pode ser negado, nem mesmo numa situação extrema de privação de liberdade, como é a de reclusão. No entanto, sabemos que a saúde e a doença são fenómenos sociais, profundamente interligados com a cultura e as condições estruturais da sociedade onde ocorrem. As experiências objetivas e subjetivas de saúde e doença, a sua perceção e avaliação, são resultado de um conjunto de cruzamentos entre as condições sociais em que os indivíduos vivem e as suas biografias particulares.

A presente investigação tem como objetivo geral analisar as perceções de saúde, as avaliações sobre o acesso à saúde e sobre a prestação de cuidados de saúde de reclusos, procurando estabelecer uma análise comparativa entre a situação em meio prisional e em meio livre. Relativamente aos objetivos específicos deste trabalho pretende-se clarificar o que é percebido como relevante na área da saúde, enquanto cidadão livre e depois enquanto recluso; compreender como estes sujeitos interpretam os percursos de acesso à saúde e o tipo de tratamento, em meio livre e em meio prisional; compreender em que medida a sua situação de fragilidade e/ou vulnerabilidade influencia a necessidade de procurar os serviços de saúde; compreender em que medida o género masculino influencia os comportamentos de saúde e a procura de cuidados de saúde. A estratégia metodológica adotada é de tipo qualitativo, com o objetivo de dar voz a este grupo de pessoas (reclusos) que se sentem, e frequentemente são, socialmente excluídos. Como técnica de recolha de dados utiliza-se o *focus group*. Foram selecionados quatro (4) Estabelecimentos Prisionais, dois no interior e dois no litoral do país, neste último sobressai as substâncias ilícitas, já no interior ressalta o alcoolismo, requerendo intervenções diferenciadas sobre os cuidados de saúde a serem prestados, recebidos e esperados. Este estudo contou com a participação de 37 reclusos. No que concerne às principais conclusões, evidencia-se que os reclusos em meio livre não têm autocuidado na gestão da doença, não priorizam o seu estado de saúde, pelo que também não procuram os profissionais e serviços de saúde. O mesmo já não acontece em meio prisional, que ao restringir o contacto social e familiar faz exacerbar sintomas e estados de ansiedade, que os impelem a procurar cuidados médicos. Os reclusos reconhecem vantagens na acessibilidade aos serviços clínicos intramuros, apontam dificuldades de acesso aos serviços de saúde em meio livre. Por fim são alvitados por parte dos participantes, considerações para melhorar os serviços de saúde em meio prisional.

Palavras-chave: Perceções de saúde; reclusão; autoavaliação; políticas e serviços de saúde; género e saúde.

Abstract

The health of the human being, in itself, is a right that cannot be denied, even in an extreme situation of deprivation of liberty, such as that of seclusion. However, we know that health and illness are social phenomena, deeply intertwined with the culture and the structural conditions of the society in which they occur. The objective and subjective experiences of health and disease, their perception and evaluation, are the result of a set of crossings between the social conditions in which individuals live and their particular biographies.

The present investigation has as general objective to analyze the perceptions of health, the evaluations on the access to health and on the provision of health care of prisoners, trying to establish a comparative analysis between the situation in prison and in free environment. Regarding the specific objectives of this work, it is intended to clarify what is perceived as relevant in the area of health, as a free citizen and then as a prisoner; understand how these subjects interpret the access routes to health and the type of treatment, in a free environment and in a prison environment; understand to what extent their situation of fragility and / or vulnerability influences the need to seek health services; understand to what extent the male gender influences health behaviours and the demand for health care.

The adopted methodological strategy is of a qualitative type, with the purpose of giving voice to this group of people (prisoners) who feel, and are often, socially excluded. As a data collection technique, the focus group is used. Four (4) prison establishments were selected, two in the interior and two on the coast of the country, in the latter the illegal substances stand out, while in the interior alcoholism stands out, requiring different interventions on the health care to be provided, received and expected. This study was attended by 37 prisoners. Regarding the main conclusions, it is evident that prisoners in free environments have not self-care in the management of the disease, they do not prioritize their health status, so they also do not seek health professionals and services. The same is no longer the case in prisons, which, by restricting social and family contact, exacerbate symptoms and states of anxiety, which impel them to seek medical care. Prisoners recognize advantages in accessing intramural clinical services, pointing out difficulties in accessing health services in free environments. Finally, considerations are made on the part of participants to improve health services in prison.

Keywords

Health perceptions; seclusion; self-evaluation; health policies and services; gender and health

Índice

Lista de Figuras	vi
Lista de Tabelas	viii
Lista de Acrónimos.....	x
Introdução.....	1
Parte I – Enquadramento teórico	6
Capítulo 1 – Saúde e sociedade	6
1.1. Saúde e perceções de saúde.....	6
1.1.1. Género na saúde.....	10
Capítulo 2 – Sistema prisional e saúde	12
2.1. Evolução do sistema prisional saúde e sociedade.....	12
2.1.1. As prisões no século XX	14
2.2. A saúde nos estabelecimentos prisionais	16
2.2.1. Articulação Protocolar entre Justiça e Saúde	19
2.2.2. Programas de saúde e intervenção clínica	23
Capítulo 3 – Patologias e criminalidade	25
3.1. Desinstitucionalização criminalização e doença mental.....	25
3.2. Comportamentos Aditivos e Delinquência	29
3.2.1. Consumo de álcool e suas consequências	29
3.2.2. Drogas e a sobrelotação dos estabelecimentos prisionais	32
Capítulo 4 – A literacia em saúde	35
4.1 A literacia em saúde e em contexto prisional.....	35
Parte II – Das orientações metodológicas à recolha e análise dos dados empíricos	38
Capítulo 1 - Objetivos de investigação e modelo de análise	38
1.1. Objetivos.....	38
1.2. Opções metodológicas.....	39
1.2.1. Metodologia qualitativa	39
1.2.2. Técnica: o Focus Group.....	40
1.2.1.1. Vantagens.....	41
1.2.1.2. Desvantagens	42
1.3. Critérios de seleção e caracterização dos estabelecimentos prisionais.....	43
1.3.1. Estabelecimento Prisional de Castelo Branco.....	44
1.3.2. Estabelecimento Prisional da Covilhã.....	44

1.3.3.	Estabelecimento Prisional das Caldas da Rainha	45
1.3.4.	Estabelecimento Prisional de Aveiro.....	45
1.4.	CrITÉrios de seleÇão e caracterizaÇão dos participantes	46
1.5	Modelo de análise.....	47
Capítulo 2 -	Análise e interpretaÇão dos dados	47
2.1.	PerceÇão de saúde.....	47
2.1.1.	Saúde em meio livre/saúde em meio prisional	47
2.3.	Itinerários em saúde em meio livre e em meio prisional	56
2.4.	AvaliaÇão das respostas em saúde em meio livre e em meio prisional	58
2.4.1.	Celeridade.....	58
2.5.	Acompanhamento/encaminhamento por parte dos serviÇos de saúde	63
2.6.	Resposta dos serviÇos de saúde	68
2.6.1.	Profissionalismo	70
2.7.	Rótulo e estigma	72
2.8.	ConstruÇão da masculinidade e comportamentos de saúde	74
2.9.	Saúde mental e comportamentos aditivos	77
2.9.1.	Acompanhamento psiquiátrico e psicológico.....	77
2.9.2.	Consumo de lcool.....	80
2.9.3.	Consumo de drogas	83
2.10.	A importância da formaÇão e das relaÇão de interajuda.....	86
2.10.1.1.	Baixas qualificaÇão escolares, informaÇão e formaÇão	86
2.10.1.2.	Efeitos da reclusão e interajuda em meio prisional	91
3.	Sugestão de melhoria nos serviÇos de saúde.....	92
Conclusão	.....	94
Bibliografia	.....	103
LegislaÇão e Jurisprudência	.....	108
Websites consultados	.....	109
Apêndices	.....	110
Apêndice 1 –	Tabela da caracterizaÇão da populaÇão reclusa entrevistada	111
Apêndice 2 –	Dados para análise e interpretaÇão do Focus Group	112
Apêndice 3 –	Guião do Focus Group.....	158
Anexos	.....	159

Anexo 1 – Lotação dos Estabelecimentos Prisionais à data de 31/12/2018	160
Anexo 2 – Distribuição da população reclusa em diferentes parâmetros	161
Anexo 3 – Organogramas da DGRSP	162
Anexo 4 - Atos médicos e de enfermagem aquando a entrada e durante a permanência do recluso no EP.....	163
Anexo 5 – Protocolo de Cooperação entre DGRSP e o CHUCB.....	164
Anexo 6 – Protocolo entre a DGS e a DGRSP para definição dos procedimentos de deteção e prevenção da tuberculose nos estabelecimentos prisionais.....	171
Anexo 7 – Quadros de rede de referenciação interna da DGRSP sobre a assistência prestada aos reclusos afetos ao EP e a EP´s limítrofes na área da estomatologia e psiquiatria	186
Anexo 8 – Protocolo de Cooperação entre DGRSP e a ARSC, para prestação de cuidados de saúde a utentes com problemas ligados ao álcool.....	187
Anexo 9 – Protocolo entre a DGRSP e o CHCB para a realização de consultas externas na especialidade de estomatologia.....	192
Anexo 10 – Orientação nº16/2020 de 23/3/2020 da DGS aos serviços prisionais e tutelares referente à SARS-COV-2 (Covid-19)	195
Anexo 11 – Despacho do Diretor Geral de Reinserção e Serviços Prisionais sobre a admissão de reclusos em contexto de pandemia	200
Anexo 12 – Lei 9/2020 – Regime excecional de flexibilização da execução de penas	203
Anexo 13 – Ações de promoção da saúde desenvolvidas nos Estabelecimentos Prisionais	208
Anexo 14 – Programas dirigidos a necessidades criminógenas específicas	209
Anexo 15 – Número de mortes ocorridas e causas, em 2016,2017 e 2018, nos estabelecimentos prisionais	210
Anexo 16 – Acompanhamento médico ou medicamentoso em caso de surto psicótico agudo	211
Anexo 17 – Tratamento prestado nos EP´s aos reclusos com síndrome de abstinência por álcool	212
Anexo 18 – Consequências e problemas derivados do consumo de álcool.....	213
Anexo 19 – Distribuição geográfica de utentes em tratamento de substâncias ilícitas	214
Anexo 20 – Utentes em tratamento relacionados com o uso de drogas e população reclusa por tipo de droga	215
Anexo 21 – Assistência médica ou medicamentosa em caso de síndrome de abstinência por opiáceos.....	216
Anexo 22 – Grau de escolaridade da população reclusa em 2018	217
Anexo 23 – Consentimento Informado	218

Lista de Figuras

Figura 1 - Distribuição segundo situação Jurídica - Penas e Medidas da liberdade	161
Figura 2 - Distribuição por sexo – Penas e medidas privativas de liberdade	161
Figura 3 - Distribuição segundo a nacionalidade - Penas e medidas privativas da liberdade	161
Figura 4 - Distribuição por tipo de crime - Penas e medidas privativas da liberdade.....	161
Figura 5 - Organograma da DGRSP Fonte: Elaboração Própria	162
Figura 6 - Número de mortes ocorridas e causas, nos anos de 2016, 2017 e 2018 nos estabelecimentos prisionais	210
Figura 7 - Consequências e Problemas derivados do consumo de álcool Fonte: SICAD 2017	213
Figura 8 - Utentes que iniciaram tratamento de substâncias ilícitas, por distrito	214
Figura 9 - População Reclusa, Portugal - INCAMP Prevalências de Consumo ao Longo da Vida e na Atual Reclusão, por Tipo de Droga (%) Fonte: SICAD,2019.....	215
Figura 10 - Utentes: em Tratamento no Ano*, Novos** e Readmitidos Rede Pública - Ambulatório (Portugal Continental) Fonte: SICAD,2019.....	215

Folha em branco

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Lotação dos EP's com grau de complexidade de gestão médio Fonte: Relatório de Atividades e Autoavaliação de 2018 da DGRSP.....	160
Tabela 2 - Quadro de Referência interno no âmbito da Estomatologia Fonte: Relatório de Atividades e Autoavaliação de 2018 da DGRSP.....	186
Tabela 3 - Quadro de Referência no âmbito da Psiquiatria Fonte: Relatório de Atividades e Autoavaliação de 2018 da DGRSP	186
Tabela 4 - Ações de promoção da saúde tendo como alvo a população reclusa realizadas em 2018 Fonte: Relatório de Atividades e Autoavaliação de 2018 da DGRSP	208
Tabela 5 - Programas dirigidos a necessidades criminógenas específicas aplicados e reclusos beneficiados em 2018.....	209
Tabela 6 - Síndrome de abstinência por álcool	212
Tabela 7 - Síndrome de abstinência por opiáceos	216
Tabela 8 - Escolaridade da População Reclusa a 31 de Dezembro de 2018 Fonte: Relatório de Atividades e Autoavaliação de 2018 da DGRSP	217

Folha em branco

Lista de Acrónimos

AAP	Associação Americana de Psiquiatria
ARSC	Administração Regional de Saúde do Centro
AS	Agressores Sexuais
CAD	Comportamentos Aditivos e Dependências
CAIS	Competências Adaptativas e Integração Social
CAT	Centro de Atendimento de Toxicodependentes
CCGPP	Centro de Competências para a Gestão de Programas e Projetos
CCPCS	Centro de Competências para a Prestação de Cuidados de Saúde
CE	Competências para a Empregabilidade
CEPMPL	Código de Execução de Penas e Medidas Preventivas de Liberdade
CISA	Centro de Informações sobre Saúde e Álcool
CDP	Centro de Diagnóstico Pneumológico
CHUCB	Centro Hospitalar Universitário da Cova da Beira
CPJ	Centro Protocolar da Justiça
CRI	Centro de Resposta Integrada
DGS	Direção Geral de Saúde
DMI	Direção de Serviços de Monitorização e Informação
DGRSP	Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais
EOP	Equipa de Observação Permanente
EP	Estabelecimento Prisional
ES	Estrada Segura
GPS	Gerar percursos sociais
HPSJD	Hospital Prisional de São João de Deus
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana
IEFP	Instituto de Emprego e Formação Profissional
INCAMP	Inquérito Nacional sobre Comportamentos Aditivos em Meio Prisional
INCSPPG	Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral
LSAE	Licenças de Saída Administrativa Extraordinária
MJ	Ministério da Justiça
MS	Ministério da Saúde
OE	Orçamento de Estado
OMS	Organização Mundial de Saúde
PIPS	Programa Integrado de Prevenção do Suicídio
PRI	Programa de Reabilitação de Incendiários
RAA	Reatório de Atividades e Autoconsumo
RGEP	Regulamento Geral dos Estabelecimentos Prisionais
SICAD	Serviço de Intervenção nos Comportamentos de Aditivos e nas Dependências
SNS	Serviço Nacional de Saúde
TC	Treino Cognitivo
TOD	Toma de Observação Direta
TSR	Técnicos Superiores de Reeducação
UBI	Universidade da Beira Interior
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizado

Folha em branco

Introdução

A presente investigação tem como foco de análise as percepções de saúde e as avaliações sobre o acesso à saúde de um grupo excluído e vulnerável à exclusão social, por se encontrar em situação de reclusão, mas que anteriormente experienciou uma vida em sociedade.

É de referir que a saúde do ser humano, por si só, é um direito que não pode ser negado, nem mesmo numa situação extrema de privação de liberdade, como é a reclusão. No entanto, sabemos que a saúde e a doença são fenómenos sociais, profundamente interligados com a cultura e as condições estruturais da sociedade onde ocorrem. As experiências objetivas e subjetivas de saúde e doença, a sua percepção e avaliação, são resultado de um conjunto de cruzamentos entre as condições sociais em que os indivíduos vivem e as suas biografias particulares.

A complexidade e multidimensionalidade das questões da saúde e doença ganha uma acuidade particular em situações de estigmatização, vulnerabilidade e exclusão social, como é a dos sujeitos da presente investigação. Esta é uma situação que rompe com o quotidiano dos indivíduos, que os afasta da sociedade, do seu mundo pessoal, das suas rotinas e relações sociais. Mas a nova (ou não) situação de reclusão que une estes indivíduos não os homogeneiza, não aplanas as diferenças que trouxeram consigo do mundo exterior, como sejam as habilitações literárias, a idade, o género, a sua condição de saúde. Em que medida esses fatores medeiam e configuram as suas percepções de saúde? Tendo em conta o seu contexto de reclusão, em que medida essas percepções são diferenciadas das de meio livre?

A procura de respostas e cuidados de saúde são idênticas em ambas situações (meio livre e meio prisional)? Como avaliam a sua saúde em meio livre e em meio prisional? Quais as percepções que têm sobre o serviço prestado ou mesmo o tipo de tratamento? Como interpretam os percursos de acesso à saúde em meio livre e em meio prisional? Em que medida o género influencia no comportamento e procura dos cuidados de saúde? Em algum momento os indivíduos sentiram que a sua condição de reclusão condicionou os tratamentos prestados pelos profissionais de saúde? Em algum momento, no contexto de reclusão, sentiram-se estigmatizados?

O mundo da reclusão é um mundo afastado e inacessível à maior parte das pessoas, sobre o qual, por isso mesmo, se constroem estereótipos e ideias pré-concebidas. Estas percepções devem-se ao facto de ser um mundo ao qual o comum dos seres humanos não tem acesso, porque nunca foram reclusos, porque nunca tiveram familiares reclusos, ou ainda, por nunca se terem cruzado com pessoas que vivenciaram esta experiência. Mesmo nos casos em que as pessoas interagem com ex-reclusos, estes últimos dificilmente

mencionam a sua condição, devido à carga negativa que a sociedade atribui à reclusão e ao estigma que dela resulta.

A verdade é que, sendo eu diretora de um estabelecimento prisional, dificilmente me encaixo na grande maioria das pessoas que desconhecem este mundo que fica intramuros. De facto, assumo aqui a minha condição de *insider* no que ao mundo prisional diz respeito, o que muda a perspetiva da investigadora sobre o período de reclusão de um indivíduo. Contudo, isso não significa que saiba tudo o que há a saber sobre os reclusos, sobre as suas expectativas, os seus anseios, a sua perceção do mundo intramuros e a sua ligação ou afastamento ao mundo lá fora. Mas, também foi a minha profissão que me impeliu a olhar de outro modo, a partir de um outro olhar, para esse mesmo mundo, de modo a tentar apreendê-lo a partir de uma perspetiva sociológica, o que necessariamente convoca abordagens e competências específicas deste campo científico. E é essa postura que faz de mim também uma *outsider*.

Certo é que, grande parte dos delinquentes, só após experienciarem a falta de liberdade, ficando afastados dos grupos de pares, culminando numa rutura efetiva do estilo de vida adotado, é que equacionam a possibilidade de outras formas de vivência e convivência. A prisão passa a ser um local de excelência para se intervir, em várias áreas do quotidiano, com pessoas socialmente desinseridas e desinvestidas. Nesta medida, as prisões poderão servir como um veículo de transmissão de valores não adquiridos em meio livre, potenciar competências de sociabilização e conferir atitudes responsáveis, quer em meio livre, quer em ambiente prisional.

Uma só investigação não pode aspirar a conhecer todas estas facetas da vida dos reclusos. Assim, como forma de delimitar o objeto, optou-se por tentar compreender o modo como vivenciam esta fase da sua vida na área da saúde, quais as suas perceções em termos de saúde, quais as expectativas em relação aos serviços prestados nesta área, como os avaliam, se se sentem excluídos no acesso aos serviços de saúde, se experienciam discriminação quando são atendidos por profissionais de saúde, se entendem que a reclusão é um entrave para aceder aos cuidados de saúde, se percecionam a reclusão como uma oportunidade para se melhorar a literacia em saúde e ainda como interpretam os comportamentos de risco adotados em meio livre e se têm a mesma postura para a resolução dos problemas decorrentes dessas práticas.

É de referir que esta minha dupla situação de *insider/outsider* face à presente investigação constitui simultaneamente uma preocupação e um privilégio. Uma preocupação pela proximidade com o objeto, e pela necessidade responsável de criar mecanismos para prestar melhores cuidados de saúde àqueles que estão sob a minha direção. No que à proximidade diz respeito, reconhece-se a necessidade de ter uma postura de neutralidade axiológica, recorrendo às estratégias metodológicas e de análise adequadas.

Um privilégio, pelo conhecimento que possuo da área, pela proximidade e pelo facto de o acesso me ser facilitado, bem como pela oportunidade que este estudo me confere para melhorar o meu conhecimento, entendimento e desempenho em meio prisional.

A presente investigação tem como objetivo geral: analisar as perceções de saúde, as avaliações sobre o acesso à saúde e sobre a prestação de cuidados de saúde de reclusos, procurando estabelecer uma análise comparativa entre a situação em meio prisional e em meio livre.

Relativamente aos objetivos específicos deste trabalho pretende-se:

Clarificar o que é percebido como relevante na área da saúde, enquanto cidadão livre e depois enquanto recluso.

Compreender como interpretam os percursos de acesso à saúde e o tipo de tratamento, em meio livre e em meio prisional.

Compreender em que medida a sua situação de fragilidade e/ou vulnerabilidade influencia a necessidade de procurar os serviços de saúde.

Compreender em que medida o género masculino influencia os comportamentos de saúde e a procura de cuidados de saúde.

O presente trabalho utiliza uma metodologia qualitativa com o objetivo de dar voz a este grupo de pessoas (reclusos) que se sentem, e são, por vezes, socialmente excluídos.

Tratando-se de uma investigação que se fundamenta na compreensão das perspetivas dos sujeitos, no modo como avaliam a saúde e os cuidados em saúde, e remetendo ainda para os objetivos delineados, faz todo o sentido a opção por uma metodologia desta natureza, uma vez, que se pretende compreender que relevância tem a saúde enquanto cidadão livre e depois, enquanto recluso.

A investigação divide-se em dois grandes momentos, ou duas partes, que estão em uníssono na interpretação e análise. Na primeira parte é apresentado o enquadramento teórico, que é constituído por quatro principais capítulos.

O primeiro capítulo começa por abordar a dimensão de saúde, bem-estar e qualidade de vida; discute com especial enfoque o conceito de saúde e doença em sociologia, analisa-se o modelo biomédico, faz-se a respetiva crítica e discute-se ainda o surgimento do modelo biopsicossocial e as suas características.

Ainda neste capítulo, contextualizam-se alguns conceitos considerados pertinentes para a clarificação das desigualdades de género na saúde e aborda-se a influência do género relativamente às perceções e tomadas de decisão sobre saúde, bem-estar e qualidade de vida.

No segundo capítulo, abordam-se as diferentes alterações realizadas no sistema prisional, mediante as transformações que surgiram na sociedade e as suas repercussões na saúde dos reclusos. Neste contexto, são descritas as origens das prisões e respetivo

enquadramento sociopolítico ao longo do tempo; ainda numa perspectiva evolutiva, aborda-se a noção de punição, e as diferentes formas de combater a criminalidade. Analisa-se, ainda neste capítulo, a grande viragem que surgiu no século XX, quanto à organização do sistema penitenciário português, no que concerne às alterações legais e ideológicas. Quanto às alterações legais, descreve-se, sinteticamente, a evolução de três reformas penitenciárias importantes na regulamentação dos estabelecimentos prisionais, em que não se descurou a área da saúde. A nível ideológico, revelam-se grandes mudanças, pois a punição deixou de estar centrada na humilhação do criminoso e passa a ser encarada como ausência de liberdade e uma oportunidade para capacitar os criminosos de comportamentos adequados à vivência em sociedade.

Ainda neste capítulo, dá-se especial enfoque à forma como a área da saúde está organizada nos estabelecimentos prisionais, alude-se aos protocolos estabelecidos entre o Ministério da Justiça e o Ministério da Saúde e ainda à relevância do trabalho conjunto dos dois Ministérios. Por fim, descrevem-se os programas de saúde e intervenção clínica administrados nos estabelecimentos prisionais, que possibilitam a aquisição ou reforço de competências pessoais e sociais, com o intuito de favorecer a adoção de comportamentos socialmente responsáveis.

Quanto ao terceiro capítulo, podemos referir que são descritas patologias concomitantes, que direta ou indiretamente, têm a tendência para convergir em criminalidade. Refira-se que o facto de existir um grande número de indivíduos do sexo masculino, portadores das mesmas patologias, com comportamentos e crimes semelhantes e que estão sob a alçada da Justiça, aguçou a curiosidade da investigadora, para a problematização teórica desta questão no âmbito do presente estudo.

Denota-se que no sistema prisional surgiu um aumento de reclusos com prevalência de perturbações psiquiátricas, pelo que se considerou relevante analisar as políticas sociais e de saúde que se focam na saúde mental. Menciona-se a repercussão que teve a doença mental na sociedade e, conseqüentemente, nos estabelecimentos prisionais. Também se elencam as soluções criadas quer intramuros, por parte do sistema prisional, quer extramuros, pelo SNS.

Seguidamente, analisam-se os comportamentos aditivos, a sua prevalência em meio prisional e as conseqüências na saúde dos indivíduos. Neste contexto, dá-se uma panorâmica de como o abuso de bebidas alcoólicas, dependendo do indivíduo, pode interferir de forma nefasta a nível físico, mental, familiar, profissional ou simplesmente legal. Fecha-se o capítulo fazendo alusão à toxicod dependência, às suas repercussões sociais e criminais; associando os consumos à sobrelotação dos estabelecimentos prisionais, ou seja, a relação entre o consumo e a reincidência criminal é muito elevada e delineadora de um ciclo contínuo “consumo- delinquência-reclusão” (Torres & Gomes, 2002).

O quarto capítulo culmina nos constrangimentos sociais, pois constata-se que as características mais frequentes entre a população prisional, são as condições socioeconómicas desfavoráveis, desequilíbrios psiquiátricos, adições, fatores que inevitavelmente conduzem a lacunas na aquisição de competências ao nível da formação profissional, educação e que se repercutem na saúde, condicionando os indivíduos a aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde, com o intuito de tomar decisões no quotidiano sobre os cuidados de saúde a ter para prevenir a doença e promover a saúde. Saliente-se que também se analisa como é que o sistema prisional intervém, para aumentar a literacia em saúde.

A segunda parte desta investigação é composta por dois capítulos.

No primeiro capítulo retomam-se os objetivos que nortearam a presente investigação, apresentam-se e justificam-se as opções metodológicas e as técnicas de recolha de dados utilizadas e são expostos os contornos da investigação. Apresentam-se os critérios de seleção dos estabelecimentos prisionais onde decorreu a investigação empírica, bem como os critérios de seleção dos participantes.

O segundo capítulo diz respeito à análise e interpretação dos dados.

Encerra-se a investigação com a conclusão das principais sumulas interpretativas do material empírico, tendo por base os objetivos norteadores da investigação e também se delineiam pistas para futuras investigações no âmbito desta temática.

Parte I – Enquadramento teórico

Capítulo 1 – Saúde e sociedade

1.1. Saúde e perceções de saúde

O Conceito de saúde foi objeto de diferentes conceções que se foram modificando ao longo dos tempos, sendo que estas alterações vão influenciar a forma como os indivíduos analisam a saúde e percecionam a sua própria saúde.

Profundamente conotado com a medicina moderna, o modelo biomédico da doença, que surge no século XVII, conhece a sua origem na tradição cartesiana, e os seus princípios baseiam-se na separação entre o corpo físico e a mente, sendo o corpo visto como uma máquina. Para os adeptos deste modelo, não existem determinantes sociais e culturais da doença (A. M. Gonçalves, 2006; Pereira, 1987). Neste modelo, predomina a visão reducionista e mecanicista do Homem, e da Natureza. Baseados nas leis da física, os filósofos Galileu, Descartes, Newton, Bacon, entre outros, conceberam a realidade do mundo como uma máquina (Albuquerque & Oliveira, 2006; Reis, 2006)e, à semelhança desta, o mundo era constituído por peças. Segundo Mayer, o corpo humano deveria de ser tratado da mesma forma, bastava desmontar e separar as peças (órgãos) para se alcançar a “cura”, cada parte era estudada isoladamente. (cit. in Albuquerque & Oliveira, 2006).

Este modelo tem origem no dualismo Cartesiano mente/corpo, no reducionismo biológico e na causalidade linear. O enfoque é o tratamento de sintomas presentes no corpo diagnosticado pelo médico e o paciente deve submeter-se ao tratamento (tecnologia, medicamentos).

“O modelo biomédico de saúde define a doença em termos objetivos e acredita que um corpo pode voltar a ser saudável, submetendo-se a um tratamento médico de base científica” (Giddens, 2004, p.145). Nesta perspetiva, a saúde é vista como ausência de doença. Neste contexto, ignoram-se as condições sociais que podem ter contribuído para a doença, tais como a pobreza, a má alimentação, a falta de higiene/salubridade, as más condições de habitação, de trabalho, entre outros fatores.

A sociologia da saúde tem uma perspetiva particularmente crítica relativamente a este modo de conceber a saúde e a doença. Partindo da crítica do modelo biomédico, propõe nova visão de saúde e doença, passando-se a examinar os fatores de risco intrínsecos e a relação entre corpo e self em contextos próprios; “O olhar sociológico orientou-se para a subjetividade da doença, a illness ou doença do doente e as suas implicações na disease ou doença no olhar clínico como entidade própria” (Poças et al., 2006, p.15).

Gradualmente é tida em consideração a forma como cada indivíduo se comporta face à doença, controla o seu corpo, interpreta os sintomas e age. Mas a interação entre o corpo

físico, o contexto sociocultural e a experiência de estar saudável ou doente fica clara na forma como o conceito de doença é analisado por Radley (1994), pois define-o sob três perspectivas: *disease* – resultante do diagnóstico médico; *illness* – a vivência da doença pelo doente e suas percepções; e *sickness* – a doença vista quanto ao estatuto social da pessoa atingida, “o comportamento de doença é uma resposta aprendida socialmente e as pessoas respondem aos sintomas de acordo com as suas próprias definições da situação. Essas definições são influenciadas pelas interações com os outros, através da socialização e experiências vividas em determinado contexto sociocultural.” (Paúl & Fonseca, 2001, p.77)

No fim da década de 70, surgiu um novo modelo, proposto por Engel, intitulado de biopsicossocial. Este modelo dá a relevância necessária aos aspetos biológicos, mas abarca também aspetos sociais e psicológicos, passando a existir um equilíbrio entre todas as dimensões presentes na conceção de saúde, as quais devem ser consideradas nas tomadas de decisão no que concerne ao processo terapêutico. Exige uma avaliação do indivíduo a vários níveis, entre eles “os aspetos da doença em si, o comportamento do paciente, o contexto social, familiar e cultural do doente e, finalmente, o próprio sistema de saúde a ter em atenção na intervenção” (Pereira, 2001, p.2). Neste contexto, a saúde e a doença são caracterizadas como “processos dinâmicos, em evolução constante e explicados por uma multicausalidade em que para além das variáveis biológicas individuais, entram igualmente as socioculturais, facto que sublinha a construção social da doença” (Gonçalves, 2006, p.164). Este modelo redefine o conceito de doença, pois contempla diferentes fatores que influenciam na doença, tais como biológicos, psicológicos, sociais e ou ambientais (Silva et al., 2011). O modelo em questão considera que o conceito de saúde possui um lado biológico, hereditário, no qual, dificilmente se intervêm, contudo, existem outros fatores diferentes que podem ser manipulados pelos indivíduos, tais como hábitos saudáveis, ambiente favorável e ou acesso aos serviços de saúde (Scliar, 2007).

Como consequência desta evolução e nas últimas décadas os indivíduos passaram a preocupar-se com o seu bem-estar e qualidade de vida, fruto das transformações sociais e económicas das comunidades onde estão integrados. Para corroborar o suprarreferido, devemos mencionar Maggi (2006): “a promoção do bem-estar não pode ser imposta, mas deve ser administrada de forma autónoma para cada sociedade (...), por ser um conceito dinâmico, está em permanente construção, suscetível de transformações, face às necessidades e especificidades de cada sociedade, desde logo, os objetivos de bem-estar estão relacionados com as diferenças contextuais, temporais e geográficas” (Maggi, 2006, p.1).

Segundo Siqueira (2008) em 1950 surge a noção de bem-estar subjetivo, como indicador de qualidade de vida. Posteriormente Diener et al. (2002) referem que é um conceito “que requer autoavaliação, ou seja, (...) cada pessoa avalia a sua própria vida

aplicando concepções subjetivas, este processo é apoiado nas próprias expectativas, valores, emoções e experiências prévias” (Siqueira, 2008, p.201). Neste contexto, são os indivíduos que definem o que os faz sentir bem ou mal, (noção de saúde como bem-estar). Diferentes autores referidos em Siqueira (2008), consubstanciam este conceito em duas óticas diferentes, uma cognitiva que se reporta a uma avaliação da satisfação global com a vida, nos diferentes domínios Keyes (2002) tais como, trabalho, família, entre outros; a outra a afetiva, destaca a parte emocional do indivíduo face às condições que ocorrem na sua vida, abarca aspetos positivos (alegria, autoestima, satisfação) e aspetos negativos (tristeza, depressão, ansiedade, stress).

Em suma, afirma-se que a saúde, a doença e até mesmo a cura são construções sociais e culturais, que variam de sociedade para sociedade, e ainda na mesma sociedade, também há mutações de acordo com as alterações ocorridas nos sistemas onde estão inseridas.

A saúde é um fator fundamental da vida humana, essencial para proporcionar ao sujeito um estado de bem-estar, que lhe garanta um desempenho e equilíbrio satisfatório em diversos planos, com especial enfoque para o nível, psicológico, físico e social (Nunes, R., & Rego, 2002)

Neste sentido, uma vida saudável, tem um profundo impacto na qualidade de vida de todos os seres humanos (Ogata, 2015). Face ao exposto é pertinente refletir sobre qualidade de vida, tal como sobre bem-estar, porque são conceitos complexos, que diferem consoante a época, a cultura e até mesmo o próprio sujeito. Estas noções podem modificar-se com o tempo e mediante as circunstâncias, ou seja, o que hoje se considera uma boa qualidade de vida, pode não o ter sido antes, e poderá não existir no amanhã (Leal, 2008).

O conceito de qualidade de vida é complexo e multifacetado, originando diferentes definições, todavia existe um aspeto comum a todas elas: os seus domínios. Segundo (Fallowfield, 1990), existem quatro domínios na concepção da qualidade de vida: o psicológico, social, ambiental e físico, que, segundo o autor, são a base fundamental para o funcionamento global e equilibrado de um indivíduo.

Primeiramente, o domínio psicológico, tem como principais fatores a adaptação à doença, à ansiedade ou à depressão, que varia de acordo com a personalidade do indivíduo, bem como com a capacidade de criação e aplicação de estratégias de coping adequadas à sua doença e às condições por ela determinadas.

No que concerne ao domínio das relações sociais, os principais fatores são enquadrados em atividades sociais, seio familiar, relacionamentos íntimos, e na rede social, esclarece-nos que o apoio ligado à participação em atividades é de extrema importância para uma boa qualidade de vida.

Quanto ao domínio ambiental, é essencial que a pessoa se adapte e que realmente goste de exercer uma determinada profissão (caso exista), para que não seja prejudicado na qualidade de vida.

Por último, o domínio físico, que inclui fatores como a dor, a morbidade, o sono, o apetite e a atividade sexual. Todos eles irão determinar a importância da experiência relacionada com a dor e a angústia.

Embora não exista uma opinião consentânea sobre o conceito de qualidade de vida, existem três aspectos principais que se tornam indispensáveis em relação ao mesmo, são eles a subjetividade, a multidimensionalidade e também a presença de dimensões que se designam por positivas e negativas. Estes fatores possibilitaram a construção da definição de qualidade de vida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) “percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL GROUP, 1994, p.28).

Esta definição abarca o campo da saúde física e também psicológica assim como o grau de independência, relações interpessoais e crenças.

Conclui-se que a saúde e a qualidade de vida são duas dimensões que se interligam. A saúde é necessária para uma melhor qualidade de vida dos indivíduos, e esta é fundamental para que um indivíduo ou comunidade tenha saúde.

Carapinheiro (1986) clarifica a relevância da construção social da saúde e da doença, enquanto categoria analítica que nos permite colocar a ordem da saúde e da doença, na ordem do mundo e da sociedade, clarificando o modo como a percepção individual e subjetiva da doença só pode ser compreendida quando colocada no contexto social e cultural mais amplo.

“Por um lado, permite traçar o quadro da realidade social das doenças e os contextos histórico-sociais (...) conjunto de doenças que tipificam cada sociedade em dado momento; a sua distribuição social, o traçado histórico da doença (...) o estatuto qualitativo (...) valorização social da doença (...). Numa outra perspectiva a construção social do estatuto do doente, permite definir a identidade social do doente e a sua relação com a “(doença, a percepção, a representação e experiências subjetivas e objetivas da doença)” (Carapinheiro, 1986, pag.10)

De acordo com Mendes (1994), a representação social de saúde e doença exprime sempre uma linguagem que não é a do corpo, mas a da relação do indivíduo com a sociedade.

1.1.1. Gênero na saúde

Decorrente da análise anterior, constata-se que a saúde é uma construção social e cultural, com inúmeras variáveis em torno da sua construção, isto porque é percebida de variadíssimas formas, dependendo do sujeito, e das circunstâncias que o rodeiam num dado momento. Face ao exposto, e tendo em conta os sujeitos da presente investigação (homens reclusos), faz sentido discutir as questões de género, como uma importante dimensão que influencia as percepções e as atitudes sobre saúde, bem-estar e qualidade de vida.

É relevante referir que as diferenças entre as mulheres e homens foram até recentemente consideradas naturais de cada sexo. Os seus respetivos papéis familiares, profissionais e sociopolíticos foram, durante séculos, entendidos como resultando dessas diferenças biológicas.

Hoje, a humanidade é encarada como resultado histórico-cultural, em cujo processo de construção se vão modelando as diferenças entre mulheres e homens, diferenças não atribuídas à natureza, mas à cultura. Condicionados pela problemática cultural do casamento, da maternidade, os dois sexos construíram ao longo das gerações, dois géneros humanos com semelhanças, mas com diferenças típicas.

As representações sociais e conceções de género são condicionantes importantes nas diferenças entre homens e mulheres, na área da saúde. O que se define como masculino e feminino leva a comportamentos estereotipados em relação à saúde (Raposo et al., 2016). Estas desigualdades de género têm consequências na saúde dos homens e das mulheres, relativamente à forma como procuram ajuda nos comportamentos de risco, e à proteção da sua saúde. (Rice et al., 2011)

Constata-se que: “as mulheres reportam mais sintomas, procuram mais cuidados médicos, declaram mais incapacidade de trabalho, têm um maior número médio de dias de hospitalização, utilizam mais medicação, sofrem mais de doenças crônicas e têm uma baixa autoavaliação de saúde” (Macintyre et al., 1996; Augusto et al., 2013).

Estes fatores existem independentemente de outras influências e desigualdades existentes na sociedade (Annandale & Hunt, 1990, *cit. em* Augusto et al., 2013) Denota-se que este tipo de comportamento está relacionado com os papéis e representações de género, isto é, as mulheres são mais medicalizadas, pelo que têm mais facilidade em assumir o papel de doente e, por isso, a fragilidade no género feminino é socialmente bem aceite (Rabasquinho & Pereira, 2012). Há que referir que as mulheres estão mais atentas, logo, percebem melhor sinais e sintomas, adotando uma postura ativa em relação à gestão da saúde. Estas adotam crenças e comportamentos de saúde mais preventivos do que o

homem, tendo em consideração que, historicamente, por meio da socialização de género, foram encorajadas para tal postura.

Nas consultas de enfermagem, os homens são menos participativos como acompanhantes a idosos, nas consultas de pré-natal e de puericultura. Também é notória a pouca presença masculina nos grupos educativos. Quando se compara a presença dos homens e das mulheres verifica-se, que elas representam melhor a clientela familiar, pois são elas que estão presentes nas consultas, nas salas de espera, nas filas de centros de saúde ou hospitais. (Couto et al., 2010)

Todavia, a desigualdade de género em saúde não corresponde só à saúde das mulheres, mas também tem de se ter em conta as experiências e vivências masculinas, sobretudo porque os homens têm trajetórias sociais bem demarcadas, ou seja, a construção social em torno da masculinidade pode gerar benefícios sociais e económicos para os homens, mas ter também efeitos nefastos, como seja a incúria nos cuidados de saúde (Rice et al., 2011). “Pouco se sabe sobre a forma como a socialização masculina, a pluralidade de masculinidades e as experiências socialmente relevantes dos homens influenciam a saúde no masculino” (Wall et al., 2016).

A masculinidade produz comportamentos, consumos e estilos de vida prejudiciais para a saúde dos homens que podem provocar doenças, lesões e por vezes a morte (Schraiber et al., 2005), “Em geral, os homens adotam mais comportamentos de risco (bebem mais; fumam mais e consomem mais drogas), recorrem menos aos serviços de saúde numa lógica preventiva (menor frequência de consultas, incluindo consultas de outras especialidade; menor realização de exames de diagnóstico, etc.)” (Wall et al., 2016)

Estes são fatores denunciadores das diferenças na esperança média de vida entre homens e mulheres e confirmam como as representações de género têm impacto nos comportamentos e, conseqüentemente, na saúde dos homens.

Existem características encaradas como masculinas, nomeadamente a liberdade, o autoritarismo, a força, é que faz com que o homem se distancie de certas tomadas de posição, tais como o cuidado com os outros e consigo próprio, porque desde muito cedo se espera que os rapazes correspondam a estas expectativas sociais. Mais se acrescenta que para evitar que a sua masculinidade seja posta em causa, os homens evitam demonstrar emoções, procurar ajuda ou expressar dores (Rice et al., 2011). Assim, os homens “consomem menos cuidados de saúde, tendem a ignorar a dor e os sintomas e a não pedir ajuda” (Courtenay, 2000; Annandale & Hunt, 1990; cit. Augusto et al., 2013).

Verifica-se a menor permanência dos homens como utentes dos serviços de saúde. Existem algumas crenças a respeito da presença dos homens nos serviços de saúde, perceção enviesada pela invisibilidade dos homens nos locais relacionados com a saúde. É de referir que os homens resistem aos convites para irem ao serviço de saúde e não seguem

o tratamento como esperado. Há a referência que os homens não cuidam de si, nem de outras pessoas que dependam de si, acabando por reforçar a sua invisibilidade nos serviços de saúde. (Couto et al., 2010)

Conclui-se que os comportamentos adotados pelos homens não devem ser entendidos como algo natural à condição de ser homem (Augusto et al., 2013), mas motivados em parte pelas normas sociais. Estes adotam estratégias, normas e comportamentos para o desenvolvimento, manutenção e reforço da masculinidade. Os homens constroem a sua masculinidade em contraste com crenças e atitudes positivas de saúde, visto que, estas, são entendidas como características de comportamentos femininos (Augusto et al., 2013). Em suma, os homens são ativos na construção e reconstrução deste modelo de masculinidade (Courtenay, 2000, *cit.* em Augusto et al., 2013).

Capítulo 2 – Sistema prisional e saúde

2.1. Evolução do sistema prisional saúde e sociedade

O mundo em que se vive está em constante mudança, muitas destas mudanças são positivas, mas outras não. Para avaliar, temos de perceber como algo começou, o que se modificou e quais os efeitos que causou. Neste contexto, passaremos a mencionar como se alterou o sistema prisional, nomeadamente na área da saúde, face às transformações que surgiram na sociedade. Saliente-se que todas as sociedades têm o seu sistema e cuidados de saúde, que se constituem, em torno de respostas socialmente organizadas para a doença, num contexto cultural específico (Bäckström, 2006).

Iniciando um breve enquadramento histórico, dir-se-á que no século XVII os países europeus, marcados pelo colapso feudal, foram confrontados com populações rurais que, para fugir à fome e falta de trabalho, procuravam os asilos para obterem comida. Estes locais serviam de refúgio aos mendigos, doentes, deficientes mentais e idosos que não tinham quem os cuidasse.

Refira-se que as prisões tiveram origem nos asilos, tendo sido no século XVIII que a distinção entre os asilos e os hospitais se verificou - “(..) durante o século XVIII, as prisões, os asilos e os hospitais tornaram-se gradualmente diferentes entre si” (Giddens, 2004, p.232).

No que concerne às prisões, diremos que por todo o mundo, no século XVIII, a punição era realizada através de castigos corporais, tendo como objetivo proceder ao controlo da ordem social, interferindo diretamente com a saúde do indivíduo: “o condenado, ou mais propriamente o seu corpo, constituem quase que exclusivamente a razão de ser de toda a justiça” (Gonçalves, 1993, p.79).

Ainda segundo o mesmo autor, as punições serviam para definir o poder instituído, ou seja, garantir a ordem e o controle social. O condenado tinha um duplo papel: era considerado um exemplo didático para o povo e também representava a submissão em relação ao poder instituído. No final do século XVIII e princípio do século XIX, vai-se debelando a “festa da punição” (Foucault, 2003, p.14), ou seja, a punição deixou de estar centrada no corpo do condenado. Este era exposto em praça pública, subjugado à humilhação do povo, e o culminar de todo sofrimento era a confissão pública do crime, terminando com o conhecimento da sua condenação.

Segundo Gonçalves, (1993), com o decorrer dos anos o ato de punir foi-se alterando e os castigos e as penas usadas também sofreram reformulações, como é o caso da prática de torturas, suplícios, penas de morte, exílio, trabalhos forçados e a privação da liberdade.

No que concerne à saúde em contexto prisional, Esteves (2010) refere que foi um problema que preocupou a população em geral e os responsáveis pelos cárceres. No Antigo Regime, os detidos levavam uma vida desprovida de higiene e de qualquer conforto, e ingressavam nas cadeias sem qualquer verificação do seu estado de saúde. Esta situação manteve-se inalterada durante séculos. As condições precárias das cadeias faziam proliferar rapidamente as doenças.

No século XIX, surgiram as primeiras démarches para a defesa dos direitos do cidadão/delinquente/recluso (Gonçalves, 2002). Neste âmbito deve-se evidenciar a abolição dos suplícios, devolvendo ao condenado a sua dignidade. Mas Santos (1999) refere que foram marginalizados todos os indivíduos que ameaçavam em termos de segurança, saúde e de bem-estar público e que se encontravam em situação de pobreza, marginalidade, crime. Com o intuito de separar todos esses indivíduos, surgem as cadeias, as casas de correção, os asilos e os presídios. Suportada nesta ideologia, as prisões surgem devido à necessidade de isolar e excluir da sociedade os doentes e os condenados, ou seja, impõe-se a separação dicotômica do normal e o anormal, entre o louco e o não louco, do criminoso e o não criminoso (Gonçalves, 1993).

A autora Catarina Frois, na sua obra “Mulheres Condenadas” descreve a dicotomia da sociedade e dos estabelecimentos prisionais de outrora e da atualidade, em que se registava a falta de cuidados básicos, tais como a alimentação, higiene e implicitamente saúde, contrapondo com paradoxo da realidade atual.

“Da primeira vez vinha com medo. Pensei que ia encontrar aqui... como é que hei-de dizer? Uma bodega. Porque eu lembro-me de como era a prisão na vila quando eu era miúdo e as mulheres e os homens estavam todos esfarrapados, tinham os braços de fora das grades e pediam esmola. Eu pensei que era igual. Agora imagine o meu espanto quando chego aqui e vejo as mulheres bonitas, bem arranjadas, bem pintadas, a cantarem e a dançarem”. (Frois, 2017, p.236)

Ainda na mesma página, a autora refere que lera descrições em relatórios dos arquivos da direção dos serviços prisionais, sobre a primeira “prisão” de Odemira sita no centro da vila, no edifício do tribunal, com homens na cave, mulheres no primeiro andar, expostos ao olhar de quem passava, a mendigar comida ou dinheiro. A partir do momento em que foram instalados no local onde agora se encontra a cadeia – e que na época era apenas um monte num descampado – os reclusos desapareceram do olhar e do quotidiano dos habitantes. Com a expansão de habitações e serviços, a prisão já não está isolada, enquadrando-se na paisagem, mas na verdade continua arredada das zonas frequentes da vila, vedada ao público.

Goffman (2001), descreveu “instituições totais”, onde inclui as prisões, como locais separados da sociedade onde as pessoas permanecem por um período de tempo considerável, por imposição, e onde as suas vidas são institucionalmente dirigidas, ou seja, os diferentes aspetos e tarefas da vida quotidiana são realizados num mesmo espaço, com um grupo de pessoas sob uma mesma autoridade e todas as atividades obedecem a regras rígidas, uniformizadas, com horários totalmente definidos. Na mesma linha de pensamento, Foucault (2003) menciona que as prisões disciplinam os corpos, moldam-se os hábitos, disciplina-se o querer e o ter.

Pese embora se mantenham as regras básicas descritas por Goffman e Foucault, no sistema prisional, todavia muitas alterações surgiram na sociedade e no sistema prisional.

2.1.1. As prisões no século XX

No século XX, a prisão, passou a ser encarada como a ausência de liberdade e esta por sua vez considerada como a forma de punição adequada para quem cometesse crimes; sendo também, a oportunidade para capacitar os criminosos de comportamentos adequados à vivência em sociedade. Nesta sequência ideológica, dá-se início à organização do sistema penitenciário português, que com base na relevância das alterações legais, passou-se a considerar três marcos importantes. O primeiro marco, reporta-se ao regulamento das cadeias civis do continente e das ilhas adjacentes, de 21 de setembro de 1901, em que a preocupação era regular o modo de execução da pena de uma forma uniforme, em todas as cadeias, o principal objetivo era acabar com o trabalho desempenhado por presos, de tarefas específicas dos estabelecimentos prisionais, ou seja, acabar com os empregados das cadeias;

“descreve-se cuidadosa e minuciosamente as atribuições e deveres dos empregados da cadeia; determinou-se o modo como havia de ser ministrado o ensino, tão útil para o aperfeiçoamento intelectual e moral dos presos; atendeu-se à sua educação moral, inculcando-lhe no ânimo os princípios religiosos e morais, confiando-se especialmente ao professor e ao capelo da cadeia, e cuidou-se por ultimo do

tratamento dos enfermos, organizando-se devidamente as enfermarias das cadeias (...)"(cit. por Ministério da Justiça, 2004, p. 9).

Estabeleceu-se os deveres dos presos e as penas a aplicar, caso não cumprissem com o imposto pela instituição. A segunda Reforma da Organização Prisional é publicada no Decreto-Lei n.º 26 643, de 28 de maio de 1936, incide em dividir as cadeias em estabelecimentos prisionais para acolher preventivos e estabelecimentos prisionais para cumprimento de pena, que se subdividiam consoante o tipo de pena. Todavia o sistema prisional, não descarta o ensino e a saúde, criando prisões especiais onde se incluíam as prisões-sanatórios (destinadas a tuberculosos) e as prisões-escola (para menores de dezasseis anos).

A terceira Reforma Penitenciária, resulta da publicação do Dec. Lei nº 265/79, de 1 de agosto de 1979, veio a ser revogado pela Lei n.º 115/2009, de 12 de outubro, que aprovou o Código de Execução das Penas e Medidas Privativas da Liberdade (CEPMPL) , este por sua vez, reuniu toda a legislação relativa à execução das penas e medidas de internamento, constituindo, a primeira lei de execução das penas autónoma, quer em matéria processual, quer substantiva, que vigora presentemente no sistema prisional.

Refira-se que o CEPML defende a ideia da reclusão como a manutenção da segurança social, o princípio da corrigibilidade do recluso e a defesa dos direitos do recluso, nomeadamente, a pretensão de que este usufrua, no seu quotidiano prisional, do que seria mais próximo da sua vida em liberdade, tendo em conta as limitações inerentes à sua pena. Para o efeito, vão-se criando mecanismos dentro dos estabelecimentos prisionais que tornam a pena mais socializadora. Ao longo dos anos, o sistema prisional português tem procurado adaptar-se, indo ao encontro das mudanças que surgem, na população prisional, quanto à tipologia de crimes, duração da pena, para o efeito desenvolve programas escolares, educacionais, formativos, desportivos e ocupacionais que permitam o desenvolvimento das capacidades pessoais, sociais e profissionais de cada indivíduo.

A saúde do cidadão recluso, também está patente no CEPML, bem como, na ideologia da DGRSP: "Tratando-se de cidadãos em situação de privação de liberdade, cabe aos estabelecimentos prisionais garantir que lhes sejam assegurados cuidados de saúde adequados, quer no plano de tratamento médico e medicamentoso quer no plano da prevenção " (Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais - Ministério da Justiça, 2018). Contudo a Organização Mundial de Saúde (2014), afirma que as prisões não são lugares saudáveis. Os problemas da saúde prevalentes na comunidade prisional estão quase sempre ligados ao seu percurso de vida, às condições sociais desfavoráveis, à baixa escolaridade, ao índice de pobreza, aos desequilíbrios psiquiátricos, à doença mental e às doenças infecciosas associadas, direta ou indiretamente, ao consumo de drogas (Ministérios da Justiça e da Saúde, 2006).

Verifica-se que a população prisional é uma população com carências de saúde específicas e distintas, como na área da saúde mental, infeciologia e estomatologia (Ministérios da Justiça e da Saúde, 2006, p.14).

2.2. A saúde nos estabelecimentos prisionais

António Dores, doutorado em Sociologia, afirma no IV Congresso Português de Sociologia, que o Provedor da Justiça foi a primeira entidade política que refletiu sobre o estado das prisões, menciona que nunca os problemas prisionais foram tratados politicamente, a nível conceptual e ou a nível financeiro para atualizar e modernizar infraestruturas¹. Entre 1960 e 1996 foi realizado o primeiro relatório sobre o sistema prisional português, tendo sido publicado neste último ano, em que reportava a situação calamitosa encontrada nas prisões, elaborando centenas de recomendações para melhorar a vida prisional. Em 1998 foi redigido o segundo relatório², pese embora tenha decorrido pouco tempo para proceder a todas as alterações, contudo, neste, o Provedor da Justiça regista algumas melhorias. Entre estas, salienta a melhoria das condições de atendimento médico nos serviços do sistema prisional.

O terceiro relatório realizado em 2003³ refere que todos os estabelecimentos prisionais ficaram dotados de um gabinete médico, ou serviços clínicos, contudo nalguns estabelecimentos prisionais estes espaços eram versáteis, pois também eram utilizados para realizar revistas aos reclusos, existindo ainda, referência a outras utilidades que comprometiam as exigências ao nível da higiene e do sigilo médico. Face ao exposto o Provedor da Justiça recomenda que: “devendo diligenciar-se para que a utilização dos espaços físicos afetos à assistência à saúde dos reclusos dentro dos estabelecimentos prisionais seja restringida à sua função específica, tendo em vista a preservação do nível de higiene e do sigilo médico exigíveis no âmbito da prestação dos serviços em causa.” (Provedor da Justiça, 2003, p.178)

Neste relatório há também a menção, de que, o Ministério da Saúde não autorizava os médicos ou outros profissionais de saúde, a prestarem serviços nos Estabelecimentos Prisionais. Nesta senda, pode-se referir que a intervenção da Provedoria da Justiça no sistema prisional foi essencial para alterar o paradigma, uma vez que, o relatório realizado em setembro de 2017⁴ refere que o Governo Constitucional assumiu no seu Programa o

¹ Um exemplo significativo foi a existência do balde sanitário (local onde os reclusos faziam as suas necessidades fisiológicas) ter sido uma presença indispensável na vida quotidiana de grande parte dos reclusos até início do século XXI.

² Provedor de Justiça, As nossas prisões II – Relatório especial do Provedor de Justiça à Assembleia da República, Lisboa, 1999

³ Provedor de Justiça, As nossas prisões III – Relatório especial do Provedor de Justiça à Assembleia da República, Lisboa, 2003

⁴ Olhar para o futuro para guiar a ação presente - Uma estratégia plurianual de requalificação e modernização do sistema de execução de penas e medidas tutelares educativas.

compromisso de no século XXI racionalizar e modernizar a rede de estabelecimentos prisionais.⁵

O sistema prisional passa a ser um subsistema de um sistema mais vasto da Direção Geral Reinserção e Serviços Prisionais (DGRSP), onde se procede á execução de medidas sancionatórias aplicadas pelos tribunais, por sua vez, a DGRSP advém da junção da Direção-Geral de Reinserção Social e da Direção-Geral dos Serviços Prisionais realizada em 2012.

Atualmente o parque prisional é composto por 49 Estabelecimentos Prisionais. A população reclusa, à data de 31 de dezembro de 2018⁶, situava-se em 12.867 reclusos. Neste universo é notória a predominância do sexo masculino 12.039 homens e 828 mulheres.⁷ Saliente-se, que o nosso estudo assenta no sexo masculino, que de acordo com Schraiber et al. (2005) este género adota comportamentos, consumos e estilos de vida prejudiciais para a sua saúde, logo, as solicitações, necessidades, preocupações e eventuais intervenções são prestadas de forma diferenciada.

Retomando os estabelecimentos prisionais, e focando nas inovações produzidas na área da saúde, poderemos dizer que, atualmente, todos dispõem de instalações e de equipamentos com as características adequadas às necessidades da vida diária, sendo estes espaços designados de serviços clínicos. Estes são compostos por enfermeiros, médicos de clínica geral e psicólogos que podem pertencer aos quadros da DGRSP, ou então são contratados individualmente (avenças), ou ainda recorre a empresas prestadoras de cuidados de saúde qualificado, para colmatar as necessidades de mão-de-obra especializada na área da saúde.

Segundo Pinto (2018) a DGRSP tem tendência a diminuir nos seus quadros o número de efetivos da área da saúde. Política que dificulta a execução de um trabalho célere e produtivo, orientado para objetivos institucionais, e interfere negativamente, na relação entre os profissionais de saúde e os reclusos, tal como, na continuidade dos tratamentos, devido aos horários e à rotatividade destes profissionais que limita a sua intervenção. Estes acabam por não se envolver em dinâmicas funcionais e profícuas necessárias ao bom funcionamento dos serviços de saúde nos estabelecimentos prisionais.

A gestão dos recursos humanos, materiais e logísticos dos serviços prisionais na área da saúde, estão a cargo do Centro de Competências para a Prestação de Cuidados de Saúde (CCPCS)⁸, que em 25 de Maio de 2009 elaborou e distribuiu o Manual de Procedimentos para a Prestação de Cuidados de Saúde em Meio Prisional, com o intuito de reunir num único documento, um conjunto de regras e procedimentos estruturadores da prestação de

⁵ Artigo 189.º da Lei do Orçamento do Estado para 2017, aprovada pela Lei n.º 42/2016, de 28 de dezembro, ficando confiado ao Governo a missão de definir uma estratégia plurianual de requalificação e modernização do sistema prisional

⁶ Anexo 1 – Lotação dos estabelecimentos prisionais à data de 31/12/2018

⁷ Anexo 2 – Distribuição da população reclusa por sexo, situação jurídico penal, tipo de crime e nacionalidade

⁸ Anexo 3- Organigrama da DGRSP, onde também está representado o CCPCS

cuidados de saúde à população reclusa, promovendo a homogeneidade nos diferentes estabelecimentos prisionais (Ep's). O Manual destina-se essencialmente aos profissionais que trabalham na área da saúde, mas também aos profissionais dos outros setores, tais como, aos elementos do corpo da guarda prisional, técnicos superiores de reeducação (TSR)⁹, Serviços Jurídicos e de Execução das Penas e Serviços de Apoio Geral, tendo em consideração a relação existente entre estes e a atuação dos Serviços Clínicos. Neste diploma estão registados todos os procedimentos a adotar em situações problemáticas especiais, e a documentação utilizada para o efeito, bem como, anexos compostos por normas, impressos e orientações clínicas. Está também legalmente definido o dever do pessoal clínico de acompanhamento da evolução da saúde física e mental dos reclusos, as ocorrências que obrigam à comunicação imediata, por escrito, ao Diretor do estabelecimento prisional. Faz menção a todas as situações previstas para intervenções e tratamentos médico-cirúrgico. Também, determina os procedimentos e impressos, a adotar pelos diferentes profissionais, aquando entrada, no decurso do cumprimento de pena e saída do recluso do estabelecimento prisional.

O Manual refere que, assim que o preso entra no estabelecimento prisional, tem de ser submetido a uma avaliação clínica nas primeiras 24 horas por um enfermeiro, e nas 72 horas por um médico¹⁰. O clínico toma especial atenção ao diagnóstico de distúrbios mentais, a propensões suicidas ou à existência de síndromas de abstinência, sinais de agressão ou violência física ou de cariz sexual, para além da existência de doenças transmissíveis, contagiosas ou patologias crónicas (Regulamento Geral dos Estabelecimentos Prisionais [RGEP] art.53 n.º4, alíneas a,b,c,d). Quando se revele necessário, o médico prescreve, segundo critérios clínicos, a realização de exames complementares de diagnóstico que permitam o rastreio de doenças organo-metabólicas, doenças transmissíveis e contagiosas (RGEP, 2019 art.53 n.º5) e ainda a prescrição de medicação adequada. São, pois, assegurados cuidados médicos imediatos sempre que o recluso afirme que deles necessite e sobretudo no caso de toxicodependentes que se apresentem em evidente sofrimento ou com síndrome de privação de substâncias psicoativas ou alcoólicas (RGEP, 2019; art.10º, nº2 e 6º, n.º4). No que concerne aos reclusos que se encontram, há já algum tempo no estabelecimento prisional, estes sempre que necessitem de cuidados de saúde, deverão preencher um impresso existente na cadeia, a solicitar consulta, este é primeiramente avaliada pela equipe de enfermagem e posteriormente encaminhado consoante a prioridade para o médico de clínica geral.

⁹ A figura de Técnico Superior de Reeducação (TSR), advém do técnico de educação que aparece com o Decreto-Lei nº 346/91, de 18 de Setembro: - Art. 2.º - 1 – “Os técnicos de educação pertencentes aos quadros de pessoal da Direcção-Geral dos Serviços Prisionais e possuidores de habilitação com o grau de licenciatura ou equiparada a este, nos termos da Portaria 1144/90, de 20 de Novembro, transitam para a nova carreira...” 90 Art. 173º da Lei 115/2009, de 12/10 (CEPMPL), com alteração estatuída pela Lei 94/2017 de 23/08.

¹⁰ Anexo 4 – Atos médicos e de enfermagem aquando entrada e durante a permanência do recluso no EP.

A medicação prescrita é distribuída diariamente e de forma individualizada, devendo a sua ingestão ser feita na presença do(a) enfermeiro(a) no ato da sua entrega, a este procedimento dá-se o nome de Toma de Observação Direta (TOD).

2.2.1. Articulação Protocolar entre Justiça e Saúde

Pese embora a DGRSP, desenvolva esforços para prestar bons cuidados de saúde, certo é que, com um número tão significativo de pessoas detidas e cada um com diferentes condições de saúde, torna-se imperioso realizar protocolos de articulação com o Sistema Nacional de Saúde (SNS), com a intenção de melhorar os cuidados de saúde prestados aos reclusos, em doenças que se consideram mais prevalentes em meio prisional. Com este desígnio, o ano de 2017, foi um ano em que ocorreram avanços importantes na articulação, e consequentemente assinatura de protocolos entre o Ministério da Justiça e o Ministério da Saúde, incrementando uma melhoria nas respostas, de prestação de serviços de saúde, aos reclusos.

Desta articulação deve destacar-se a vacinação contra a gripe, poderemos dizer que até 2017, só foram vacinados 3.000 reclusos gratuitamente, por pertencerem a grupos de risco. No ano de 2018 e 2019 a Direção-Geral de Saúde disponibilizou vacinas gratuitas a toda a população reclusa, e pela primeira vez, aos guardas prisionais. Como consequência desta medida a DGRSP passou a ter disponíveis, gratuitamente mais 14.000 vacinas. Esta medida originou que a DGS criasse a norma n.º 018/2018, de 03/10/2018, em que no ponto 2, refere pela primeira vez, que para os estabelecimentos prisionais a vacina contra a gripe é fortemente recomendada e gratuita aos reclusos, guardas e funcionários civis.

As doenças infecciosas mais prevalentes em meio prisional, foram consideradas como prioritárias pelo grupo de trabalho interministerial encarregue da avaliação dos constrangimentos existentes no acesso da população reclusa ao Serviço Nacional de Saúde (despacho conjunto MJ/MS n.º 1278/2017). Com o intuito de erradicar a hepatite C e atacar a infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), nas prisões, facilitando o acesso dos reclusos aos serviços de saúde, leva a que no dia 28 de julho de 2017 fosse publicado um Despacho conjunto MS/MJ (despacho n.º 6542/2017), que determinou a conceção e implementação de um modelo de prevenção, diagnóstico e tratamento da população reclusa, enquanto utentes do SNS, em matéria de doenças infecciosas, como sejam a infeção pelo (VIH) e a infeção pelos vírus da hepatite, tem que ser uniforme e equitativo e de abrangência nacional.

Nesta subsequência “a Direção-Geral da Saúde apresentou uma proposta de rede de referenciação hospitalar do SNS no âmbito da infeção por VIH e pelas hepatites virais, para a população reclusa (estabelecimentos prisionais do continente), publicada no despacho conjunto MS/MJ n.º 283/2018, de 5 de janeiro de 2018. A 16 de julho de 2018 foram

assinados, numa cerimónia conjunta, 28 protocolos¹¹ entre a Direção-Geral da Reinserção e Serviços Prisionais (abrangendo 40 estabelecimentos prisionais do continente) e 28 instituições hospitalares do SNS.” (Relatório de Atividades e Autoavaliação DGRSP, 2018 p.79 e p.80.)

Dissecando o conteúdo dos protocolos, podemos mencionar que as Unidades Hospitalares ficam obrigadas a prestar consultas pelos médicos especialistas, em que estes profissionais se deslocam ao estabelecimento prisional, mantendo a periodicidade das consultas de acordo com critérios clínicos em vigor para a especialidade e respetivo quadro clínico. Por fim, todas as consultas realizadas, resultados de exames e procedimentos realizados ao recluso, ficam registados no sistema informático do SNS, no portal de hepatite C e no SI. VIDA.

A tuberculose, há muito considerada um problema de saúde pública de grande importância à escala mundial. Em Portugal, a situação epidemiológica da tuberculose tem vindo a melhorar nas últimas décadas, no entanto, os fenómenos da co-infecção tuberculose/VIH, das resistências aos antibióticos é uma realidade no nosso país, pelo que, deve ser encarada como preocupação. Em meio prisional, a tuberculose constitui um problema acrescido de saúde pública, pelo contexto epidemiológico existente e pela dificuldade de implementar medidas preconizadas para o seu controlo e eliminação, justificando o esforço adicional, por parte da DGRSP na uniformização de procedimentos. De acordo com o preconizado pelo Programa Nacional de Tuberculose, pelo que, a 24 de setembro de 2004 foi assinado um protocolo¹² entre a DGRSP e a DGS, ficando determinado quais os procedimentos a adotar para se detetar e prevenir a tuberculose nos estabelecimentos prisionais. Para o efeito deve-se rastrear sistematicamente todos os reclusos e funcionários dos EP's de modo a detetar mais precocemente possível um novo caso. O rastreio radiológico é realizado a todos os reclusos entrados nas duas primeiras semanas, a sua realização passa a ser sequencial (anual) no Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) mais próximo do EP.

O grupo de trabalho interministerial, que tinha a seu cargo a avaliação dos constrangimentos no acesso da população reclusa ao SNS, considerou a saúde oral dos reclusos como prioritária (despacho conjunto MJ/MS nº 1278/2017), tendo em consideração que é uma população vulnerável, com necessidades específicas nesta área. Mais se refere que a DGRSP tem 22 gabinetes de medicina Dentária em Estabelecimentos Prisionais, alguns desativados; contudo no ano de 2018 a DGRSP efetuou um levantamento de todos os gabinetes de medicina dentária dos estabelecimentos prisionais e respetivas

¹¹ Anexo 5 - Protocolo de Cooperação entre DGRSP (Estabelecimentos Prisionais de Guarda, Covilhã, Castelo Branco) e o Centro Hospitalar Cova da Beira EPE.

¹² Anexo 6 - Protocolo entre a DGS e a DGRSP para a definição dos procedimentos de deteção e prevenção da Tuberculose nos estabelecimentos prisionais.

necessidades. Em 2019 ambos os ministérios realizaram esforços para ativar todos os Gabinetes de Medicina Dentária dentro dos Estabelecimentos Prisionais e ainda com base no Manual de Procedimentos para a Prestação de Cuidados de Saúde em Meio Prisional, elaboraram rede de referenciação interna¹³ com o intuito de dar resposta ao sistema prisional.

Por fim, a saúde mental também foi considerada prioritária pelo mesmo grupo de trabalho, através de (despacho conjunto MJ/MS n.º 1278/2017). “Em articulação com o diretor do Programa de Saúde Prioritário na área da Saúde Mental da DGRSP foram propostas medidas no sentido de melhorar/incentivar a articulação dos cuidados especializados de saúde mental com os estabelecimentos prisionais (...). Foi sinalizada a necessidade de uma rede de referenciação externa para os estabelecimentos prisionais no âmbito dos cuidados especializados de psiquiatria.” (Relatório de Atividades e Autoavaliação DGRSP, 2018, p.80,81.).

A realização de protocolos entre os dois Ministérios, também pode surgir a nível regional, da articulação entre a Direção do Estabelecimento Prisional e os Centros de Saúde ou Hospitais mais próximos do EP. Cabendo à Direção dos EPs tomar a iniciativa de dinamizar o protocolo. Nesta senda a Direção do EP da Covilhã estabeleceu protocolo¹⁴ com o Centro de Saúde mais próximo que dispõe de uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizado (UCSP), esta tem por missão a prestação de cuidados de saúde primários nomeadamente no tratamento dos utentes com problemas ligados ao álcool. A celebração deste protocolo teve como objetivo racionalizar o tempo e a utilização dos meios materiais e humanos da DGRSP e da Equipa de Alcoologia da UCSP. Ficou definido que as consultas são mensais e o EP da Covilhã envia documento com listagem nominativa dos reclusos, que tem de ser acompanhada da ficha psicossocial, onde contém dados relevantes para a história clínica do utente.

Ainda devido à proximidade entre as duas instituições, também se realizou um protocolo com o Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB)¹⁵, com o propósito de resolver de forma célere os problemas de saúde na área de estomatologia que assolam os reclusos afetos ao EP da Covilhã, rentabilizando o tempo e a utilização dos meios materiais e humanos da DGRSP. O protocolo refere que as consultas são marcadas semanalmente, através de documento enviado pelo médico de clínica geral do estabelecimento prisional reportando as necessidades, a prioridade do atendimento será triada e indicada pelo médico especialista do CHCB.

¹³ Anexo 7 – Quadros da rede de referenciação interna da DGRSP sobre a assistência prestada aos reclusos afetos ao EP e a outros EP’s na área da estomatologia e psiquiatria.

¹⁴ Anexo 8 – Protocolo de Cooperação entre a DGRSP e a Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC) para a prestação de cuidados de saúde a utentes com problemas ligados ao álcool.

¹⁵ Anexo 9 – Protocolo de cooperação entre a DGRSP e o Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB) para a realização de consultas externas na especialidade de estomatologia

Pese embora o flagelo de saúde pública que atualmente se vivência a nível mundial devido ao COVID-19, certo é que a estreita articulação entre os dois ministérios é crucial para a elaboração e constante atualização de Plano de Contingência a implementar nos estabelecimentos prisionais com o intuito de prevenir situações de eclosão da pandemia. Entre as inúmeras medidas tomadas e despachos a especificar ações e comportamentos a seguir, orientações que também se verificavam em meio livre, passa-se a referenciar algumas medidas estruturais incrementadas neste contexto específico que é o sistema prisional; procedeu-se à criação de duas enfermarias de retaguarda, denominadas de covidários, uma no Estabelecimento Prisional do Porto e outra no Hospital Prisional de São João de Deus (HPSJD) em Caxias, para internamento de reclusos que eventualmente venham a acusar positivo.

Desde o dia 9 de março suspenderam-se as visitas na área do grande Porto, sendo esta medida paulatinamente incrementada a outras áreas geográficas. No dia 16 de março cessaram as visitas em todos os estabelecimentos prisionais do país. Por orientação da DGS¹⁶ intensificou-se a limpeza e higienização dos diferentes espaços prisionais, uso obrigatório de máscaras, luvas sempre que se tenha de contactar com reclusos, restringe-se a entrada de pessoas do-meio-livre, pelo que, ficaram suspensas as atividades escolares, formativas e de ocupação de tempos livres. Definiu-se por zonas, quais os estabelecimentos¹⁷ prisionais que têm de receber reclusos vindos da liberdade e que aí deverão permanecer em isolamento profilático, com o devido acompanhamento clínico, pelo período de 14 dias. Em uníssono, também teve de se contemplar espaços de alojamento para funcionários infetados.

Determinou-se que, cada estabelecimento prisional, de acordo com as suas especificidades, tem de proceder à reafecção (alojamento no mesmo setor), dos reclusos que a DGS considera mais vulneráveis, tais como, os que tenham idade superior a 60 anos, com imunossupressão ou doença crónica, designadamente respiratória, cardíaca, diabetes e neoplasia maligna ativa.

Neste contexto o direito à saúde, é um direito fundamental de todos os cidadãos, pelo que, a 10 de Abril do corrente ano a Assembleia da República, promulgou a Lei n.º 9/2021¹⁸ que se reporta ao “regime excecional de flexibilização da execução das penas e das medidas de graça no âmbito da pandemia da doença COVID-19”. Todas as medidas pretendem, que os reclusos possam lograr de liberdade definitiva ou liberdade condicionada

¹⁶ Anexo 10 – Orientação n.º 16/2020 de 23/03/2020 da DGS aos Serviços Prisionais e Tutelares, referente à SARS- Cov-2 (COVID-19).

¹⁷Anexo 11- Despacho do Diretor Geral de Reinserção e Serviços Prisionais sobre a admissão de reclusos em contexto de pandemia.

¹⁸Anexo 12 - Lei n.º 9/2020 - “regime excecional de flexibilização da execução das penas e das medidas de graça no âmbito da pandemia da doença COVID-19”.

a regras específicas, pelo período de 45 dias, podendo o Diretor Geral renovar por igual período.

Em todas as situações e de acordo com o Manual de Procedimentos para a Prestação de Cuidados de Saúde em Meio Prisional, fica acautelada a medicação para oito dias, para assegurar a continuidade do tratamento. Também são enviados para os centros de saúde da área de residência dos reclusos, os processos clínicos, onde constam todos os atos médicos e de enfermagem executados durante a sua permanência no EP.

2.2.2. Programas de saúde e intervenção clínica

Com o desígnio de incrementar conhecimento na população reclusa, mudança de conceitos e ou atitudes; a DGRSP, cria mecanismos dentro das prisões para desenvolver atividades diversificadas, que de acordo com o art.º 55 do Regulamento Geral dos Estabelecimentos Prisionais (RGEP), estipula que na área da saúde, cada Estabelecimento Prisional tem de elaborar um Plano Anual de Promoção da Saúde e Prevenção da Doença, com particular incidência na vertente da redução dos comportamentos de risco, o qual deve ser superiormente aprovado. Anualmente desenvolvem-se ações de formação e informação, abordando diversos temas, para o efeito, utiliza-se os técnicos de saúde (médico ou enfermeiro) do EP, ou ainda outros profissionais que de forma voluntária se deslocam ao estabelecimento prisional. Neste âmbito realça-se a intervenção dos centros de saúde/unidades locais de saúde, alude-se também à participação da Cruz Vermelha Portuguesa, aos estabelecimentos de ensino superior e ainda entidades ligadas ao desporto. O relatório informa que no ano de 2018¹⁹, realizaram-se 610 ações de promoção da saúde, maioritariamente desenvolvidas com a colaboração de entidades externas e estimou-se que participaram/beneficiam 7.719 reclusos. Saliente-se que o mesmo recluso pode beneficiar/participar de diversas atividades.

Com o mesmo propósito desenvolve ainda programas de ressocialização dirigidos a necessidades criminógenas específicas. Para a sua concretização conta com o Centro de Competências para a Gestão de Programas e Projetos (CCGPP)²⁰ que agrega e dinamiza os programas, possibilitando a aquisição ou reforço de competências pessoais e sociais, favorecendo a adoção de comportamentos socialmente responsáveis. Estes programas têm em conta a idade, o sexo, a origem étnica e cultural, o estado de vulnerabilidade, os perfis e problemáticas criminais, as necessidades específicas de reinserção social do recluso e ainda os fatores criminógenos, nomeadamente os comportamentos aditivos.

¹⁹ Anexo 13 – Ações de promoção da saúde, desenvolvidas nos EP's .

²⁰ CCGPP é uma das Unidades orgânicas, da área operativa da DGRSP; consultar organigrama da DGRSP que se encontra no Anexo 3

Segundo o Relatório de Atividades e Autoavaliação (RAA) da DGRSP, em 2018 foram implementados 16 programas dirigidos a necessidades criminógenas específicas, num total de 186 aplicações, frequentaram 2.086 reclusos²¹.

Os Técnicos Superiores de Reeducação (TSR) que trabalham nos estabelecimentos prisionais, de entre as diversas atividades, também têm a seu cargo a aplicação dos aludidos programas, motivo pelo qual recebem formação no Centro de Formação da DGRSP, sediado em Caxias.

Os programas mais disseminados nos estabelecimentos prisionais, por se encontrarem há mais tempo no sistema prisional são: programa de motivação para o tratamento de Comportamentos Aditivos (Comportamentos Aditivos), programa de intervenção na problemática do alcoolismo, programa de intervenção dirigido a autores de Delitos Estradais – Estrada Segura (ES), entre outros. Mas em todo o estabelecimento prisional é aplicado o Programa Integrado de Prevenção de Suicídio (PIPS)²², não dirigido a necessidades criminógenas específicas, mas de caráter obrigatório no momento de ingresso de qualquer recluso no sistema prisional. Assenta numa deteção precoce de sinais e sintomas de alerta/risco de suicídio em reclusos entrados e de uma sinalização eficiente para os reclusos já em cumprimento de pena que apresentem riscos de suicídio. A sua aplicação implica uma articulação próxima entre os setores da vigilância, os Técnicos Superiores de Reeducação e os profissionais de saúde, que discutem periodicamente os casos sinalizados em sede de reunião denominada “Equipa de Observação Permanente (EOP)”, que é específica em cada estabelecimento prisional.

No âmbito da intervenção clínica deve referir-se que a DGRSP dispõe de um estabelecimento prisional destinado exclusivamente à prestação de cuidados especiais de saúde – Hospital Prisional de São João de Deus (HPSJD) – sediado no Concelho de Oeiras (Lisboa), tem lotação para 195 reclusos; o seu exterior tem a configuração típica de um estabelecimento prisional, contudo o seu interior e a prestação de serviços na área da saúde em nada difere de um hospital civil, a maioria dos seus funcionários são médicos e enfermeiros, o seu objetivo é dar resposta a situações de urgência hospitalar e situações delicadas de saúde.

Esta unidade hospitalar prisional recebe todos os presos que necessitem de cuidados médicos, nas mais variadas áreas (física e psíquica) e que o seu estado de saúde se apresente incompatível com a sua manutenção no estabelecimento prisional. Todavia a maioria das situações são transitórias, o recluso após ter alta clínica retoma ao estabelecimento prisional de origem.

²¹ Anexo 14 – Quadro sobre programas dirigidos a necessidades criminógenas específicas, aplicados a reclusos no 2018 e o número de reclusos que deles beneficiaram.

²² Anexo 15 – Gráfico com o número de mortes ocorridas e causas, nos EP’s, nos anos de 2016, 2017 e 2018.

O HPSJD, também inclui no seu reportório a distribuição de medicação e de todo material clínico, aos estabelecimentos prisionais, tendo em conta que também incorpora uma farmácia central, bem como, um laboratório de análises clínicas. O laboratório além da sua funcionalidade interna, com o intuito de economizar recursos, também dá respostas a estabelecimentos prisionais limítrofes. No que concerne à farmácia o HSJD, centraliza a aquisição de medicamentos, por forma a satisfazer as necessidades inerentes ao próprio hospital, bem como, dar resposta às solicitações de medicação que os EP's requeiram. No atual contexto de SARS-Cov-2 (Covid 19), deve referir-se que o HSJD detém a gestão e distribuição a todos os EP's de todo o material necessário para fazer face à eclosão da pandemia COVID 19, tais como máscaras, luvas, desinfetantes, batas, entre outros, e ainda está devidamente apetrechado, para dar resposta a eventuais reclusos ou profissionais que venham a ser infetados com COVID-19.

Capítulo 3 – Patologias e criminalidade

3.1. Desinstitucionalização criminalização e doença mental

A problemática da saúde mental é uma realidade marcante nos estabelecimentos prisionais, em que muitos pacientes conseguem manter-se num estabelecimento prisional normal, mas com acompanhamento médico e medicamentoso,²³ outros têm necessidade de ser transferidos temporariamente para a unidade psiquiátrica existente no HPSJD ou para a ala de psiquiatria de Santa Cruz do Bispo, no Porto.

O aumento de número de reclusos com problemas psiquiátricos, teve origem na mudança das políticas de saúde, ou seja, devido às descobertas na medicina, surgem consequências negativas ou inesperadas para a sociedade, nomeadamente para os estratos sociais mais desfavorecidos. Com a descoberta e desenvolvimento dos psicotrópicos, libertaram-se pacientes mentais dos hospitais psiquiátricos, porque os medicamentos permitiam o alívio dos sintomas psicóticos e também as perturbações de humor, conseguindo-se criar condições para que os pacientes possam prosseguir com o tratamento vivendo em/e na comunidade. Estes movimentos fizeram diminuir os internamentos ao ponto de se decidir pelo fecho de muitas instituições. Este processo é conhecido por “desinstitucionalização”.

A “desinstitucionalização” foi seguida por um movimento que defendia a ideia que os doentes mentais devem viver com satisfação na comunidade (Chaimowitz, 2012; Marques-Teixeira, 2004). Assim os “loucos” que não tivessem problemas sociais ou económicos, bem como de comportamento, ficavam em suas casas, contudo uma grande parte eram encerrados em prisões, asilos para pobres, ou em instituições similares

²³ Anexo16- Acompanhamento médico ou medicamentoso em caso de surto psicótico agudo.

(Hespanha, 2012). A “desinstitucionalização”, também pressupunha a deslocação dos custos das instituições de internamento mental para o serviço na comunidade, à medida que estas fossem encerrando, uma vez que, os pacientes requeriam um acompanhamento médico sistemático. No entanto, e talvez por razões económicas, isso não ocorreu ou quando aconteceu foi em quantia insuficiente e de certa forma desadequada (Chaimowitz, 2012). O desfecho deste processo foi a “criminalização da doença mental” já que inevitavelmente, alguns sujeitos com perturbações mentais, quer por falta de apoio familiar/comunitário /médico ou por impulso da própria doença, tornaram-se muito vulneráveis, acabando por se envolver em delitos e muitos foram detidos (Shenson et al., 1990). A criminalização da doença mental, defende que uma determinada população referenciada no sistema de saúde mental, com comportamento desviantes e impulsionados pela sua condição de saúde, são “deslocados” para o sistema de justiça criminal (Moreira, 2008; Steury, 1991). Este grupo de sujeitos está associado a estratos sociais mais desfavorecidos ou sem-abrigo que por não procurarem acesso às necessidades básicas, optam por se envolver no mundo do crime (Marques-Teixeira, 2004). Tais situações poderão ter peso, no número de reclusos que sofrem de doença mental, levando a que se constatasse nos resultados de algumas investigações, que as prisões estão a funcionar como um depósito de sujeitos com doença mental (Marques-Teixeira, 2004; Teplin, 1990). Verifica-se que os apoios sociais não chegam a todos os que necessitam, seja por escassez dos meios ou mesmo por desconhecimento dos cidadãos na forma de acesso a esses recursos. Os doentes mentais são os principais prejudicados, pois têm grande dificuldade em gerir a sua vida e garantir os seus cuidados básicos necessários; por força das suas necessidades, estes sujeitos só procuram aceder a cuidados de saúde, apoios e benefícios sociais através do sistema de justiça (Chiles et al., 1990).

Em Portugal, o desfecho foi idêntico. A “desinstitucionalização” forçada pelo encerramento de hospitais psiquiátricos, fez com que muitos doentes mentais se tornassem em delinquentes, criminalização da doença mental, não por força da sua doença, mas antes, forçados por um sistema sociopolítico. Com um acompanhamento adequado, poderiam ser precavidos e prevenidos comportamentos criminosos nestes indivíduos (Marques-Teixeira, 2004).

Esta sucessão de acontecimentos provocou uma verdadeira crise no sistema prisional (Marques-Teixeira, 2004), tendo de adequar serviços de saúde psiquiátrica à população reclusa (Shenson et al., 1990). Uma vez preso, o doente mental acede aos cuidados de saúde através dos serviços e recursos disponibilizados pela instituição prisional, o que lhe garante cuidados, a que em liberdade seria difícil aceder. Este funcionamento poderá levar ao entendimento que é mais fácil receber tratamento mental em situação de reclusão (Chaimowitz, 2012).

Num estudo realizado em 2016, sobre a prevalência de perturbações psiquiátricas em Portugal, registou-se que mais de um em cada cinco indivíduos da amostra, apresentavam perturbações psiquiátricas, tratando-se o segundo valor mais elevado a nível europeu. Quem apresentava maior frequência de perturbações psiquiátricas eram as mulheres, os indivíduos mais jovens, os separados, divorciados ou viúvos. No que concerne aos homens, apresentam mais perturbações de controlo de impulsos e perturbações por abuso de substâncias. Concluem ainda que: “as pessoas com um nível médio-baixo de educação apresentam mais perturbações de controlo de impulsos e perturbações por abuso de substâncias. Porém, nem todas as pessoas com perturbações psiquiátricas têm a mesma probabilidade de receber tratamento, (...) as que têm um nível educacional mais alto e as que são separadas ou viúvas são as que mais recebem algum tipo de tratamento. Por outro lado, o estudo confirma o elevado consumo de psicofármacos entre a população portuguesa.” (Wall et al., 2016, p.111)

Com o intuito de demonstrar a relevância do problema, em meio prisional, devemos regressar aos dados apresentados pelo RAA da DGRSP (2018), referindo que a 31 de dezembro de 2018, num universo de 12.867 reclusos, 285 reclusos são inimputáveis²⁴, em que 143 estão internados em instituições psiquiátricas não prisionais, tais como, Hospital Júlio de Matos (sediado em Lisboa), Hospital Sobral Sid (edificado em Coimbra), Hospital Magalhães de Lemos (localiza-se no Porto), mas os 142 inimputáveis estão internados em instituições psiquiátricas prisionais. Os reclusos do sul e centro normalmente são encaminhados para o HPSJD, sediado em Lisboa, onde também existe uma ala psiquiátrica e de saúde mental, com 18 lugares para homens e 8 lugares para mulheres, atualmente conta com 6 médicos psiquiatras do quadro de pessoal da DGRSP, acolhe todos os que tenham problemas psiquiátricos, mas que não tenham sido declarados inimputáveis perigosos. A norte do país, os reclusos portadores de doença mental, poderão ser conduzidos ao estabelecimento prisional de Santa Cruz do Bispo (Zona do Porto). Este estabelecimento prisional, era uma antiga Colónia Penal de Santa Cruz do Bispo que funcionou como extensão da Cadeia Civil do Porto, tendo recebido os seus primeiros reclusos em julho de 1935. Só em 1946 se tornou autónomo e com direção própria. Este Estabelecimento Prisional para além de ser composto por um pavilhão com duas alas, cada uma, com dois pisos, destinados a reclusos em regime comum, também tem uma Clínica Psiquiátrica com 73 celas individuais, nove camaratas e um quarto de duas camas, destinada ao internamento de reclusos inimputáveis e de reclusos que necessitam de especial acompanhamento nesta área; presentemente conta com três médicos psiquiatras do quadro. Dispõe ainda de uma Unidade Livre de Droga, Unidade de Tratamento de Reclusos Toxicodependentes, instalada

²⁴ O inimputável é aquele que é incapaz de culpa; ele pratica condutas que não são admitidas pelo Direito – são ilícitas- mas sem culpa. O regime da inimputabilidade está previsto nos artigos 19º e 20º do Código Penal (CP)

em pavilhão autônomo, com cozinha, ginásio e campo de jogos próprios e ainda de uma Casa de Acolhimento de Santo André, constituída em moradia autônoma, inicialmente para alojamento de ex-reclusos inimputáveis sem apoio no exterior.

Sempre que um recluso num EP, entre em crise psiquiátrica, descompensação ou tem de lhe ser revista a medicação, são transferidos para o Hospital Prisional mais perto do EP, após alta hospitalar, regressam ao estabelecimento prisional de origem. “São garantidas diferentes valências médicas, sendo as especialidades asseguradas através do HPSJD e pelo SNS. No entanto, a especialidade de psiquiatria é garantida em grande parte pelos estabelecimentos prisionais.” (Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais - Ministério da Justiça, 2018, p.76)

Dar resposta a esta situação em concreto é uma preocupação que prevalece nos nossos dias, pelo que, o grupo de trabalho interministerial, descrito no RAA da DGRSP (2018), que tinha a seu cargo a avaliação dos constrangimentos existentes no acesso da população reclusa ao SNS, considerou a saúde mental, como uma das áreas de saúde a priorizar, conforme o descrito no capítulo três.

Na área da psiquiatria, os pedidos de consultas em meio prisional, são menos frequentes; e até se verifique que o recluso tem relutância em aceitar qualquer tipo de intervenção a este nível, por ainda se associar a um certo estigma, quando se recorre a esta especialidade da medicina.

Segundo Pinto (2018), existe um grande número de reclusos que evidenciam necessidades no âmbito da psiquiatria, a maioria destes devido a comportamentos aditivos, tais como, o abuso de drogas e álcool, e alguns pelo uso de esteroides e outros estimulantes, outros ainda por apresentarem transtornos de bipolaridade, e que apenas são diagnosticadas pela primeira vez em meio prisional. A mesma autora defende que deveria existir enfermeiros com formação específica, na área da saúde mental para funcionar com este tipo de doentes, de forma permanente nos EP's, uma vez que, grande parte da população prisional apresenta problemas psiquiátricos que não são identificados no momento da sua entrada.

Por último, e na mesma linha de pensamento, devemos fazer menção ao constatado pelo Provedor da Justiça: “Não é demais fazer referência ao número crescente de patologias do foro mental em meio prisional, associadas à toxicodependência e a outras situações de foro clínico, como seja o problema do VIH. Fica também a suspeita de que muitos dos casos de interrupção voluntária de terapêuticas, (...), poderiam não acontecer se os reclusos contassem com um acompanhamento mais individualizado e constante por parte deste tipo de especialistas.” (Provedor da Justiça, 2003, p.187)

3.2. Comportamentos Aditivos e Delinquência

3.2.1. Consumo de álcool e suas consequências

Verifica-se a concomitância entre doentes psiquiátricos, consumo de álcool e drogas e a predominância de reclusos com estas problemáticas nos estabelecimentos prisionais. Por ora, iremos debruçar sobre a problemática de ingestão de bebidas alcoólicas e a sua repercussão no sistema de justiça.

O consumo excessivo de bebidas alcoólicas interfere com a produtividade económica, com os recursos gastos pela justiça criminal, pelo sistema de saúde, e ainda, por outras instituições sociais. Dependendo do indivíduo, o abuso de bebidas alcoólicas pode interferir negativamente a nível físico, mental, familiar, profissional ou simplesmente legal. O comportamento aditivo pode ter repercussões a vários níveis, para o próprio, para quem o rodeia e ainda para a sociedade como um todo.

Estudos científicos elaborados pelo Centro de Informações sobre Saúde e Álcool (CISA) 2019a (2019) abordam as consequências do consumo de álcool, nomeadamente, nos acidentes de viação, problemas no trabalho, na família e ainda na violência interpessoal.

Dados publicados no Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências [SICAD], (2019), p.1) e de acordo com o Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População em Geral (INCSPPG), regista-se que o sexo masculino é um abusador nato de consumo de bebidas alcoólicas, com uma taxa de 68,4% contrapondo com o sexo feminino que é de 48%.

Nesta linha de pensamento e com base no Livro Branco poderemos referir que “em 2014, os homens apresentavam uma probabilidade quatro vezes maior do que as mulheres de morte por doença crónica do fígado e dezasseis vezes superior de morte devido a transtornos mentais e comportamentais causados pelo uso de álcool, (..) em Portugal o consumo de álcool é particularmente frequente entre as camadas menos escolarizadas da população” (Wall et al., 2016, pag.114).

Neste contexto poder-se-á refletir sobre as diferentes consequências e contextos nefastos do consumo de bebidas alcoólicas, para o próprio, pela saúde física e mental do abusador, bem como, para os membros da família ou ainda pela saúde financeira do lar.

Saliente-se que nas famílias com baixos recursos financeiros, o dinheiro que é gasto com álcool poderá deixar os membros da família à mercê de suscetibilidades indesejáveis, como por exemplo, desentendimentos graves no relacionamento entre pais e filhos e/ou entre companheiro(a). O abusador de consumo de bebidas alcoólicas pode ainda ter outros contratemplos, tais como faltas injustificadas ao trabalho, perda de oportunidades de trabalho, trabalhos mal remunerados, acréscimo de gastos na área da saúde, devido a doenças e acidentes, e ainda dinheiro gasto em ocorrências de problemas com a lei/justiça (Centro de Informações sobre Saúde e Álcool (CISA) 2019a, 2019).

Estudos têm demonstrado que o consumo abusivo, usual ou ocasional, de álcool, é um forte fator de risco para a violência entre marido e mulher, encontrando-se presente no elevado número de casos de violência doméstica (Centro de Informações sobre Saúde e Álcool (CISA) 2019a, 2019).

A violência doméstica tem uma moldura penal de prisão de um a cinco anos, se a pena mais grave lhe não couber por força de outra disposição legal²⁵.

Este crime é um problema de saúde pública global que afeta desproporcionalmente as mulheres. A OMS estima que 30% das mulheres que mantiveram relacionamentos, sofreram de violência física e/ou sexual de um parceiro durante a vida. As taxas de violência doméstica são mais frequentes nos pares que consomem bebidas alcoólicas de forma abusiva, evidenciando-se como protagonista a figura masculina (Centro de Informações sobre Saúde e Álcool (CISA) 2019g, 2019).

Para além da violência doméstica existem outras problemáticas adjacentes ao consumo de bebidas alcoólicas, que poderão levar o indivíduo a ficar comprometido com o sistema de justiça, sem pretender aprofundar juridicamente, sempre se dirá que a condução de veículos sob o efeito do álcool ou de outras substâncias psicoativas é proibida²⁶. Constitui uma infração administrativa, caso o condutor apresente uma taxa de álcool no sangue igual ou superior a 0,5 g/l. Por seu turno, com taxa de álcool no sangue igual ou superior a 1,2 g/l, é punido com pena de prisão até 1 ano ou com pena de multa até 120 dias²⁷, se pena mais grave lhe não couber por força de outra disposição legal. Os casos de reincidência, agrava a pena de prisão.

Constatasse que o consumo abusivo de álcool pode estar na base de um conjunto de crimes, levando a que muitos dos reclusos entrem no estabelecimento prisional com uma situação séria de dependência do álcool, necessitando de intervenção médica e/ou medicamentosa²⁸, sendo por vezes diagnosticado a síndrome *delirium tremens*. De facto, mais de 60 doenças estão associadas com consumo excessivo de bebidas alcoólicas, entre elas destacasse a cirrose hepática e a pancreatite crónica (Centro de Informações sobre Saúde e Álcool (CISA) 2019b, 2019).

Com o aumento do consumo de álcool surgem também o aumento de danos no cérebro. Grandes quantidades de álcool, consumidas de forma rápida e com o estômago vazio, podem produzir um “branco” ou intervalo de tempo no qual o indivíduo alcoolizado não consegue recordar detalhes de acontecimentos ou até mesmo acontecimentos completos. Poderá surgir o síndrome de *Wernicke-korsakoff*, doença que se caracteriza por

²⁵ Violência doméstica art.º 152.º, n.º 1 do Código Penal (Dec. Lei n.º 48/95, de 15 de março, atualizado até à Lei n.º 44/2018, de 09 de agosto) ou da aplicação dos restantes números do referido artigo 152.º.

²⁶ Condução de veículos sob o efeito do álcool ou de outras substâncias psicoativas é proibida (art.º 81.º, n.º 1 do Dec. Lei n.º 114/94, de 03 de maio (Código da Estrada), atualizado até ao Dec. Lei n.º 107/2018, de 29/11)

²⁷ (art.º 292.º, n.º 1 do Código Penal)

²⁸ Anexo 17 - Tratamento prestado nos EP's, aos reclusos com síndrome de abstinência por álcool.

dois síndromes que se diferenciam da seguinte forma: a *Wernicke* é de curta duração, verificando-se confusão mental, paralisia dos nervos que movem os olhos e dificuldade de coordenação motora; no que concerne à *Korsakoff*, evidenciam-se perdas de memória de acontecimentos futuros e de memória retrógrada (CISA, 2019d).

Segundo Centro de Informações sobre Saúde e Álcool (CISA) 2019h (2019)h, numa reunião realizada em julho de 2017, refere que o Conselho de Administração da Associação Americana de Psiquiatria (AAP) aprovou “diretrizes práticas para o tratamento farmacológico de pacientes com transtorno por uso de álcool”. O objetivo destas diretrizes, consiste na melhoria da qualidade de atendimento e dos resultados de tratamento de pacientes com transtorno por uso de álcool. Nelas estão explanados os tratamentos farmacológicos, bem como orientações para avaliação psiquiátrica inicial de um paciente com possível transtorno relacionado com o uso de álcool, tabaco, outras drogas e substâncias, incluindo medicamentos ou suplementos. Também não são descoradas as obrigações legais. Estas são abordadas, principalmente se por algum motivo existir imposição judicial, acordando-se a monitorização e confirmação de abstinência por meio de exames laboratoriais (Centro de Informações sobre Saúde e Álcool (CISA)2019h, 2019).

Com o intuito de se perceber a dimensão da problemática do alcoolismo no nosso país nos diferentes quadrantes, recorreremos aos dados do SICAD (2019)²⁹ o que revelaram que no ano de 2017, estiveram em tratamento no ambulatório, devido ao consumo de álcool, 13 828 utentes; dos 4399 que iniciaram tratamento, 1047 eram readmitidos e 3 352 novos utentes.

No que concerne à criminalidade diretamente relacionada com o consumo de álcool, o ano de 2017 houve 19 848 crimes por condução com TAS igual ou superior a 1,2g/l; em relação à violência doméstica registaram-se 27 291 participações, em que 41% dos casos estavam diretamente relacionados com o consumo de álcool por parte do/a denunciado/a.

Pesquisas concluídas pelo Inquérito Nacional sobre Comportamentos Aditivos em Meio Prisional (INCAMP) referem que no ano de 2014, 28% dos reclusos declararam estar sob o efeito de álcool, quando cometeram o/os crime/s que motivaram a sua reclusão. Entre os crimes cometidos sob o efeito do álcool, destacaram-se o roubo, o furto e as ofensas à integridade física, os crimes de condução, homicídio e violência doméstica, sendo de um modo geral, crimes mais violentos e com penas mais pesadas; por comparação aos cometidos sob o efeito de drogas (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências [SICAD] et al., 2019)]

²⁹ Anexo 18 - Consequências e problemas derivados do consumo de álcool - dados estatísticos retirados da (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências [SICAD]– Sinopse Estatística – Álcool – 2017.

Aquando entrada no Estabelecimento Prisional verifica-se uma diminuição drástica de consumo de bebidas alcoólicas por parte dos indivíduos, porque não estão à sua disposição, ou seja, não são legalmente comercializadas. As bebidas existentes e consumidas pelos reclusos são de fabrico artesanal denominada de “xixa”³⁰. Esta produção é ilegal, logo, caso seja descoberto o produtor, segundo o CEPML, sofrerá uma sanção disciplinar grave - artigo 104, alínea f) “Deter, possuir, introduzir, fabricar, distribuir ou transacionar no estabelecimento prisional (...) bebidas alcoólicas não autorizadas ou organizar essas atividades”.

Em meio livre o consumo de álcool é legal e sempre foi socialmente aceite, principalmente entre o sexo masculino, existindo slogans que incitam ao consumo, tais como: “o álcool aquece, ou o álcool dá força”.

3.2.2. Drogas e a sobrelotação dos estabelecimentos prisionais

Em Portugal o consumo de álcool é assumido como uma questão cultural, ao invés, o consumo de drogas era praticamente desconhecido há cerca de cinquenta anos atrás. O tratamento era realizado no campo muito restrito, dos domínios da psiquiatria e da saúde mental. A reinserção social era irreal. Com o 25 de Abril, o problema ganhou contornos mais científicos e de maior preocupação, devido á evolução do fenómeno. Entre 1996 e 1997 passou a existir uma maior oferta de tratamentos na área da toxicoddependência, tais como, criação de novos Centro de Atendimento de Toxicoddependentes (CAT’ s) no interior do país, abertura de novas unidades onde existiam grandes listas de espera (Niza, 1998).

SICAD (2017), refere que Portugal devido à sua posição geográfica tornou-se num país muito importante na rota do tráfico internacional.

Esta realidade determina heterogeneidades regionais significativas nos consumos, no continente constata-se que o problema da toxicoddependência é mais expressivo no litoral, reportando às cidades do presente estudo, diremos que Aveiro conta com 1 712 utentes em tratamento, Leiria tem 1 315; já no interior centro, em Castelo Branco (que também integra a Covilhã) existem 507 utentes em tratamento³¹. ([SICAD], Direção de Serviços de Monitorização e Informação [DMI], et al., 2019)

Os dados publicados em SICAD (2017) revelam que o consumo de estupefacientes assumiu proporções preocupantes, alude-se que em 2017 estiveram em tratamento 27 150³²

³⁰ “xixa” é feita pelos reclusos, através de fermentação de fruta e açúcar, em engenhosos alambiques que os próprios fabricam.

³¹ Anexo 19 – Distribuição geográfica de utentes em tratamento de substâncias ilícitas – dados retirados SICAD - Direção de Serviços de Monitorização e Informação [DMI], et al., 2019)

³² Anexo 20 – Utes em tratamento relacionados com o uso de drogas e população reclusa por tipo de droga - SICAD – 2017

utentes relacionados com o uso de drogas no ambulatório, dos 3 307 utentes que iniciaram tratamento, 1 769 eram novos utentes e 1 538 utentes readmitidos.

A toxicodependência é definida como o “estado psíquico e físico que resulta do consumo de uma ou mais drogas que se caracteriza por reações comportamentais e outras, que levam sempre à necessidade compulsiva do consumo” (Branco, 2007, p. 71), com o intuito de conseguir efeitos psíquicos, nomeadamente o de anular o mal-estar decorrente da ausência da substância. A toxicodependência, é entendida como um fenómeno multifatorial, que apresenta componentes genéticos, biológicos, comportamentais, psicológicos, familiares, socioculturais e políticos. Considerada uma doença que atinge essencialmente pessoas dotadas de menores recursos pessoais, familiares e sociais de proteção ou aquelas que no percurso de crescimento se confrontam com situações com as quais não souberam lidar de modo diferente daquele que conduziu à droga. É um problema complexo, segregador de estigmas sociais fortes, com complexas origens e que afetam profundamente a sociedade (Branco, 2007). Poder-se-á afirmar que o consumo de drogas está associado a várias doenças infecciosas ou mentais, também estão associados vários riscos, como o abandono escolar precoce, baixa ou inexistente formação profissional ou ainda marginalização familiar e social (Poças et al., 2006).

Tendencialmente o toxicodependente acaba por ter problemas com a Justiça, de acordo com a recolha de dados da SICAD no ano de 2017, registaram-se 1 631 processos-crime, envolvendo 2 136 pessoas; maioritariamente acusadas de tráfico, 88% destes indivíduos foram condenados e 12% absolvidos. Verifica-se um grande aumento de condenações por tráfico, tráfico de menor gravidade, bem como, “criminalidade indiretamente relacionada com o consumo de drogas” (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências [SICAD] et al., 2017,p.93) em alguns casos com o intuito de obter dinheiro para adquirir as substâncias ilícitas, mas também crimes cometidos sob o efeito destas.

“O uso de droga e a criminalidade estão entrelaçadas na trajetória de vida dos indivíduos que constituem a população reclusa. A droga e o delito estão interligados em que um complementa o outro: ora o delito é cometido para a aquisição de drogas, ora a droga é consumida para a prática do delito, numa parceria de transgressão, sugerindo que ambas funcionam para transgredir” (Agra cit. In Silva, 2013, p.31).

Desta forma, as drogas estão associadas à sobrelotação dos estabelecimentos prisionais portugueses, já que, após a explosão do consumo, verificou-se um aumento significativo do número de reclusos e a conseqüente sobrelotação do sistema por crimes associados ao consumo e/ou ao tráfico (Poças et al., 2006; Torres & Gomes, 2002). Aliás, conseqüência comum a quase todos os países desenvolvidos (Torres & Gomes, 2002).

Numa tentativa de diminuir os consumos, alguns estabelecimentos prisionais estão dotados de unidades específicas para tratamento de reclusos toxicodependentes, os quais são colocados em alas ou pavilhões separados da demais população prisional e regularmente sujeitos a teste de despistagem ao consumo de estupefacientes.

Nos casos em que os EPs não dispõem deste tipo de unidade, o tratamento dos reclusos toxicodependentes é feito com o recurso ao CAT mais próximo, já que a DGRSP estabeleceu protocolos para facilitar o acesso a programas de tratamento, com o propósito de iniciarem tratamento ou de o continuarem, caso o tenham iniciado, ainda em meio livre. Mas é imediatamente prestada assistência médica ou medicamentosa³³ a todos os reclusos que entrem no sistema prisional com a síndrome de abstinência por opiáceos.

Certo é que a desvinculação das drogas não se faz por mero encarceramento dos toxicodependentes, mas Pinto (2018) menciona que um forte incentivo ao abandono das drogas, é o facto de se sentirem presos e almejem a liberdade. Tendo estes, consciência que com a ausência de consumo de drogas podem lograr a liberdade condicional³⁴. Contudo, por se tratarem de indivíduos que frequentemente se encontram psicologicamente fragilizados, quanto maior for o controle, a proximidade e o apoio que a este nível for feito, melhores e mais garantidos serão os resultados obtidos no tocante à sua desintoxicação, sendo também aqui essencial o apoio que a nível psicológico recebam dentro do estabelecimento prisional. No entanto os serviços de psicologia não funcionam todos os dias e na maior parte das vezes não conseguem dar resposta às reais necessidades.

Este tipo de população apresenta outro tipo de problemas, são indivíduos que por consequência dos consumos, têm os dentes muito danificados/inutilizados, raízes infetadas ou mesmo ausência de dentes. É de referenciar que os toxicodependentes são os reclusos que mais necessitam de intervenções urgentes na área da estomatologia logo que entram no Estabelecimento Prisional. Refira-se que muitos deles só iniciam e dão continuidade às consultas de estomatologia após detenção, ou por estas serem gratuitas ou porque a ausência de dentes faz a correlação com a toxicodependência. Muitos deles param ou diminuem os consumos, tanto por ausência de estupefacientes no estabelecimento prisional ou porque a oferta é escassa ou ainda porque é vendida mais cara, não sendo acessível a todos; “Eu imaginava que a prisão fosse muito pior. Estou-me a constatar que esta prisão é um caso especial. Primeiro não há droga aqui (...) depois como somos poucas, temos guardas connosco e não há coisas como elas contam de outras prisões, em que entra droga, telemóveis, há mais negócios. Não sei se é assim, mas é o que elas contam, como são prisões maiores...”. (Frois, 2017, p.231).

³³ Anexo 21 – Assistência médica ou medicamentosa em caso de síndrome de abstinência por opiáceos.

³⁴ Liberdade Condicional: saída antecipada ao termo de pena.

De facto, as drogas têm um papel dominante no sistema prisional, tanto relativo aos crimes cometidos como no que respeita a consumos dentro e fora de muros. A relação entre o consumo e a reincidência criminal é muito elevada e delineadora de um ciclo contínuo “consumo- delinquência-reclusão” (Torres & Gomes, 2002).

Capítulo 4 – A literacia em saúde

4.1 A literacia em saúde e em contexto prisional

A OMS define Literacia em Saúde como: “conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade da pessoa para aceder, compreender e utilizar informação por forma a manter uma boa saúde”. (Direção Geral da Saúde, 2019, pag.6)

Em 2016, realizou-se em Portugal, um Inquérito³⁵ sobre Literacia em Saúde que concluiu que era o país com a percentagem mais elevada de pessoas com nível problemático de Literacia em Saúde, comparativamente a outros países que realizaram o mesmo inquérito. No mesmo documento, foram ainda identificados os grupos de pessoas mais vulneráveis no campo de Literacia em Saúde, entre outros, refere-se às pessoas com baixos níveis de escolaridade, com rendimentos até 500 € mensais, com doenças crónicas ou com “má” auto-percepção de saúde. Para reforçar o referenciado há estudos que identificam alguns grupos vulneráveis no campo da Literacia em Saúde, tais como, as minorias étnicas, pessoas com experiência de doenças físicas ou mentais crónicas, ou pessoas de baixos recursos económicos (Kutner et al., 2006). Ora são estas algumas das características mais frequentes da população prisional, nomeadamente as condições socioeconómicas desfavoráveis, desequilíbrios psiquiátricos e doença mental, consumo excessivo de bebidas alcoólicas, consumo de drogas, fatores que estão correlacionados com a falta de aquisição de competências ao nível da formação profissional, trabalho, habitação, ambiente, cultura, educação e saúde.

Nesta linha de pensamento podemos referir a teoria de Gilbert Clavel que menciona que “a ausência de procura de cuidados de saúde parece ser uma característica das populações em situação de pobreza: por inércia, devido à automedicação, pelo medo de ser mal recebido no hospital ou simplesmente por receio de iniciar um procedimento, dada a incapacidade de prever o desfecho, devido a comportamento de sobrevivência que levam a reagir aos acontecimentos imediatos” (Clavel & de Carvalho, 2012, p.90). O mau estado de saúde das pessoas em situação de exclusão, leva a que o autor se interrogue acerca dos obstáculos que surgem no acesso aos cuidados de saúde, das desigualdades perante a saúde, no acesso a médicos e nos direitos à proteção social. Entre outros fatores, refere também

³⁵ Inquérito do Instituto Literacia em Saúde em Portugal, em que outros países também participaram no Health Literacy EU 2014. Referenciado no PLANO DE AÇÃO | LITERACIA EM SAÚDE – PORTUGAL 2019-2020

que os consumos de cuidados de saúde e bens médicos está diretamente relacionado com a posição da pessoa na estrutura social, nomeadamente com a sua origem socioprofissional, os indivíduos sem qualificações escolares e ou profissionais, recorrem muito pouco aos serviços médicos, ao invés, dos indivíduos que detêm maiores rendimentos e grau de instrução, mais facilmente recorrem aos cuidados de saúde inclusive os especializados, tais como cuidados dentários (Clavel & de Carvalho, 2012).

Efetivamente, os indivíduos que entram no sistema prisional são detentores de baixas qualificações escolares fator que condiciona a sua postura perante a mudança. Deve-se referir que a população reclusa é maioritariamente do sexo masculino, facto que também condiciona a procura dos serviços de saúde; e a literatura mostra que indivíduos com baixo nível de literacia em saúde apresentam um estado de saúde mais deficitário e uma menor probabilidade de utilizar métodos preventivos em relação aos seus problemas.

Os dados apresentados pelo RAA da DGRSP, à data de 31 de dezembro de 2018, são elucidativos das baixas qualificações escolares dos reclusos, pois num universo de 10. 258 reclusos do sexo masculino, existiam 6.033 reclusos com habilitações até ao 2.º ciclo, em que 347 homens não sabiam ler nem escrever, muitos dos quais apenas sabem assinar o nome e para alguns nem essa competência foi adquirida. Verifica-se assim que é muitas vezes nas prisões que aprendem a ler e a escrever ou simplesmente a assinar o seu nome³⁶. Face a esta realidade a componente educativa surge em todos os estabelecimentos prisionais, como uma prioridade para colmatar o insucesso escolar dos indivíduos em meio livre e conseqüentemente dota-los de capacidades para processar e compreender informações, para a tomada de decisões nas diferentes áreas da sua vida. Também mereceu acolhimento e defesa pela própria União Europeia ao estabelecer as Regras Prisionais Europeias, em que o principal objetivo é priorizar os jovens e iletrados, adequando os conteúdos programáticos nos estabelecimentos prisionais de acordo com as necessidades dos reclusos, sem desvirtuar o programa emanado pelo ministério da educação com o intuito de permitir ao condenado a continuação dos seus estudos em liberdade.

A DGRSP com o fito de diminuir as baixas qualificações e aumentar a literacia nos mais jovens a 7 de Abril de 1947, criou a prisão-escola de Leiria, a qual se destina ainda atualmente a jovens delinquentes entre os 16 anos e 21 anos, podendo permanecer aqui, até aos 25 anos de idade, o seu principal foco é a educação dos jovens delinquentes, que abarca a componente profissional e educativa, pelo que, são ministrados cursos profissionais, escolaridade do ensino básico, secundário e preparação para frequência universitária (acesso a maiores de 23).

³⁶ Anexo 22- Grau de escolaridade da população reclusa em 2018.

O despacho conjunto entre o Ministério da Justiça e o Ministério da Educação - Despacho-Conjunto n.º 451/9937, veio reforçar, garantir e generalizar o ensino nas prisões.

O Ministério da Educação através das Escolas Associadas responsabiliza-se pela colocação dos professores e organização do processo de ensino aprendizagem dos alunos, em contexto prisional. Cabe às direções dos estabelecimentos prisionais disponibilizar os espaços físicos e materiais para a realização das ações educativas e garantir o seu bom funcionamento.

As atividades escolares em contexto prisional, de acordo com os programas e metodologias definidos pelo Ministério da Educação, são iguais às do ensino em meio livre. A avaliação e certificação dos alunos é da responsabilidade das escolas associadas, não sendo identificada a situação de reclusão, na certificação dos alunos/reclusos evitando-se assim qualquer estigmatização.

Segundo Pinto (2018), os reclusos, têm interesse em aprender a ler e a escrever desde que compreendam a sua utilidade e constatem que é uma mais-valia para a sua vida pessoal, permitindo-lhes a resolução de problemas do dia-a-dia.

Ora a reclusão, significa sempre um momento de maior isolamento e algum desenraizamento do meio de origem. Propiciando condições singulares para que, o recluso se predisponha a adquirir conhecimentos ao nível da formação escolar, profissional e outras capacidades pessoais, passando a ter objetivos e preocupações que, em liberdade, são muitas vezes desconsideradas. Assim sendo a Direção-Geral da Saúde encontra no sistema prisional condições favoráveis para implementar o Plano de Ação/Literacia em Saúde – Portugal 2019-2021, que tem diferentes objetivos, nomeadamente elaborar o plano para a gestão da doença crónica e promoção do bem-estar, bem como, plano para a avaliação e promoção do conhecimento da Literacia em Saúde.

Neste âmbito, os diretores dos EP's, dispõem de autonomia para estabelecer protocolos quer seja com organismos públicos, quer com empresas, instituições, associações de voluntários, nas mais diferentes áreas, no que diz respeito à dinamização da formação profissional, trabalho, desporto e saúde. A própria DGRSP também estabelece protocolos com o Centro Protocolar do Ministério da Justiça (CPJ), com o Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP), dinamizando a área formativa. Estas formações são importantíssimas para incrementar competências intelectuais e formativas em indivíduos que não têm hábitos de trabalho, têm baixas habilitações literárias, muitas das vezes não têm profissões definidas em meio livre e também não desenvolveram atividade laboral regular.

Nesta senda, torna-se importante desenvolver, mesmo que seja em contexto prisional, capacidades de compreensão e raciocínio essenciais para uma maior autonomia

nas decisões a tomar no seu percurso de vida e eventualmente na área da saúde. Nesta senda, defende-se a importância de aumentar a literacia em saúde entre os indivíduos que cumprem uma pena privativa de liberdade, no sentido de assegurar o sucesso dos programas em funcionamento e melhorar a adaptação à situação de reclusão.

Segundo Clave (2012), o contexto prisional reúne condições para se melhorar a alfabetização em saúde e competências sociais, favorecendo a adesão ao tratamento, contribuindo para a redução de riscos minimização de danos, bem como, diminuição da reincidência criminal. Propiciando o desenvolvimento de competências e responsabilização dos indivíduos pelo seu estado de saúde.

Parte II – Das orientações metodológicas à recolha e análise dos dados empíricos

Capítulo 1 - Objetivos de investigação e modelo de análise

1.1. Objetivos

A presente investigação de carácter exploratório considera-se pertinente por procurar ser um contributo para a sociologia, na área da saúde e da reclusão, e ainda para os profissionais que trabalham direta ou indiretamente, na área da saúde nos estabelecimentos prisionais. No decurso da investigação e no recurso à bibliografia constatamos que não existem trabalhos que correlacionem as duas áreas.

Já antes se aludiu ao posicionamento de insider da investigadora. De facto, esta condição foi essencial, para ter conhecimento e discernimento na problematização e orientação do trabalho e acesso a bibliografia, dados estatísticos importantes para suportar o conhecimento praticamente empírico, no que a esta matéria diz respeito.

Relembrem-se, neste ponto o objetivo geral e os objetivos específicos da presente investigação, de modo a contextualizar as opções metodológicas feitas. A presente investigação tem como objetivo geral: analisar as perceções de saúde, as avaliações sobre o acesso à saúde e sobre a prestação de cuidados de saúde de reclusos, procurando estabelecer uma análise comparativa entre a situação em meio prisional e em meio livre.

Relativamente aos objetivos específicos deste trabalho pretende-se:

- ✓ Clarificar o que é percebido como relevante na área da saúde, enquanto cidadão livre e depois enquanto recluso;

- ✓ Compreender como interpretam os percursos de acesso à saúde e o tipo de tratamento, em meio livre e em meio prisional.
- ✓ Compreender em que medida a sua situação de fragilidade e/ou vulnerabilidade influencia a necessidade de procurar os serviços de saúde.
- ✓ Compreender em que medida o género masculino influencia os comportamentos de saúde e a procura de cuidados de saúde.

1.2. Opções metodológicas

1.2.1. Metodologia qualitativa

O método, segundo Augusto (2014), é a escolha de procedimentos sistemáticos para a descrição e explicação de fenómenos, ou seja: “Método é o conjunto das atividades sistemáticas e racionais que, com maior segurança e economia, permite alcançar o objetivo - conhecimentos válidos e verdadeiros, traçando o caminho a ser seguido, detetando erros e auxiliando as decisões do cientista.” (Marconi & Lakatos, 2003, p. 83)

Daí a importância das metodologias e a utilização dos métodos apropriados para o tipo de investigação que se pretende fazer. Face ao exposto, o investigador social deve seleccionar os métodos e técnicas a utilizar com base no seu problema (objeto de estudo), tendo sempre em consideração a natureza do fenómeno, as características do objeto e os objetivos traçados no início da pesquisa, bem como o tipo de respostas que espera fornecer (Augusto, 2014).

Tendo em conta que a presente investigação se foca na perspectiva do sujeito, mais precisamente na compreensão dos modos como os reclusos percebem a sua saúde e avaliam acesso e cuidados de saúde, a partir do seu próprio ponto de vista, um objeto de estudo tipicamente qualitativo, optou-se pela metodologia qualitativa.

Ainda se justifica a opção por uma metodologia qualitativa pelo facto da presente investigação ter como sujeitos um tipo de população que pela sua situação de reclusão entra em descrédito, o que leva a que a sua opinião seja frequentemente posta em causa nas poucas ocasiões em que esta é pedida. Assim sendo, a utilização desta metodologia pretende também dar voz a este grupo socialmente excluído. É-lhes, assim, concedido espaço e vez para que expliquem a importância que davam à sua saúde em liberdade e a que dão durante a reclusão; como interpretam os percursos de acesso à saúde em meio livre e em meio prisional; em que medida consideram que recebem o mesmo tipo de tratamento em ambas as situações.

Na perspectiva de Martins (2004), os métodos qualitativos permitem a proximidade entre o investigador e investigado, facultando a recolha de informação mais completa. Também se realça a flexibilidade desta metodologia, pois possibilita a utilização de diversas técnicas na recolha de dados.

Com base no exposto, passa-se a definir as técnicas de recolha de dados, sendo esta uma das fases importantes da investigação, pois mediante o problema, o objeto e público alvo, assim se deverá definir o tipo de técnica a utilizar, uma vez que existem variadíssimas técnicas.

O presente trabalho utiliza o *Focus Group*, pelo que se considera pertinente descrever esta técnica.

1.2.2. Técnica: o *Focus Group*

Segundo Kitzinger (1995), o *Focus Group* é uma forma de entrevista de grupo onde:

“(...) em vez de o pesquisador pedir a cada pessoa para responder a uma pergunta, por sua vez, as pessoas são encorajadas a falar um com o outro: fazer perguntas, trocar anedotas e comentários sobre experiências e pontos de vista de cada um. O método é particularmente útil para explorar o conhecimento e as experiências das pessoas e pode ser usado para examinar não só o que as pessoas pensam, mas como eles pensam e por que eles pensam dessa forma.” (Kitzinger, 1995, p. 299).

Constata-se que funciona como desbloqueador entre indivíduos com a mesma problemática desinibindo-os.

Na perspetiva de Acocella (2012), o *Focus Group* ocorre na presença de um moderador e um observador. Ao primeiro cabe a função de liderar o *focus group* e recolher informações, enquanto que ao observador cabe observar comportamentos não-verbais. Ainda segundo a mesma autora há que considerar como principais características: uma discussão estruturada que pressupõe a partilha progressiva e a clarificação dos pontos de vista e ideias dos participantes; utiliza-se para determinar as preferências e opiniões de um grupo sobre determinada questão ou ideia, fazendo parte de um conjunto de métodos de discussão baseados em grupos; Para ser operacional, deve formar-se um grupo homogéneo de participantes, constituídos por 6 a 12 elementos, que se reúnem aproximadamente durante uma hora e meia a duas horas, moderadas por um investigador ou técnico para debater um conjunto de tópicos previamente consolidados.

Ainda segundo o mesmo autor, a técnica *focus group* é composta por várias etapas importantes, que se elencam da seguinte forma:

- ✓ seleção dos participantes consoante o objetivo da discussão;
- ✓ Seleção e formação dos moderadores que devem ter competências de moderação e comunicação para estimular a interação entre os elementos; definir tópicos a abordar entre os participantes.

No decorrer da discussão é lançado um tema de forma aberta, dando a possibilidade a cada participante de manifestar a sua opinião, existindo a necessidade de o moderador ser

perspicaz e assertivo na dinamização desta etapa. Por fim, a análise e relatório dos resultados.

Existem recomendações a ter em conta na utilização do *Focus Group*. A elaboração dos grupos requer um trabalho prévio e muito apurado, o espaço físico deve ser agradável, com boa luminosidade, mesa redonda ou em “U”, permitindo que todos se vejam, o moderador apresenta uma função nevrálgica na aplicação deste método, pelo que, deve ser selecionado pelas competências de comunicação. Neste caso, o moderador deve utilizar um guião³⁸ com temas e questões que devem ser abordados durante algum tempo na discussão, contudo não devem ser muito estruturadas ou apontarem respostas.

De referir que, normalmente, as sessões do *Focus Group* são gravadas, para se poder proceder à transcrição sem que falhe o mínimo dos pormenores.

1.2.1.1.Vantagens

Existem várias vantagens na utilização da técnica do *focus group*. Segundo Silva et al (2014), permite obter dados referentes a um grupo de forma mais rápida e com menos custos.

“Algumas potenciais vantagens de amostragem com o *focus group*: Não discrimina as pessoas que não sabem ler ou escrever; pode incentivar a participação daqueles que estão relutantes em ser entrevistados por conta própria (como aqueles intimidados pela formalidade e isolamento da entrevista de um para um); pode incentivar as contribuições de pessoas que sentem que não têm nada a dizer ou que são considerados ‘os pacientes que não respondem’ (mas se envolvem na discussão gerada por outros membros do grupo)”. (Kitzinger, 1995, p. 300).

Para Wilkinson & Silverman (2004), o mais importante no *focus group* é o facto de ser mais "naturalista" do que as entrevistas, uma vez que normalmente incluem uma série de processos comunicativos - como contar histórias, brincar, argumentar, vangloriar, provocar, persuadir, desafiar e desacordar.

O facto de o *focus group*, “(...) permitir um debate livre entre os participantes oferece aos investigadores uma excelente oportunidade para ouvir a linguagem e o vernáculo utilizado pelos entrevistados particularmente os entrevistados que podem ser muito diferentes de si mesmo’.” (Bers cit por Wilkinson & Silverman, 2004, p.181).

Esta técnica é ainda utilizada para: “Orientar-se num terreno desconhecido; gerar hipóteses baseadas nas intuições dos informantes; avaliar diferentes zonas de investigação ou estudar populações; elaborar diferentes esquemas de entrevista e questionário; obter as

³⁸ Apêndice n.º 3 – Guião do *Focus Group*

interpretações dos participantes em relação aos resultados de estudos anteriores.” (Morgan cit por Flick, 2005, p.122).

1.2.1.2. Desvantagens

No que concerne às desvantagens do *focus group*, e segundo Acocella (2012), é uma técnica em que a informação não é compartilhada pelos participantes da mesma forma. Todavia, e segundo a mesma autora, a informação não compartilhada por todos os participantes também pode ser útil para os objetivos. “A fragilidade do *focus group*, à semelhança da sua força, está relacionada com o processo de interações focadas, levantando questões acerca do papel do moderador na geração dos dados e do impacto do próprio grupo nos dados.” (Morgan cit por Soares Silva et al., 2014, p.179).

Na perspectiva de Soares Silva et al., (2014) outra fraqueza desta técnica é o leque de tópicos que pode ser investigado em grupos. Morgan citado por Soares Silva et al., (2014), refere que alguns tópicos não são aceitáveis entre algumas categorias de participantes, sobretudo se disserem respeito a temas sensíveis.

Na ótica de Acocella (2012) existem alguns riscos aquando a utilização do *focus group*, nomeadamente “(...) a dinâmica que emerge entre os membros do grupo quando eles são convidados a partilhar um conjunto de informações que é possuída apenas individualmente.” (Acocella, 2012, p.1131).

De referir ainda que a velocidade da interação entre os membros do grupo, durante a conversa, pode ser prejudicial. Por fim, outra desvantagem é o registo de dados, “(...) de maneira a permitir a identificação dos participantes individuais e a diferenciação das afirmações feitas por vários deles em simultâneo.” (Flick, 2005 p. 124).

A presente investigação utiliza a técnica de *focus group*, pois esta permite juntar um determinado grupo de indivíduos em situação análoga e que têm condições para partilhar as suas experiências enquanto cidadãos livres e reclusos, obtendo dados de uma forma mais rápida, e com baixos custos.

Esta técnica foi eleita porque no sistema prisional existe um grande número de pessoas analfabetas ou iletrados funcionais, que pela sua idade e percurso de vida, têm vergonha admitir esta lacuna e que se sentiriam constrangidos numa situação de entrevista individual, por exemplo. Ora, esta técnica permite que todos os reclusos selecionados possam participar sem qualquer tipo de receio ou constrangimento, esperando que da interação entre eles se gere uma dinâmica de participação.

Do ponto de vista da investigadora, esta técnica é muito acessível e confortável de se utilizar, dada a facilidade de relacionamento e as possibilidades de acesso aos entrevistados, pois já trabalha há 20 anos no sistema prisional e sempre diretamente com a população reclusa.

A duração média dos *focus group* foi de uma hora e meia, tendo sido realizados nos respetivos estabelecimentos prisionais, em salas bem iluminadas e previamente organizadas em “U” e moderados pelo investigador ou moderador e pelo observador. Ao primeiro coube a função de liderar o *focus group* e recolher informações, enquanto que ao observador cabe observar comportamentos não-verbais. Nunca foi revelada a minha condição profissional (expecto aos diretores, porque nos conhecemos profissionalmente), apresentando-me sempre como investigadora, mas o EP da Covilhã (onde desempenhava a função de diretora) foi o último *focus group* a ser realizado, aqui o observador dos outros *focus group* passou a liderar, solicitando-se a colaboração de uma mestranda que tinha prática na utilização desta técnica para desempenhar o papel de observadora. Mais se refere que nestes EP nunca estive presente aquando a realização do *focus group*.

Por fim, é de referir que foi claramente esclarecido o carácter voluntário da participação dos reclusos no estudo. Foi-lhes perguntado se pretendiam participar na investigação, tendo sido informados sobre os objetivos do estudo, as regras de participação, nomeadamente o anonimato dos dados e das pessoas, e o tempo estimado de duração.

Foi ainda dito que podiam aceitar não participar ou desistir a qualquer momento, sem que daí advenha qualquer consequência para o recluso ou sem que este tenha de justificar porque não quer participar ou porque pretende desistir da sua participação.

Após a clarificação destes aspetos e da aceitação na participação, foi solicitada a assinatura de autorização de consentimento informado³⁹.

1.3. Critérios de seleção e caracterização dos estabelecimentos prisionais

Foram selecionados quatro (4) Estabelecimentos Prisionais, em que dois estão sediados no interior centro de Portugal e os outros dois no litoral centro de Portugal. Todos eles são classificados da mesma forma: Estabelecimentos Prisionais de segurança média e grau de complexidade de gestão médio, albergando população reclusa do sexo masculino.

A localização dos EP's afigurava-se de extrema importância, porque de acordo com SICAD (2018) a distribuição geográfica de utentes em tratamento de álcool e substâncias ilícitas é disforme, no litoral do país sobressai as substâncias ilícitas, já no interior ressalta a ingestão imoderada de bebidas alcoólicas. O tipo de comportamento aditivo, reflete-se nos problemas associados aos crimes praticados, bem como, no índice de criminalidade, que é mais expressivo no litoral do que no interior. Refira-se que o problema de base, alcoolismo e ou toxicod dependência e ainda doenças mentais, remete para perspetivas muito diferentes sobre os cuidados de saúde a serem prestados, recebidos e esperados. São questões de saúde

³⁹ Anexo 23 - Modelo do consentimento informado

muito distintas, que provocam doenças completamente diferentes no indivíduo, pelo que requerem especialidades médicas e tratamentos adequados.

Regressando aos EP's, procede-se à caracterização genérica dos estabelecimentos prisionais, estudados.

1.3.1. Estabelecimento Prisional de Castelo Branco

Em 2000, a lotação do estabelecimento prisional sofreu uma revisão, passando a acolher 168 reclusos, até à data não se conhece sobrelotação no EP. As condições de alojamento podem considerar-se, na sua generalidade, boas.

No que concerne às habilitações literárias, é de referir que existe uma taxa de analfabetismo elevada. O estabelecimento conta com espaço próprio denominado de escola, em que se leciona desde o primeiro ciclo ao secundário. Na área da saúde existem dois gabinetes médicos, um é de atendimento do clínico Geral, alternando com o atendimento de psiquiatria, e um outro, totalmente equipado, destinado à realização de consultas de estomatologia. O EP presta apoio a outros estabelecimentos prisionais – Covilhã, Guarda, Viseu, na área da psiquiatria e estomatologia. Mas é relevante mencionar que ambas as especialidades estiveram sem funcionar entre o ano de 2000 a 2007, por falta de especialistas. Os reclusos do EP de Castelo Branco ainda beneficiam de consultas de psicologia. Caso exista uma emergência no período que o médico não se encontra no EP, há articulação com o Hospital Amato Lusitano. Quanto às adições, conta com o apoio do CAT de Castelo Branco, prestando também apoio psicológico. O EP conta com um protocolo com a Escola Superior de Enfermagem de Castelo Branco, para a realização de atividades formativas na área da saúde, bem como com o apoio de outras entidades externas, tendo para o efeito um espaço próprio.

1.3.2. Estabelecimento Prisional da Covilhã

O estabelecimento prisional é composto por dois edifícios que distam 5 Km entre si, com lotação total de 105 reclusos. O edifício principal, que se localiza na cidade da Covilhã, tem capacidade para 85 reclusos, e o segundo denominado Quinta de São Miguel, em bom rigor, é uma quinta de 4 hectares, onde são desenvolvidas atividades agro-pecuárias e formação na área da agricultura prestada pelo CPJ, com lotação para 20 reclusos que beneficiem de regime aberto⁴⁰. As condições de alojamento podem ser consideradas razoáveis. Os sanitários (sistema de sanita turca), foram introduzidos nos espaços de alojamento em 1998, vindo a substituir o sistema de balde higiénico.

⁴⁰ Regime Aberto no Interior (RAI) – Concedido pelo Diretor do EP, após cumprimento de ¼ da pena a reclusos que tenham mérito a nível comportamental e laboral para beneficiar de maior mobilidade entre diferentes espaços do EP. Não têm uma vigilância tão mitigada, quanto os restantes reclusos do regime comum.

É de referir que a população reclusa, grosso modo, tem formação escolar ao nível do ensino básico. O estabelecimento conta com espaço próprio denominado de escola, em que se leciona desde o primeiro ciclo ao secundário.

Existe um gabinete médico e de enfermagem, estruturados em dois espaços contíguos, este espaço foi remodelado, pelo que o estado de conservação é bom e o material é novo. Tem ao seu serviço um clínico geral e uma psicóloga que trabalha em regime de avença. Ainda no mesmo regime de avença, tem três enfermeiras que distribuem a carga horária semanal entre si. Sempre que existe uma urgência deslocam-se ao hospital, sediado perto do EP. No interior do EP, dispõe do apoio e acompanhamento do CAT na área da toxicoddependência, bem como consultas de alcoologia a nível médico ou medicamentoso. Existe boa articulação com a unidade de saúde para a realização de atividades formativas, conta ainda com o apoio de outras entidades externas, tais como a Cruz Vermelha.

1.3.3. Estabelecimento Prisional das Caldas da Rainha

A lotação do estabelecimento prisional é de 104 reclusos, contudo estão afetos 169 reclusos, encontrando-se em sobrelotação (bem mais de 150%). Os crimes cometidos são maioritariamente associados a estupefacientes.

Tem boas condições de alojamento. Quer as celas quer as camaratas têm instalados sanitários e lavabos, proporcionando boas condições higiénicas, tendo sido erradicado em 1998, o balde higiénico.

A população reclusa, maioritariamente, tem formação escolar superior ao primeiro ciclo e ensino básico. A grande debilidade do EP é não existir um espaço próprio para lecionar as aulas escolares, de formação profissional e culto, todas elas são realizadas no parlatório, em horários distintos uns de outros. Em 1998 foi criada uma sala para o curso de informática.

Existe um pequeno gabinete médico, que desde 1998 não registou obras de melhoramento, ou compra de equipamento médico. Tem ao seu serviço um clínico geral, um infeciologista e um especialista em doenças pulmonares e respiratórias, que trabalham em regime de avença. A área da psiquiatria e alcoologia encontram-se asseguradas pelo Centro de Saúde das Caldas da Rainha, com base em protocolo estabelecido entre as duas instituições. No que concerne à toxicoddependência, contam com o apoio do projeto (OPTAR), foi criado um espaço na zona prisional para reuniões do programa.

1.3.4. Estabelecimento Prisional de Aveiro

A lotação do estabelecimento prisional é de 88 camas, contudo estão afetos 157 reclusos, encontrando-se em sobrelotação (bem mais de 178%). Os crimes cometidos são

maioritariamente associados a estupefacientes. As condições de alojamento são deficitárias, pela falta de espaço nas camaratas.

A população reclusa, maioritariamente, tem o primeiro ciclo e ensino básico. No EP não existe um espaço próprio para a escola, para as aulas escolares e de formação profissional.

As condições médico-sanitárias podem considerar-se boas. Tem ao seu serviço dois clínicos gerais e uma psicóloga em regime de avença. Quem prepara e administra a medicação é um guarda prisional que está afeto aos serviços clínicos.

Os problemas de toxicodependência e psiquiatria são orientados pelo CAT de Aveiro.

1.4. Critérios de seleção e caracterização dos participantes

Tendo em consideração o carácter voluntário dos participantes solicitou-se 8 a 12 elementos em cada EP; nas Caldas da Rainha e Aveiro os participantes mantiveram-se até ao fim do *focus group*, em Castelo Branco um recluso desistiu, assim que soube os objetivos do trabalho, postura adotada pelos reclusos da Covilhã, contudo numa percentagem maior, ou seja, metade dos participantes desistiram. Foi solicitado às direções dos EP's, indivíduos com acompanhamento médico devido às adições ou problemas psiquiátricos, em meio prisional, mas que estivessem equilibrados para poder participar no *focus group*, uma vez que são fatores que condicionam as perceções que têm sobre a sua saúde e o tipo de tratamento de saúde que recebem em meio livre e/ou em meio prisional. Neste estudo participaram 37 reclusos,⁴¹ 11 reclusos em Castelo Branco, 6 na Covilhã, 12 nas Caldas da Rainha e 8 em Aveiro. A faixa etária, nunca foi mencionado como critério de seleção, contudo esta varia entre os 20 e os 60 anos, verificando-se maior prevalência de indivíduos na faixa etária dos 30 anos (15 reclusos). Constatou-se que 18 reclusos tomavam medicação e 19 reclusos à data da entrevista não tinham medicação. Regista-se 21 reclusos com reincidência no sistema prisional. À exceção de 1 recluso, todos eles aumentaram as suas habilitações literárias, ou seja, num universo de 37 reclusos, 36 aproveitaram o período de recluso para investir na sua formação escolar. Retomando a localização dos EP's verifica-se que nos reclusos de Aveiro e Caldas da Rainha (litoral) predomina o crime por tráfico, enquanto que em Castelo Branco e Covilhã não existe uma prevalência criminal.

A colaboração dos participantes foi homogenia, contudo no EP de Aveiro o “recluso E” liderou o grupo, acentuando a sua intervenção nos cuidados prestados na área da estomatologia, já no EP da Covilhã o “recluso G” também se evidenciou, mas fazendo menção ao seu problema de toxicodependência. Constatou-se que os indivíduos do estudo colaboravam respondendo às questões sobre o meio prisional, já quanto ao meio livre, de forma reiterada, foi necessário solicitar a sua opinião.

⁴¹ Apêndice n.º 1 – Tabela de caracterização da população reclusa entrevistada

1.5 Modelo de análise

A construção das dimensões de análise resultou de dimensões que emergiram do corpo teórico e outras surgiram do corpo do texto do *focus group*.

Capítulo 2 - Análise e interpretação dos dados

2.1. Perceções de saúde

2.1.1. Saúde em meio livre/saúde em meio prisional

Segundo Carapinheiro (1986) a construção social da saúde e da doença, permite traçar o quadro da realidade social das doenças e os contextos histórico-sociais fazendo mesmo menção de que as doenças tipificam cada sociedade em dado momento, no que concerne à construção social do estatuto do doente, refere que a identidade social do doente tem por base a sua relação com a doença, a percepção, a representação e as experiências subjetivas e objetivas da doença. Neste contexto poder-se-á referir que a noção de saúde é difícil de operacionalizar, porque cada indivíduo vivencia fases diferentes no percurso da sua vida, pelo que percebe e avalia o seu estado de saúde consoante as suas vivências, tal como nos reportam os seguintes reclusos.

“O meu estado de saúde está bom, mas tenho uma doença de uma pessoa que tem alguns hábitos” (Recluso D – EP Aveiro);

“Levar sempre uma situação, uma reta, nos últimos 10 anos não saber o que é um hospital, não saber o que é uma medicação e estar bem, acho que isso é ter uma boa saúde.” (Recluso E – EP Caldas da Rainha).

“Eu tou bem ... o meu problema é só, pronto vou dizer... tenho Hepatite” (Recluso A – EP Castelo Branco).

Ainda neste contexto, há reclusos que têm uma avaliação negativa da sua saúde, devido a condições de saúde anteriores à reclusão.

“Hamm... A medicação é muito forte, tem muitos efeitos secundários, eu já tomo há muito tempo e estão-me a aparecer vários efeitos secundários... hamm... entre eles a capacidade de raciocinar, parece que o meu cérebro está cada vez mais adormecido... hamm... a memória... hamm... fisicamente sinto-me sempre com sono...hamm... não tenho vontade de me mexer... hamm... os médicos dizem que eu tenho de tomar essa medicação obrigatoriamente e eu não posso recusar.” (Recluso F – EP Caldas da Rainha).

“Eu, saúde, praticamente não tenho nenhuma, é os dentes, acido úrico, parti a bacia em três lados e nas mudanças de tempo tenho muitas dores, tenho aqui uma platina, (apontava para a zona da bacia). (...) Apanhei este medo porque quando eu tinha 8 anos foram à escola fazer um rastreio às crianças, como não havia dinheiro, mandaram-me a um curioso do

SNS. Arrancava o dente, mas antes amarravam-nos a uma cadeira em mármore, redondas, com umas braçadeiras de borracha. Derivado a isso é muito difícil ir ao dentista” (Recluso E – EP Caldas da Rainha).

Neste último depoimento, além de sinalizar diferentes problemas de saúde, reforça o problema que tem de estomatologia, e o motivo por que mantém este problema de saúde, ou seja, a falta de poder económico para pagar consultas particulares quando era criança determinou que tivesse de recorrer ao SNS, vivências muito negativas que presentemente ainda recorda ao pormenor, pelo que deixou de frequentar os serviços de estomatologia.

Quando discorrem sobre o seu estado de saúde, muitos dos entrevistados, reportam-se à ausência de doença, sendo que esta é entendida como ter boa saúde. Ou seja, existe uma noção dicotómica entre saúde e doença, em que a ausência de uma implica a existência da outra tal como protagoniza o modelo biomédico, que “define a doença em termos objetivos e acredita que um corpo pode voltar a ser saudável, submetendo-se a um tratamento médico de base científica” Giddens, 2004, p.145), preconizando uma separação entre o corpo e a mente, o que impede uma visão holística da pessoa.

“Não ter doenças (...)” (Recluso I - EP Covilhã),

“Eu por mim falo, tenho uma boa saúde já há uns bons anos que não vou ao Hospital ou de não tomar medicação nenhuma, acho que por aí se vê, pelo menos, se tenho boa saúde... acho que não tomar medicação ou não ir ao Hospital, não estarmos a falar de uma dor de cabeça ou uma febre ou uma constipação.” (Recluso E – EP Caldas da Rainha).

“A minha saúde é de ferro! Nem uma constipação eu apanho (Recluso D – EP C Branco).

“O meu estado de saúde é bom...levanto-me todos os dias ... não tenho doenças... sinto-me impecável” (Recluso F – EP C Branco).

Constata-se que a autoavaliação positiva do estado de saúde dos participantes reporta-se essencialmente à dimensão física, mantendo-se a clara dicotomia entre saúde e doença, já que ter saúde é não estar doente, ou não ter de ir ao hospital ou tomar medicamentos. A este propósito, refere-se que a saúde é um fator fundamental da vida humana, fulcral para proporcionar ao sujeito um estado de bem-estar, que lhe garanta um desempenho e equilíbrio satisfatório em diversos campos, ou seja, o psicológico, o físico e o social (Nunes, R., & Rego, 2002).

Todavia, outros reclusos revelam que na sua maioria, em meio livre, não priorizam o seu estado de saúde, relegando-o para segundo plano, pois existem outros afazeres que requerem o seu tempo, em suma, não há reconhecimento da necessidade da procura de ajuda profissional.

“(...) porque lá fora ando distraído com o trabalho, com a mulher, os filhos, com o dia a dia, ...Por exemplo lá fora há muito tempo que não fazia análises (...)” (Recluso E – EP Aveiro).

“Lá fora era muito raro ir ao médico, não ia porque fisicamente não sentia grande necessidade. (Recluso H – EP Aveiro)”.

“Lá fora eu era um gajo muito ocupado... em vários aspetos (risos)” (Recluso G – EP Castelo Branco).

Há reclusos que autoavaliam o seu estado de saúde em meio livre de forma positiva: “A minha acho que está boa! Nunca fui para o Hospital por nada, fui só por causa deste braço, foi um acidente, mas doente, doente, nunca fui ao Hospital por causa disso!” (recluso G – EP Caldas da Rainha);

Este tipo de comportamento face à doença, controle do seu corpo, interpretação de sintomas e a sua ação, espelham-se nas duas perspetivas do conceito de doença referenciado por Radley, (1994), a *illness* – a vivência da doença pelo doente e suas percepções; e *sickness* – a doença vista quanto ao estatuto social da pessoa atingida.

Ficou também expressa a ideia de que o meio prisional contribuiu para o restabelecimento da saúde, dos laços familiares e para a formulação de projetos de vida de alguns reclusos.

“(...) sinto que em meio livre era um desatino constante à procura de droga, não ligava à família, trabalho ou quer que seja, no fundo era um morto vivo. Agora sinto-me rejuvenescido, em que percebo que não quero mais aquele caminho que me afastou de tudo. Presentemente, tenho vontade de construir a minha vida procurando trabalho, uma companheira e socialmente sentir-me integrado. No fundo, sentir que vivo e sinto como todos os outros. Após estes anos de prisão olho para o espelho e penso que não sou o mesmo, bem como as pessoas que se cruzam comigo quando vou de precárias dizem que não pareço o mesmo, isso dá-me muito força para continuar a acreditar em mim” (recluso G – EP Covilhã).

Está implícito um sentido de bem-estar mental alcançado em meio prisional, um reequilíbrio que só parece ter sido possível devido à rutura forçada com o modo de vida anterior, em muitos casos marcado pelo consumo de droga. Neste caso, a transição do meio livre para o meio prisional assumiu-se como positiva, em termos de bem-estar emocional e psicológico, levando o recluso a ver na reclusão uma oportunidade de transformação e até de reinserção social, de concretização de projetos, como ter uma companheira e ser ativo profissionalmente, sugerindo que essa possibilidade de antecipar um futuro e de construir projetos atenuou as consequências negativas da privação da liberdade.

Estes resultados estão em conformidade com as assunções avançadas por Paúl & Fonseca (2001) de que o “comportamento de doença é uma resposta aprendida socialmente e as pessoas respondem aos sintomas de acordo com as suas próprias definições da situação. Essas definições são influenciadas pelas interações com os outros, através da socialização e experiências vividas em determinado contexto sociocultural.” De acordo com o exposto,

registou-se que um dos reclusos atribui grande importância ao papel da família na gestão da doença.

“(...) eu tenho uma dieta específica, porque tenho glicémia alta, e colesterol elevado (...) Lá fora andava controlado, tinha a minha médica de família, todos os meses ia à consulta, tinha a minha família ao pé de mim, qualquer problema ‘tava logo o pedido...” (Recluso I- EP Covilhã).

A família estava envolvida no seu processo terapêutico e representava uma importante fonte de suporte, emergindo o modelo biopsicossocial, que dá a relevância necessária aos aspetos biológicos, mas abarca também aspetos sociais e psicológicos, passando a existir um equilíbrio entre todas as dimensões para conceber a saúde do ser humano e apoiar nas tomadas de decisão no que concerne ao processo terapêutico. Remete ainda para o facto de o apoio social ser considerado um importante determinante em saúde (Wilkinson et al., 1998), neste caso no que concerne ao desenvolvimento do processo terapêutico.

Analisando os excertos dos participantes, é notório que convivem as duas perspetivas o modelo biomédico e o modelo biopsicossocial, constatando-se que ambas as teorias são abordadas de igual forma.

No que concerne às perceções de saúde, e de acordo com alguns depoimentos, tendem a estruturar-se em torno de dois domínios, o físico e o psicológico, ambos entendidos como componentes de bem-estar e qualidade de vida e, nalguns casos, como estando intimamente relacionados. Assim as perceções de saúde dirigem-se mais para o modelo biopsicossocial que, segundo Silva et al., (2011), contempla diferentes fatores que influenciam na doença, tais como, biológicos, psicológicos, sociais, do que propriamente para o modelo biomédico, que remete para uma visão dicotómica entre saúde e doença.

“Ter saúde é sentir-me bem comigo mesmo, sem ter nenhum problema físico e psicológico, principalmente físico, a parte psicológica também é muito importante para a parte física.” (Recluso A - EP Aveiro)

“Sim... se a mente não estiver bem o físico não conta”. (Recluso G - EP C. Branco)

“Acho que se nós andarmos bem psicologicamente, fisicamente também andamos.” (Recluso B - EP Aveiro)

“O físico dói mais, mas o psicológico...” (Recluso E – EP Aveiro)

Neste contexto as perceções dos reclusos parecem remeter para as dimensões presentes na definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), que preconiza que a saúde não é só apenas a ausência de doença, mas a situação de completo bem-estar físico, mental e social (WHOQOL GROUP, 1994). Pese embora a noção de saúde emitida pela OMS tenha críticas, pelo facto de remeter para a ideia de uma perfeição inatingível e de difícil operacionalização, sendo que a mesma parece ainda ter mais falhas quando a mobilizamos

para o contexto de reclusão e de vulnerabilidade à exclusão social, onde a ideia de completo bem-estar, a todos os níveis, é ainda mais inviável.

No que concerne à mudança do meio livre para o meio prisional, ou seja, ao confinamento dos indivíduos e a sua adaptação, existem reclusos que mencionam dificuldades em gerir a sua atitude, perante a mudança e o desconhecido, porque têm consciência que as prisões não são lugares saudáveis, tal como já o afirmou a OMS (2014).

“Nós somos obrigados... entre aspas... a lidar com situações do dia a dia que nos podem comprometer... somos obrigados a isso... só que... nós também temos que ter certos cuidados... estou preso há sete anos e em sete anos não apanhei uma constipação... já tive em celas com tuberculose e não apanhei tuberculose... já passei por muitas coisas... porque eu tenho os meus cuidados...as prisões não são locais cem por cento seguros...” (recluso D – EP C. Branco);

“O contacto com muita gente na mesma cela... onze indivíduos na mesma cela a tossir... por exemplo, agora anda tudo constipado ou engripados... não sei bem.” (Recluso G – EP C. Branco).

“E da higiene... eu acho que aqui a higiene também tem muito a ver.” (recluso F – EP Castelo Branco)

Há indivíduos que em momentos de reflexão, introspeção e solidão, que são propiciados pelo ambiente prisional, passam a priorizar, valorizar e a preocupar-se com o seu estado de saúde, sendo o fator tempo uma determinante muito importante para pensarem no seu estado de saúde, o que não acontecia ou acontecia com menor intensidade, em meio livre.

“De uma forma benéfica, acaba por ser um bocado estranho, porque na rua não ia tanto ao Hospital, eu na rua sabia que tinha um quisto para tirar já há vários anos, mas o tempo em si acabou por não dar essa, essa, nem quero saber o que isto vai dar daqui para a frente e aqui o que não falta é tempo (...) eu sabia que tinha o problema, agora que tenho mais tempo vou tentar tratá-lo... e assim o fiz!” (Recluso I – EP Caldas da Rainha) ocupo-me mais com a saúde cá dentro e aqui não é isto e isto mesmo (...) aqui dentro ando sempre com a paranoia de apanhar doenças, eu penso que todos são assim aqui dentro, não temos mais em que pensar se não em cuidar de nós próprios.” (Recluso E- EP Aveiro);

“E aqui temos mais tempo para isso” (Recluso E – EP C. Branco).

“Eu dou mais cá dentro, pois não tenho muito para pensar”. (Recluso D – EP C. Branco)

Não deixa de ser interessante que seja neste contexto adverso que alguns indivíduos passem a focar-se mais na sua saúde, talvez por ela ser um dos poucos recursos que lhes restam e sobre os quais entendem poder ter algum controlo.

“Hoje ainda valorizo mais a saúde que tenho, já não tenho 20 anos, já não vou para novo, e como aqui na cadeia não tenho muito com que me preocupar, preocupo-me com a saúde, coisa que lá fora não tinha tempo” (recluso I – EP Covilhã).

“Hoje dou muito mais valor á minha saúde do que em meio livre, até porque não me importava com a saúde em liberdade (...)” (Recluso G – EP Covilhã)

Fica claro que a maioria dos reclusos passaram a dar mais valor à sua saúde no meio prisional, afirmando mesmo que antes não se importavam com a mesma. Esta tomada de posição, poderá também ser explicada pela oferta dos serviços de saúde em meio prisional. Deve aludir-se que com a intervenção da Provedoria da Justiça, a DGRSP operou profundas alterações no sistema prisional no final do século XX, principio do século XXI, nomeadamente na área da saúde, tais como, melhoria das instalações e de equipamentos passando a estar adequadas às necessidades da vida diária da população reclusa, no atendimento pelos profissionais de saúde, composto por enfermeiros, médicos de clínica geral e psicólogos e nalguns EP’s psiquiatras e estomatologistas, entre outras consultas de especialidades. Com base no exposto poderemos referir que a disponibilidade de acompanhamento médico, pode ser um fator dissuasor para deixar de fumar na prisão, algo que não tinham conseguido em meio livre.

“Eu já tinha ideia de deixar de fumar, quando entrei pedi ajuda para deixar de fumar (...)” (Recluso J – EP Caldas da Rainha).

“Eu deixei de fumar cá dentro!” (recluso J – EP Caldas da Rainha).

Contudo, existem outros para quem o momento de reclusão é vivenciado com carga negativa, interferindo com a sua saúde.

“Aqui [a saúde] não pode estar boa nem má. A minha atualmente está média... Porque posso estar bem de corpo e tudo, mas mentalmente não “tou bem” (Recluso I – EP Covilhã).

Este último relato deixa transparecer claramente que apesar de gozarem de boa saúde física, o contexto de reclusão em que se vive não permite que a saúde seja entendida como boa ou como má, devido à autoavaliação negativa da saúde mental, decorrente da condição de reclusão. Ainda neste contexto, poderemos reportarmo-nos aos reclusos E, C, F (EP Aveiro) que foram unânimes quanto ao facto de se sentirem muito mais abatidos, mais deprimidos, mais ansiosos, metaforicamente, referiram que é uma mudança “como o dia para a noite”, tendo ainda os reclusos E e F enfatizado a privação de estar com a família. “... É a privação de estarmos com a família, em termos de saúde física, eu acho que não seja diferente de lá de fora, se me doer os dentes aqui, também me dói lá fora, agora o psicológico é que interfere mais ... Às vezes temos uma dor de cabeça ou isto ou aquilo e a parte psicológica agrava mais. Às vezes a dor de dentes agrava mais porque me começa a bater as saudades parece que é pior, se andar bem-disposto, até esqueço.” (Recluso E – EP Aveiro). “Olha é o estar privado da minha família (...)” (Recluso F - EP Aveiro).

Estes resultados corroboram os encontrados por Constantino et al., (2016), cujo estudo revela que os reclusos, ao se verem afastados do vínculo familiar, deixam de ter um suporte mental protetor, o que se associa a sintomas depressivos, tendo sido estes os transtornos mentais mais encontrados entre os reclusos.

“Acho que psicologicamente é mais difícil de não ficarmos afetados aqui dentro do que fisicamente, é que fisicamente temos acesso a uma dieta saudável, psicologicamente é um meio bastante...” (Recluso H – EP Aveiro)

“Mas já agora... só o facto de estarmos na situação em que estamos, já cria um certo stress... Porque isto... pronto... há stresses... (risos) ... apesar de isto ser tranquilo..., mas há sempre uns certos stresses. (recluso G – EP de C Branco)

É de salientar que os sintomas depressivos se associam sobretudo à perda do contacto social e tendem a aumentar com a progressão do tempo, enquanto a sintomatologia da ansiedade aumenta ou diminui conforme a reação e a adaptação ao contexto prisional (R. A. Gonçalves, 2002). Uma mudança forçada de meio livre para meio prisional resulta num choque significativo na vida do ser humano, sobretudo pela quebra dos laços familiares e sociais, conjugada com o processo de adaptação ao novo ambiente, particularmente à confinamento a espaços físicos a que não estão familiarizados, à rutura de hábitos e padrões habituais de comportamento, sendo provável o desenvolvimento de distúrbios, resultantes da adaptação ao meio prisional. Uma vez mais, alguns reclusos enfatizaram o bem-estar holístico, reiterando que uma forma de terem saúde mental em meio prisional é a harmonia entre o estado físico e psicológico.

“(...) uma pessoa precisa de estar fisicamente bem e psicologicamente também, psicologicamente também é saúde, se não estiver bem-estar psicologicamente, a saúde física fica mais fraca... (recluso C - EP Caldas da Rainha).

Verifica-se que também incluem na sua perceção de saúde fatores que podem ser manipulados pelos indivíduos, tais como hábitos de vida saudáveis, como a alimentação e o descanso, ambiente favorável Scliar (2007) que nos remete para a conceção de bem-estar. “Ter saúde é uma pessoa estar bem... não ter problemas nenhuns. Acho que a alimentação, o descanso... o psicológico, o físico... contribuem muito para o bem-estar” (Recluso A – EP Castelo Branco).

É de salientar que, na perceção de alguns reclusos, o seu estado de saúde em meio prisional é um reflexo também dos hábitos de cada um na adoção de estilos de vida saudáveis (prática desportiva e alimentação).

“Eu acho que isso vai dos hábitos de cada um... eu faço duas horas de ginásio todos os dias... não apanho nenhuma constipação... sou tão ruim que nem as constipações me querem... acho que vai da alimentação e dos hábitos (recluso D – EP Castelo Branco).

Estes resultados estão em conformidade com as assunções avançadas por Siqueira (2008, p.201), de que “cada pessoa avalia a sua própria vida aplicando concepções subjetivas, este processo é apoiado nas próprias expectativas, valores, emoções e experiências prévias”. São os próprios indivíduos que definem o que os faz sentir bem ou mal, e que estas noções são subjetivamente construídas, em função da avaliação que eles fazem da sua situação. Assim, até mesmo o contexto tipicamente adverso da reclusão pode ser entendido como uma mais valia, naquele momento da sua vida.

“(…) Lá fora andava sempre com stress, aqui eu vim para dormir, não tinha férias lá fora, vou tê-las aqui, (...) sinto-me melhor cá dentro não há stresses, assim como assim, já perdi o emprego, já não tenho com que me preocupar, tenho uns tostõezitos para pagar água e luz, enquanto houver, está tudo bem. (Recluso B - EP de Aveiro).

A subjetividade está implícita ao conceito de bem-estar, bem como na noção de qualidade de vida. Esta última remete para a multidimensionalidade e para dimensões que podem designar-se como negativas e positivas, dando origem ao conceito de qualidade de vida proposto pela OMS: “é a percepção que o indivíduo tem sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL GROUP, 1994, p.28). Nos excertos que se seguem, é referida a qualidade de vida, sendo que esta está predominantemente associada à saúde e ao saudável, constatando-se que esta é uma preocupação central dos participantes.

“É ser saudável, manter a qualidade de vida independentemente do local em que estejamos” (Recluso A - EP da Covilhã)

“E eu é igual... logo que a gente se sintam bem, tenha uma boa alimentação, não tenha doenças nenhuma, acho que estamos saudáveis, ou minimamente, temos qualidade de vida.” (Recluso A - EP de C. Rainha).

Um dos aspetos que, no entender dos reclusos, contribui para o bom estado de saúde mental é o convívio entre eles.

“Conviver também, às vezes juntamo-nos todos, “vai um cafezito”, vem outro “agora é a minha vez” e uma pessoa quando vai a ver é muito café, muita cafeína dentro do corpo e eu acho que isso não faz nada bem (...)” (recluso M - EP Caldas da Rainha).

O café é entendido como um motivo para um momento de convívio, porque não existem muitos outros disponíveis. Embora exista a consciência de que a ingestão excessiva de cafeína é um fator prejudicial para a sua saúde, na balança entre custo e benefício, ganha o convívio.

“Eu por acaso também! Café também, consome-se mais café aqui.” (Recluso D – EP Caldas da Rainha)

“Eu também, agora reduzi um bocado, mas tomava uma média de dez cafés por dia, não tomo medicação e espero não tomar, também faço um bocado de desporto de alguma maneira ajuda o desporto, eu faço diariamente, mas agora reduzi um bocado, há dias que bebia dez, quinze... vem um convida, uma pessoa faz, vem outro convida, uma pessoa está... dizem que o café faz bem à saúde, mas no meu ver não faz, já cheguei a acordar com o meu coração acelerado, nunca me aconteceu na rua e aqui chegou a acontecer...” (Recluso M-EP Caldas da Rainha).

A população reclusa ainda adota outra estratégia de *coping* que é o consumo tabágico, como forma de enfrentar o estado depressivo e solitário, o que se assume como uma estratégia negativa, pelo que o próprio recluso sugere como alternativa sair da camarata para ter uma melhor qualidade de vida.

“Acho que aqui dentro é bom, quando começam a entrar em depressão, nós próprios é que temos de dar conta que estamos assim. Por vezes isolam-se é só fumar, e se viermos para fora, dá mais apetite para comer, dá outra qualidade de vida.” (Recluso E – EP Aveiro).

“É! É diferente, às vezes penso em fumar... penso nisso porque sou fumador, por isso é que eu faço desporto, pelo menos vou aliviando um bocado, e há dias que uma pessoa numa hora fuma três, quatro cigarros, enquanto uma pessoa numa hora devia fumar um” (recluso M - EP Caldas da Rainha).

“(...) eu também não fumo muito, eu um maço de tabaco para mim, três dias, se não der tabaco a ninguém dá. Conheço pessoas aqui que fumam três onças por semana eu se não der tabaco a ninguém fumo uma onça por semana.” (Recluso I – Caldas da Rainha).

“(...) não fumava há três anos, ainda andei algum tempo sem fumar, mas depois comecei e agora estou completamente viciado (...) (recluso F - EP Caldas da Rainha).

Mendes (2016), com base no Inquérito Nacional sobre Comportamentos Aditivos em Meio Prisional, assevera que o consumo de tabaco pelos reclusos é significativamente superior, comparativamente com os indivíduos em meio livre. A reforçar esta evidência, afirma-se que a maior parte dos reclusos fuma e que um deles referiu que voltou ao consumo tabágico desde que se encontra em reclusão.

“Eu aqui também costumo fumar muito, por exemplo... eu fumo aqui três maços e uma lata ainda de “Camel” e às vezes ainda tenho que pedir emprestado porque... há muita coisa que mexe comigo, psicologicamente, é o meu problema de saúde... tomo uns antidepressivos na... pouco ou nada me fazem, mas também é por fases... às vezes não preciso, outras vezes preciso, depende das alturas” (Recluso L – EP Caldas da Rainha);

“Eu assim que entrei na cadeia o que eu fiz foi começar a fumar, há quase três anos que não fumava, a primeira coisa que fiz, quando me foram buscar a casa, foi agarrar num maço de tabaco...” (Recluso I - EP Caldas da Rainha).

“Porque eu sabia que a necessidade de fumar dentro da cadeia havia de vir, psicologicamente o cigarro ajuda-me, porque senão era obrigado a refugiar-me noutra tipo de coisas, esse tipo de coisas não é benéfico, é preferível o cigarro... “mal por mal, antes quero ir para o Hospital (...) costuma-se dizer, antes um cigarro!” (Recluso I - EP Caldas da Rainha).

O abuso e ou uso de substâncias lícitas ou ilícitas, conjugado com problemas mentais e físicos, são fatores de risco para a saúde mental dos indivíduos, quer pelo impacto negativo que pode causar em ambiente prisional, quer pela dificuldade na reabilitação. Em meio livre pode funcionar como potenciador da reincidência criminal.

2.3. Itinerários em saúde em meio livre e em meio prisional

Reportando de forma comparativa aos itinerários dos reclusos em meio livre e em meio prisional, constata-se que há uma maior acessibilidade aos cuidados de saúde em meio prisional do que em meio livre. Os serviços clínicos ficam intramuros, têm sempre um médico de clínica geral e nalguns casos têm outras especialidades.

“Fazemos um pedido com urgência colocamos numa caixa de correio, que está lá em cima e esperamos sempre, mas sempre que é uma entorse ou uma dor de dentes vamos logo ali (gabinete médico)” (Recluso F-EP de Aveiro).

“Isso também é uma diferença que agente tem daqui lá para fora, se... tem consultas de psicologia, lá fora ninguém se preocupa muito com esse facto, aqui é mais frequente termos acompanhamento.” (Recluso F-EP de Aveiro).

“Nós aqui dentro, está bem que aqui somos mais vezes vistos, temos mais vezes médico do que se calhar lá fora, estamos mais tempo à espera do que estamos aqui dentro...” (Recluso D – EP Covilhã).

Ao invés apontam dificuldades de acesso aos serviços de saúde em meio livre, quer pela distância que existe entre as unidades de saúde ao local de residência de cada um, quer ainda pela demora que ocorrer na obtenção de uma consulta.

“É claro que faz muita diferença, lá fora tenho de apanhar, ou ir de carro para ir ao Hospital, aqui tenho aqui ao pé, agora temos de pôr no campo é “de funcionamento”, claro que funcionar as coisas não funcionam, isso é um campo” (Recluso E – EP Caldas da Rainha).

“(…) Quando chegas ao hospital, não te dão pulseira verde ou amarela só pela tua linda cara, dão pela urgência do teu caso (...)” (Recluso D – EP Castelo Branco).

Assim, poder-se-á dizer que os reclusos vêm no meio prisional uma solução para os seus problemas de acesso a cuidados de saúde que lhes dê resposta às necessidades. Esta avaliação está centrada nas suas vivências no meio livre, o que lhes possibilita identificar qualitativamente os diferentes domínios e níveis de necessidades de saúde não satisfeitas.

Os participantes do *focus group* fazem menção que em meio livre o serviço de urgências é identificado como sendo o mais rápido no atendimento.

“Médico de família é para esquecer... O mais rápido é urgências, é melhor” (Recluso A-EP Covilhã).

Nesta senda Santana (2002) refere que, em Portugal, os grupos socialmente excluídos têm maiores dificuldades de acesso aos serviços de saúde e refere, ainda, que usam mais frequentemente os serviços de urgência. A partir desta avaliação, conseguem identificar maior celeridade e mais facilidade nos itinerários de saúde na reclusão, com respostas imediatas para a satisfação das suas necessidades, segundo as prioridades adequadas de cada indivíduo.

“Fazemos um pedido para a área da saúde a Sra. Enfermeira chama para saber o que precisamos e depois ela vê se trata ou tem de encaminhar para o médico (...)” (Recluso G – EP – Covilhã).

Contudo para alguns reclusos o itinerário estabelecido em meio prisional pode implicar delongas no atendimento, pelo que utilizam estratégias para serem atendidos rapidamente. “(...)é igual já sei como é que isto funciona, meto sempre com urgência, chego lá, é isto e isto e isto, então eles dizem “você não pode fazer com urgência porque agente pensa que você está a morrer”, eu não é só para vir aqui, lá explico (...)” (Recluso F -EP de Aveiro).

Verifica-se que os indivíduos conhecem os meios de acesso aos cuidados de saúde, pois reúne consenso o facto de fazerem um pedido para serem atendidos.

“(..)e depois fazer um pedido, aqui é tudo através de pedidos (Recluso E- EP de Aveiro).

Todos os Entrevistados: “Um pedido” (EP Covilhã).

“Primeiro um pedido para a enfermeira, e depois ela encaminha-nos para o médico” (Recluso B-EP da Covilhã).

“Faço um papel para o médico.” (Recluso A-EP Covilhã).

Constata-se que o conhecimento das regras e dos regulamentos internos, formalmente estabelecidos, nomeadamente no que respeita ao acesso aos cuidados de saúde nos estabelecimentos prisionais, de certa forma ilustra o conceito de “instituição total” preconizado por Goffman (2001) onde inclui as prisões, como locais separados da sociedade onde as pessoas permanecem por um período de tempo considerável e por imposição, onde as suas vidas são institucionalmente dirigidas, ou seja, os diferentes aspetos e tarefas da vida quotidiana são realizados num mesmo espaço, com um grupo de pessoas sob uma mesma autoridade e todas as atividades obedecem a regras rígidas, uniformizadas, com horários totalmente definidos. Os reclusos de Caldas da Rainha e Castelo Branco aludem ao ónus dessas regras de funcionamento.

“Eu tive logo, eu tive de noite, tive de tocar à campainha, não conseguia respirar e... se calhar se eu estivesse sozinho numa cela tinha morrido naquela, naquela noite, pronto, não

conseguia falar, não conseguia respirar, não conseguia nada... e era um colega da cela que chamou os Guardas que me levaram ao Hospital...” (Recluso J - EP Caldas da Rainha).

“Se for um caso urgente, e se tivermos que ficar internados, complica-se porque tem que estar sempre um guarda no serviço e tal... por isso às vezes somos mandados para Caxias (Recluso G – EP Castelo Branco).

Efetivamente, se um recluso tiver de ser internado, terá de o ser em unidade hospitalar prisional, denominado Hospital Prisional de São João de Deus (HSJD) – sediado no Concelho de Oeiras (Lisboa) - que recebe todos os presos que necessitem de cuidados médicos, nas mais variadas áreas (física e psíquica) e sempre que o seu estado de saúde se apresente incompatível com a sua manutenção em meio prisional. Contudo a maioria das situações são transitórias, o recluso após ter alta clínica retoma ao estabelecimento prisional de origem.

2.4. Avaliação das respostas em saúde em meio livre e em meio prisional

2.4.1. Celeridade

A avaliação da celeridade das respostas de saúde em meio livre é registada pela maioria dos participantes, como demorada, quer seja por parte do médico de família, quer para as consultas de especialidade ou operações.

“Porque se vais para o médico de família estás dois, três meses à espera de consulta” (Recluso D – EP Covilhã)

“A resposta é lenta, mas lá depende, se for no hospital também é muito demorada” (Recluso A – EP Aveiro);

“Lá fora marquei uma consulta de neurologia e avisaram-me logo que está demorada, demorou um ano e agora vim para aqui, não voltaram a marcar” (Recluso F – EP Aveiro);

“Era suposto existir, eles próprios diziam que iam-me acompanhar frequentemente, mas depois era de ano a ano” (Recluso F - EP Caldas da Rainha).

Os participantes começam logo por estabelecer comparações entre o meio livre e o meio prisional, afirmando que existe uma resposta mais célere em meio prisional, quer nas consultas prestadas pelo clínico geral quer na realização de operações.

“A consulta de clínica geral aqui é bastante rápida, se calhar se fossemos ao médico de família... (recluso H – EP Aveiro).

“...a nível de operações... acho que... no meu caso... pela minha experiência... foi tudo mais rápido do que se estivesse na rua, estava um ano ou dois à espera dessas operações...” (Recluso G – EP Castelo Branco).

Contudo, há alguns reclusos que consideram que em meio livre têm respostas céleres aos seus problemas de saúde e ainda eventualmente podem escolher e optar, posição confortável para o usuário dos serviços de saúde.

“Lá fora tens mais acesso às coisas e não estás preocupado” (Recluso C – EP Aveiro).

Mas também estabelecem o termo comparativo pela positiva quanto à prestação de serviços em meio livre, afirmando que em meio prisional os serviços prestados são demorados devido às burocracias implementadas nos itinerários internos dos estabelecimentos prisionais.

“Lá temos mais possibilidades de ir a um médico e de imediato e cá dentro não, temos de esperar que venha o médico... é as burocracias... enquanto que lá fora não...” (Recluso C – EP Covilhã).

“Primeiro não procurava os serviços de saúde com regularidade. Mas quando necessitava mesmo de ser visto pelo médico, em vez de ir ao centro de saúde ia diretamente às urgências para ter uma resposta mais rápida para problemas que tinha, mesmo assim tinha de estar à espera como todos os outros duas a três horas.” (Recluso G – EP Covilhã).

Verifica-se que reforçam a ideia de invisibilidade dos homens como utentes dos serviços de saúde e que a resposta mais célere, em meio livre é dada pelo serviço de urgências hospitalares. Contudo acrescentam o ónus do fator

económico individual, para poder recorrer aos médicos particulares, quando se trata de ter efetivamente uma resposta célere.

“Lá fora é urgências e a seguir privado, quem pode ir...quem não pode tem que esperar” (Recluso I – EP Covilhã).

Nesta linha de pensamento estabelecem, ainda, comparação entre os hospitais públicos e privados, em meio livre, reforçando a ideia da necessidade de ter uma boa condição socioeconómica para ter uma resposta célere nos serviços de saúde.

“(...) mas também lá fora temos hospitais públicos e temos hospitais particulares e muita gente tem que recorrer ao hospital particular e não ir ao público porque senão também... chega a estar, uma operação chega a demorar um ano e já morreu... os que podem ir ao particular (...)” (Recluso E – EP Caldas da Rainha).

Pinto (2018), refere que as distâncias a percorrer entre as instituições de saúde e a residência dos indivíduos é um fator que condiciona o acesso aos serviços e a própria celeridade dos mesmos, ao invés em meio prisional existe proximidade para com os serviços clínicos.

“Se fosse lá fora, depende de onde moram, porque... a resposta do INEM, vá-la... depois o INEM voltar, isso é, voltar... isso acaba também por demorar outros vinte minutos” (Recluso H – EP caldas da Rainha).

“Aqui dás um passinho e tens o gabinete de saúde logo ali, mais acesso” (recluso F- EP – Aveiro).

Pese embora a proximidade seja um ponto a salientar no acesso a respostas de saúde em meio prisional, também deveremos de fazer menção à rapidez com que são atendidos pelo clínico geral, no acompanhamento clínico regular, na triagem do problema de saúde.

“A consulta de clínica geral aqui é bastante rápida” (Recluso H - EP – Aveiro).

“Aqui tem seguimento, já percebi, com regularidade, deduzo até que quando vai a uma consulta já fica com outra marcada (...) (Recluso E – EP Caldas da Rainha).

“Aqui na cadeia temos uma resposta mais rápida dos serviços prestados, pois se for uma coisa rápida somos aqui tratados, se for mais grave encaminham-nos logo às urgências” (Recluso G – EP Covilhã).

Percebe-se que os reclusos estabelecem termos comparativos entre a celeridade dos serviços prestados em meio livre e meio prisional, referindo que em meio prisional existe mais celeridade nas decisões a tomar para resolver os problemas de saúde, constata-se a mesma rapidez em consultas de especialidade, bem como na realização de operações, tal como nos descrevem os excertos seguintes.

“(...) se eu estivesse na rua... tinha de esperar que ele enchesse, tinha de ir drenar... um ano... depois tinha que marcar consulta para retirar o interior... mais um ano... eu na rua ainda estava nisto... aqui simplesmente nem quiseram saber, ‘Como é que é? É para tirar’ (estalou os dedos)” (Recluso H – EP caldas da Rainha).

“A nível de saúde, acho que neste momento aqui estamos melhor. Lá fora, e quem vai de precárias vê, para irmos ao médico de uma especialidade, para termos uma consulta, temos de estar dois ou três meses à espera...” (Recluso D – EP Covilhã).

“...a nível de operações... acho que... no meu caso... pela minha experiência... foi tudo mais rápido do que se estivesse na rua à espera, estava um ano ou dois à espera dessas operações...” (Recluso G – EP - Castelo Branco).

Para além da celeridade há também menção à rapidez nas diligências efetuadas pelo clínico geral do estabelecimento prisional, ou seja, este profissional faz o encaminhamento, de casos que entende não serem da sua alçada, para o efeito redige uma informação clínica que acompanha o recluso aquando a sua deslocação ao serviço de urgência hospitalar. Assim que o recluso chega com a referida informação, é-lhe dada prioridade naquele serviço, conforme descreve o recluso G do EP da Covilhã - “Aqui na cadeia temos uma resposta mais rápida dos serviços prestados, pois se for uma coisa rápida somos aqui tratados, se for mais grave encaminham-nos logo às urgências. Tive um problema de saúde fui duas vezes ao médico aqui dentro ele não se entendeu mandou-me para o hospital com uma carta com indicações do médico, fui logo atendido, porque passamos logo à frente.”

Contudo há ainda alguns reclusos que consideram que os serviços de saúde em meio prisional são céleres dependendo da situação clínica do recluso, existindo mesmo menção a alguns constrangimentos na avaliação que é feita pelos reclusos, nomeadamente na triagem. “Depende de caso para caso, há casos em que esperam mais, outros são logo atendidos...” (Recluso B – EP Covilhã).

Neste âmbito e de acordo com Pinto (2018) para que exista uma boa triagem das situações clínicas em meio prisional, é necessário o envolvimento por parte dos profissionais de saúde num trabalho construtivo, diligente e assertivo o que nem sempre acontece nos serviços prisionais, na área de enfermagem, principalmente quando não existe um grupo especializado e pertencente aos quadros do Ministério da Justiça, pois normalmente a prestação dos cuidados de saúde é feita por empresas exteriores ou mesmo avenças com cargas horárias mínimas, originando rotatividade no pessoal clínico, conjuntura que leva a que estes profissionais não se envolvam nas dinâmicas funcionais do próprio estabelecimento prisional, ficando a coordenação/organização e prestação de cuidados de saúde comprometida, interferindo com o início, com a continuidade dos tratamentos e ainda na relação com os reclusos. Constrangimentos também referenciados pelos reclusos.

“... a nível de operações... acho que... no meu caso... pela minha experiência... foi tudo mais rápido do que se estivesse na rua à espera estava um ano ou dois à espera dessas operações... Aí por acaso não tenho nenhuma razão de queixa... agora se é aqueles pedidos de dor dentes ou assim... do resto não tenho tido razão de queixa... claro que podia funcionar melhor... eu já tive infelizmente numa prisão onde era em forma de estrela... eram cinco galerias e em cada galeria todos os dias das nove às doze e trinta salvo erro havia um médico com duas enfermeiras, ou seja, em cinco galerias... o que é obra não é... a gente quando ia tomar o pequeno almoço e se precisasse de alguma coisa punha o nome... e às quinze, por aí, atendiam-se... todos os dias... e aqui não... demora tempo, esquecem-se.” (Recluso G – EP C. Branco).

“Fiz análises, fui ao médico devido ao meu histórico clínico (...) mas eu acho que o tempo de espera tem a ver com o número de pessoal, de efetivos que existe no estabelecimento (...)” (Recluso E - EP C Branco).

Em meio prisional existem burocracias associadas à prestação de cuidados de saúde, que são conhecidas pela população reclusa, nomeadamente o preenchimento de um impresso existente na cadeia, a solicitar consulta, sendo este primeiramente avaliado pela equipa de enfermagem e só depois é que se marca a consulta para o médico de clínica geral, procedimentos que se poderão configurar como um impedimento à celeridade das respostas dos serviços de saúde em meio prisional.

“...e cá dentro não, temos de esperar que venha o médico... é as burocracias...” (Recluso C – EP Covilhã).

“Faço um pedido para o médico e espero um mês, dois meses, três meses.” (Recluso B- EP C. Branco).

“Eu acho que alguns pedidos que nós fazemos nem chegam.” (Recluso F – EP C. Branco).

“Temos que fazer o pedido e rezar pelo tempo.” (Recluso H – EP C. Branco).

“Qualquer tipo de problema de saúde aqui dentro é muito mais complicado de curar do que é lá fora, aqui não há meios, recursos, como lá fora (...) e aqui tem de se esperar, esperar, esperar, e meter pedidos (...) (Recluso E- EP Aveiro).

“O Tipo de resposta é muito lenta” (Recluso C- EP Aveiro).

“(...) Aqui a gente não! Porque... se estivermos urgência em falar com a médica temos escrever um papel e se for preciso passam-se meses que não nos chamam, como me aconteceu a mim... eu tive que ir... eh pá... tive que levantar um bocado o tom de voz, depois dizem... “Ah, mas tu não és assim!” Eu sei que não sou assim... mas eu para obter certas coisas uma pessoa tem que por vezes mudar o tom de voz e... uma pessoa mete um papel, passa um mês, passam dois meses, não nos chamam, uma pessoa levanta um bocado o tom ou fala na advogada, eles já nos chamam a correr... acho que... anda... falha... para mim acho que está a falhar no campo (...)” (Recluso M – EP Caldas da Rainha).

Pese embora exista opiniões contraditórias sobre a celeridade dos serviços prestados intramuros, apontando a falta de profissionais nos quadros do Ministério da Justiça e ainda burocracia interna como os maiores problemas, certo é que se verificam esforços, protagonizados pela DGRSP e SNS, em minimizar problemas, através da realização e assinatura de protocolos entre ambos ministérios (Ministério da Justiça e Ministério da Saúde), com o intuito de incrementar uma melhoria de respostas na prestação de serviços de saúde aos reclusos. Mais se acrescenta que na literatura recolhida, o ano de 2017 foi o ano em que ocorreram avanços importantes na articulação entre os dois Ministérios, por se realizarem vários protocolos com o desígnio de melhorar os cuidados de saúde prestados aos reclusos, em doenças que se consideram mais prevalentes em meio prisional. Como exemplo do referido, devemos apontar o despacho conjunto MS/MJ – n.º 6542/2017, que determinou a conceção e implementação de um modelo de prevenção, diagnóstico e tratamento da população reclusa, enquanto utentes do SNS, em matéria de doenças infecciosas, como sejam a infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) e a infeção pelos vírus da hepatite, uniforme e de abrangência nacional.

“(...). Não tenho razão de queixa da área da saúde pois sempre trataram de todos os problemas quando me queixava. Tive um pequeno problema com o médico em que realizei umas análises, este disse que tinha hepatite C mas que tinha bons anticorpos, eu como me considero uma pessoa informada, mas a forma como me foi dito acabei por “engolir”,

passado 5 meses tornaram a fazer análises e a Hepatite veio novamente declarada, aí disse ao médico que pretendia fazer tratamento, ainda tive 4 meses à espera, o que considero muito tempo mas se estivesse em meio livre teria de esperar o mesmo tempo.”.

O discurso de um recluso acaba por ilustrar o resultado prático do despacho conjunto antes mencionado.

2.5. Acompanhamento/encaminhamento por parte dos serviços de saúde

No que concerne ao acompanhamento e encaminhamento por parte dos serviços de saúde e regressando à assinatura de protocolos entre ambos os Ministérios, poderemos afirmar que tem sido uma mais valia na resolução de problemas de saúde mais prevalentes na comunidade prisional. Estes estão quase sempre ligados ao percurso de vida dos indivíduos, às condições sociais desfavoráveis, à baixa escolaridade, ao índice de pobreza, aos desequilíbrios psiquiátricos, à doença mental e às doenças infecciosas associadas, direta ou indiretamente, ao consumo de drogas. Em 24 de Setembro de 2004 foi assinado um protocolo para diminuir os casos de tuberculose, há muito considerado um problema de saúde pública, ficando determinado quais os procedimentos para se detetar e prevenir a tuberculose nos estabelecimentos prisionais, entre outros procedimentos, a realização de RX no Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) mais próximo do EP.

“Aí, assim que entrei, fiz logo análises e RX” (Recluso B – EP da Covilhã).

“Já fiz não sei quantos RX aos pulmões e nunca dizem nada...” (Recluso L – EP da Caldas da Rainha).

“Eu também não, já fiz duas vezes” (Recluso M – EP da Caldas da Rainha).

Deve mencionar-se, que de acordo como protocolo estabelecido, o CDP desloca-se aos estabelecimentos prisionais, com uma carrinha para realizar rastreios a toda a população reclusa, bem como, a todos os profissionais que trabalham nos estabelecimentos prisionais.

“A carrinha veio fazer o RX, mas estava tudo bem com esses todos que estão agora com tuberculose.” (Recluso D – EP da C. Branco).

Com o desígnio de abarcar diferentes problemáticas de saúde, e ainda fazendo menção ao referenciado pelo Ministérios da Justiça e da Saúde (2006), que a população prisional é uma população com carências de saúde específicas e distintas, como na área da saúde mental, infeciologia e estomatologia, mais uma vez ambos os Ministérios se uniram para intervir, desta feita na saúde mental e oral. Quanto à saúde mental, e através do despacho conjunto MJ/MS n.º 1278/2017, foram propostas medidas para melhorar e incentivar a articulação dos cuidados especializados de saúde mental do SNS com os estabelecimentos prisionais.

“A ultima vez que fui ao médico foi psicológico, não me sentia bem, não andava bem comigo próprio, tipo stress e continuo a recorrer ao psiquiatra, aliás a medicação que ando a tomar é receitada pelo psiquiatra, comecei as consultas de psiquiatria lá fora, tinha consultas de 3 em 3 meses, e agora estou a dar continuidade ao tratamento.”(Recluso B – EP de Aveiro); “Fui a um psiquiatra, quatro vezes, desde que estou detido fui ao Porto, a Santa Cruz do Bispo, fui duas vezes, da outra vez quando estive preso em 2016. Antes de estar preso fui uma ou duas vezes, mas não gosto de ir a psiquiatras porque penso que sou capaz de dar a volta sozinho. Mas não, às vezes é mesmo preciso ir ao psiquiatra e tomar alguma medicação.” (Recluso A – EP de Aveiro).

No que concerne à saúde oral também se procedeu a um (despacho conjunto MJ/MS nº 1278/2017), em 2019 ambos os ministérios realizaram esforços para ativar os 22 gabinetes de Medicina Dentária dentro dos estabelecimentos prisionais, tendo em conta que alguns se encontravam fechados. Nesta senda e ainda com base no Manual de Procedimentos para a Prestação de Cuidados de Saúde em Meio Prisional, elaboraram rede de referenciação interna, sobre os estabelecimentos que passaram a ter consultório de estomatologia ativo com o intuito de dar resposta aos estabelecimentos prisionais que não dispunham deste tipo de serviço.

“Os dentes, somos tratados em Coimbra no EP, a médica é excecional, na primeira consulta disse-me logo você tem fobia aos dentistas, eu perguntei porquê e ela disse porque você está a pingar das mãos e branco como a cal da parede. A médica pôs-me à vontade, excecional.” (Recluso E - EP Aveiro).

“Quanto isso, a dentista, tenho muito a falar e... há aqui pessoas que sabem disso... arrancaram-me uma vez um dente à pancada, a solução é tudo arrancar, dentes que davam para arranjar, foi tudo tirado (...) vamos a outras cadeias (...) estava assim com a boca toda por dentro, eu quanto a isso já sofri muito.” (Recluso L – EP Caldas da Rainha); “(...) aqui fui ao dentista hoje.” (Recluso F – EP C. Branco).

Os testemunhos anteriores fazem menção a tratamentos prestados muito diferem, provavelmente porque haverá dissemelhanças na sua oferta e qualidade. Contudo, os protocolos não se limitaram só a abrir gabinetes de estomatologia dentro dos EPs que estavam desativados, mas também a realizar protocolos entre o EP e o gabinete de estomatologia mais próximo e pertencente ao SNS.

“Há quatro anos, os reclusos quando tinham problemas de dentes tinham de ir ao hospital de Caxias para tratar ou arrancar dentes os reclusos recusavam-se a ir, porque para se meterem numa carrinha celular era muito difícil devido ao grande transtorno de ir e vir quase sempre com dores. Assim que começaram a ter consultas aqui no hospital foi muito bom porque como é perto todos querem tratar dos seus problemas de dentes, abriu portas a muitos tratamentos que eram necessários” (Recluso G – EP da Covilhã).

Esta alternativa é sem dúvida uma boa opção para evitar deslocamentos morosos entre os EP's e ou o Hospital São João de Deus (HPSJD), conhecido entre a população reclusa como Hospital de Caxias, onde também existem gabinetes de estomatologia para dar resposta aos problemas de estomatologia, aos EP's que não disponham de resposta.

“Em Caxias pedi para deixar de ir, e em Leiria já é diferente, o médico já... já fala consigo já... pronto já...” (Recluso D – EP Caldas da Rainha); “Eu em Caxias estava-me a dar a injeção para anestesia e já estavam a arrancar o dente... até perguntei se eu era algum cão para estar a fazer um trabalho desses” (Recluso L – EP Caldas da Rainha).

Efetivamente, o Hospital São João de Deus é reconhecido no sistema prisional por dar resposta a uma panóplia muito diversificada de situações de saúde, sendo reconhecido pela população reclusa como o local para onde se encaminha todas as situações para as quais não se consegue obter resposta no EP em que se está afeto.

“(..) acho que está um bocadinho ultrapassado. Fazemos pedido, caso a especialidade não exista aqui temos de ir para Lisboa para o Hospital Prisional de Caxias, nem que seja para tirar uma radiografia ao pulso, se temos o hospital aqui tão perto.” (Recluso E – EP Aveiro); “Vou todas as semanas ao psicólogo aqui e vou todos os meses ao hospital prisional a Caxias a uma consulta de psiquiatria.” (Recluso F – EP Caldas da Rainha);

“(...) o atendimento do médico no Hospital de Caxias, ele olhou para mim com uma cara... um Homem preto, olhou para mim ficou branco! Disse-me “olha, eu vou-te dizer aquilo que nem seque te devia dizer, mas vou dizer, isto se calhar não é um quisto, se calhar tens um tumor, mas isto, vou tirar isso, mas depois é que temos a certeza, mas vamos tirar isso tudo da raiz, se for um tumor ele volta crescer, se não, fica logo resolvido pela raiz... super bem tratado, muito bem tratado...”(Recluso H – EP Caldas da Rainha);

“Psiquiatria, pelo que tenho ouvido dizer agora estão a levá-los para o hospital prisional de Caxias... não percebo bem porquê...” (Recluso G – EP C Branco)

“E tens que ir a Caxias... que é onde parece estar a ir toda a gente agora.” (Recluso G – EP de C Branco)

“Há quatro anos os reclusos quando tinham problemas de dentes tinham de ir a Caxias para tratar ou arrancar dentes” (Recluso G - EP Covilhã).

O que os testemunhos anteriores denotam é que existe uma conjugação de aspetos que torna o acesso às especialidades mais complexo do que a mera existência de protocolos parece sugerir. Primeiro, cabe à direção dos EPs tomar a iniciativa de implementar e dinamizar o protocolo, sendo que a possibilidade de aceder ao hospital da zona pode nunca acontecer, se esta iniciativa não for tomada. Depois, na verdade, as carências do SNS acabam por se refletir nos EPs porque mesmo existindo protocolos, se a especialidade não existir no hospital da zona do EP, os reclusos têm igualmente que se deslocar para Caxias, com todas as dificuldades para o serviço e os incómodos para os reclusos.

No que se refere ao tipo de acompanhamento, em meio livre, constate-se que existem opiniões contraditórias; um dos reclusos afirmou que tem por parte do Centro de Resposta Integrada (CRI) um acompanhamento regular, nas diferentes especialidades necessárias para tratar o seu problema de toxicodependência.

“Eu ando na metadona e de dois em dois meses, lá fora, tinha consultas tinha psicóloga, tinha psicólogo no CRI que antes era CAT” (Recluso D – EP Aveiro).

Tendo outro referido que esse acompanhamento é deficitário, por ser um acompanhamento pontual, quando o próprio sentia necessidade de ter um acompanhamento regular.

“(…) era de ano a ano. Muito pouco, eu preciso de um acompanhamento quase constante... permanente, não digo constante, permanente” (Recluso F – EP Caldas da Rainha).

Nesta senda Pinto (2018) refere que o acompanhamento é mais difícil quando existe uma grande distância entre o CRI e a zona de residência, porque as marcações das consultas podem tornar-se mais intercaladas. Mas também refere que o facto de existir um maior controlo nos consumos efetuados pelos indivíduos, e estes sentirem-se controlados, impede-os de consumir, factos corroborados pelo recluso B do EP da Covilhã: “O meu percurso de toxicodependência foi muito complicado, porque fiz diversos tratamentos com o médico do CAT mas nunca me receitou a metadona e com os outros tratamentos não me conseguia segurar, quando me deu a metadona foi muito bom porque temos de ir todos os dias tomar a metadona e fazemos testes de despistagem nos primeiros 30 dias, após esta prova passamos a ir duas vezes por semana – 2.º feira fazemos teste e levamos a metadona para toda a semana até sexta-feira neste dia tornamos a fazer teste e levamos para o fim de semana, contudo à sexta feira os testes são inopinados, à segunda fazíamos sempre porque consideram que o fim de semana há mais perigo de consumos.”

Ainda na esfera do encaminhamento, alude-se mais uma vez à intervenção na área das dependências, neste caso referem o problema de alcoologia. Constata-se que continuam a resistir aos convites para irem ao serviço de saúde, com o intuito de obter acompanhamento nas consultas de alcoologia.

“Eles encaminharam-me para as consultas de alcoologia, eu é que não ia.” (Recluso F – EP C Branco).

Couto et al., (2010) afirma que os homens não cuidam de si, nem de outras pessoas que dependam de si, acabando por reforçar a sua invisibilidade nos serviços de saúde e consequentemente incrementar a literacia em saúde.

“Eu lá fora consumia desde os 11 anos, era muito haxixe e descuidei-me completamente dos médicos, eu não morava com a minha mãe porque os meus pais divorciaram-se quando tinha 11 anos e aos 14 anos saí da casa da minha mãe para ir viver com o meu pai, o pai não marcava consultas porque tinha problemas de álcool com consumos regulares, era como eu

com o haxixe, então nem eu nem ele. Ele como tinha o trabalho fixo ainda tinha o médico da fábrica eu não tinha nada.” (Recluso H – EP de Aveiro).

No que se reporta ao meio prisional os reclusos abordam uma panóplia de serviços mais abrangentes e interventivos com o intuito de diagnosticar doenças e melhorar o seu estado de saúde, em parte fruto da intervenção dos estabelecimentos prisionais na realização regular da vigilância clínica. Sempre que um indivíduo entra no sistema prisional tem de ser submetido a uma avaliação clínica nas primeiras 24 horas por um enfermeiro e nas 72 horas por um médico. O clínico tem especial atenção ao diagnóstico de distúrbios mentais, síndromas de abstinência, existência de doenças transmissíveis contagiosas ou patologias crónicas, para o efeito e sempre que necessário, prescreve exames complementares de diagnóstico.

“É obrigatório... no fundo penso eu que não pode estar aqui um recluso com 100, 120 homens cá dentro e ele esteja contaminado com “X”, não pode ser...” (Recluso E – EP Caldas da Rainha).

“Quando entramos, todos nós fazemos análises e tudo na... eu já fiz aqui uma ou duas vezes e até hoje nunca vi a resposta delas e mesmo perguntando, exigindo...” (Recluso L – EP Caldas da Rainha);

“Aí, assim que entrei, fiz logo análises” (Recluso B – EP Covilhã); “Eu acho que nessa parte está a trabalhar bem. Agora de 3 em 3 meses estamos a fazer análises, acho que está bem” (Recluso I – EP Covilhã);

“Eu no dia a seguir de entrar fui visto pela enfermeira e no dia em que havia médico fui logo visto, quando eu entrei ainda não havia médico todos os dias, só havia dois dias por semana. A nível disso não tenho razões nenhuma [de queixas]” (Recluso D – EP Covilhã);

Não se pode deixar de mencionar o facto de um dos participantes ter referido explicitamente que nunca teve conhecimento dos resultados das suas análises, mesmo perguntando. É importante que os resultados em termos de saúde não sejam entendidos apenas como uma intervenção de vigilância sobre a saúde dos reclusos e que os mesmos tenham acesso à informação sobre a sua saúde.

Segundo Pinto (2018), as respostas médicas às necessidades dos reclusos são mais rápidas em meio prisional, do que as oferecidas em meio livre pelo SNS, quer em termos de marcação de consultas de especialidade, quer de marcação de cirurgias, acompanhamento e encaminhamento nas diferentes necessidades de saúde, devido à existência de algumas especificidades em alguns estabelecimentos prisionais, bem como, a existência do HPSJD. O seu exterior tem a configuração típica de um estabelecimento prisional, contudo, o seu interior e a prestação de serviços na área da saúde em nada diferem de um hospital civil, a maioria dos seus funcionários são médicos e enfermeiros. O objetivo do sistema prisional é dar resposta a situações de urgência hospitalar e ou situações de saúde que requeiram

acompanhamento médico regular, tal como nos reporta o recluso H do EP de Aveiro: “Aqui cheguei a ser chamado á psicóloga quando entrei, umas três vezes ou quatro. Lá fora em idade adulta não, mas tive quando eu tinha 11 anos, na altura do divorcio dos meus pais, nem foi. Aqui dentro quando entrei levei as coisas para a brincadeira, porque assim que entrei chamou 3 vezes quase seguidas e não aproveitei o benefício que me queriam dar”.

2.6. Resposta dos serviços de saúde

No que se reporta às respostas dos serviços de saúde em meio livre, verifica-se que as opiniões se dividem, há indivíduos que referem que tem boa assistência médica.

“Já, lá fora, ia ao dentista regularmente, eu entrei aqui com os dentes todos bons.” (Recluso L – EP Caldas da Rainha).

“Eu tive uma queda de doze metros de altura de uma caixa de um elevador, fui assistido aqui no Hospital e correu tudo bem.” (Recluso F – EP C Branco).

“Mesmo lá fora tive sempre a respostas que precisava”. (Recluso G – EP da Covilhã).

Ao invés de outros, que reportam não ter encontrado a resposta adequada para o seu problema de saúde.

“Eu vou-te dizer assim, eu simplesmente apanhei uma infeção pulmonar, eu rodei três Hospitais e nos três Hospitais que fui, para além de ter ficado umas doze horas num deles, disseram que era gripe...” (Recluso H – EP Caldas da Rainha).

Referindo mesmo que existe falta de higiene no SNS, referenciando diferentes acontecimentos.

“Acho que o Serviço Nacional de Saúde está uma javardice desculpe o termo mas está... a última vez que estive no Hospital fiquei de fora porque antes não era assim... mesmo a nível de higiene... entra-se numa casa de banho aqui do Hospital, que era exemplar que já conheço há muitos anos, e se entrar numa casa de banho às dez da manhã aquilo mete impressão. Escuta... uma banheira com ferrugem, os cortinados cheios de trampa... para não dizer outra coisa... as roupas todas sujas de toda a gente espalhadas por ali... uma javardice... O Serviço Nacional de Saúde está miserável.” (Recluso G – EP de C Branco).

Não obstante à opinião do recluso G, tem sido reconhecido o avanço do SNS nalguns serviços, em particular no que respeita à toxicodependência, pois segundo Niza (1998) o consumo de drogas era praticamente desconhecido há cerca de cinquenta anos atrás, o tratamento era realizado no domínio da psiquiatria e da saúde mental. Com a evolução do fenómeno entre 1996 e 1997 passou a existir uma maior oferta de tratamentos na área da toxicodependência, criaram-se Centro de Atendimento de Toxicodependentes (CAT's) essencialmente no interior do país, com a abertura de novas unidades, onde existiam grandes listas de espera. A corroborar o referenciado devemos mencionar o recluso G do EP de Castelo Branco.

“Há trinta anos era diferente [referindo-se ao apoio à toxicodependência] ... agora não... agora qualquer um vai ali e pede ajuda.”

Em meio prisional as respostas dos elementos do *focus-group*, também não são consentâneas, no que concerne à resposta dos serviços de saúde, uns indivíduos avaliam-nas como positivas.

“Nós aqui dentro, está bem que aqui somos mais vezes vistos, temos mais vezes médico do que se calhar lá fora estamos muito mais tempo à espera do que estamos aqui dentro...” (Recluso D – EP Covilhã).

“Eu acho que nessa parte está a trabalhar bem. Agora de 3 em 3 meses estamos a fazer análises, acho que está bem” (Recluso I – EP Covilhã).

“Tive eu...Hepatite C. Entrei, tinha Hepatite C, fui ao hospital deram-me medicação, ao fim de três meses estava curado” (Recluso A – EP Covilhã).

Sendo focado pelo recluso F do EP das Caldas da Rainha que a resposta em meio prisional contribuiu para a estabilização do seu problema de saúde.

“Nesse aspeto melhorou sim, tomar a medicação certa, sempre a horas, estabilizou muito as minhas oscilações de humor e os problemas da minha... do meu distúrbio de personalidade... humm... e é isto.”

Este testemunho reporta-se à toma desregulada da medicação, que se configura num problema em meio livre, por despoletar impulsos que não consegue controlar com a ausência de medicação. O facto de nos EPs a regularidade do uso de medicamentos ser mencionada está relacionado com a existência de um Manual de Procedimentos para a Prestação de Cuidados de Saúde em Meio Prisional, que tem o intuito de reunir num único documento, um conjunto de regras e procedimentos estruturadores da prestação de cuidados de saúde à população reclusa, promovendo a homogeneidade nos diferentes estabelecimentos prisionais. Entre os diferentes procedimentos, impressos e orientações, este excerto em concreto, reporta-se à Toma de Observação Direta (TOD) em que a medicação prescrita é distribuída diariamente e de forma individualizada, devendo a sua ingestão ser feita na presença do(a) enfermeiro(a) no ato da sua entrega.

Contudo também se faz menção à falta de profissionais de saúde nos quadros da DGRSP, que interfere na resposta dos serviços de saúde em meio prisional. Dificultando na execução de um trabalho célere e produtivo, interferindo negativamente na relação entre profissionais e reclusos.

“Aqui só temos o médico uma vez por semana e é à terça-feira... eu tive em Leiria... tive em Leiria, dois anos em Leiria... preventivo... ahhh, tinha lá três médicos todos os dias e tinha enfermeira, todos os dias (...)” (Recluso J – EP Caldas da Rainha).

“Todos nós fazemos análises e tudo na... eu já fiz aqui uma ou duas vezes e até hoje nunca vi a resposta delas e mesmo perguntando, exigindo...” (Recluso L – EP Caldas da Rainha).

Por fim, o recluso C do EP de Castelo Branco, reporta-se de forma negativa à medicação que lhe é fornecida, pelo EP. “Não consegui criar rotina e até me alteraram o medicamento... não me dão a mesma medicação... que devia ser sempre do mesmo laboratório e trocaram-ma não sei porquê... o outro que tomava lá fora que era para a ajudar para epilepsia tiraram-mo... deram-me aí uma coisa qualquer.”

“Sim, sim... E a minha médica que me seguia a epilepsia dizia para não trocar por outro laboratório... já tomei de diversos laboratórios e só com aquele é que não me dava... estão constantemente a mudar.”

Neste contexto deve referir-se que toda a medicação administrada à população prisional é por expensas da DGRSP, sendo o HSJD a entidade que centraliza a aquisição de medicamentos por forma a satisfazer as suas necessidades, e também dar resposta às solicitações de medicação que os EP’s requeiram. A medicação tem de estar referenciada num formulário com lista de medicamentos e dispositivos, criados pelos serviços de saúde da DGRSP, permitindo a cada EP realizar a sua encomenda. Mas se o médico do EP entender que existe um medicamento mais eficaz para o tratamento do recluso e não consta no formulário em vigor, solicita o medicamento em causa, através da emissão de um extra-formulário, que carece de autorização do coordenador clínico do HSJD, para adquirir em farmácia comunitária, da zona de referência do EP, com receita do SNS. Procedimento recorrente sempre que necessário. Contudo, o facto de implicar procedimentos burocráticos, pode significar que acontece menos vezes do que seria desejável.

Há a salientar que os reclusos do EP de Aveiro não emitiram qualquer opinião sobre a respostas dos serviços de saúde, em meio live e meio prisional.

2.6.1. Profissionalismo

A população reclusa não fez referência ao modo como os profissionais de saúde atuam em meio livre, eventualmente por não recorrerem frequentemente aos serviços de saúde prestados pelo SNS. Contudo, existe uma breve referência ao serviço prestado pelo médico de família do recluso C do EP das Caldas da Rainha: “O meu médico de família, no meu caso, o médico de família, estamos sempre a fazer um... independente do check-up de trabalho... de seis em seis meses tinha de fazer o check-up... era obrigado a fazer, ahh... mas o médico de família sim, era o apoio... um apoio.”

Quanto ao meio prisional, menciona-se novamente a falta de profissionais nos quadros da DGRSP e a sua rotatividade, que limita a intervenção dos profissionais de saúde junto da população reclusa, por não se envolverem em dinâmicas funcionais e profícuas, necessárias ao EP de uma relação de confiança entre médicos e reclusos e mesmo ao bom funcionamento dos serviços de saúde nos EP’s. A existência de uma relação de confiança é

ainda mais premente quando se trata de questões de saúde mental, um problema de saúde frequente nos EPs.

“Isso dos psicólogos também é um problema, eu por acaso ainda não fui ao psicólogo aqui... mas estar a falar com uma pessoa que não se conhece de lado nenhum já é complicado e depois estar, agora a um, depois aquele vai-se embora vem outro, depois aquele vai-se embora vem outro, depois vai-se embora vem outro, uma pessoa acaba também por não estar à vontade, pelo menos falo por mim, pessoa que vão falar de coisas íntimas... para uma pessoa que não conhecem de lado nenhum, depois quando ganham confiança vai-se embora, vem outro é outra vez o mesmo processo todo...”(Recluso C - EP Caldas da Rainha).
“Comigo aconteceu! Já é o sexto psicólogo que... tenho e cada vez que vem um novo começa-se da estaca zero ...” (Recluso F - EP Caldas da Rainha).

“Esta enfermeira acha que é mais que médica... ela até corta a medicação que os médicos receitam (...) Eu com respeito a saúde... há seis anos que estou nesta casa, estou preso há sete mas há seis nesta casa, e com respeito à saúde não posso reclamar de nada, posso reclamar é com a enfermeira, que corta medicação que o médico dá... ao longo destes seis anos já vi mais que um médico a chamar à atenção da enfermeira que está cá para fazer o trabalho que ele manda e não o trabalho que ela quer.” (Recluso D – EP C Branco).

O mesmo recluso ainda refere: “E ele vir todos os dias ou não vir nunca vai dar ao mesmo, se a vontade com que ele vem todos os dias for a mesma que traz agora quando vem de mês a mês... eu acho que todos nós temos problemas na nossa vida, temos é que saber separar a vida pessoal da vida profissional... que é uma coisa que se vê cada vez menos.”

“(...) acho também que as coisas aqui estão mal organizadas porque eu fiz aqui o check-up, análises, isto e aquilo e... foi preciso eu... lutar para ir à enfermaria falar com a médica e depois a médica diz-me “ahh, a tua... os teus papeis do... para ver como é que eu estava, já chegaram... já chegaram, já estão aqui há um mês, um mês e meio...” uma pessoa... se eu não tivesse lutado para ir, derivado ao quisto eu nem ia saber como é que estava a minha saúde porque eu já... há um bocado falta de organização... ahh... por parte dos médicos aqui dentro...” (Recluso M – EP das Caldas da Rainha).

Conclui-se que existe uma ideia transversal a toda a população reclusa no que se reporta à falta de profissionalismo dos funcionários na área da saúde em meio prisional, que surge devido à escassez de meios e rotatividade, que se repercute na falta de confiança e interesse no acompanhamento entre paciente e profissional.

Conforme o referenciado no Manual de Procedimentos para a Prestação de Cuidados de Saúde, todos os estabelecimentos prisionais têm um Kit de emergência médica com medicação para administrar aos reclusos em casos urgentes, quando o médico de clínica geral não se encontra no EP, um dos medicamentos existente no Kit é o Brufen, sendo utilizado na maior parte das queixas de saúde.

“Aqui dentro vai um colega com dor na cabeça, outro com dor no peito, outro com dores de dentes, seja que dor for dão *bruffen* a todos, eu acho que está um bocadinho ultrapassado.” (Recluso E – EP de Aveiro).

Pese embora existam referências negativas acerca do profissionalismo dos serviços prestados na área da saúde, contudo, outros referenciam-nos como positivos.

“Tenho uma avaliação muito positiva, somos bem assistidos, há uns meses rebentou, um derrame (varizes), depois do banho ia a calçar as meias e do nada rebentou começou a sangrar. As senhoras enfermeira foram incansáveis no tratamento que me fizera, foram ainda umas cinco semanas para curar. A proximidade dos serviços de saúde faz com que solicite mais rapidamente os serviços para resolver.” (Recluso G – EP Covilhã).

“Mas também depende por quem somos vistos...se for a médica é mais rápido, se for o médico é deixar andar...” (Recluso B – EP Covilhã).

Mencionam a proximidade aos serviços de saúde como aspeto positivo e o interesse de alguns profissionais de saúde em resolver de forma célere os problemas de saúde que assolam os reclusos, e ainda é notório o benefício que os entrevistados sentem em ter mais que um profissional na mesma área, pois ambos os depoimentos reportam-se aos profissionais de saúde no plural e no facto de se um não for profissional no seu desempenho, sempre existe o outro profissional que tem uma atitude completamente diferente. Não obstante estas notas mais positivas, percebe-se da análise dos vários excertos que as expectativas de relacionamento com os profissionais de saúde não se baseiam apenas numa interação curativa, típica da interação médico-paciente marcada pelo modelo biomédico. Esperam dos profissionais tempo, empatia e interesse em relação às suas queixas, objetivas e subjetivas, o que nem sempre acontece.

2.7. Rótulo e estigma

Todos os participantes deste *focus group*, referem que não se sentem estigmatizados por parte dos profissionais de saúde, quando se deslocam ao SNS.

“Aos sítios todos onde fui bem tratado, se formos por aí disfarçaram bem, mas nós somos pessoas depende da nossa maneira de nos colocarmos (...)” (Recluso F – EP Aveiro).

“Nem no hospital nem em lado nenhum” (...)” (Recluso I – EP Covilhã).

“Já fui quatro vezes ao hospital e não senti qualquer tipo de discriminação, uma brincadeira ou outra, posso ouvir uma boca do guarda, mas das pessoas que trabalham no hospital não” (Recluso E – EP Aveiro).

Muitos afirmam que na qualidade de recluso, obtiveram o melhor atendimento médico de que se lembram como utentes.

“(...) o atendimento médico para mim é exatamente igual, eu fui super bem atendido, o Hospital aqui das Caldas (...)” (Recluso H – EP Caldas da Rainha).

“(…) No que diz respeito aos médicos nunca, mas mesmo nunca a condição de recluso interferiu nos serviços prestados, recordo que numa das vezes que fui a uma consulta na qualidade de recluso tive o melhor atendimento que tive até aos dias de hoje.” (Recluso G – EP da Covilhã).

Estas situações vêm corroborar o propósito do SNS, pois têm a responsabilidade de prestar cuidados de saúde em condições de qualidade e quantidade idênticas às que são asseguradas a todos os cidadãos, sendo os reclusos, considerados para todos os efeitos utentes do SNS. Neste contexto salienta-se que, apesar de estarem privados de liberdade, os reclusos têm uma assistência baseada na equidade, cujos cuidados de saúde que lhes são prestados são equivalentes aos disponibilizados aos restantes cidadãos. Fazem mesmo menção, que a sua condição de recluso, contribui para uma maior celeridade do atendimento nos serviços do SNS.

“Vai-se passando à frente” (Recluso F – EP Castelo Branco).

“Pelo contrário... passamos sempre por outras curvas e não só (...)” (Recluso G – EP Castelo Branco).

Chegando mesmo a referenciar que a condição de reclusão lhes concede ganhos evidentes, nomeadamente na realização de análises em situações de greve.

“Numa altura em que os enfermeiros estavam de greve não faziam colheitas a ninguém e eu tinha de fazer colheita de sangue para a infeciologia e fui diretamente com os guardas ao laboratório e só me fizeram a colheita a mim, o que não iria acontecer se não estivesse em reclusão”. (Recluso G- EP da Covilhã).

Outros reclusos sentem-se estigmatizados, o estigma traduz-se numa etiqueta que, quando aplicada a um indivíduo, resulta na desvalorização do mesmo, sentimento que se traduz nos depoimentos.

“Às vezes gostam de mandar uma piada ou outra, aqui no Estabelecimento, às vezes quando vou tomar a medicação gostam de mandar uma piada ou outra... (Recluso C – EP Caldas da Rainha).

Quando questionado se por parte do médico? todos os reclusos respondem: “Dos Guardas...”

“(…) não é nesta prisão... tem culpa ou outras prisões... recluso não é bicho... o recluso é um ser humano e eu acho que tem de ser tratado como ser humano, isto não é só na saúde... a nível geral... eu tenho acompanhado, desde que estou preso, acho que vêm o recluso como o crime que fez... tem de pagar o crime que fez... não é só o juiz, fica privado de muita coisa e eu repito, o recluso não é um bicho, não é um monstro...” (recluso E – EP de Caldas da Rainha).

Pese embora não se sintam estigmatizados por parte dos profissionais de saúde, ao invés constata-se que se sentem discriminados pelos guardas. Mais se acrescenta que

também são estes profissionais que passam mais tempo com os reclusos. Todavia os reclusos atingem o ponto nevrálgico da discriminação, quando se deslocam ao hospital, devido ao comportamento dos outros utentes que se encontram na sala de espera, a aguardar pela sua consulta médica.

“(…) só para perceber isto, a gente vai ao Santa Maria... normal numas urgências, está... “n” de pessoas a entrar e sair... os elevadores cheios... entra o recluso algemado... evapora-se tudo, é como se fosse um mostro, sai de tudo ao pé, só dessa situação que está aqui, de haver elevadores cheio de gente e... e vai um recluso com um Guarda Prisional e sai tudo do elevador para entrar ele, logo aí...” (Recluso E – EP Caldas da Rainha).

“(…) fazer aquilo que lhes compete, não é porque não gostam de drogados ou de assassinos, seja lá daquilo que for, chegam aí e tratam-nos como se fôssemos cães... eu acho que isso não é justo.” (Recluso D – EP C. Branco).

“(…) mas, no entanto, isso de ir ao Hospital e estar algemado e sentir a pressão de outras pessoas (...)” (Recluso H – EP Caldas da Rainha).

Constata-se que o sentimento de discriminação vai diminuindo na medida em que as deslocações ao exterior vão sendo mais frequentes, referindo o recluso G da Covilhã que chega ao ponto de desvalorizar o que os outros pensam a seu respeito.

“Inicialmente senti que as pessoas que estavam na sala de espera me olhavam de forma diferente, e incomodava, mas após algum tempo de reclusão, até deixa de incomodar, tenho uma situação caricata uma vez fui ao serviço de urgências e estava a ter uma conversa com o guarda que me acompanhava, (Guardava) e este afastava-se de mim e eu para continuar a conversa chegava-me para ele, até que ele me disse “estou a afastar-me para não perceberem que te estou a guardar e tu vens sempre atrás de mim”, então disse-lhe que isso não me interessava.”

2.8. Construção da masculinidade e comportamentos de saúde

Vários autores afirmam que a humanidade é o resultado histórico-cultural, em que se vai modelando as diferenças entre homens e mulheres, não atribuídas à natureza, mas à cultura, efetivamente existem características encaradas como masculinas, nomeadamente a liberdade, o altruísmo, a força, características notórias nas expressões proferidas pelos reclusos.

“O meu problema de saúde é os dentes, está a atacar muito, isto foi derivado de andar à murraça, agora ando a tratar deles” (Recluso E – EP de Aveiro).

“Em liberdade aconteceu que devido aos consumos arranjei uma infeção no braço muito grande. O local onde habitualmente me injetava ficou infetado, um dia quando estava a tomar banho rebentou uma borbulhinha e eu sozinho espremi para retirar o pus todo.

Tentei curar para ver se passava, agora arrepio-me todo ao pensar, mas na altura queria ver se passava sem pedir ajuda (...)” (Recluso G – EP Covilhã).

Os comportamentos adotados revelam que os homens não têm cuidado consigo nem com os outros porque segundo Rice et al., (2011) são preocupações que não são colocadas na sua sociabilização, ou seja, para que a sua masculinidade não seja posta em causa, evitam demonstrar emoções, expressar dor ou procurar ajuda.

“Automediquei-me... e depois comecei a ter problemas de ataque de pânico.” (Recluso E – EP Caldas da Rainha).

“O melhor médico de cada um somos nós mesmos... acho eu... para um primeiro diagnóstico vá... pelo menos eu sou assim, só vou mesmo quando estou assim a precisar muito. (Recluso G – EP C. Branco);

“Eu nunca precisei de um médico.” (...) “eu próprio sei tomar conta de mim, sei quando preciso e quando não preciso”. (Recluso B- EP C. Branco)

Na trajetória de vida, os homens têm comportamentos, consumos e estilos de vida prejudiciais para a sua saúde que podem provocar doenças, lesões e por vezes a morte (Schraiber et al., 2005).

“mas quem está cá a primeira vez, muitas das vezes é influenciado a fazer coisas que nem sabe o risco que está a correr, porque é tudo novidade, eu também sou um deles porque também caí nisso, só que podia correr mal” (Recluso F – EP de Aveiro).

Segundo, Wall et al., (2016) os homens em geral, adotam mais condutas de risco, nomeadamente bebem mais, fumam mais e consomem mais drogas, mas também, recorrem menos aos serviços de saúde, até mesmo numa postura preventiva.

“um gajo está a fumar o outro diz dá-me a tua ponta, isso é um risco porque há doenças que são transmissíveis pela saliva.” (Recluso E – EP Aveiro).

Conclui-se que os comportamentos adotados pelos homens, não devem ser entendidos como algo natural à condição de ser homem, mas motivados em parte pelas normas sociais, adotando estratégias, normas e comportamentos, mesmo que estas ponham em causa a sua saúde (Silva *et. al*, 2013).

“(...) aos 14 anos sai da casa da minha mãe para ir viver com o meu pai, o pai não marcava consultas porque tinha problemas de álcool com consumos regulares, era como eu com o Haxixe, então nem eu nem ele” (Recluso H – EP Aveiro).

Na mesma linha de pensamento, Rice et al., (2011) salienta que as desigualdades de género têm inferências na saúde dos homens e das mulheres, sobretudo no que diz respeito à procura de ajuda quer nos comportamentos de risco, quer na proteção da sua saúde, existindo comportamentos estereotipados no que se refere ao masculino e feminino (Raposo et al., 2016), em que se constata que as mulheres reportam mais sintomas procuram mais cuidados médicos (Augusto, 2013; Macintyre et al., 1996)

“Sim eu estive internado quatro vezes em psiquiatria, porque a minha mãe marcou, pois ela percebia que eu não estava bem.” Recluso F – EP Caldas da Rainha).

“Eu a última vez que fui ao posto médico foi porque a minha mãe me marcou, há 10 anos que não ia lá... Sempre fui muito descuidado com a minha saúde, era a minha mãe que se preocupava comigo, aliás ela é que tem cuidado com os problemas de saúde, dos homens da casa, somos todos uns desleixados...” (Recluso A – EP Covilhã).

O mencionado está em conformidade com Augusto (2013), os homens constroem a sua masculinidade em contraste com crenças e atitudes positivas de saúde, visto que, estas, são entendidas como características de comportamento feminino. Nesta senda e segundo Rabasquinho & Pereira, (2012) também podemos referenciar que as mulheres estão mais atentas, logo, percebem melhor sinais e sintomas, adotando uma postura ativa em relação à gestão da saúde. Estas adotam crenças e comportamentos de saúde mais preventivos do que os homens, tendo em consideração que, historicamente, por meio da socialização de género, foram encorajadas para tal postura.

“Acho que as mulheres são mais responsáveis nisso, até porque de hoje em dia as doenças que existem, são obrigadas a ir fazer rasteiros, assim como nós, com uma certa idade temos de fazer à próstata, mas muitas vezes ignoramos esses cuidados e poderemos vir a ter problemas graves.” (Recluso F - EP Aveiro).

“As mães e as mulheres são mais cuidadosas, dizem já marquei consulta e eu “Ó qui carago” (Recluso C – EP Aveiro).

Os excertos corroboram a teoria de Couto et al., (2010) de que as mulheres representam melhor a clientela familiar, pois são elas que estão presentes nas consultas, nas salas de espera, nas filas de centros de saúde ou hospitais. Conclui-se que há homens que reconhecem e valorizam o género feminino, ao invés de outros que adotam ideias e comportamentos machistas desvalorizando o papel da mulher na sociedade, nomeadamente o recluso H do EP Caldas da Rainha menciona que o facto de ser atendido por uma médica passa a ser um obstáculo na procura dos cuidados de saúde.

“Eu médica de família tenho... e não vou ao médico de família porque odeio o meu médico de família, odeio a minha médica... isto é... são coisas pessoais, mas a nível, no trabalho fazia os checkups normais, na carrinha, onde faz análises ao pulmão... eletrocardiograma, sangue e à urina... e Hospital faço de ano a ano, mas também é a mulher que... que eu por mim nunca ia ao Hospital...(risos)”.

Verifica-se ausência dos homens como usuários dos serviços de saúde, este tipo de comportamento e de acordo com Couto et al., (2010) leva à invisibilidade dos homens nos serviços de saúde, postura transversal a todos os participantes.

“Eu nunca fui ao médico... eu nunca fui ao Hospital por estar doente... nunca estive...” (Recluso G – EP Caldas da Rainha).

“Eu já não me lembro a última vez que fui ao médico, mas foi qualquer coisa do estilo, uma gastroenterite ou coisas assim...” (Recluso B – EP Caldas da Rainha).

“É assim, eu devia ter consultas de psiquiatria, mas não ia...” (Recluso F – EP C. Rainha);

“Eu nunca gostei de ir ao médico”. (Recluso D - EP C. Branco).

“Raramente... eu nem tenho médico de família... e posso dizer que nunca tive grandes doenças ou problemas... Quando ia era para ficar para ser operado ou ossos partidos.” (Recluso G – EP C. Branco).

“A última vez que fui para exames de rotina, aqui dentro. Lá fora evitava ir ao médico, só se estivesse mesmo muito doente” (Recluso I – EP Covilhã).

Eu não... eu era o meu próprio médico... eu andava sempre fora muito longe. (Recluso G – EP C Branco).

Neste contexto verifica-se que os homens têm trajetórias sociais bem demarcadas, em que a construção social em torno da masculinidade pode gerar efeitos nefastos, na sua saúde Rice et al., (2011) mas ainda se pode afirmar que “Pouco se sabe sobre a forma como a socialização masculina, a pluralidade de masculinidades e as experiências socialmente relevantes dos homens influenciam a saúde no masculino” Wall et al. (2016). Certo é que os homens resistem aos convites para irem ao serviço de saúde e não seguem o tratamento como o esperado em Couto et al., (2010).

“Só ia ao médico de família na última” (Recluso G – EP Aveiro).

“Mesmo assim tentavas adiar” (Recluso F – EP Aveiro).

“Só ia ao médico na última porque a mulher e os filhos diziam vai, vai ao médico, eu gosto pouco de ir às médicas” (Recluso G – EP Aveiro).

Conclui-se que os comportamentos adotados pelos homens não devem ser entendidos como algo natural à condição de ser homem, mas motivados em parte pelas normas sociais (Augusto et al. 2013). Estes adotam estratégias, normas e comportamentos para o desenvolvimento, manutenção e reforço da masculinidade. Os homens são ativos na construção e reconstrução do modelo de masculinidade, Courtenay (2000), cit. em Augusto et al. (2013).

2.9. Saúde mental e comportamentos aditivos

Pese embora existam limites percebidos à saúde e bem-estar do indivíduo, todavia já verificamos que dependendo dos contextos e vivências, estes podem alterar comportamentos, chegando mesmo a mudar de atitude sempre que necessário, pelo que, faz sentido correlacionar os limites vivenciados pelos reclusos, bem como, a valorização que fazem do seu estado de saúde, em meio livre e em meio prisional.

2.9.1. Acompanhamento psiquiátrico e psicológico

Os dados do nosso estudo têm revelado que os homens evitam recorrer aos serviços de saúde em meio livre, para obterem acompanhamento médico, postura que se modifica em meio prisional, pois até consentem acompanhamento psiquiátrico e psicológico, que antes era impensável aceder ou aceitar.

“fui a uma consulta de psiquiatria duas vezes, nunca tinha tido antes, por isso não consigo avaliar, nunca fui a um psiquiatra, a primeira vez foi agora durante a reclusão.” (Recluso H – EP Aveiro).

Efetivamente a consubstanciar o já referido e no que concerne à doença mental registaram-se mudanças nas políticas de saúde, em que, a mas evidente foi a desinstitucionalização da doença mental, que de acordo com Hespanha (2012), os pacientes psiquiátricos que não tivessem problemas sociais ou comportamentais mantinham-se no seu ambiente socio-residencial, deixando de ter acompanhamento médico sistemático, a ausência de consultas desta especialidade leva a que os pacientes deixam de tomar a medicação ou então automedicam-se surgindo problemas de saúde que não conseguem solucionar.

“Automediquei-me... e depois comecei a ter problemas de ataque de pânico.” (Recluso E – EP Caldas da Rainha).

A consequência deste desequilíbrio leva à criminalização da doença mental que segundo Shenson et al., (1990) nalguns sujeitos com perturbações mentais, o facto de não terem apoio familiar/comunitário/médico ou por impulso da própria doença, tornaram-se muito vulneráveis, acabando por se envolver em delitos e muitos foram detidos.

“A falta de acompanhamento psiquiátrico acabou por diretamente meter-me aqui dentro, se tivesse acompanhamento não tinha vindo preso. Na altura e nos primeiros meses que entrei para aqui achava que não era relevante, o acompanhamento psicológico só passado meio ano e após tomar medicação que me ajuda a descansar melhor é que percebo, o trabalho ajuda a manter-me uma rotina, praticar desporto.” (Recluso E – EP Aveiro).

“Eu vou crer que acontece na maioria dos casos... se não a maioria das pessoas não estariam aqui... porque há um défice de acompanhamento psicológico ou sociológico para que não se cometam certos erros... por isso estamos aqui.” (Recluso D – EP de C. Branco).

Existe consonância com a ideologia de Marques-Teixeira, (2004) que menciona que pelo facto de os indivíduos não procurarem acesso às necessidades básicas, optam por se envolver no mundo do crime. Constatando-se que as prisões funcionam como “depósito” de sujeitos com doença mental (Marques-Teixeira, 2004; Teplin, 1990). Contudo e na perspectiva de Chiles et al., (1990), os doentes são os principais prejudicados, pela dificuldade que têm em gerir a sua vida e garantir os cuidados de saúde necessários.

“Teve, teve! Eu estou aqui porque estive três dias sem tomar a medicação, tive um... sei lá, um surto psicótico ou qualquer coisa assim.” (Recluso F – EP Caldas da Rainha).

Também devido aos apoios sociais que não chegam a todos os que necessitam ou pela escassez dos meios ou mesmo por desconhecimento e ou desinteresse, dos cidadãos na forma como podem aceder ao acompanhamento psicológico e ou psiquiátrico.

“Isso também é uma diferença que agente tem daqui lá para fora, se... tem consultas de psicologia, lá fora ninguém se preocupa muito com esse fato, aqui é mais frequente termos acompanhamento.” (Recluso F – EP Aveiro).

Ainda segundo o mesmo autor e conforme os depoimentos recolhidos, alguns reclusos em meio livre não sentem necessidade de recorrer a consultas e ou tomar medicação, contudo procuram aceder a cuidados de saúde, apoios e benefícios sociais através do sistema de justiça.

“Antes de estar preso fui uma ou duas vezes, mas não gosto de ir a psiquiatras porque penso que sou capaz de dar a volta sozinho. Mas não às vezes é mesmo preciso ir ao psiquiatra e tomar alguma medicação.” (Recluso A – EP Aveiro).

Nesta senda uma sucessão de acontecimentos provocou, uma verdadeira crise no sistema prisional (Marques-Teixeira, 2004), tendo de adequar serviços de saúde psiquiátrica à população reclusa (Shenson et al., 1990). Uma vez preso, o doente mental acede aos cuidados de saúde através dos serviços e recursos disponibilizados pela instituição prisional, o que lhe garante cuidados a que em liberdade seria difícil aceder. Este funcionamento poderá levar ao entendimento que é mais fácil de receber tratamento mental em situação de reclusão (Chaimowitz, 2012).

“Não, não gostava de... não estava aberto... aqui demorei um pouco a abrir... a aceitar ajuda, estava muito fechado em mim próprio... não, eu achava que os outros é que estavam mal, que toda a gente é que tinha de mudar menos eu e... aos poucos fui percebendo que não é assim... que eu posso receber ajuda de... das outras pessoas... e... e beneficiar muito com isso.”(Recluso F - EP de Caldas da Rainha).

Nesta citação também se verifica que o recluso tem relutância em aceitar qualquer tipo de intervenção na área da psiquiatria, pelo estigma que está associado ao recurso desta especialidade. Contudo verifica-se que os reclusos reconhecem os benefícios do acompanhamento que têm na área da psiquiatria e psicologia em meio prisional.

“Sim, porque é uma pessoa que podemos sentirmo-nos ali à vontade e poder descarregar um pouco a nossa carga emocional... isso faz aliviar um bocadinho. (...) Sim, sim, sem dúvida tem-me ajudado bastante, principalmente a psicologia (...). Sinto-me bem a falar com ele... aquela pessoa tem ajudado imenso, por acaso” (Recluso L – EP Caldas da Rainha).
“Enquanto recluso é uma situação a favor o facto de haver cá um psicólogo...” (Recluso E – EP Caldas da Rainha).

Em meio livre os indivíduos não procuram os serviços de saúde, nomeadamente as áreas da psiquiatria e psicologia, por desinteresse, por desconhecimento da própria doença,

pela escassez de meios, falta de acompanhamento, estigma pela procura da especialidade ou outros motivos impeditivos, ao invés em meio prisional acedem aos tratamentos e às consultas da especialidade e acompanhamento, reconhecendo-lhe benefícios que em meio livre não conseguiriam perceber.

2.9.2. Consumo de álcool

Efetivamente existem comportamentos individuais que se tornam num problema social, porque deixam de ser consentâneos com normas e regras sociais, que devem balizar o nosso comportamento perante os outros. Neste referencial podemos abordar o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, pois, interfere com a produtividade económica, com os recursos gastos pela justiça criminal, pelo sistema de saúde, e ainda, por outras instituições sociais. Dependendo do indivíduo, o abuso de bebidas alcoólicas pode interferir negativamente a nível físico, mental, familiar, profissional ou simplesmente legal.

“Agora vou-me embebedar, chego a casa ou aqui ou ali, não nos controlamos por estarmos bêbados e agrava a situação, é por isso que elas acontecem o de virmos presos.” (Recluso F – EP Aveiro).

O comportamento aditivo pode ter repercussões a vários níveis, para o próprio, para quem o rodeia e ainda para a sociedade como um todo. Neste âmbito CISA (2019) aborda as consequências do consumo de álcool, quanto a problemas no trabalho, acidentes de viação e condução sob o efeito de álcool, entre outras problemáticas que podem levar o indivíduo a ficar comprometido com o sistema de justiça.

“Com um bagaço já fica bem. Sei que o álcool é o motivo de estar aqui, pois andava a conduzir bêbado, isto repetiu-se vezes sem conta, fui multado umas 5 vezes até me mandarem preso.” (Recluso D - EP Aveiro)

SICAD (2019) afirma que o sexo masculino é um abusador nato de consumo de bebidas alcoólicas, já CISA (2019) alude aos desentendimentos graves no relacionamento entre pais e filhos e ou entre companheiro (a) cita mesmo que um elevado número de casos de violência doméstica é devido ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas, usual ou ocasional, que se configura num problema de saúde pública global fazendo mesmo menção que a violência doméstica é o crime mais frequente nos pares que consomem bebidas alcoólicas de forma abusiva evidenciando-se como protagonista a figura masculina.

“(…) não conseguia estar sem beber. Entrei na cadeia acusado de violência doméstica contra a minha mãe” (Recluso C– EP Covilhã).

“As violências domésticas vão ter ao álcool (...)” (Recluso D – EP Aveiro).

Neste âmbito e reportando às conclusões das pesquisas realizadas pelo Instituto Nacional de Comportamentos Aditivos em Meio Prisional, publicadas em SICAD (2019) podemos dizer que os crimes mais violentos e com penas mais pesadas, são os praticados

sob o efeito de álcool, comparativamente aos crimes praticados sob o efeito de drogas. Contudo em meio prisional, verifica-se uma diminuição drástica nos consumos de álcool e estupefacientes, porque de acordo com o artigo 104, alínea f) do CEPML, ambas são ilegais no sistema prisional.

“E as regras... falo por mim... as regras proibitivas de consumo disto, daquilo, etc. (...) As regras em relação ao consumo de drogas, álcool.” (Recluso G - EP de Castelo Branco).

Todavia e no que respeita à bebida alcoólica há reclusos que fabricam artesanalmente, através da fermentação da fruta com açúcar (produtos a que têm fácil acesso no sistema prisional), com recurso a alambiques artesanais, engenhosamente elaborados pelos reclusos. A este líquido (aguardente) dão o nome de “xixa”.

“Com um bagaço já fica bem, mas aqui não podemos beber, só se for às escondidas dos guardas e é aguardente feita por nós.” (Recluso D do EP das Caldas da Rainha)

Existem desfechos nefastos para a saúde do indivíduo, tal como, refere o Livro Branco: “em 2014, os homens apresentavam uma probabilidade quatro vezes maior do que as mulheres de morte por doença crónica do fígado e dezasseis vezes superior de morte devido a transtornos mentais e comportamentais causados pelo uso de álcool, (..) em Portugal o consumo de álcool é particularmente frequente entre as camadas menos escolarizadas da população”. (Wall et al., 2016 pag.114). Existindo nos nossos excertos referencia aos malefícios físicos.

“Eu tenho um exemplo, eu sou jovem... consumia em excesso bebidas alcoólicas e houve uma altura, há cerca de um ano... um dia saí à noite e comecei a urinar mais negro e o dia a seguir comecei a urinar mesmo sangue e aí fui ao centro de saúde lá na vila onde vivo... e disseram-me que era dos rins, fizeram-me análises e disseram que não tinha nada a ver com o fígado mas tinha alguma rutura nos rins ou nas veias dos rins que se tinham aberto ou rasgado... passado dois dias ou três a tomar os comprimidos voltou tudo ao normal.” (Recluso F – EP Castelo Branco); “Já podias beber vinho outra vez (risos).” (Recluso D – EP C. Branco).

No que concerne aos danos no cérebro, e mencionando CISA (2019) o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, pode produzir um “branco” ou intervalo de tempo no qual o indivíduo alcoolizado não consegue recordar detalhes de acontecimentos ou até mesmo acontecimentos completos. Podendo surgir o síndrome de Wernicke-korsakoff, doença que se caracteriza por dois síndromes que se diferenciam da seguinte forma: a Wernicke é de curta duração, verificando-se confusão mental, paralisia dos nervos que movem os olhos e dificuldade de coordenação motora; no que concerne à Korsakoff, evidenciam-se perdas de memória de acontecimentos futuros e de memória retrógrada, tal como, refere o recluso C do EP da Covilhã: “(...) Entrei na cadeia acusado de violência doméstica contra a minha

mãe. Agora tenho consciência que fiz muito mal à minha mãe, mas devido à bebida não sabia o que fazia, nem me consigo lembrar do mal que lhe fiz (...)

São evidentes os limites e transtornos do consumo excessivo de bebidas alcoólicas no indivíduo, pelo que, a Associação Americana de Psiquiatria (AAP) em 2017 aprovou tratamento farmacológico e orientação para avaliação psiquiátrica, para pacientes com transtorno por uso de álcool, com objetivo de melhorar a qualidade de vida, mas por vezes os pacientes não valorizam este tipo de intervenção nem em meio livre, nem em meio prisional.

“Eu vou lá fora, por causa do álcool. Já fiz (tratamento dentro do EP) mas, já acabei e agora vou mesmo na rua... fui uma vez, mas agora estou à espera da outra. Não! Antes de entrar estava... andava há dois meses, mas depois vim para aqui, tomava medicação, depois acabei (...) mas agora, estou com outros problemas porque querem que eu tome um comprimido por causa do álcool... faço consultas lá fora (...) mas só fui a uma”. (recluso G - EP das Caldas da Rainha).

A falta de clareza no discurso indiciam constrangimentos em revelar o tipo de acompanhamento que lhe é proporcionado, mais se acrescenta que nos diferentes grupos existiam outros reclusos com problemas de alcoolismo que se coibiram de referenciar tratamento ou transtornos vivenciados pelo ingestão imoderada de bebidas alcoólicas. Nesta senda está subjacente a (produção de género – *doing gender*) ou seja apresenta-se a si e aos seus sintomas conforme as normas de género, uma vez que o consumo de álcool é legal e sempre foi incitado pelo sexo masculino: “o álcool dá força”, ainda, evitam demonstrar emoções ou pedir ajuda, postura que não é partilha pelo recluso G do EP de Castelo Branco no que concerne aos problemas das dependências.

“Depende dos casos das doenças... Agora em relação à droga e ao álcool... às vezes sim, tem de se pedir ajuda.”

Neste discurso há consciência de que os problemas aditivos são mais fáceis de se tratar se existir intervenção clínica, conseguindo-se pôr em prática as orientações protagonizadas pela AAP no que concerne ao tratamento farmacológico e orientação para avaliação psiquiátrica. Constata-se que o meio prisional se torna propiciador para implementar as terapêuticas, uma vez que, as bebidas alcoólicas são de difícil acesso, ao invés do meio livre, chegando mesmo os participantes a referir que restabelecem a saúde em meio prisional, porque deixaram de ingerir bebidas alcoólicas.

“Agora, aqui dentro após um ano de estar preso, avalio a saúde como boa, não tenho acesso a bebidas alcoólicas, logo restabeleci a minha saúde, na rua bebia muito, (...)” (Recluso C – EP Covilhã).

“Eu já fiz análises e raio-x... ainda bem pois bebia muito e não sabia se estava tudo bem com o meu organismo, não me chamaram é porque felizmente está tudo bem.” (Recluso J – EP Caldas da Rainha).

Neste contexto revela-se importante a realização de protocolos entre os Centros de Saúde e os estabelecimentos prisionais, em que os profissionais existentes nos centros de saúde que tenham a seu cargo o acompanhamento de consultas de alcoologia, se desloquem aos estabelecimentos prisionais para em alguns casos dar continuidade às consultas do meio livre e noutros iniciar o acompanhamento desta problemática aditiva a nível terapêutico. Contudo deve ressaltar-se que se o diretor do estabelecimento prisional não procura este entendimento e colaboração entre ambas as partes, a intervenção do Clínico do SNS com responsabilidades nesta matéria, não chega a existir.

2.9.3. Consumo de drogas

Tal como acontece com o álcool, em muitos dos casos, o consumo de drogas é um dos motivos que conduz à reclusão, e é também um importante marcador na saúde de muitos reclusos.

“Muitas vezes influenciados pelos amigos [consumiu drogas]. Os amigos que tinha agora estou aqui vai fazer cinco meses, só dois ou três é que cá vieram, aqueles que eu não esperava foram os que apareceram. Eu fui acusado de violência doméstica, comecei a ter problemas com a minha mulher e com a família também, entretanto divorciei-me da minha mulher e ela acusa-me” (Recluso B – EP Aveiro).

Efetivamente há a menção de que em meio livre os amigos estavam juntos nos consumos, mas quando se passa para a condição de recluso, esses laços quebram-se, não existindo qualquer tipo de suporte/apoio entre si.

“E os amigos com que tu andavas nunca apareceram” (Recluso C – EP Aveiro).

De acordo com os testemunhos de alguns reclusos, em meio livre há dificuldade em deixar os consumos, por se tratar de um comportamento aditivo. Segundo Branco, (2007, p. 71), a toxicodependência é definida como o “estado psíquico e físico que resulta do consumo de uma ou mais drogas que se caracteriza por reações comportamentais e outras, que levam sempre à necessidade compulsiva do consumo”, com o intuito de conseguir efeitos psíquicos, nomeadamente o de anular o mal-estar decorrente da ausência da substância.

“(.)meio livre era um desatino constante à procura de droga, não ligava á família, trabalho ou quer que seja, no fundo era um morto vivo.” (Recluso G – EP da Covilhã)

“Lá fora não tinha tempo para nada dessas coisas (risos)... eu lá fora tinha uma vida muito louca... eu consumia muitas drogas... drogas em excesso... e foi assim ao longo de toda a minha vida por isso é que vim para esta santa casa. (Recluso D – EP C. Branco).

“O uso de droga e a criminalidade estão entrelaçadas na trajetória de vida dos indivíduos que constituem a população reclusa. A droga e o delito estão interligados em que um complementa o outro: ora o delito é cometido para a aquisição de drogas, ora a droga é consumida para a prática do delito, numa parceria de transgressão, sugerindo que ambas funcionam para transgredir” (Agra cit. In Silva 2013, p.31). Esta relação é reconhecida pelos participantes.

“A minha toxicod dependência levou a que cometesse crimes e viesse detido, se tivesse outro tipo de ajuda médica no exterior nós não íamos para lá e não cometíamos esse o crime.” (Recluso D – EP de Aveiro).

“Ssssss... pode ser visto como uma desculpa não é!?!... há quem diga que os toxicod dependentes culpam sempre os seus atos com a droga... pode ser uma desculpa, mas é a verdade... eu para ter aquilo fazia fosse o que fosse.” (Recluso D – EP de C. Branco).

“Eu não... eu só aqui estou porque não parei.” (Recluso F – EP C Branco).

O problema do consumo de drogas ilícitas é um fenómeno recorrente e disseminado, o que, segundo a literatura, pode associar-se à sobrelotação dos estabelecimentos prisionais portugueses, já que, após a explosão do consumo, verificou-se um aumento significativo do número de reclusos e a consequente sobrelotação do sistema por crimes associados ao consumo e/ou ao tráfico (Poças et al., 2006; Torres & Gomes, 2002).

“Eu acho que os que estão aqui presos é tudo à conta das drogas, se não se vende consome-se, se não se consome, rouba-se para consumir tudo á conta da droga, ou álcool.” (Recluso C – EP de Aveiro).

Ainda na perspetiva de Poças et al., (2006) as drogas estão associadas a várias doenças infecciosas ou mentais, bem como ao abandono escolar precoce, baixa ou inexistente formação profissional ou ainda à marginalização familiar. É sobejamente conhecido que os danos físicos, mentais e familiares são mais desastrosos em indivíduos que tenham um longo historial de consumos.

“(.)meio livre era um desatino constante à procura de droga, não ligava á família, trabalho ou quer que seja, no fundo era um morto vivo.” (Recluso G – EP da Covilhã).

“Em meio livre o que contribuiu para o meu problema de saúde foi a toxicod dependência, (...) psiquiatra do CAT para fazer tratamento à hepatite C (...)” (Recluso G – EP da Covilhã).

“Tivemos aqui um caso de um toxicod dependente, tinha HIV e eu convivi com ele... porque era um HIV (...)” (Recluso E – EP Caldas da Rainha).

“No meu caso talvez não, já não consumia há 6 anos, mas o passado deixou marcas que no futuro vieram a revelar-se, eu tinha acompanhamento do CRI, só que o estrago psicológico e físico é maior, o nervosismo, sem ter aquela frieza para manter a calma e isso vem do passado...” (Recluso B – EP de Aveiro).

Constata-se que os participantes têm consciência que deixar os consumos é muito difícil em meio livre.

“A minha toxicodependência levou a que cometesse crimes e viesse detido, se tivesse outro tipo de ajuda médica no exterior nós não íamos para lá e não cometíamos esse o crime.” (Recluso D – EP de Aveiro).

Ou por falta de acompanhamento médico ou porque na sua perspetiva sentem-se bem e pensam que se autocontrolam, não necessitando de recorrer a ajuda médica.

“Tem os Serviços, tem os Centros de Saúde, tem o CAT, essas coisas todas, só que não havia necessidade disso, porque pronto, lá está, como era toxicodependente, era consumidor de drogas... achava que não era necessário...” (Recluso C – EP Caldas da Rainha).

“Temos sempre a ideia de que estamos bem, que não se passa nada... que controlamos..., mas não é bem assim.” (Recluso G – EP C Branco).

Ou ainda não param os consumos para não sofrerem a síndrome de abstinência, pelo que mantêm atos delituosos, em escalada, chegando à reclusão.

“Tenho consciência que o fato de saber que vou sofrer muito fisicamente devido à falta do estupefaciente, faz com que o nosso tempo seja insuficiente para arranjar estratégias para manter os consumos, resumidamente o nosso pensamento é vender droga para ter, ou nalguns casos roubar para consumir, no meu caso roubava para consumir e mentalmente não tinha tempo/predisposição para pensar na minha saúde.”.

Mas também há outros indivíduos que mantêm resistência em procurar ajuda clínica, só recorrem aos médicos para solucionar o seu problema de toxicodependência.

“Eu de médicos só precisei de ajuda só mesmo por causa da droga... para deixar a droga, de outra maneira nunca precisei dele, graças a Deus.” (Recluso D do EP de C Branco).

No entanto, importa reforçar-se que, como defende Pinto (2018), o tratamento à toxicodependência em meio prisional revela-se mais eficaz, uma vez que possibilita um apoio mais frequente em situações de maior fragilidade ou desequilíbrio. Um maior controlo resulta num maior empenhamento por parte dos reclusos, uma vez que a recaída nos consumos determina o afastamento do programa, o que pesa em termos negativos na avaliação para a liberdade condicional, sendo ainda relevante para a mesma a total desvinculação, quer da substância psicotrópica de que eram dependentes, quer daquela que lhe foi dada em sua substituição, como é o caso da metadona (substituto mais utilizado em meio prisional).

“Estava há um ano na metadona quando entrei na cadeia, nesta altura já conseguia trabalhar e fazer uma vida quase normal, como sabia que ia preso e que iria estar num ambiente mais protegido não me preocupei e até comecei a reduzir na quantidade de metadona. Estava saturado dos consumos.” (Recluso G – EP Covilhã).

Neste âmbito, poderemos afirmar que muitos reclusos tomam consciência que só com a entrada no sistema prisional é que conseguem interromper ou terminar os consumos, por vários motivos, entre eles, lograr a liberdade condicional tal como menciona Pinto (2018), também porque as substâncias ilícitas são proibida em meio prisional, logo o acesso está francamente dificultado, tal como nos reporta Frois (2017). “Eu imaginava que a prisão fosse muito pior. Estou-me a constatar que esta prisão é um caso especial. Primeiro não há droga aqui (...) depois como somos poucas, temos guardas connosco e não há coisas como elas contam de outras prisões, em que entra droga, telemóveis, há mais negócios. Não sei se é assim, mas é o que elas contam, como são prisões maiores (...) (Frois, 2017, p.231).” Nesta senda o recluso G do EP Covilhã refere: “Concluo mesmo que desejei vir preso para conseguir parar com os consumos. Após vir preso fico fechado e obrigatoriamente tenho de parar com os consumos, pois nesta cadeia mais pequena a droga é rara e a pouca que existe é haxixe, ficando obrigado a não consumir, porque a minha droga de eleição é a Heroína e Cocaína. Mas tendo em conta o meu tempo de pena estive para ser transferido para a cadeia de Coimbra, onde sabia que existia todo o tipo de droga, e lá eventualmente não teria força para me reerguer. Em resumo, o fato de não ter acesso à droga contribui para ultrapassar a minha dificuldade.”

A saúde dos reclusos configura-se como uma problemática latente e um campo aberto e amplo a ser explorado, assumindo-se como uma questão de saúde pública, na qual a própria condição de confinamento representa uma oportunidade singular para a implementação de programas terapêuticos, medidas preventivas e ações educativas específicas para esse segmento da população, que, grosso modo, em meio livre tinha menos acesso aos serviços de saúde e mais acesso às substâncias ilícitas.

2.10. A importância da formação e das relações de interajuda

2.10.1.1. Baixas qualificações escolares, informação e formação

De acordo com Pinto (2018), e comprovado pelos dados apresentados no Relatório de Atividades e Autoavaliação de 2018 da DGRSP, a maioria da população prisional apresenta baixo nível de escolaridade e literacia.

“(...) A experiência que tenho das outras detenções é que nós ouvimos e aprendemos coisas que nunca aprenderia na rua, no meu caso ainda digo mais, só tinha o 5.º ano, agora estou a frequentar o segundo ciclo para obter certificação do 6.º ano, assim treino a parte intelectual, para me ajudar a compreender melhor as coisas.”.(Recluso F - EP Aveiro)

A autora afirma que os fracos rendimentos escolares andam associados à delinquência, já que a adoção de comportamentos disruptivos durante a infância e a juventude conduzem por regra ao absentismo e insucesso escolar, o que por sua vez leva à

desocupação laboral, à falta de condições económicas e conseqüentemente à delinquência. Em suma, a componente educativa assume um papel preponderante na ressocialização do indivíduo. Face a esta realidade, a vertente educacional surge como uma prioridade no sistema prisional.

“Ele faz a inscrição para irmos aos programas, que acho muito bom para aprendermos mais alguma coisa. Eu só tenho a 4.^a classe e ando aqui na escola para tentar tirar o 6.^o ano, já que tenho tempo aproveito para exercitar a cabeça, coisa que não fiz quando era pequeno e agora em adulto (...)”. (Recluso J - EP de Caldas da Rainha)

Efetivamente, a DGRSP ao longo dos tempos encetou medidas para diminuir as baixas qualificações escolares e literacia, nomeadamente em saúde. Como exemplo, criou a prisão-escola de Leiria e estabeleceu parceria com o Ministério da Educação, nomeadamente através do despacho conjunto n.º 451/99, que veio reforçar, garantir e generalizar o ensino nas prisões. Mais tarde passam a elaborar um plano anual de promoção da saúde e prevenção da doença, para o efeito contam com os profissionais de saúde, voluntários dos diferentes quadrantes, para realizar ações de formação e informação, com especial enfoque na redução de comportamentos de risco. Nesta senda, verifica-se que muitos reclusos são encaminhados e aproveitam o momento de reclusão para aumentar as suas competências escolares.

“Quando entrei na cadeia tinha o 7.^o ano de escolaridade e durante a reclusão fiz o 12.^o ano e percebo que só o fato de nós não nos sabermos exprimir é um grande entrave para pedir ajuda, pois muita das vezes nem sabes como referenciar o que sentimos. Vem muitos reclusos de Aveiro e normalmente têm baixa escolaridade, no início eles isolam-se muito porque nem sabem como é que se devem relacionar com os outros, pela dificuldade que têm em se exprimir, e isto reporta-se a um mero relacionamento entre reclusos, quanto mais agora com médicos. Tenho uma experiência que não vou esquecer, na minha cela ficou um recluso de Aveiro que não sabia quase ler então pedia para escrever as cartas para a mãe eu perguntava que assuntos é que queria que escreves e ele dizia para eu ver o que deveria escrever, tinha muita dificuldade em exprimir sentimentos ou coordenar ideias, ele dava-me um tópico e eu desenvolvia, ele dizia que queria dinheiro ou roupas e depois eu é que elaborava a carta. A escolaridade é muito importante para o relacionamento com o outro, procurar ajuda no fundo ter conhecimento do que necessitamos. No meu caso, comecei a sair e comprei um telemóvel touch e tive muitas dificuldades em iniciar a trabalhar com ele, agora já trabalho bem, quanto mais uma pessoa quase analfabeta.” (Recluso G – EP Covilhã).

No seguimento do referido poderemos aludir a Clavel & de Carvalho, (2012), que menciona que os indivíduos sem qualificações escolares e ou profissionais recorrem pouco aos serviços de saúde, esta ausência de procura dos serviços de saúde é uma das

características das populações em situação de pobreza, por inércia, ou porque se automedicam.

“Não tomava de forma regular, eu automedicava-me, tomava quando achava que precisava, quando não achava (...)” (recluso F – EP Caldas da Rainha).

Mas também pelo medo de ser mal recebidos, ou ainda por receio de iniciar um procedimento, pois não têm capacidade de prever o desfecho e por fim Clavel & de Carvalho, (2012) afirma que o comportamento de sobrevivência leva a reagir aos acontecimentos imediatos.

“Para sermos um bocadinho mais esclarecidos em relação àquilo que realmente temos direito e aos nossos deveres aqui dentro... eu falo em cidadania porque se compreende que há coisas que nós exageramos (...) há sempre pessoas que ficam condicionadas com a ideia de... pessoas menos formadas, pouco formadas... rotularam essa pessoa(...)”. (Recluso E - EP de Castelo Branco).

Os participantes atribuem grande importância à realização e frequência de ações de formação e informação no estabelecimento prisional, nomeadamente as que são realizadas no âmbito da saúde.

“Acho que é importante a realização de ações de informação para a saúde, sempre aprendemos alguma coisa.” (Recluso D – EP de Aveiro)

É através desta via que recebem esclarecimentos sobre os efeitos e causas das doenças, podendo optar por não adotar comportamentos de risco, passando a ser pessoas mais informadas e esclarecidas, aumentando a literacia em saúde.

“Resultado...obtive informação... basicamente era isso... tive problemas primeiramente com drogas e depois substitui por álcool e nessa ação de informação explicaram que era normal isso acontecer, temos de nos autocontrolar. Esclareceram-me sobre comportamentos de risco que devemos evitar, tais como partilhar agulhas.” (Recluso C – EP Caldas da Rainha);

“Devia haver uma informação... formação em relação a isso para que as pessoas tenham realmente consciência do que é a tuberculose, do que é isto ou aquilo.” (Recluso E – EP Castelo Branco).

“Costuma haver.” (Recluso G – EP C Branco).

“Fazem aqui colóquios de saúde e higiene, fazem aqui bastantes coisas.” (Recluso E – EP C Branco).

“Sobre doenças infetocontagiosas.” (Recluso G – EP C Branco).

Tal como também nos reportam em uníssono os reclusos do EP da Covilhã: “sim, é sempre importante”.

“E quantos mais melhor, deviam apostar mais nisso, O que houve no outro dia, o da Hepatite...houve lá coisas que esclareceram e muito! Em certas partes...”. (Recluso I – EP Covilhã).

“E o da SIDA também...” (Recluso D – EP - Covilhã).

“São coisas que haviam de apostar mais, pronto. Uma pessoa estar informada nunca é de mais.” (Recluso I – EP Covilhã).

Tendo em consideração os relatos dos participantes, torna-se importante realizar ações de formação e informação, com o intuito de desenvolver capacidades de compreensão e raciocínio nos indivíduos, essenciais para uma maior autonomia nas decisões a tomar no seu percurso de vida, mesmo que esta aprendizagem seja feita em meio prisional. Contudo, também se reportam a uma realidade existente no sistema prisional que é a mobilidade e rotatividade dos reclusos, entram a cumprir pena e saem após o termo da mesma, ou são transferidos para outros estabelecimentos prisionais, a pedido do próprio, ou por motivos de ordem e disciplina interna. “Está sempre a entrar e a sair pessoal.” (Recluso F - EP de Castelo Branco).

Com o intuito de abarcar o maior número de indivíduos que passam no sistema prisional, os EP’s repetem as ações de formação e informação, sendo a sua organização e realização regular.

“Sim, sim! Aqui neste EP, de duas em duas semanas, faço a diligência desses documentos de trabalhos na biblioteca e passa muito por essa situação, deles se inscreverem nas ações de formação e informação...” (Recluso E - EP Caldas da Rainha)

“Os colóquios, por exemplo, a nível da saúde, há coisas simples que nós de havíamos de saber, que nós não sabemos no dia a dia...” (Recluso D – EP Covilhã).

De acordo Pinto (2018) os reclusos têm interesse em aprender a ler e a escrever e receber informação, desde que compreendam a sua utilidade, nomeadamente que lhes permita a resolução de problemas do dia-a-dia, tal como nos reporta um recluso:

“sinto falta de ter conhecimentos para me desenvencilhar melhor na minha vida, é que chegam cartas do tribunal e por vezes não sei o que querem dizer, tenho de pedir ajuda a outro colega ou à Educadora.” (Recluso J - EP de Caldas da Rainha).

Neste quadro, e segundo o Inquérito do Instituto Literacia em Saúde em Portugal, existem grupos mais vulneráveis no campo da literacia em saúde, tais como pessoas com baixos rendimentos, com má auto-percepção de saúde e baixos níveis de escolaridade, desequilíbrios psiquiátricos e doença mental, consumo excessivo de bebida alcoólicas, consumo de drogas, fatores que convergem para a reincidência criminal, por estarem correlacionados com a falta de aquisição de competências ao nível da formação escolar, profissional, trabalho, habitação, ambiente, cultura e saúde. Nesta senda, o período de reclusão é importante para aumentar a literacia em saúde, tendo em conta que Nielsen-Bohlman et al., (2004) refere que os indivíduos têm dificuldade em obter, processar e compreender informações para tomar decisões de saúde básicas adequadas e utilizar os serviços necessários.

“Há muita gente desinformada e com os colóquios consegue-se tirar muitas dúvidas, (...)” (Recluso G – EP Covilhã);

“Devemos estar esclarecidos dentro de um estabelecimento prisional para quando sairmos daqui, que é a minha principal preocupação, o poder fazer, a quem devo recorrer, como devo procurar ajuda e como posso ajudar... eu estava lá fora e posso dizer que lá fora estava pior do que aqui no entanto não é que goste de estar aqui... prefiro ir lá para fora, mas tenho muito mais condições aqui dentro do que lá fora... vim aqui parar porque cometi um erro.” (Recluso E – EP C Branco).

A população reclusa reconhece vantagens no meio prisional, por lhes propiciar aquisição de conhecimento numa fase da vida que estão condicionados e confinados a um espaço, dispondo de tempo livre.

“Ajuda a passar o tempo, distrairmo-nos, aprendemos.” (Recluso F – EP de C. Branco).

Nestas ações de formação e informação abordam assuntos para os quais em meio livre não tinham tempo e não priorizavam, tal como nos reporta o recluso F do EP Aveiro: “(...) se for alguém que venha para ensinar, acabamos por aprender mais alguma coisa, pois lá fora não temos tempo nem pensamos em procurar sítios para aprender algo mais sobre a saúde, porque pensamos que não é preciso. A experiência que tenho das outras detenções é que nós ouvimos e aprendemos coisas que nunca aprenderia na rua.”

Efetivamente, todos os estabelecimentos prisionais têm parcerias com o Ministério da Educação, do Emprego e Formação Profissional e ainda CPJ para desenvolver competências formativas e formação escolar, minorando a falta de literacia em saúde, o que, na ótica de Clavel & de Carvalho, (2012), promove competências de empoderamento e responsabilização pelo seu estado de saúde.

“Tiro sempre partido de todas as coisas que frequento... levo sempre ganhos disso tudo... e já os fiz todos, já fiz o GPS, o de alcoolismo, de conduzir sob o efeito de álcool... e eu nem bebo álcool nunca bebi álcool na vida..., mas pronto, participo nessas e coisas e delas tiro lições para mim.” (Recluso D – EP C Branco).

Neste sentido, o Centro de Competências para a Gestão de Programas e Projetos da DGRSP, desenvolve programas de ressocialização dirigidos a necessidades criminógenas específicas, possibilitando a aquisição ou reforço de competências pessoais e sociais.

“Eu julgo que essas formações têm um momento certo de acontecer... nós não podemos pôr por exemplo o GPS que é Gerar Percursos Sociais... não devemos por pessoas que estão agora a iniciar a pena... eu julgo que cada uma delas tem um momento certo e o percurso para ser feita... e no momento certo elas fazem efeito... agora pronto vamos por pessoas que estão a começar a pena a fazer o GPS? Isso para eles não vai fazer sentido.” (Recluso D – EP de C Branco).

Os desenvolvimentos destes programas têm como objetivo favorecer a adoção de comportamentos socialmente responsáveis, ou seja, favorecer a reinserção social dos reclusos e dotá-los de competências que lhes permitem obter conhecimento.

“Muitos... muitos... temos o AVC, reciclagem, o alcoolismo, também já deram, o tabagismo, hamm... muita, muita diversão de programas, aqui o EP é forte nesse género!” (Recluso E – EP Aveiro).

“Mas no momento certo... todas elas fazem sentido.” (Recluso D – EP C Branco);

“Fiz aqui o programa de prevenção rodoviária” (Recluso C – EP C Branco).

Em suma a reclusão significa um momento de maior isolamento e desenraizamento do meio de origem, mas também reúne condições singulares para o enriquecimento escolar, formativo e informativo, bem como para a aquisição de outras capacidades pessoais que em liberdade, muitas das vezes, são desconsideradas, e que tendem a favorecer a adoção de comportamentos socialmente responsáveis.

2.10.1.2. Efeitos da reclusão e interajuda em meio prisional

Efetivamente o meio prisional é conotado como um meio muito adverso, pelo facto de ser retirada a liberdade aos indivíduos, tal como expressa o recluso E do EP de Aveiro: “Aqui, digamos, é um osso duro de roer, se tivesse mais informação que a cadeia iria interferir com o meu bem-estar tinha evitado. Não quero vir novamente detido.”

Contudo há um espírito de interajuda que não foi explorado no trabalho, mas que foi mencionado pelos reclusos e que é importante para melhorar as perceções de saúde dos reclusos.

“Quando saímos da cela encontramos-nos e dizemos estás a ficar magro estás-te a fechar, tentemos ajudar psicologicamente para o outro não esmorecer.” (Recluso F – EP Aveiro).

“...se calhar, se eu estivesse sozinho numa cela, tinha morrido naquela, naquela noite, pronto, não conseguia falar, não conseguia respirar, não conseguia nada... e era um colega da cela que chamou os Guardas que me levaram ao Hospital” (Recluso J – EP Caldas da Rainha).

Contudo, nem sempre a interajuda é a mais assertiva, porque estamos a falar de uma população masculina que não cuida de si nem do outro, adotando comportamentos que podem pôr em causa a sua saúde, bem como a dos outros.

“(...) Um diz para outro, olha estou a bater mal, o outro diz: “olha toma isto que é para acalmar.” (Recluso F – EP Aveiro).

Chegando mesmo a adotar comportamentos de risco.

“(...) e lá no hospital finalmente descobriram o que era e queriam que pusesse gesso e eu disse gesso não. Cheguei cá acima e o [colega recluso] é que me pôs o pé no sitio”.

Ainda no domínio das habilitações literárias, entreajudam-se mesmo em assuntos particulares e de grande responsabilidade, imiscuindo-se nos assuntos uns dos outros. “Tenho uma experiência que não vou esquecer, na minha cela ficou um recluso de Aveiro que não sabia quase ler então pedia para escrever as cartas para a mãe eu perguntava que assuntos é que queria que escrevesse e ele dizia para eu ver o que deveria escrever, (...) (Recluso G – EP Covilhã).

“(...) chegam cartas do tribunal e por vezes não sei o que querem dizer, tenho de pedir ajuda a outro colega (...)” (Recluso J – EP Caldas da Rainha).

A sociabilização entre os reclusos também está presente; encontrando no café uma forma de se juntarem e conviverem: “Convive também, às vezes juntamo-nos todos, “vai um cafezito”, vem outro “agora é a minha vez”” (Recluso M – EP Caldas da Rainha).

3. Sugestões de melhoria nos serviços de saúde

No final dos *Focus Group* foi solicitado aos reclusos dos diferentes EP’s que indicassem sugestões para melhorar a prestação dos cuidados de saúde em meio prisional. “Eu mudaria o orçamento de Estado, tanto para a saúde como para os serviços prisionais... um orçamento maior.” (recluso E – EP C. Branco).

Foi também mencionada a necessidade de aumentar o número de profissionais de saúde, ou a sua carga horária, para que possam ter um bom desempenho e acompanhamento em meio prisional.

“Acho que fica bem para um EP (ironia)... é a mesma coisa que numa farmácia estar um mecânico a dar medicamentos... cada um em cada caso... acho que aqui sim, como os colegas dizem, devia ser os enfermeiros, especializados para poder isso, para dar o medicamento, seja qual for... tem que ser especializado para isso, no meu ponto de vista.” (Recluso E – EP Caldas da Rainha).

Todos os reclusos referem querer um atendimento mais célere: “Atendimento mais rápido”.

Ainda em conformidade com a prestação de cuidados de saúde, afirmam que o horário da entrega de medicação deveria de ser mais tarde, uma vez que tomam a medicação por volta das 17.30/18 horas, ora os reclusos que tomam medicação para dormir, e principalmente no verão, acabam por ter de dormir cedo demais, como nos reportam os reclusos da Covilhã: “Deviam dar-nos a medicação da noite mais tarde, pelo menos uma hora mais tarde” (Recluso J); [Todos]: “Sim, a medicação da noite devia ser mais tarde”.

Este horário está estabelecido porque às 18.45 horas os Guardas realizam o conto dos reclusos, para confirmar a presença de todos os reclusos, e encerram-nos nas respetivas camaratas, tornando a ser abertas às 8 horas.

Por último, surge uma ideia muito interessante como medida preventiva na área da toxicodependência, os grupos de autoajuda coordenados por uma psicóloga do CRI.

“Nos cuidados de saúde prestados em si, a nível médico ou de enfermagem, não mudava nada. Estou a pensar que se calhar quer aqui quer no CRI deveriam de pensar em grupos de autoajuda para toxicodependentes em que estivessem a ser orientados por psicólogos, pois o fato de eu contar a minha experiência, em que muitas vezes foi de quase overdose, levaria a que se calhar outros não vivenciassem o mesmo poupando um pouco o seu percurso.” (Recluso G - EP da Covilhã).

Conclusão

O conceito de saúde foi alvo de diferentes abordagens que se transformaram no decurso do tempo. Da prevalência da perspetiva biomédica, que ainda marca o modo como socialmente concebemos e intervimos em saúde, passámos a uma conceção biopsicossocial, a qual reconhece a multidimensionalidade e complexidade de que se revestem as questões da saúde e da doença. De facto, o modo como construímos socialmente a saúde e a doença, pode divergir em muito de uma perspetiva médica e objetiva que caracteriza a abordagem da medicina convencional. Esta produção de significado em torno da saúde e da doença, o modo como as entendemos, subjetivamente, estão intrinsecamente ligados aos contextos sociais mais amplos nos quais são construídos, mas também às biografias particulares dos indivíduos. Assim, para compreendermos a produção de significados e as perceções subjetivas de saúde por parte da população reclusa, tivemos em conta o contexto em que as mesmas são produzidas, um contexto desqualificado, marcado pelo afastamento involuntário da sociedade e com uma forte carga negativa, em termos de valorização social. Mas considerámos também as biografias particulares, a maior parte delas marcadas pelo baixo status socioeconómico, pela desigualdade social, pelas baixas qualificações escolares e pelo estigma dos consumos de substâncias psicoativas, tudo isto mesmo antes de se tornarem reclusos, a que depois se junta o estigma de serem presidiários.

As perceções de saúde dos participantes da presente investigação são marcadas pela diversidade, remetendo para diferentes perspetivas, constatando-se também que no próprio indivíduo vão ocorrendo modificações no seu percurso de vida que, forçosamente, influenciam a forma como analisam e percecionam a noção de saúde. Alguns dos participantes aludiram claramente à noção subjacente ao modelo biomédico, em que ter saúde é ausência de doença, tal como refere Giddens (2004), preconizando uma separação entre o corpo e a mente, o que impede uma visão holística da pessoa. Contudo, também a perspetiva que remete para o modelo biopsicossocial foi referenciada pelos participantes, a qual, de acordo com Augusto (2013), contempla diferentes fatores que influenciam na doença, tais como, biológicos, psicológicos e sociais. Nesta conjuntura, os participantes dão ênfase à necessidade de bem-estar físico e mental, fazendo também menção à dimensão social, já que entendem que a família está envolvida no processo terapêutico e lhe reconhecem um suporte emocional relevante.

Os discursos dos participantes estruturaram-se essencialmente em torno de dois domínios, o físico e o psicológico, ambos entendidos como componentes de bem-estar e qualidade de vida e, nalguns casos, como estando intimamente ligados. De acordo com Siqueira (2008), os indivíduos consideram a sua saúde mediante as suas expectativas,

valores, emoções e experiências vivenciadas, incutindo subjetividade ao conceito de bem-estar e qualidade de vida.

Conclui-se que os reclusos em meio livre não têm autocuidado na gestão da doença, não priorizam o seu estado de saúde, pelo que também não procuram os profissionais e serviços de saúde, porque socialmente têm outras preocupações e motivações para ocupar o seu tempo. O mesmo já não acontece em meio prisional, que ao restringir o contacto social e familiar faz exacerbar sintomas e estados de ansiedade, que exigem cuidados médicos. Contudo, também se verifica que o confinamento e a solidão propiciam a reflexão e a introspeção, levando a que as questões associadas à saúde ganham uma nova relevância, presumivelmente porque têm mais tempo para lhes dedicar, ou ainda porque é um dos poucos recursos que lhes restam e sobre o qual entendem poder ter algum controle. A OMS (2014) declara que as prisões não são lugares saudáveis, constatação que se repercute na postura dos indivíduos que vão reclusos, pois afirmam que têm necessidade de ter mais cuidados com a sua saúde. Referem ainda que a reincidência prisional proporciona conhecimento das normas e regras internas, pelo que adotam comportamentos mais assertivos na área da saúde, declarando que só terão de se conformar com a condicionante de estarem afastados do seu meio socio-residencial e familiar, para obter uma melhor saúde. Com o intuito de superar esta privação, os reclusos afirmam ter necessidade de sociabilizar em meio prisional, servindo o tabaco e o café como fundamento para o convívio social.

A população prisional reconhece vantagens na acessibilidade aos serviços de saúde, tendo em conta que os serviços clínicos ficam intramuros têm sempre médico de clínica geral, e nalguns estabelecimentos prisionais têm também outras especialidades. Ao invés, apontam dificuldades de acesso aos serviços de saúde em meio livre, quer pela distância entre as unidades de saúde e a residência, quer pela delonga em granjear uma consulta. Em unísono, identificam o serviço de urgências como sendo o mais célere no atendimento.

Em meio prisional, constata-se que os participantes identificam mecanismos e ou percursos definidos e utilizados para obter consultas médicas, contudo o momento da triagem é reconhecido com um *handicap* ao acesso às consultas. Refira-se que a seleção dos indivíduos para as consultas é realizada pela equipa de enfermagem que, normalmente são profissionais avançados, existindo rotatividade e cargas horárias mínimas, levando a que não se envolvam em dinâmicas funcionais do próprio EP. Comprometendo, assim, a coordenação/organização e prestação de cuidados de saúde, interferindo com a continuidade dos tratamentos, encaminhamento de casos e repercutindo-se negativamente na relação com o recluso, constrangimentos também aludidos por Pinto (2018).

Os participantes fazem menção aos óbices com a classe médica avançada, também devido à sua rotatividade e carga horária reduzida, colocando em causa um trabalho construtivo e de confiança na relação médico/utente. Contudo, averbou-se rapidez nas

diligências efetuadas pelo clínico geral, pois se o problema de saúde apontado pelo recluso extravasa os seus conhecimentos e competências, automaticamente, este redige uma informação clínica e encaminha-o para o serviço de urgências hospitalares. Nestes serviços é priorizado o atendimento ao recluso, servindo a sua condição para diminuir o tempo de espera das consultas ou até mesmo de intervenções cirúrgicas, incrementando aspetos positivos no acesso à saúde em reclusão.

Também reconhecem os benefícios das consultas de especialidades, mais requeridas em meio prisional, e que podem ter continuidade em meio livre, tais como psiquiatria, psicologia e estomatologia, proventos decorrentes dos protocolos estabelecidos entre o Ministério da Justiça e da Saúde. Neste domínio, foram muitas as dificuldades encontradas em meio livre, através do SNS.

Os reclusos, apesar de estarem privados da liberdade, têm direito a uma assistência igual à que é disponibilizada aos restantes cidadãos, assunção corroborada por todos os participantes dos *focus group*, pois referem que não se sentem estigmatizados por parte dos profissionais de saúde, pelo contrário, alguns afirmam ter obtido o melhor atendimento de sempre. Ainda aludem a outros ganhos evidentes, tais como, maior celeridade no atendimento, cirurgias e realização de análises em contexto de greve dos profissionais de saúde. No entanto, declararam sentirem-se estigmatizados pelos profissionais que trabalham dentro das cadeias, nomeadamente pelos guardas prisionais. Sublinhe-se que estes profissionais são os que passam mais tempo com a população reclusa. Contudo, o auge da discriminação surge quando se deslocam ao hospital, devido ao comportamento dos outros utentes que se encontram naquela unidade hospitalar. Há participantes que consideram que o ónus da discriminação vai diminuindo na medida em que as deslocações ao exterior vão sendo mais frequentes, chegando ao ponto de desvalorizar o que os outros pensam a seu respeito.

A DGRSP tem obrigação de zelar pela saúde e bem-estar dos reclusos, para o efeito, é importante que realizem uma vigilância clínica regular e, sempre que necessário, realizem exames e tratamentos aos reclusos que deles necessitem. Assim, um indivíduo que entre no sistema prisional, tem de ser submetido a uma avaliação clínica nas primeiras 24 horas por um enfermeiro e nas 72 horas por um médico. O clínico toma especial atenção ao diagnóstico de distúrbios mentais, propensões suicidas ou à existência de síndrome de abstinência, entre outras patologias, com o intuito de despistar eventuais doenças, realizam os exames necessários. Mas os entrevistados declaram que não lhes transmitem os resultados desse exame. A uns, esta ausência de informação provoca-lhes ansiedade, outros depreendem que a falta de notícias significa que não têm problemas de saúde. De qualquer dos modos, a privação de informação sobre a sua saúde constitui uma violação dos seus direitos.

Também se conclui que a população reclusa identifica o Hospital São João de Deus (HSJD) como o local para onde são encaminhadas todas as situações de saúde, às quais o EP não dá resposta. Efetivamente, a prestação de serviços na área da saúde do HSJD em nada difere de um hospital civil, a maioria dos seus funcionários são médicos e enfermeiros, o seu objetivo é dar resposta a situações de urgência hospitalar, internamentos e situações delicadas de saúde. Quanto às consultas de estomatologia ou outras especialidades, constata-se que a população reclusa dos estabelecimentos prisionais mais longínquos, evitam ir para o HSJD, devido aos transtornos decorrentes do distanciamento. Fazendo menção aos benefícios de protocolos existentes entre o EP e o gabinete de estomatologia mais próximo, pertencente ao SNS. Ressalve-se que a execução de protocolos depende essencialmente da iniciativa da direção de cada EP, que pode nunca ocorrer se esta iniciativa não for despoletada.

Verifica-se que em meio livre as respostas do médico de família e consultas de especialidade ou cirurgias são demoradas, referindo os participantes que a única vantagem do meio livre é a possibilidade de optar por médico particular a expensas próprias. Também referem que o mesmo se passa entre os hospitais públicos e particulares, reconhecendo nestes últimos respostas mais céleres. Em suma, em meio livre só logram de cuidados de saúde com presteza, pessoas que disponham de boa condição económica. Apurou-se também que a distância entre os serviços de saúde e os locais de residência, e a décalage entre consultas de especialidades na área das dependências e psiquiatria, são sentidas como entrave ao início e ou continuidade do tratamento, ou levando mesmo ao seu abandono, debilidades também mencionadas por Pinto (2018). Tal como Niza (1998) os participantes também reconhecem a evolução do SNS na prestação de serviços de saúde à comunidade, nomeadamente quanto às respostas na área das dependências. Passou a existir uma maior oferta de tratamentos na área da toxicodependência, surgindo novos Centros de Atendimento de Toxicodependentes (CAT) nomeadamente no interior do país, onde a oferta deste tipo de serviços era praticamente inexistente.

Reportando à realidade atual, e com a entrada do indivíduo no sistema prisional, ocorre a diminuição drástica dos consumos, porque de acordo com a alínea f) do artigo 104 do Código de Execução de Penas e Medidas Privativas de Liberdade (CEPMPL), quer os estupefacientes quer o álcool são proibidos no sistema prisional. Os reclusos com dependências reconhecem que durante a sua detenção encontram, pela primeira vez, a possibilidade de serem integrados em programas de tratamento, conseguem com sucesso manter-se no programa proporcionado e levá-lo até ao fim. Constata-se que o meio prisional congrega um conjunto de fatores propiciadores para o abandono dos consumos, tais como: afastamento dos grupos de pares, a ausência ou a quase inexistência de oferta de estupefacientes e bebidas alcoólicas dentro dos estabelecimentos prisionais, tornando-os

caros e de difícil acessibilidade, a motivação adicional de lograr a liberdade condicional e, por fim, um apoio reiterado em situação de maior fragilidade ou desequilíbrio, o que culmina num melhor controlo, resultando num maior empenho, o que é corroborado por Pinto, (2018). Os participantes alegam que deixar os consumos de substância ilícitas e licitas, em meio livre, é muito difícil, devido aos grupos de pares, que estimulam o consumo. Neste âmbito, conclui-se que a própria condição de confinamento representa uma oportunidade singular para a implementação de programas terapêuticos, medidas preventivas e ações educativas específicas para esse segmento da população, que em meio livre tinha menos acesso aos serviços de saúde e mais acesso às substâncias ilícitas e ou licitas. Os participantes reconhecem, também, que os problemas aditivos são mais fáceis de se tratar se existir intervenção clínica.

Devido à rutura dos comportamentos marcados pelo consumo de drogas em meio livre, o meio prisional surge como uma oportunidade de transformação e até de reinserção social baseado na concretização de projetos.

O SICAD (2019) indica que o sexo masculino é um abusador nato de consumo de bebidas alcoólicas, sendo que estes consumos são particularmente frequentes entre as camadas menos escolarizadas da população, onde existe o falso conceito de que “o álcool dá força”, associando-se assim à masculinidade, logo, à produção de género (*doing gender*). CISA (2019) aborda as consequências do consumo de álcool, tais como, problemas no trabalho, nos acidentes de viação, condução sob o efeito de álcool, na família e ainda na violência interpessoal, afirmando mesmo que um elevado número de casos de violência doméstica deve-se ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas, levando o indivíduo a ficar comprometido com o sistema de justiça. Os participantes corroboram o citado, pois referem que foram detidos devido à condução sob o efeito de álcool, outros acusados de violência doméstica. Segundo o Inquérito Nacional sobre Comportamentos Aditivos em Meio Prisional, e publicado em SICAD (2019), os crimes mais violentos e com penas mais pesadas são os praticados sob o efeito de álcool, comparativamente aos crimes praticados sob o efeito de drogas. Neste contexto, e no que se reporta ao álcool, é importante que o diretor do estabelecimento prisional diligencie, junto do centro de saúde mais próximo, que disponha de uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizado (UCSP) e onde realize consultas de alcoologia, um protocolo que vise a deslocação periódica ao EP dos profissionais com formação nesta área (médico e enfermeiro), para dar continuidade às consultas de alcoologia do meio livre e, caso necessário, iniciar outros acompanhamentos e tratamentos terapêuticos em meio prisional.

De acordo com os dados do nosso estudo, em meio livre os indivíduos portadores de doença mental não procuram os serviços de saúde, por desinteresse, por desconhecimento da própria doença, pela escassez de meios, por falta de acompanhamento ou outros motivos

impeditivos. Afirmam também que fazem a toma de medicação de forma desregulada, chegando mesmo a deixar de a realizar por não reconhecerem a necessidade de o fazer. Factos que estão em conformidade com Shenson et al., (1990), referindo que o facto de não terem apoio familiar/comunitário/ médico ou por impulso da própria doença, tornam-se mais vulneráveis, acabando por se envolver em delitos e em alguns casos originando a detenção, propiciando a criminalização da doença mental. De acordo com Marques-Teixeira, (2004) leva a uma verdadeira crise no sistema prisional, surgindo a necessidade de adequar os serviços de saúde psiquiátrica à população prisional. Os participantes afirmam que uma vez detidos consentem acompanhamento psiquiátrico e psicológico, estando em conformidade com o preconizado por Chaimowitz (2012), que diz que o doente mental, uma vez preso, acede aos cuidados de saúde através dos serviços e recursos disponibilizados pelo sistema prisional. Os reclusos reconhecem benefícios, pois passam a tomar a medicação de forma regular e controlada, contribuindo para a estabilização do seu problema de saúde. Este cuidado específico em meio prisional, reporta-se à Toma de Observação Direta (TOD), em que a medicação receitada é distribuída diariamente e de forma individualizada, devendo a sua ingestão ser feita na presença do(a) enfermeiro(a) no ato da sua entrega. Reconhecem que o sistema prisional lhes garante cuidados de saúde que em liberdade seria difícil de aceder, tais como consultas de psiquiatria e psicologia regulares e de acordo com a necessidade do utente.

Segundo o Inquérito realizado em 2016, pelo Instituto Literacia em Saúde, existem grupos mais vulneráveis à baixa literacia em saúde, tais como pessoas com baixos rendimentos, com desequilíbrios psiquiátricos e doença mental, consumo excessivo de bebidas alcoólicas, consumo de drogas, auto-perceção de má saúde e baixos níveis de escolaridade. Estes são também fatores que convergem para a reincidência criminal, por estarem correlacionados com a falta de aquisição de competências ao nível da formação escolar, profissional, trabalho, cultura, saúde, entre outros. Realidade sentida pelos participantes, pelo que referem que aproveitam o momento da reclusão para aumentar as suas competências escolares, formativas e informativas, atribuindo grande importância à frequência escolar e profissional e ainda à realização de ações de formação e informação no estabelecimento prisional, nomeadamente as que são realizadas no âmbito da saúde. Afirmam que é através destas que recebem esclarecimentos sobre efeitos e causas das doenças, podendo optar por não adotar comportamentos de risco, passando a ser pessoas mais informadas e esclarecidas, aumentando a sua literacia em saúde. Para o efeito, os estabelecimentos prisionais contam com o apoio dos voluntários de diferentes entidades, tais como, centros de saúde, cruz vermelha, Universidades, ou mesmo dos profissionais de saúde que trabalham no EP. Na área escolar contam com o apoio das escolas com quem têm parceria, já na área formativa com o Instituto de Emprego e Formação profissional (IEFP)

e com o Centro Protocolar da Justiça (CPJ) e ainda com Centro de Competências para a Gestão de Programas e Projetos (CCGPP) da DGRSP que desenvolve programas de ressocialização dirigidos a necessidades criminógenas específicas, possibilitando a aquisição ou reforço de competências pessoais e sociais. Conclui-se que os participantes do *focus group*, valorizam as ações que são realizadas por pessoas externas aos estabelecimentos prisionais, pois estes professores ou formadores têm uma postura mais distante e isenta, por não terem acesso a registos do seu processo, ou aos factos que determinaram a sua reclusão, em suma, não fazem a formulação de pré-juízos. As diferentes intervenções são muito valorizadas pela população reclusa, pois aprendem conteúdos que em meio livre não teriam acesso, por inexistência deste tipo de ações, por falta de tempo do indivíduo, por falta de motivação ou ainda por não serem consideradas como necessárias.

Quanto ao género, e de acordo com o discurso dos reclusos, existem características socialmente entendidas como masculinas, nomeadamente a liberdade, a independência, a força, ou seja, para que a sua masculinidade não seja posta em causa, evitam demonstrar emoções, expressar dor ou procurar ajuda, pelo que recusam, ou entendem não ser necessário, ter cuidado consigo, nomeadamente no campo da saúde. Referindo em uníssono que evitaram a procura de cuidados de saúde no passado, o que remete para a sua vida em meio livre. Assim sendo, estão ausentes como usuários do serviço de saúde, o que segundo Couto et al., (2010) leva à invisibilidade dos homens nos serviços de saúde, que não seguem o tratamento conforme o esperado, o que também acontece com os participantes dos *focus groups*. Segundo Augusto (2013), este tipo de comportamento não deve ser entendido como algo natural à condição de ser homem, mas motivado pelas normas sociais, adotando estratégias, normas e comportamentos que remetem para a noção de masculinidade, mesmo que ponha em causa a sua saúde, “produzindo género” (*doing gender*). Neste âmbito, os participantes reconhecem e valorizam o papel das mulheres como cuidadoras e gestoras da saúde, o que está de acordo com a divisão tradicional dos papéis de género.

Os participantes referem que durante a reclusão procuram mais o médico e estão mais recetivos a cuidados preventivos, e ainda receber formação e informação. Neste contexto, será interessante em trabalhos futuros discutir em que medida a exibição da masculinidade identificada em meio livre, a ausência destes sujeitos nos serviços de saúde e a inexistência de comportamentos preventivos se reduzem em contexto prisional. Esta temática revela-se importante, por se tratar de um contexto onde, aparentemente, a manutenção da masculinidade é ainda mais esperada e onde pode ter mesmo um valor instrumental.

Na senda de referenciar pistas para trabalhos futuros, seria interessante analisar os efeitos da reclusão e a interajuda em meio prisional, que não foram explorados no presente trabalho, mas acabaram por ser mencionados pelos reclusos. Estes referiram que existe

espírito de interajuda entre a população prisional, mas que nem sempre é a mais adequada, por se tratar de uma população masculina que não cuida de si nem do outro, adotando comportamentos que podem pôr em causa a sua saúde, bem como a dos outros.

Foi pedido aos participantes que indicassem sugestões para melhorar a prestação dos cuidados de saúde em meio prisional, neste contexto referiram que deveria de existir um aumento no orçamento para os Ministérios da Saúde e da Justiça, com o intuito de proporcionar melhores condições de saúde à população reclusa, tais como aumentar o número de profissionais na área da saúde, ou então a carga horária de prestação de serviço nos EP's, de modo a que os profissionais de saúde possam ter um bom desempenho e acompanhamento da população reclusa. Ainda nesta linha de pensamento, deve referir-se que se considera importante que os cuidados de saúde nos estabelecimentos prisionais sejam assegurados através do Sistema Nacional de Saúde, ou por profissionais pertencentes aos quadros do Ministério da Justiça, evitando a rotatividade e assegurando a permanência destes profissionais, mantendo os mesmos procedimentos e programas, visando a homogeneidade de procedimentos dos serviços clínicos em todos os estabelecimentos prisionais.

A população reclusa identifica dificuldades causadas pelas burocracias implementadas no sistema prisional. Sempre que um recluso necessite de cuidados de saúde, deverá preencher um impresso existente na cadeia, a solicitar consulta, sendo primeiramente avaliado pela equipa de enfermagem e só depois é que se marca a consulta para o médico de clínica geral, ato que emerge como impedimento à rapidez das respostas dos serviços de saúde em meio prisional, pelo que se sugere que, de acordo com as características de cada EP, cada diretor implemente medidas que tornem as respostas dos serviços clínicos mais céleres.

Tendo em consideração que o sistema prisional se pauta por regras rígidas, o horário estabelecido para o encerramento dos reclusos nas suas celas é às 19h, antecedido do conto dos reclusos para confirmar se não existiu evasões. Como há reclusos que tomam medicação à noite, nomeadamente para dormir, os participantes sugerem que esta medicação seja dada mais tarde, e não às 17.30/18 horas, principalmente no verão.

Por fim, sugerem como medida preventiva na área da toxicoddependência, a existência de grupos de autoajuda dentro dos estabelecimentos prisionais, coordenados por um(a) psicólogo(a).

A pesquisa documental e bibliográfica, motivou-nos a realizar os *Focus groups* em dois estabelecimentos prisionais do interior e em dois no litoral, por darem conta de heterogeneidades regionais, no que concerne às condições e prestação de cuidados de saúde, e ainda aos consumos de substância psicoativas, em que no litoral sobressai o consumo de drogas, e no interior evidencia-se o consumo de álcool. Com o objetivo de promover uma

maior adequação das intervenções loco-regionais, na área da saúde, é importante que estas diferenças sejam consideradas em meio livre. Contudo, no sistema prisional, e devido à mobilidade dos reclusos entre estabelecimentos prisionais, é fundamental a existência de diferentes serviços valências intervenientes na prestação de cuidados de saúde, em qualquer ponto do país. Neste sentido, sugere-se aos dirigentes dos estabelecimentos prisionais que sejam fortes dinamizadores e angariadores de diferentes serviços, para colmatar as diferentes necessidades sentidas pela população reclusa, devolvendo à sociedade homens e mulheres livres, mas mais esclarecidos, mais informados, mais habilitados e, por isso mesmo, mais responsáveis e saudáveis.

Bibliografia

- Acocella, I. (2012). The focus groups in social research: advantages and disadvantages. In *Quality&Quantity* (pp. 1125–1136). University of Florence.
- Albuquerque, C. M. de S., & Oliveira, C. P. F. de. (2006). *Saúde e Doença:Significações e Perspectivas em Mudança*.
- Annandale, E., & Hunt, K. (1990). Masculinity, femininity and sex: an exploration of their relative contribution to explaining gender differences in health. *Sociology of Health & Illness*, 12(1), 24–46.
- Augusto, A. (2013). Gênero e Saúde. In *Saúde, medicina e sociedade:uma visão sociológica*.
- Augusto, A. (2014). Metodologias quantitativas/metodologias qualitativas: mais do que uma questão de preferência. *Forum Sociológico. Série II*, 24, 73–77.
- Augusto, A., Silva, L. F., Backstrom, B., & Alves, F. (2013). Desigualdades sociais e saúde. In *Saúde, Medicina e Sociedade. Uma visão sociológica* (1ª, p. 25). Factor.
- Bäckström, B. (2006). *Saúde e Imigrantes: as referências e as práticas sobre a saúde e a doença na comunidade cabo-verdiana em Lisboa*.
- Branco, A. (2007). Contextos de trabalho e processos de integração de toxicodependentes [Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa]. In *Instituto da Droga e da Toxicodepência*.
<http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Contextos+de+Trabalho+e+Processos+de+Integração+de+Toxicodependentes#0>
- Carapinheiro, G. (1986). *A Saúde no Contexto da Sociologia*.
- Chaimowitz, G. (2012). The criminalization of people with mental illness. *Canadian Journal of Psychiatry*, 57(2), 1–6.
- Chiles, J. A., Von Cleve, E., Jemelka, R. P., & Trupin, E. W. (1990). Substance abuse and psychiatric disorders in prison inmates. *Psychiatric Services*, 41(10), 1132–1134.
- Clavel, G., & de Carvalho, R. D. (2012). *A sociedade da exclusão: compreende-la para dela sair*.
- Constantino, P., Assis, S. G. de, & Pinto, L. W. (2016). O impacto da prisão na saúde mental dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21, 2089–2100.
- Courtenay, W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science & Medicine*, 50(10), 1385–1401.
- Couto, M. T., Pinheiro, T. F., Valença, O., Machin, R., da Silva, G. S. N., Gomes, R., Schraiber, L. B., & Figueiredo, W. S. (2010). Men in primary healthcare: Discussing (in)visibility based on gender perspectives . *Interface: Communication, Health, Education*, 14(33), 257–270. <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2->

s2.0-77957170230&partnerID=40&md5=134715680bf295ab16436ecaf6b91233

- Diener, E., Lucas, R. E., & Oishi, S. (2002). Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. In *Handbook of positive psychology* (pp. 63–73).
- Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais - Ministério da Justiça. (2018). *Relatório de Atividades e Autoavaliação da DGRSP*. <http://www.inem.pt/files/2/documentos/20140806114337305065.pdf>
- Direção Geral da Saúde. (2019). *Plano de ação para a literacia em saúde Portugal 2019-2021*. <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-de-educacao-para-a-saude-literacia-e-autocuidados.aspx>
- Esteves, A. (2010). A cadeia de Ponte de Lima na segunda metade do século XIX: o espaço físico e os seus protagonistas. *Pobreza e Assistência No Espaço Ibérico (Séculos XVI-XX)*, Braga, CITCEM, 127–147.
- Fallowfield, L. (1990). The quality of life: The missing measurement in health care. In *The quality of life: The missing measurement in health care*. Souvenir Press.
- Flick, U. (2005). *Métodos Qualitativos na Investigação Científica* (Monitor (ed.)).
- Foucault, M. (2003). *Vigiar e punir Vigiar e punir Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes.
- Frois, C. (2017). *Mulheres Condenadas, Histórias de Dentro da Prisão* (T. da China (ed.)).
- Giddens, A. (2004). *Sociologia* (4ª). Fundação Calouste Gulbenkian.
- Goffman, E. (2001). *Manicómios, Prisões e Conventos* (Perspectiva (ed.); 7.ª edição).
- Gonçalves, A. M. (2006). A doença mental: determinação individual ou construção social. *Millenium*, 163–168.
- Gonçalves, R. A. (1993). *A adaptação à prisão: um processo vivido e observado*.
- Gonçalves, R. A. (2002). *Delinquência, crime e adaptação à prisão*.
- Hespanha, M. J. (2012). *Doença Mental, Instituições e Famílias - Os Desafios da Desinstitucionalização em Portugal* (Almedina (ed.)).
- Keyes, C. L. M. (2002). Promoting a life worth living: Human development from the vantage points of mental illness and mental health. *Promoting Positive Child, Adolescent and Family Development: A Handbook of Program and Policy Innovations*, 4, 257–274.
- Kitzinger, J. (1995). Qualitative Research: Introducing Focus Groups. In *BMJ (Clinical research ed.)* (Vol. 311). <https://doi.org/10.1136/bmj.311.7000.299>
- Kutner, M., Greenburg, E., Jin, Y., & Paulsen, C. (2006). The Health Literacy of America's Adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy. NCES 2006-483. *National Center for Education Statistics*.
- Leal, C. (2008). *Reavaliar o conceito de qualidade de vida*. Universidade dos Açores.
- Macintyre, S., Hunt, K., & Sweeting, H. (1996). Gender differences in health: are things really as simple as they seem? *Social Science & Medicine*, 42(4), 617–624.

- Maggi, B. (2006). *O dicionário «Bem-estar»* (1st ed.). Laboreal.
- Manuela, A., & Silva, M. (2013). *Depressão e Ansiedade em Pessoas com VIH + em Meio Prisional: Relação com a Qualidade de Vida* Dissertação. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Marconi, M., & Lakatos, E. (2003). *Fundamentos de Metodologia Científica*. 5ª edição, Atlas. São Paulo.
- Marques-Teixeira, J. (2004). Saúde Mental nas Prisões. *Saúde Mental*, VI(2), 7–10.
- Martins, H. H. (2004). Metodologia qualitativa de pesquisa. *Educação e Pesquisa*, 30(2), 289–300.
- Mendes, F. R. P. (1994). *A saúde e a doença dos professores: um estudo de caso sobre a representação social*.
- Ministérios da Justiça e da Saúde. (2006). *Plano de Acção Nacional para Combate à Propagação de Doenças Infecciosas em Meio Prisional*.
- Moreira, N. A. C. (2008). *Sufrimento, Desespero e Comportamentos Suicidários na Prisão*. Quarteto. <https://books.google.pt/books?id=PnQwoj4iXLwC>
- Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A. M., & Kindig, D. A. (2004). The extent and associations of limited health literacy. In *Health literacy: a prescription to end confusion*. National Academies Press (US).
- Niza, J. (1998). *Situação e avaliação do problema da Droga em Portugal* (Assembleia da República (ed.)).
- Nunes, R., & Rego, G. (2002). *Prioridades na saúde*. McGraw-Hill.
- Ogata, J. A. (2015). *Temas avançados em qualidade de vida*. Londrina: Midiograf.
- Paúl, C., & Fonseca, A. M. (2001). Sobre a morte e o morrer. In Climepsi Editores (Ed.), *Psicossociologia da saúde* (pp. 129–138).
- Pereira. (2001). Questão social, Serviço Social e direitos de cidadania. *Revista Temporalis*, 3, 51-citation_lastpage.
- Pereira, J. M. (1987). *Será possível uma nova medicina?*
- Pinto, H. C. de L. (2018). *A Execução da Prisão no Sistema Jurídico Português - Contributo para um reforço da Dimensão Ressocializadora e Integradora da Prisão*. Universidade de Lisboa.
- Poças, M. E., Rodrigues, M. J., Eliseu, M. J. P., Bastos, M. M., Barros, J. H. D. P., Goulão, J. A. C.-B., & Miguel, N. P. S. (2006). *Plano de Acção Nacional para Combate à Propagação de Doenças Infecciosas em Meio Prisional*. 0–37.
- Provedor da Justiça. (2003). *As Nossas Prisões III* (P. de Justiça (ed.)). Provedoria de Justiça – Divisão de Documentação.
- Rabasquinho, C., & Pereira, H. (2012). Género e saúde mental: Uma abordagem epidemiológica. *Análise Psicológica*, 25(3), 439–454.

- <https://doi.org/10.14417/ap.456>
- Radley, A. (1994). *Making sense of illness: the social psychology of health and disease*. Sage.
- Raposo, J., Costa, A. C., Silva, M., Pereira, J., Valença, P., Franca, C. da, & Colares, V. (2016). Condutas de saúde de adolescentes segundo o sexo: uma revisão sistematizada. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 17(2), 214–235.
- Reis, A. (2006). *Modelos de Saúde*. https://www.psicologia.pt/artigos/ver_opinio.php?modelos-de-saude&codigo=AOP0253
- Rice, S., Fallon, B., & Bambling, M. (2011). Men and depression: The impact of masculine role norms throughout the lifespan. *The Educational and Developmental Psychologist*, 28(2), 133–144.
- Santana, P. (2002). Poverty, social exclusion and health in Portugal. *Social Science & Medicine*, 55(1), 33–45.
- Santos, B. de S. (1999). *A construção multicultural da igualdade e da diferença*.
- Schraiber, L. B., Gomes, R., & Couto, M. T. (2005). Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10, 7–17.
- Scliar, M. (2007). História do conceito de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 29–41.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências [SICAD], [DMI], D. de S. de M. e I., & [DEI], D. de E. e I. (2017). *Relatório Anual 2017 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*. <http://www.sicad.pt/PT/Publicacoes/Paginas/default.aspx>
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências [SICAD], [DMI], D. de S. de M. e I., & [DEI], D. de E. e I. (2019). *Sinopse Estatística 2017 - Álcool*. <http://www.sicad.pt>
- Shenson, D., Dubler, N., & Michaels, D. (1990). Jails and prisons: the new asylums? *American Journal of Public Health*, 80(6), 655–656.
- Silva, Viana, & Paulino. (2011). Perspectivas, reflexões e desafios dos modelos biomédico e biopsicossocial em psicologia. *Actas Do 16ª Encontro Nacional Da ABRAPSO*.
- Siqueira, M. M. M. (2008). Construção e validação da escala de percepção de suporte social. *Psicologia Em Estudo*, 13(2), 381–388.
- Soares Silva, I., Luísa Veloso, A., & Bernardo Keating, J. (2014). Considerações teóricas e metodológicas (visão resumida do livro Krueger). *Revista Lusófona Da Educação*, 26, 175–190. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rle/n26/n26a12.pdf>
- Steury, E. H. (1991). Specifying “Criminalization” of the Mentally Disordered Misdemeanant. *The Journal of Criminal Law and Criminology (1973-)*, 82(2), 334. <https://doi.org/10.2307/1143810>

- Teplin, L. A. (1990). Detecting disorder: The treatment of mental illness among jail detainees. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(2), 233–236.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.58.2.233>
- Torres, A., & Gomes, M. do C. (2002). *Drogas e prisões em Portugal* (Issue Primeira edição). IPDT-Instituto Português da Droga e Toxicodependência.
- Wall, K., Cunha, V., Atalaia, S., Rodrigues, L., Correia, R., Correia, S. V., & Rosa, R. (2016). *Livro Branco: Homens E Igualdade De Género Em Portugal*.
http://cite.gov.pt/asstscite/images/papelhomens/Livro_Branco_Homens_Igualdade_G.pdf
- WHOQOL GROUP. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and Current Status. In *International Journal of Mental Health* (Vol. 23, Issue 3). Routledge.
<https://doi.org/10.1080/00207411.1994.11449286>
- Wilkinson, R. G., Marmot, M., & Organization, W. H. (1998). *Social determinants of health: the solid facts*. EUR/ICP/CHVD 03 09 01.
- Wilkinson, S., & Silverman, D. (2004). Focus Group Research. In *Qualitative research: Theory, method and practice*. Sage.

Legislação e Jurisprudência

Decreto-Lei n.º 215/2012 de 28 de Setembro do Ministério da Justiça, Pub. L. No. Diário da República n.º 189/2012, Série I de 2012-09-28, 5470 (2012).

Decreto-Lei n.º 319/82 de 11 de Agosto do Ministério da Justiça, Pub. L. No. Diário da República n.º 184/1982, Série I de 1982-08-11 Diário da República n.º 184/1982, Série I de 1982-08-11, 2360 (1982).

Decreto-Lei n.º 35/99 de 5 de Fevereiro do Ministério da Saúde, Pub. L. No. Diário da República n.º 30/1999, Série I-A de 1999-02-05, 676 (1999).

Decreto-Lei n.º 48/1995 de 15 de Março, 1350 (1995).

Decreto-Lei n.º 51/2011, de 11 de Abril do Ministério da Justiça, Pub. L. No. Diário da República n.º 71/2011, Série I de 2011-04-11, 1 (2011). <https://dre.pt/pesquisa/-/search/276858/details/normal>

Decreto-Lei n.º 6627 de 21 de Maio do Ministério da Justiça, Pub. L. No. Diário da República n.º 97/2014, Série II de 2014-05-21, 707 (1920).

Decreto-Lei n.º 78/87, de 17 de Fevereiro do Ministério da Justiça, Pub. L. No. Diário da República n.º 40/1987, Série I de 1987-02-17, 1 (1987). https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/662562/details/normal?p_p_auth=JnJooGDp

Lei n.º 115/2009 de 12 de Outubro, 7422 (2009). <https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/107981224/201903090739/73470972/diploma/indice%0Ahttps://data.dre.pt/el/lei/115/2009/10/12/p/dre/pt/html%0Ahttps://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/107981224/201903090739/73470972/diploma/i>

Lei n.º 21/2013 de 21 de Fevereiro do Ministério da Justiça, Pub. L. No. Diário da República n.º 37/2013, Série I de 2013-02-21, 2009 (2013).

Lei n.º 51/2011 de 13 de Setembro do Ministério da Justiça, Pub. L. No. Diário da República n.º 176/2011, Série I de 2011-09-13, 4383 (2011). <http://dre.pt/pdfsdisp/2011/09/17600/0438304461.pdf>

Lei n.º 36/98 de 24 de Julho de 1998 do Ministério da Saúde, Pub. L. No. Diário da República n.º 169/1998, Série I-A de 1998-07-24, Diário da República 3544 (1998).

Regulamento das Cadeias Civas do Continente e das Ilhas Adjacentes de 21 de Setembro de 1901, (1901).

Websites consultados

- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências [SICAD], [DMI], D. de S. de M. e I., & [DEI], D. de E. e I. (2019). *Sinopse Estística 2017 - Álcool*. <http://www.sicad.pt>
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências [SICAD], [DMI], D. de S. de M. e I., & [DEI], D. de E. e I. (2017). *Relatório Anual 2017 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*. <http://www.sicad.pt/PT/Publicacoes/Paginas/default.aspx>
- Centro de Informações sobre Saúde e Álcool (CISA) 2019a. (2019). *Problemas sociais decorrentes do uso do álcool*. <http://www.cisa.org.br/artigo/221/problemas-sociais-decorrentes-uso-alcool.php>
- Centro de Informações sobre Saúde e Álcool (CISA) 2019b. (2019). *Efeitos à saúde causados pelo álcool e status global de doenças*. <http://www.cisa.org.br/artigo/238/efeitos-saude-causados-pelo-alcool-status.php>
- Centro de Informações sobre Saúde e Álcool (CISA) 2019g. (2019). *Violência conjugal associada ao álcool*. <http://www.cisa.org.br/artigo/9427/violencia-conjugal-associada-ao-alcool.php>
- Centro de Informações sobre Saúde e Álcool (CISA) 2019h. (2019). *Diretriz para tratamento de transtornos por uso de álcool*. <http://www.cisa.org.br/artigo/9742/diretriz-para-tratamento-transtornos-por-uso.php>

Apêndices

Apêndice 1 – Tabela da caracterização da população reclusa entrevistada

EP	Sujeito	Idade	Habilitações Literárias	H.L à data da entrevista	Medicação Regular	Reincidência	Tipo de Crime
Castelo Branco	A	39	9ºano	12ºano	Não	Sim	Tráfico de menor quantidade
	B	38	9ºano	12ºano	Sim	Sim	Furto e Furto Qualificado
	C	56	9ºano	9º ano	Não	Não	Tráfico e detenção de arma proibida
	D	36	9ºano	9º ano	Sim	Sim	Tráfico
	E	66	4º ano	12º ano	Não	Sim	Violência Doméstica
	F	55	4º ano	6º ano	Sim	Não	Ofensa à integridade física simples, Incêndio e explosão
	G	54	4º ano	9º ano	Não	Sim	Violência Doméstica e Violação de <u>Domicílio</u>
	H	25	6º ano	12ºano	Não	Sim	Furto e Dano
	I	54	6º ano	9º ano	Sim	Sim	Roubo
	J	32	9ºano	12ºano	Não	Não	Violência doméstica
Covilhã	L	48	9ºano	12º ano	Sim	Não	Ofensa à integridade física simples
	A	42	6º ano	12ºano	Não	Sim	Furto
	B	33	4-º ano	12ºano	Sim	Não	Violência Doméstica e Abuso Sexual de Crianças
	C	47	2º ano	4º ano	Sim	Sim	Tráfico de menor quantidade
	D	40	9º ano	9ºano	Não	Não	Coação Sexual e Roubo
	G	53	4ºano	12ºano	Sim	Sim	Furto Qualificado
Aveiro	I	37	9º ano	12ºano	Não	Não	Burla
	A	35	9ºano	12º ano	Sim	Sim	Tráfico
	B	57	6º ano	9º ano	Sim	Não	Furto qualificado
	C	41	4º ano	6º ano	Sim	Não	Roubo
	D	39	6º ano	9º ano	Sim (metade)	Sim	Tráfico
	E	31	9ºano	9º ano	Não	Sim	Violência doméstica
	F	24	6º ano	6º ano	Não	Não	Tráfico de menores/genocídio
	G	57	6º ano	12º ano	Sim	Não	Condução com álcool
Caldas da Rainha	H	44	9º ano	12º ano	Sim (metade)	Sim	Furto e Roubo
	A	24	9º ano	12º ano	Não	Não	Tráfico de menore menor quantidade
	B	31	7º ano	9º ano	Não	Sim	Tráfico e detenção de arma proibida
	C	23	9º ano	9º ano	Não	Não	Condução sem habilitação legal
	D	28	9º ano	12º ano	Não	Não	Ofensa à integridade física
	E	46	12º ano	12º ano	Não	Não	Furto e furto qualificado
	F	37	9º ano	9º ano	Sim	Sim	Tráfico
	G	33	9º ano	12º ano	Não	Sim	Tráfico de menor quantidade
	H	31	9º ano	12º ano	Sim	Sim	Roubo
	I	33	9º ano	9º ano	Não	Sim	Tráfico de menor quantidade
	J	42	4º ano	9ºano	Sim	Sim	Violência doméstica
	L	21	10º ano	12º ano	Sim	Não	Burla
	M	34	6º ano	9º ano	Não	Sim	Violência doméstica

Apêndice 2 – Dados para análise e interpretação do *Focus Group*

		E. P. Aveiro	E. P. Caldas da Rainha	E. P. Castelo Branco	E. P. Covilhã
1. Perceção de saúde	Ausência de doença	<p>Recluso B: “Acho que se nós andarmos bem psicologicamente, fisicamente também andamos.</p> <p>Recluso D: O meu estado de saúde está bom, mas tenho uma doença de uma pessoa que tem alguns hábitos.</p> <p>Recluso E: Eu saúde praticamente não tenho nenhuma, é os dentes, acido úrico parti a bacia em três lados e nas mudanças de tempo tenho muitas dores, tenho aqui uma platina, (apontava para a zona da bacia).</p> <p>Recluso E: Apanhei este medo porque quando eu tinha 8 anos foram á escola fazer um rastreio às crianças, como não havia dinheiro mandaram-me a um curioso. Arrancava o dente, mas antes amarravam-nos a uma cadeira em mármore redondas, com umas braçadeiras de borracha. Derivado a isso é muito difícil ir ao dentista.</p>	<p>Recluso F: Bem-estar físico e mental.</p> <p>Recluso B: É isso saúde física, saúde mental, pelo menos foi o que nos ensinaram aqui há bem pouco tempo.</p> <p>Recluso E: “Eu por mim falo, tenho uma boa saúde já há uns bons anos que não vou ao Hospital ou de não tomar medicação nenhuma, acho que por aí se vê, pelo menos, se tenho boa saúde... acho que não tomar medicação ou não ir ao Hospital, não estarmos a falar de uma dor de cabeça ou uma febre ou uma constipação.</p> <p>Recluso E: Levar sempre uma situação, uma reta, nos últimos 10 anos não saber o que um Hospital, não saber o que é uma medicação e bem-estar, acho que isso é ter uma boa saúde.</p>	<p>Recluso G: Sim... se a mente não estiver bem o físico não conta.</p>	<p>Recluso I: Não ter doenças... Aqui não pode estar boa nem má. A minha atualmente está média... Porque posso estar bem de corpo e tudo, mas mentalmente não “tou bem”</p> <p>Recluso G: Presentemente considero que tenho muito boa saúde, estes últimos anos para mim foram de ouro, porque me consegui erguer: No passado, tive uma má experiência no que respeita a toxicodependência”</p> <p>Recluso I: “Hoje ainda valorizo mais a saúde que tenho, já não tenho 20 anos, já não vou para novo, e como aqui na cadeia não tenho muito com que me preocupar, preocupo-me com a saúde, coisa que lá fora não tinha tempo.</p>

		E. P. Aveiro	E. P. Caldas da Rainha	E. P. Castelo Branco	E. P. Covilhã
1. Perceção de saúde (cont.)	Ausência de doença	<p>Recluso E: Eu saúde praticamente não tenho nenhuma, é os dentes, acido úrico parti a bacia em três lados e nas mudanças de tempo tenho muitas dores, tenho aqui uma platina, (apontava para a zona da bacia).</p> <p>Recluso B: “Eu nunca fui lá fora, porque nunca precisei, vou á médica, tomo a medicação diariamente e mais nada.</p>			<p>Recluso I: Aqui não pode estar boa nem má. A minha atualmente está média... Porque posso estar bem de corpo</p> <p>Recluso G: Presentemente considero que tenho muito boa saúde, estes últimos anos para mim foram de ouro, porque me consegui erguer: No passado, tive uma má experiência no que respeita a toxicoddependência.</p>

		E. P. Aveiro	E. P. Caldas da Rainha	E. P. Castelo Branco	E. P. Covilhã
1. Perceção de saúde (cont.)	Bem-estar	<p>Recluso A: “Ter saúde é sentir-me bem comigo mesmo, sem ter nenhum problema físico e psicológico, principalmente físico, a parte psicológica também é muito importante para a parte física.”</p> <p>Recluso B: (...) Lá fora andava sempre com stress, aqui eu vim para dormir, não tinha férias lá fora vou tê-las aqui, (...) sinto-me melhor cá dentro não há stresses, assim como assim já perdi o emprego, já não tenho com que me preocupar, tenho uns tostõezitos para pagar água e luz enquanto houver está tudo bem.</p>	<p>Recluso E: Ao bem-estar!</p> <p>Recluso B: É isso saúde física, saúde mental, pelo menos foi o que nos ensinaram aqui há bem pouco tempo</p>	<p>Recluso A: Ter saúde é uma pessoa estar bem... não ter problemas nenhuns.</p> <p>Recluso G: Mentais e físicos. Acho que a alimentação, o descanso... o psicológico, o físico... contribuem muito para o bem-estar.</p>	<p>Recluso G: É andarmos bem, bem-estar connosco próprios, física e mentalmente.</p>

		E. P. Aveiro	E. P. Caldas da Rainha	E. P. Castelo Branco	E. P. Covilhã
2. Perceção de saúde (cont.)					
	Qualidade de Vida	<p>Recluso E: “O físico dói mais, mas o psicológico torna-se mais agressivo a parte psicológica, e se uma pessoa começa a bater mal, é uma parte menos boa, não temos qualidade de vida.</p> <p>Recluso F: O físico dói mais, mas o psicológico</p> <p>Recluso E: Acho que aqui dentro é bom, quando começam a entrar em depressão, nós próprios é que temos de dar conta que estamos assim. Por vezes isolam-se é só fumar, e se viermos para fora, dá mais apetite para comer, dá outra qualidade de vida.</p> <p>Recluso F: é a privação de estarmos com a família, em termos de saúde física eu acho que não seja diferente de lá de fora, se me doer os dentes aqui, também me dói lá fora, agora o psicológico é que interfere mais proporciona-nos uma qualidade de vida diferente.</p>	<p>Recluso H: E eu é igual... logo que a gente se sintam bem, tenha uma boa alimentação, não tenha doenças nenhuma, acho que estamos saudáveis, ou minimamente. Temos qualidade de vida.</p>	<p>Recluso E: Principalmente no que se relaciona com a qualidade de vida e bem-estar.</p>	<p>Recluso A: É ser saudável, manter a qualidade de vida independentemente do local em que estejamos.</p>

2. Explicação da saúde em meio livre	E. P. Aveiro	E. P. Caldas da Rainha	E. P. Castelo Branco	E. P. Covilhã
	<p>Recluso F: mas lá fora também não vamos porque estamos a trabalhar, fazes um corte metes um penso e está a andar, aqui não (...)</p> <p>Recluso E: Apanhei este medo porque quando eu tinha 8 anos foram á escola fazer um rastreio às crianças, como não havia dinheiro mandaram-me a um curioso. Arrancava o dente, mas antes amarravam-nos a uma cadeira em mármore redondas,</p>	<p>Recluso F: Não tomava de forma regular, eu automedicava-me, tomava quando achava que precisava, quando não achava...</p> <p>Recluso G: A minha acho que está boa! Nunca fui para o Hospital por nada, fui só por causa deste braço, foi um acidente, mas doente, doente, nunca fui ao Hospital por causa disso!</p> <p>Recluso H: A minha saúde, apesar de ter sido operado agora há pouco tempo, tive de tirar um quisto, tomo medicação, mas acaba por não ser medicação em si porque é só uma pomada, podia trocar por medicamento ou comprimidos, mas prefiro a pomada é mais ativa e menos regular e, no entanto, considero a minha saúde extremamente boa. Faço desporto, sou saudável, alimento-me bem, tanto aqui como lá fora era exatamente igual. Não me sito menos saudável por tomar medicação, acho que isso também parte do que uma pessoa quer fazer...</p>		<p>Recluso I: ... eu tenho uma dieta específica, porque tenho glicémia alta, e colesterol elevado (...) Lá fora andava controlado, tinha a minha médica de família, todos os meses ia á consulta, tinha a minha família ao pé de mim, qualquer problema ‘tava logo o pedido...”</p> <p>Recluso G: Em meio livre o que contribuiu para o meu problema de saúde foi a toxicodependência, pois em 2007 fui encaminhado, com credencial pelo médico psiquiatra do CAT para fazer tratamento à hepatite C e não fui procurar ajuda, primeiro porque não valorizei em segundo preocupava-me se tornasse a recair nos consumos.</p>

3. Explicação da doença em meio prisional	E. P. Aveiro	E. P. Caldas da Rainha	E. P. Castelo Branco	E. P. Covilhã
	<p>Responde ao mesmo tempo o Recluso E, C, F: é lógico que cá dentro sentimo-nos muito mais abatidos, mais deprimidos, mais ansiosos, é como a noite dia.</p> <p>Recluso E: é a privação de estarmos com a família.</p> <p>Recluso F: "...é a privação de estarmos com a família, em termos de saúde física eu acho que não seja diferente de lá de fora, se me doer os dentes aqui, também me dói lá fora, agora o psicológico é que interfere mais ... Às vezes temos uma dor de cabeça ou isto ou aquilo e a parte psicológica agrava mais. Às vezes a dor de dentes agrava mais porque me começa a bater as saudades parece que é pior, se andar bem-disposto até esqueço.</p> <p>Recluso G: ...privados da liberdade tudo fica pior...</p> <p>Recluso H: "Acho que psicologicamente é mais difícil de não ficarmos afetados aqui dentro do que fisicamente, é que fisicamente temos acesso a uma dieta saudável, psicologicamente é um meio bastante..."</p> <p>Recluso D: Quando entrei aqui tinha 35 Kilos, devido às drogas, andava tão ocupado para arranjar droga, que nem tinha apetite.</p>	<p>Recluso F: Teve, teve! Eu estou aqui porque estive três dias sem tomar a medicação, tive um... sei lá, um surto psicótico ou qualquer coisa assim.</p> <p>Recluso C: Por todas as razões, a alimentação, as faltas de higiene, acho que sim... uma pessoa precisa de estar fisicamente bem e psicologicamente também, psicologicamente também é saúde, se não estiver bem psicologicamente a saúde física fica mais fraca...</p> <p>Recluso M: Convive também, às vezes juntamo-nos todos, "vai um cafezito", vem outro "agora é a minha vez" e uma pessoa quando vai a ver é muito café, muita cafeína dentro do corpo e eu acho que isso não faz nada bem, apesar dos cientistas da América dizerem que isso dá mais... ouve-se dizer na televisão mas eu não acredito nisso.</p> <p>Recluso F: Teve, teve! Eu estou aqui porque estive três dias sem tomar a medicação, tive um... sei lá, um surto psicótico ou qualquer coisa assim.</p> <p>Recluso C: Por todas as razões, a alimentação, as faltas de higiene, acho que sim... uma pessoa precisa de estar fisicamente bem e psicologicamente também, psicologicamente também é saúde, se não estiver bem psicologicamente a saúde física fica mais fraca...</p>	<p>Recluso E: Eu por mim falo, tenho uma boa saúde já há uns bons anos que não vou ao Hospital ou de não tomar medicação nenhuma, acho que por aí se vê, pelo menos, se tenho boa saúde... acho que não tomar medicação ou não ir ao Hospital, não estarmos a falar de uma dor de cabeça ou uma febre ou uma constipação.</p> <p>Recluso E: Levar sempre uma situação, uma reta, nos últimos 10 anos não saber o que um Hospital, não saber o que é uma medicação e estar bem, acho que isso é ter uma boa saúde.</p> <p>Recluso F: Hamm... A medicação é muito forte, tem muitos efeitos secundários, eu já tomo há muito tempo e estão me a aparecer vários efeitos secundários... hamm... entre eles a capacidade de raciocinar, parece que o meu cérebro está cada vez mais adormecido... hamm... a memória... hamm... fisicamente sinto-me sempre com sono...hamm... não tenho vontade de me mexer... hamm... os médios dizem que eu tenho de tomar essa medicação obrigatoriamente e eu não posso recusar.</p> <p>Recluso D: e não apanhei tuberculose... já passei por muitas coisas... porque eu tenho os meus cuidados... não são cem por cento seguros..."</p>	<p>Recluso I: Após estes anos de prisão olho para o espelho e penso que não sou o mesmo, bem como as pessoas que se cruzam comigo quando vou de precárias dizem que não pareço o mesmo, isso dá-me muito força para continuar a acreditar em mim.</p> <p>Recluso G: ... eu tenho uma dieta específica, porque tenho glicémia alta, e colesterol elevado ..., dez vezes o nível do colesterol e ninguém quer saber disso para nada...</p> <p>Recluso D: mas aqui também é a alimentação... nós também queremos fazer uma alimentação mais saudável e não conseguimos fazer...</p>

3. Explicação da doença em meio prisional (cont.)	E. P. Aveiro	E. P. Caldas da Rainha	E. P. Castelo Branco	E. P. Covilhã
		<p>Recluso M: Convive também, às vezes juntamo-nos todos, “vai um cafezito”, vem outro “agora é a minha vez” e uma pessoa quando vai a ver é muito café, muita cafeina dentro do corpo e eu acho que isso não faz nada bem, apesar dos cientistas da América dizerem que isso dá mais... ouve-se dizer na televisão mas eu não acredito nisso.</p> <p>Recluso I: De uma forma benéfica, acaba por ser um bocado estranho, porque na rua não ia tanto ao Hospital, eu na rua sabia que tinha um quisto para tirar já há vários anos, mas o tempo em si acabou por não dar essa, essa, nem quero saber o que isto vai dar daqui para a frente e aqui o que não falta é tempo...</p> <p>Recluso I: Eu sabia que tinha o problema, agora que tenho mais tempo vou tentar tratá-lo... e assim o fiz!</p> <p>Recluso L: Não, lá fora não tinha nada disto, foi desde aqui, eu entrei com setenta e tal quilos já cheguei a pesar aqui sessenta e um... também...</p> <p>Recluso E: Mas, é o facto de estar fechado que interfere consigo?</p> <p>Recluso L: Psicologicamente sim! É o meu problema de saúde... é.</p>	<p>Recluso G: O contacto com muita gente na mesma cela... onze indivíduos na mesma cela a tossir... por exemplo agora anda tudo constipado ou engripados... não sei bem.”</p> <p>Recluso G: Mas já agora... só o facto de estarmos na situação em que estamos já cria um certo stress... Porque isto... pronto... há stresses... (risos) ... apesar de isto ser tranquilo..., mas há sempre uns certos stresses.</p> <p>Recluso F: E da higiene... eu acho que aqui a higiene também tem muito a ver.</p>	<p>Recluso I: Após estes anos de prisão olho para o espelho e penso que não sou o mesmo, bem como as pessoas que se cruzam comigo quando vou de precárias dizem que não pareço o mesmo, isso dá-me muito força para continuar a acreditar em mim.</p> <p>Recluso G: ... eu tenho uma dieta específica, porque tenho glicémia alta, e colesterol elevado ..., dez vezes o nível do colesterol e ninguém quer saber disso para nada...</p> <p>Recluso D: mas aqui também é a alimentação... nós também queremos fazer uma alimentação mais saudável e não conseguimos fazer...</p>

3. Explicação da doença em meio prisional (cont.)	E. P. Aveiro	E. P. Caldas da Rainha	E. P. Castelo Branco	E. P. Covilhã
		<p>Recluso M: Convive também, às vezes juntamo-nos todos, “vai um cafezito”, vem outro “agora é a minha vez” e uma pessoa quando vai a ver é muito café, muita cafeina dentro do corpo e eu acho que isso não faz nada bem, apesar dos cientistas da América dizerem que isso dá mais... ouve-se dizer na televisão mas eu não acredito nisso.</p> <p>Recluso I: De uma forma benéfica, acaba por ser um bocado estranho, porque na rua não ia tanto ao Hospital, eu na rua sabia que tinha um quisto para tirar já há vários anos, mas o tempo em si acabou por não dar essa, essa, nem quero saber o que isto vai dar daqui para a frente e aqui o que não falta é tempo...</p> <p>Recluso I: Eu sabia que tinha o problema, agora que tenho mais tempo vou tentar tratá-lo... e assim o fiz!</p> <p>Recluso L: Não, lá fora não tinha nada disto, foi desde aqui, eu entrei com setenta e tal quilos já cheguei a pesar aqui sessenta e um... também...</p> <p>Recluso E: Mas, é o facto de estar fechado que interfere consigo?</p> <p>Recluso L: Psicologicamente sim! É o meu problema de saúde... é.</p>	<p>Recluso G: O contacto com muita gente na mesma cela... onze indivíduos na mesma cela a tossir... por exemplo agora anda tudo constipado ou engripados... não sei bem.”</p> <p>Recluso G: Mas já agora... só o facto de estarmos na situação em que estamos já cria um certo stress... Porque isto... pronto... há stresses... (risos) ... apesar de isto ser tranquilo..., mas há sempre uns certos stresses.</p> <p>Recluso F: E da higiene... eu acho que aqui a higiene também tem muito a ver.</p>	

4. Estatuto Qualitativo da saúde em meio livre	E. P. Aveiro	E. P. Caldas da Rainha	E. P. Castelo Branco	E. P. Covilhã
	<p>Recluso E: (...) porque lá fora ando distraído com o trabalho, com a mulher, os filhos, com o dia a dia, ...Por exemplo lá fora há muito tempo que não fazia análises (..)”</p> <p>Recluso H: Lá fora era muito raro ir ao médico, não ia porque fisicamente não sentia grande necessidade.</p>	<p>Recluso D: O tabaco também, acho que o tabaco também não faz bem à saúde não é...</p> <p>Recluso M: Na rua bebo um café de manhã, um à hora de almoço, um ao meio da tarde e um à noite, mas há dias que eu nem tenho tempo para beber café e aqui dentro...</p>	<p>“Entrevistadora: Lá fora tem mais para fazer...</p> <p>Recluso G: Lá fora eu era um gajo muito ocupado... em vários aspetos (riso</p>	<p>Recluso G: Hoje dou muito mais valor á minha saúde do que em meio livre, até porque não me importava com a saúde em liberdade. Sinto que em meio livre era um desatino constante á procura de droga, não ligava á família, trabalho.</p>

5. Estatuto qualitativo da saúde em meio prisional	E. P. Aveiro	E. P. Caldas da Rainha	E. P. Castelo Branco	E.P. Covilhã
	<p>Recluso E: Preocupe-me mais com a saúde cá dentro e aqui não é isto e isto mesmo (...) aqui dentro ando sempre com a paranoia de apanhar doenças, eu penso que todos são assim aqui dentro não temos mais em que pensar se não em cuidar de nós próprios.</p> <p>Recluso B: Não tenho acompanhamento com o mesmo psiquiatra de lá de fora, aqui é o médico daqui, mas é só a medicação, e não varia, porque o médico disse que eu iria tomar aquilo toda a vida, por isso trouxe a medicação de casa e estão a dar aqui, também nunca precisei de ir novamente ao médico, durmo bem.</p>	<p>Recluso M: Aqui fumar, é o passa tempo, ficamos a pensar, num problema familiar, um bocado mais pensativos e volta a fumar não é, o tabaco aqui, eu acho que eu fumo aqui duas vezes mais do que na rua.</p> <p>Recluso D: Eu por acaso também! Café também, consome-se mais café aqui.</p> <p>Recluso M: Eu também, agora reduzi um bocado, mas tomava uma média de dez cafés por dia, não tomo medicação e espero não tomar, também faço um bocado de desporto de alguma maneira ajuda o desporto, eu faço diariamente, mas agora reduzi um bocado, há dias que bebia dez, quinze... vem um convida, uma pessoa faz, vem outro convida, uma pessoa está... dizem que o café faz bem à saúde, mas no meu ver não faz, já cheguei a acordar com o meu coração acelerado, nunca me aconteceu na rua e aqui chegou a acontecer...</p> <p>Recluso J: Eu tentei, eu quando entrei aqui pedi ajuda e... hammm... o tabaco é um bocado caro... como foi negado, fui reduzindo, reduzindo até deixar.</p> <p>Recluso D: Mas se agente deixa de fumar, vai-se refugiar noutra coisa que é a comida, passa a comer mais!</p> <p>Recluso H: Adianta! No caso do ataque epilético a mim adiantou-me, porque eu... a tendência é, deita-o no chão, vira-o de lado e mete uma coisa na boca, isso é um mito, não se mete nada</p>	<p>Recluso G: ... Quando chegas ao hospital não te dão pulseira verde ou amarela só pela tua linda cara, dão pela urgência do teu caso</p>	<p>TODOS: “Urgências”</p> <p>Entrevistado A: “Médico de família é para esquecer... O mais rápido é urgências, é melhor”</p>

	E. P. Aveiro	E. P. Caldas da Rainha	E. P. Castelo Branco	E.P. Covilhã
5. Estatuto qualitativo da saúde em meio prisional(cont.)		<p>na boca... porque a tendência é a língua descair, se ele ficar assim a língua enrola, é normal... e as pessoas têm tendência a meter alguma coisa na boca, mas não... se o rapaz se estiver de lado e língua tende a cair para o lado, não precisa de nada na boca, ao meter alguma coisa na boca fica sufocado.</p> <p>Recluso L: Eu aqui também costumo fumar muito, por exemplo... eu fumo aqui três maços e uma lata ainda de “Camel” e às vezes ainda tenho que pedir emprestado porque... há muita coisa que mexe comigo, psicologicamente, é o meu problema de saúde... tomo uns antidepressivos na... pouco ou nada me fazem, mas também é por fases... às vezes não preciso, outras vezes preciso, depende das alturas.</p> <p>Recluso E: É claro que faz muita diferença, lá fora tenho que apanhar, ou ir de carro para ir ao Hospital, aqui tenho aqui ao pé, agora temos de pôr no campo é “de funcionamento”, claro que funcionar as coisas não funcionam, isso é um campo.</p> <p>Recluso I: Eu assim que entrei na cadeia o que eu fiz foi começar a fumar, há quase três anos que não fumava, a primeira coisa que fiz, quando me foram buscar a casa, foi agarrar num maço de tabaco...</p> <p>Recluso I: Porque eu sabia que a necessidade de fumar dentro da cadeia havia de vir, psicologicamente o cigarro ajuda-me, porque senão era obrigado a refugiar-me noutra tipo de coisas, esse tipo de coisas não é benéfico, é preferível o cigarro... “mal por mal, antes quero ir para o Hospital”... costuma-se dizer, antes um cigarro!</p>		

6. Itinerários em saúde em meio livre(cont.)	E. P. Aveiro	E. P. Caldas da Rainha	E. P. Castelo Branco	E. P. Covilhã
		<p>Recluso L: Eu aqui também costumo fumar muito, por exemplo... eu fumo aqui três maços e uma lata ainda de “Camel” e às vezes ainda tenho que pedir emprestado porque... há muita coisa que mexe comigo, psicologicamente, é o meu problema de saúde... tomo uns antidepressivos na... pouco ou nada me fazem, mas também é por fases... às vezes não preciso, outras vezes preciso, depende das alturas.</p> <p>Recluso E: É claro que faz muita diferença, lá fora tenho que apanhar, ou ir de carro para ir ao Hospital, aqui tenho aqui ao pé, agora temos de pôr no campo é “de funcionamento”, claro que funcionar as coisas não funcionam, isso é um campo.</p>	<p>Recluso G: “... Quando chegas ao hospital não te dão pulseira verde ou amarela só pela tua linda cara, dão pela urgência do teu caso...”</p>	<p>TODOS: “Urgências”</p> <p>Entrevistado A: “Médico de família é para esquecer... O mais rápido é urgências, é melhor “morto vivo. (recluso G)</p>

		E. P. Aveiro	E. P. Caldas da Rainha	E. P. Castelo Branco	E. P. Covilhã
		8. Avaliação das respostas em saúde em meio livre	Celeridade	<p>Recluso F: Fazemos um pedido com urgência colocamos numa caixa de correio que lá está em cima e esperamos sempre, mas sempre que é uma entorse ou uma dor de dentes vamos logo ali (gabinete médico)</p> <p>Recluso E: (...)e depois fazer um pedido, aqui é tudo através de pedidos.</p> <p>Recluso F: é igual já sei como é que isto funciona, meto sempre com urgência, chego lá, é isto e isto e isto, então eles dizem “você não pode fazer com urgência porque agente pensa que você está a morrer”, eu não é só para vir aqui, lá explico, mas normalmente sim</p>	<p>Recluso J: Eu tive logo, eu tive de noite, tive de tocar à campainha, não conseguia respirar e... se calhar se eu estivesse sozinho numa cela tinha morrido naquela, naquela noite, pronto, não conseguia falar, não conseguia respirar, não conseguia nada... e era um colega da cela que chamou os Guardas que me levaram ao Hospital...</p> <p>Recluso E: É claro que faz muita diferença, lá fora tenho que apanhar, ou ir de carro para ir ao Hospital, aqui tenho aqui ao pé, agora temos de pôr no campo é “de funcionamento”, claro que funcionar as coisas não funcionam.</p>

8. Avaliação das respostas em saúde em meio livre (cont.)		E. P. Aveiro	E. P. Caldas da Rainha	E. P. Castelo Branco	E. P. Covilhã
	Celeridade	<p>Recluso C: “lá fora tens mais acesso às coisas e não estás preocupado.”</p> <p>Recluso A: A resposta é lenta, mas lá depende se for no hospital também é muito demorada</p> <p>Recluso F: Lá fora marquei uma consulta de neurologia e avisaram-me logo que está demorada, demorou um ano e agora vim para aqui não voltaram a marcar.</p> <p>Recluso E: (...) é lá fora, aqui não há meios, recursos, como lá fora se não a este médico vai aquele e senão ao outro (...)</p>	<p>Recluso F: Era suposto existir, eles próprios diziam que iam-me acompanhar frequentemente, mas depois era de ano a ano</p> <p>Recluso H: Se fosse lá fora, depende de onde moram, depende de onde moram, porque... a resposta do INEM, vá-la... depois o INEM voltar, isso é, voltar... isso acaba também por demorar outros vinte minutos.</p> <p>Recluso E: Eu penso que a informação que eu tive, acho que é rápido, porque se o recluso vai lá, em termos de rapidez têm de dar prioridade ao recluso...</p>		

8. Avaliação das respostas em saúde em meio livre (cont.)		E. P. Aveiro	E. P. Caldas da Rainha	E. P. Castelo Branco	E. P. Covilhã
Celeridade		<p>Recluso H: (...) se eu estivesse na rua... tinha de esperar que ele enchesse, tinha que ir drenar... um ano... depois tinha que marcar consulta para retirar o interior... mais um ano... eu na rua ainda estava nisto... aqui simplesmente nem quiseram saber, “Como é que é? É para tirar” (estalou os dedos)</p> <p>Recluso E: É normal que o povo Português em norma só se vai queixar na última, como é lógico... mas também lá fora temos Hospitais públicos e temos Hospitais particulares e muita gente tem que recorrer ao Hospital particular e não ir ao público porque senão também... chega a estar, uma operação chega a demorar um ano e já morreu... os que podem ir ao particular... e depois temos o médico de família que é aquele que pode fazer para uma urgência maior para o Hospital, assim vai, porque eu também se for às urgências do Santa Maria e quiser fazer uma consulta a mim próprio, tem que se pagar uns 2.</p> <p>Recluso E: ou uns 30€ na urgência, mas também, mas também se for preciso uma operação ou outra... meu Deus... não é assim tão rápido também, a verdade seja dita, lá fora, lá fora! Cá dentro, o sistema, como o colega diz, a saúde, aqui nós temos de nos preocupar com a nossa saúde seja cá fora, lá dentro, o que for Não, era de ano a ano.</p>			

		E. P. Aveiro	E. P. Caldas da Rainha	E. P. Castelo Branco	E. P. Covilhã
		8. Avaliação das respostas em saúde em meio livre (cont.)	Tipo de acompanhamento	<p>Recluso H: Lá fora em idade adulta não, mas tive quando eu tinha 11 anos, na altura do divórcio dos meus pais, falava das coisas da escola, fazia testes.</p> <p>Recluso D: Eu ando na metadona e de dois em dois meses, lá fora, tinha consultas tinha psicóloga, tinha psicólogo no CRI que antes era CAT.</p> <p>Recluso H: Eu lá fora consumia desde os 16 anos era muito haxixe e descuidei-me completamente dos médicos, eu não morava com a minha mãe porque os meus pais divorciaram-se quando tinha 11 anos e aos 14 anos saí da casa da minha mãe para ir viver com o meu pai, o pai não marcava consultas porque tinha problemas de álcool com consumos regulares, era como eu com o haxixe, então nem eu nem ele, ele como tinha o trabalho fixo ainda tinha o médico da fábrica eu não tinha</p>	<p>Recluso E: E isso sentia que era pouco para si?</p> <p>Recluso F: Muito pouco, eu preciso de um acompanhamento quase constante... permanente, não digo constante, permanente.</p> <p>Recluso L: Porque eu lá fora conseguia cuidar de mim, aqui dentro não, aqui só vou à solução deles.</p> <p>Recluso E: O meu médico de família, no meu caso, o médico de família, estamos sempre a fazer um... independente do check-up de trabalho... de seis em seis meses tinha de fazer o check-up... era obrigado a fazer, ahh..., mas o médico de família sim, era o apoio... um apoio.</p>

8. Avaliação das respostas em saúde em meio livre (cont.)	Resposta dos serviços	E. P. Aveiro	E. P. Caldas da Rainha	E. P. Castelo Branco	E. P. Covilhã
			<p>Recluso L: Já, já, ia ao dentista regularmente, eu entrei aqui com os dentes todos bons.</p> <p>Recluso H: Eu vou-te dizer assim, eu simplesmente apanhei uma infeção pulmonar, eu rodei três Hospitais e nos três Hospitais que fui, para além de ter ficado uma doze horas num deles, disseram que era gripe...</p>	<p>Recluso G: Acho que o Serviço Nacional de Saúde está uma javardisse desculpe o termo mas está... a última vez que estive no Hospital fiquei de fora porque antes não era assim... mesmo a nível de higiene... entrasse numa casa de banho aqui do Hospital, que era exemplar que já conheço à muitos anos, e se entrar numa casa de banho às dez da manhã aquilo mete impressão. Escuta... uma banheira com ferrugem, os cortinados cheios de trampa... para não dizer outra coisa... as roupas todas sujas de toda a gente espalhadas por ali... uma javardice... O Serviço Nacional de Saúde está miserável.</p> <p>Recluso F: Eu tive uma queda de doze metros de altura de uma caixa de um elevador fui assistido aqui no Hospital e correu tudo bem.</p>	<p>Recluso G: E lá fora, fazem análises com regularidade?</p> <p>Entrevistado B: “Ahh...sim... Eu de 2 em 2 anos faço”</p> <p>Recluso G: Mesmo lá fora tive sempre a respostas que precisava.</p>

		E. P. Aveiro	E. P. Caldas da Rainha	E. P. Castelo Branco	E. P. Covilhã
9. A Avaliação das respostas em saúde em meio prisional					
	Celeridade	<p>Recluso F: Aqui dá um passinho e tens o gabinete de saúde logo ali, mais acesso.”</p> <p>Recluso E: Qualquer tipo de problema de saúde aqui dentro é muito mais complicado de curar que é lá fora, aqui não há meios, recursos, como lá fora (...) e aqui tem de se esperar, esperar, esperar, e meter pedidos(.</p> <p>Recluso C: O Tipo de resposta é muito lenta.</p> <p>Recluso H: A consulta de clínica geral aqui é bastante rápida, se calhar se fossemos ao médico de família.</p> <p>Recluso E: Já vim em situações de dor a cabeça ou um dente á hora de medicação às 9 horas e marcarem para o outro dia, estive até às 11 a aguentar a dor, esquecem estas dores e quanto mais velho pior é.</p>	<p>Recluso E: Aqui tem seguimento, já percebi, com regularidade, deduzo até que quando vai a uma consulta já fica com outra marcada...</p> <p>Recluso F: Exato, sim!</p> <p>Recluso E: É (..) agora temos de pôr no campo é “de funcionamento”, claro que funcionar as coisas não funcionam, isso é um campo.</p>	<p>Entrevistadora: E quando pediram essa ajuda...(álcool e droga) foi-lhes dada logo de imediato?</p> <p>Recluso G: Sim.</p> <p>Recluso D: A mim foi.</p> <p>Recluso G: Há trinta anos era diferente... agora não... agora qualquer um vai ali e pede ajuda.</p> <p>Recluso A: Foi a hepatite</p> <p>Recluso B: “Faço um pedido para o médico e espero um mês, dois meses, três meses.”</p>	<p>“E lá fora, fazem análises com regularidade?”</p> <p>Entrevistado B: “Ahh...sim... Eu de 2 em 2 anos faço”</p> <p>Recluso G: Há quatro anos, os reclusos quando tinham problemas de dentes tinham de ir ao Hospital Prisional em Caxias (...). Assim que começaram a ter consultas aqui no hospital foi muito bom porque como é perto todos querem tratar dos seus problemas de dentes abriu portas a muitos tratamentos que eram necessários”</p> <p>Recluso G: Mesmo lá fora tive sempre a respostas que precisava.</p>

		E. P. Aveiro	E. P. Caldas da Rainha	E. P. Castelo Branco	E. P. Covilhã
9. A Avaliação das respostas em saúde em meio prisional (cont.)	Celeridade	<p>Recluso F: Aqui dás um passinho e tens o gabinete de saúde logo ali, mais acesso.”</p> <p>Recluso E: Qualquer tipo de problema de saúde aqui dentro é muito mais complicado de curar que é lá fora, aqui não há meios, recursos, como lá fora (...)e aqui tem de se esperar, esperar, esperar, e meter pedidos(..</p> <p>Recluso C – O Tipo de resposta é muito lenta.</p> <p>Recluso H: A consulta de clínica geral aqui é bastante rápida, se calhar se fossemos ao médico de família.</p> <p>Recluso E: Já vim em situações de dor a cabeça ou um dente á hora de medicação às 9 horas e marcarem para o outro dia, estive até às 11 a aguentar a dor, esquecem estas dores e quanto mais velho pior é.</p>	<p>Recluso M: Nem sempre funcionam bem, eu faço desporto regularmente eu tive uma dor aqui uma lesão durante uns quatro ou cinco meses, ainda hoje estou à espera para fazer uma radiografia, agora não me dói, já passou, mas de vez em quando sinto um apertãozito e eles disseram que estão à espera da resposta porque é a pagar! Eu também tenho um quisto na barriga e ainda hoje há um ano e meio preso e nada.</p> <p>Recluso M: Sim, e já entrou depois de mim... eu, eu ainda estou aqui que entrei primeiro e ainda estou à espera...</p> <p>Recluso H: Está bem que eu andei sempre em cima, só passado seis é que comecei a fazer as coisas, eu no espaço de seis meses retirei o quisto (...) aqui simplesmente nem quiseram saber, “Como é que é? É para tirar” (estalou os dedos)</p> <p>Recluso M: Pois, eu também pressionei, mas chega a um ponto...: E outra, eu acho que quando... uma pessoa tem um problema como já vi acontecer um ataque epilético ou coisas assim, eu acho que... demoram muito tempo a atender as pessoas, quando uma pessoa sente-se mal ou isto ou aquilo, eu</p>	<p>Recluso F: Eu acho que alguns pedidos que nós fazemos nem chegam.”</p> <p>Recluso H: “Temos que fazer o pedido e rezar pelo tempo.”</p> <p>Recluso G: “...a nível de operações... acho que... no meu caso... pela minha experiência... foi tudo mais rápido do que se estivesse na rua (...)”</p> <p>Recluso D: Depende... se for um caso que eles vêm que tem mais urgência... E há aí pessoas que vão aí à enfermeira a chatear por chatear... ou porque tem a unha encravada ou tem um pelo encravado... E essas pessoas aí não vão logo a correr ao médico... Agora quando sou eu... e agora à uns três meses atrás parti a mão e fui logo a Hospitais e fizeram-me o tratamento, puseram-me uma tala e depois eu fui à consulta...são coisas.... Agora quando é porque me doem as costas ou porque estou mal disposto e apetece-me chatear a cabeça a alguém... é claro que essas pessoas...</p>	

9. A Avaliação das respostas em saúde em meio prisional (cont.)		E. P. Aveiro	E. P. Caldas da Rainha	E. P. Castelo Branco	E. P. Covilhã
		Celeridade		<p>acho que... deviam ser mais rápidos a mexer-se.</p> <p>Recluso M: E... outra coisa, desculpe lá... a gente aqui vamos ao médico e marca a consulta, temos de estar à espera, não é, Normal!... ou antes de marcar a consulta temos de estar à espera. Aqui a gente não! Porque... se estivermos urgência em falar com a médica temos escrever um papel e se for preciso passam-se meses que não nos chamam, como me aconteceu a mim... eu tive que ir... eh pá... tive que levantar um bocado o tom de voz, depois dizem... “Ah, mas tu não és assim!” Eu sei que não sou assim... mas eu para obter certas coisas uma pessoa tem que por vezes mudar o tom de voz e... uma pessoa mete um papel, passa um mês, passam dois meses, não nos chamam, uma pessoa levanta um bocado o tom ou fala na advogada, eles já nos chamam a correr... acho que... anda... falha... para mim acho que está a falhar no campo, no entanto na questão que tenho visto já estou...</p>	<p>Recluso D: Depende... se for um caso que eles vêm que tem mais urgência... E há aí pessoas que vão aí à enfermeira a chatear por chatear... ou porque tem a unha encravada ou tem um pelo encravado... E essas pessoas aí não vão logo a correr ao médico... Agora quando sou eu... e agora à uns três meses atrás parti a mão e fui logo a Hospitais e fizeram-me o tratamento, puseram-me uma tala e depois eu fui à consulta...são coisas.... Agora quando é porque me doem as costas ou porque estou mal disposto e apetece-me chatear a cabeça a alguém... é claro que essas pessoas...</p> <p>médico e não sei quê... a enfermeira vem todos os dias dar a medicação, observa o recluso e vê que ele não tem problema nenhum e esse pedido se calhar não vai para o cimo da gaveta... vai para o fundo da gaveta.</p> <p>Recluso E: Eu por acaso ainda não tive que ir ao médico... o médico vem todas as semanas é uma mais valia... não temos que ir ao médico, o médio vem até nós... E nós lá fora errámos... para estarmos aqui... e acho que podemos tentar agradecer pelos menos tudo o que tem a ver com a saúde... eu acho o que prejudica aqui mais a saúde é estarmos condicionados.</p> <p>Recluso D: Foste logo porque eram graves... quando é uma situação grave eles dão logo prioridade à situação.” – “Eu fiz um pedido à Senhora Diretora... porque na minha família tenho um histórico de problemas de pulmões..</p>

9. A Avaliação das respostas em saúde em meio prisional (cont.)			E. P. Aveiro	E. P. Caldas da Rainha	E. P. Castelo Branco	E. P. Covilhã
		Celeridade		<p>Recluso H: Esse aí é um mau exemplo que aí fui bem atendido... um homem, no dia mesmo quando eu entrei, no mesmo dia que eu entrei, na mesma noite, um homem teve um princípio de um AVC, foi à casa de banho no meio da noite caiu para trás, eu só ouvi “bumm”, “olha caiu no chão! ” Vou a ver está-se a tremer todo, já completamente urinado, fui eu o colega... os Guardas nesse dia até agiram rápido, os Guardas, mas não chamaram os Bombeiros, não fizeram nada, simplesmente foram buscar a máquina da tensão... “está bom, encontra lá e vai dor.</p> <p>Recluso M: Não, totalmente diferente, nada a ver... eu para já falo por mim porque ainda hoje estou à espera de respostas, para ir a consultas e nada... miir” mas isto não os Serviços Prisionais, a enfermaria... pronto, o rapaz está a ter um ataque epilético, agarrem nele, Hospital, é aqui ao lado, o Hospital é aqui... ao pé...</p>	<p>no meu piso temos lá vários casos por isso também posso... muito recentes... eu pedi para ir fazer um simples exame para ver como estão os meus pulmões morreram pessoas com problemas de pulmões... até agora estou à espera que a Senhora Diretora autorize para eu fazer o exame... é a única coisa que eu tenho a reclamar nisto tudo... ao ver ali casos de tuberculose como há, obrigatoriamente a Senhora Diretora o que haveria de fazer... mas isto passa pela Senhora Diretora, devia mandar todos a fazer o exame e não é esconder-se como ela se esconde.</p> <p>Recluso G: ... a nível de operações... acho que... no meu caso... pela minha experiência... foi tudo mais rápido do que se estivesse na rua à espera estava um ano ou dois à espera dessas operações... Aí por acaso não tenho nenhuma razão de queixa... agora se é aqueles pedidos de dor dentes ou assim... do resto não tenho tido razão de queixa... claro que podia funcionar melhor... eu já tive infelizmente numa prisão onde era em forma de estrela... eram cinco galerias e em cada galeria todos os dias das nove às doze e trinta salvo erro havia um médico com duas enfermeiras, ou seja, em cinco galerias... o que é obra não é... a gente quando ia tomar o pequeno almoço e se precisasse de alguma coisa punha o nome... e quinze por aí atendiam-se... todos os dias... e aqui não... demora tempo, esquecem-se.</p>	

9. A Avaliação das respostas em saúde em meio prisional (cont.)		E. P. Aveiro	E. P. Caldas da Rainha	E. P. Castelo Branco	E. P. Covilhã
		Celeridade			<p>Recluso E: “ Fiz análises, fui ao médico devido ao meu histórico clínico... tive que me deslocar... mas eu acho que o tempo de espera tem a ver com o número de pessoal de efetivos que existe no estabelecimento... fiz análises aqui no estabelecimento prisional e tive que me deslocar até... fui ao psiquiatra e à psicóloga e então... ou seja... eu acho que o tempo foi o dito normal.”</p> <p>Recluso G: Sim correu tudo muito bem e rápido... se calhar se fosse na rua estava muito mais tempo à espera.</p> <p>Entrevistadora: E o senhor lá fora tinha consultas de psiquiatria? E: Sim tinha, tem a ver com uma depressão.</p>

9. A Avaliação das respostas em saúde em meio prisional (cont.)		E. P. Aveiro	E. P. Caldas da Rainha	E. P. Castelo Branco	E. P. Covilhã
		Tipo de acompanhamento - RX		<p>Recluso L: Já fiz não sei quantos RX aos pulmões e nunca dizem nada...</p> <p>Recluso M: Eu também não, já fiz duas vezes.</p> <p>Recluso E: É obrigatório... no fundo penso eu que não pode estar aqui um recluso com 100, 120 homens cá dentro e esteja contaminado com “X”, não pode ser...</p>	<p>Recluso D: A carrinha veio fazer o RX, mas estava tudo bem com esses todos que estão agora com tuberculose.</p> <p>Recluso C: Mas ninguém sabe as respostas.</p>	Recluso B: Aí, assim que entrei, fiz logo análises e RX.

9. A Avaliação das respostas em saúde em meio prisional (cont.)		E. P. Aveiro	E. P. Caldas da Rainha	E. P. Castelo Branco	E. P. Covilhã
	Tipo de acompanhamento - Exames à entrada		<p>Recluso L: Quando entramos, todos nós fazemos análises e tudo na... eu já fiz aqui uma ou duas vezes e até hoje nunca vi a resposta delas e mesmo perguntando, exigindo...</p>	<p>Recluso F: Ainda à coisa de três ou quatro meses tivemos aqui e quem quisesse vinha fazer isso aí... de tirar o sangue?</p> <p>Entrevistadora: A parte da glicemia? Por causa dos diabetes.</p> <p>Recluso F: É isso mesmo.</p> <p>Recluso H: Foi pedra nos rins... fui duas vezes para as urgências.)</p>	<p>Recluso D: Nós aqui dentro, está bem que aqui somos mais vezes vistos, temos mais vezes médico do que se calhar lá fora estamos muito tempo á espera do que estamos aqui dentro...</p> <p>Recluso I: Eu acho que nessa parte está a trabalhar bem. Agora de 3 em 3 meses estamos a fazer análises, acho que está bem.</p> <p>Recluso B: Aí, assim que entrei, fiz logo análises.</p> <p>Recluso D: Eu no dia a seguir de entrar fui visto pela enfermeira e no dia em que havia médico fui logo visto, quando eu entrei ainda não havia médico todos os dias, só havia dois dias por semana. A nível disso não tenho razões nenhuma [de queixas].</p>

		E. P. Aveiro	E. P. Caldas da Rainha	E. P. Castelo Branco	E. P. Covilhã
9. A Avaliação das respostas em saúde em meio prisional (cont.)					
	Tipo de acompanhamento psicologia /psiquiatria	<p>Recluso H: aqui cheguei a ser chamado á psicóloga quando entrei, umas três vezes ou quatro. Lá fora em idade adulta não, mas tive quando eu tinha 11 anos, na altura do divorcio dos meus pais, nem foi. Aqui dentro quando entrei levei as coisas para a brincadeira, porque assim que entrei chamou 3 vezes quase seguidas e não aproveitei o benefício que me queriam dar.</p> <p>Recluso F: Isso também é uma diferença que agente tem daqui lá para fora, se... tem consultas de psicologia, lá fora ninguém se preocupa muito com esse fato, aqui é mais frequente termos acompanhamento.</p> <p>Recluso H: fui a uma consulta de psiquiatria duas vezes, nunca tinha tido antes, por isso não consigo avaliar, nunca fui a um psiquiatra, a primeira vez foi agora durante a reclusão.</p> <p>Recluso A: Fui a um psiquiatra, quatro vezes, desde que estou detido fui ao Porto a Santa Cruz do Bispo, fui duas vezes, da outra vez quando estive preso</p> <p>Recluso F: Antes de estar preso fui uma ou duas vezes, mas não gosto de ir a psiquiatras porque penso que sou capaz de dar a volta sozinho. Mas não às vezes é mesmo preciso ir ao psiquiatra e tomar alguma medicação.</p>	<p>Recluso F: Não, não gostava de... não estava aberto... aqui demorei um pouco a abrir... a aceitar ajuda, estava muito fechado em mim próprio... não, eu achava que os outros é que estavam mal, que toda a gente é que tinha de mudar menos eu e... aos poucos fui percebendo que não é assim... que eu posso receber ajuda de... das outras pessoas... e... e beneficiar muito com isso.</p> <p>Recluso F: Sim eu estive internado quatro vezes em psiquiatria, no Hospital de Santarém... hamm... mas não me ajudou em nada... hamm... ia ver psiquiatras, o meu pai levava-me ao psiquiatra, hamm... tentaram fazer psicoterapia comigo, mas nada resultou porque eu... eu criava uma rede, não permitia que me ajudassem... porque são... são questões às vezes íntimas... complexas, tem a ver muito com o meu passado, coisas que eu, magoa-me pensar nelas e... só aos poucos aqui dentro é que eu consegui, passo a passo, ir ultrapassando essas barreiras.</p>	<p>Recluso D: Olhe a minha última ida ao médico foi ontem à psicóloga, faço uma hora e meia de terapia todos os meses.</p> <p>Recluso E: Eu fui ao psiquiatra fazer uns testes.</p>	

		E. P. Aveiro	E. P. Caldas da Rainha	E. P. Castelo Branco	E. P. Covilhã
		9. A Avaliação das respostas em saúde em meio prisional (cont.)	Tipo de acompanhamento psicologia /psiquiatria	<p>Recluso A: A última vez que fui ao médico já estava detido, foi a um psicólogo a Santa Cruz do Bispo, encaminhado pela parte de psiquiatria.</p> <p>Recluso B.: A ultima vez que fui ao médico foi psicológico, não me sentia bem, não andava bem comigo próprio, tipo stress e continuo a recorrer ao psiquiatra, aliás a medicação qua ando a tomar é receitada pelo psiquiatra, comecei as consultas de psiquiatria lá fora, tinha consultas de 3 em 3 meses, e agora estou a dar continuidade ao tratamento. Em relação ao tratamento aqui dentro até me sinto melhor do que lá fora. Lá fora andava sempre com stress, aqui eu vim para dormir, não tinha férias lá fora vou tê-las aqui, é a primeira vez que vim, não sai da cela só saio da cela para tomar pequeno almoço, almoçar e psicologicamente sinto-me melhor cá dentro não há stresses, assim como assim já perdi o emprego, já não tenho com que me preocupar, tenho uns tostõezitos para pagar água e luz enquanto houver está tudo bem.</p> <p>Recluso E: Os dentes somos tratados em Coimbra no EP a médica é excecional, na primeira consulta disse-me logo você tem fobia aos dentistas, eu perguntei porquê e ela disse porque você está a pingar das mãos e branco como a cal da parede. A médica pôs-me á vontade excecional.</p>	<p>Recluso M: E outra, eu acho que quando... uma pessoa tem um problema como já vi acontecer um ataque epilético ou coisas assim, eu acho que... demoram muito tempo a atender as pessoas, quando uma pessoa se sente mal ou isto ou aquilo, eu acho que... deviam ser mais rápido a mexer-se</p> <p>Recluso M: E... outra coisa, desculpe lá... a gente aqui vamos ao médico e marca a consulta, temos de estar à espera, não é, Normal!... ou antes de marcar a consulta temos de estar à espera. Aqui a gente não! Porque.... se estivermos urgência em falar com a médica temos escrever um papel e se for preciso passam-se meses que não nos chamam, como me aconteceu a mim... eu tive que ir... eh pá... tive que levantar um bocado o tom de voz, depois dizem... “Ah, mas tu não és assim!” Eu sei que não sou assim... mas eu para obter certas coisas uma pessoa tem que por vezes mudar o tom de voz e... uma pessoa mete um papel, passa um mês, passam dois meses, não nos chamam, uma pessoa levanta um bocado o tom ou fala na advogada, eles já nos chamam a correr... acho que... anda... falha... para mim acho que está a falhar no campo, no entanto na questão que tenho visto já estou...</p>

9. A Avaliação das respostas em saúde em meio prisional (cont.)		E. P. Aveiro	E. P. Caldas da Rainha	E. P. Castelo Branco	E. P. Covilhã
		Tipo de acompanhamento - Dentista		<p>Recluso J: Não... nunca fui ao... ah... arranquei o primeiro aqui... ah... eu pedi-lhe... ah... pra poder por a prótese...</p> <p>Recluso L: Quanto isso a dentista, tenho muito a falar e... há aqui pessoas que sabem disso... arrancaram-me uma vez um dente à pancada, a solução é tudo arrancar, dentes que davam para arranjar, foi tudo tirado à pancada, vim uma vez com o maxilar à mostra...</p> <p>Recluso L: Não, não, vamos a outras cadeias... vim com o maxilar à mostra, estive a aguardar uma semana com o osso todo à mostra para voltar lá e me cortar todo e cozer tudo de novo... já cheguei a vir de lá com raízes ainda por tirar e ter que esperar algum tempo para ir lá tira-las e aguentar com dores... uma vez vim com gengiva cozida à bochecha... estava assim com a boca toda por dentro, eu quanto a isso já sofri muito.</p> <p>Recluso H: A diferença de um dentista da cadeia e um dentista da rua é que o dentista da cadeia, simplesmente é “dá para arranjar mas deitamos fora” ... solução feita... está-te a doer, é só arrancar e livramo-nos de ti... arranca fora.</p>	Recluso F: ... aqui fui ao dentista hoje.

9. A Avaliação das respostas em saúde em meio prisional (cont.)		E. P. Aveiro	E. P. Caldas da Rainha	E. P. Castelo Branco	E. P. Covilhã
		Tipo de acompanhamento - Dentista		<p>Recluso H: Eu pessoalmente, tenho pânico do dentista, tenho pânico ao dentista, já fui duas vezes ao dentista e foi mesmo... deus me livre... e o dentista, na falta... “pá tenho de te arrancar o dente”, então a arrancar um estalou-me o outro, tive que ir tirar o detrás, agora vou ter que tirar o da frente, pois estalou-me o outro.</p> <p>Recluso C: Eu já não vou ao dentista há dois anos e só não vou por causa disso, os meus dentes estão bons, estão bons, tenho... tenho todos, só que tenho umas três ou quatro caries, só que se eu quiser ir ao dentista estou para aí dois anos, mas, também soube disto e acabo por não ir...</p>	

9. A Avaliação das respostas em saúde em meio prisional (cont.)		E. P. Aveiro	E. P. Caldas da Rainha	E. P. Castelo Branco	E. P. Covilhã
		Tipo de encaminhamento – expensas próprias	<p>Recluso F: No meu caso não me mandaram para o Hospital de Caxias porque já estou a ser seguido pelo médico e disse que queria continuar a ser seguido aqui.</p>	<p>Entrevistadora: E porque é que você acha que não lhe a deram?</p> <p>Recluso J: Não sei!</p> <p>Recluso F: Não faz parte do sistema</p> <p>Recluso L: Eu pedi foi recusado...</p> <p>Recluso F: Eu também pedi e foi recusado, mas... eu consegui estar dois meses sem fumar, mas... psicologicamente uma coisa atacou-me e comecei a fumar outra vez.</p>	
Tipo de encaminhamento – Hospital Prisional - Caxias	<p>Recluso E:(...) acho que está um bocadinho ultrapassado. Fazemos pedido caso a especialidade não exista aqui temos de ir para Lisboa para o Hospital prisional de Caxias, nem que seja para tirar uma radiografia ao pulso, se temos o hospital aqui tão perto.</p>	<p>Recluso F: Vou todas as semanas ao psicólogo aqui e vou todos os meses ao hospital prisional a Caxias a uma consulta de psiquiatria.</p> <p>Recluso H: (...) o atendimento do médico no Hospital de Caxias, ele olhou para mim com uma cara... um Homem preto, olhou para mim ficou branco! Disse-me “olha, eu vou-te dizer aquilo que nem seque te devia dizer, mas vou dizer, isto se calhar não é um quisto, se calhar tens um tumor, mas isto, vou tirar isso, mas depois é que temos a certeza, mas vamos tirar isso tudo da raiz, se for um tumor ele volta crescer, se não, fica logo resolvido pela raiz... super bem tratado, muito bem tratado...</p>	<p>Recluso D: Psiquiatria pelo que tenho ouvido dizer agora estão a levá-los para o hospital prisional de Caxias... não percebo bem porquê...</p>	<p>Recluso G: Há quatro anos os reclusos quando tinham problemas de dentes tinham de ir a Caxias para tratar ou arrancar dentes.</p>	

		E. P. Aveiro	E. P. Caldas da Rainha	E. P. Castelo Branco	E. P. Covilhã
9. A Avaliação das respostas em saúde em meio prisional (cont.)		Aqui dentro vai um colega com dor na cabeça, outro com dor no peito, outro com dores de dentes, seja que dor for dão <i>bruffen</i> a todos, eu acho que está um bocadinho ultrapassado.	<p>Recluso M: É bom a gente ir ao Hospital de vez em quando ver como é que está a saúde, foi o que eu fiz aqui, desde que entrei na prisão, tinha feito um há dois anos atrás, na França, entrei aqui mandei fazer outro check-up e... acho também que as coisas aqui estão mal organizadas porque eu fiz aqui o check-up, análises, isto e aquilo e... foi preciso eu... lutar para ir à enfermaria falar com a médica e depois a médica diz-me “ahh, a tua... os teus papeis do... para ver como é que eu estava, já chegaram..</p> <p>Recluso L: Desde que este psicólogo novo agora veio eu tenho ido todas as semanas... hamm... a outra pessoa que estive cá antes dele fazia-me sentir mal, ainda me punha pior do que aquilo que eu estava!</p> <p>Recluso L: Não, sinto-me bem a falar com ele... aquela pessoa tem ajudado imenso, por acaso.</p> <p>Recluso F: Acho que nesse aspeto podia melhorar um pouco, às vezes tenho certas queixas, mas são os efeitos secundários da medicação, não há muita coisa a fazer, eles também não podem fazer mais nada.</p>	<p>Recluso D: “Esta enfermeira acha que é mais que médica... ela até corta a medicação que os médicos receitam. – “Eu com respeito a saúde... à seis anos que estou nesta casa, estou preso à sete mas à seis nesta casa, e com respeito à saúde não posso reclamar de nada, posso reclamar é com a enfermeira que corta medicação que o médico dá... ao longo destes seis anos já vi mais que um médico a chamar à atenção da enfermeira que está cá para fazer o trabalho que ele manda e não o trabalho que ela quer.”</p> <p>Recluso D: E ele vir todos os dias ou não vir nunca vai dar ao mesmo, se a vontade com que ele vem todos os dias for a mesma que traz agora quando vem de mês a mês... eu acho que todos nós temos problemas na nossa vida, temos é que saber separar a vida pessoal da vida profissional... que é uma coisa que se vê cada vez menos.</p> <p>Recluso D: Eu tive uma reação alérgica apareceram-me umas borbulhas no corpo... falei com a enfermeira, aquela que faz de médica também (risos), ela deu-me uma pomada... mas eu disse... vou por a pomada mas quero ir ao médico, quero a opinião do médico... fui ao médico e ele nem me viu... eu comecei a levantar a t-shirt para lhe mostrar e ele... ah se você é alérgico ao porco vou tirar-lhe o porco da sua alimentação... Então se me tira o porco da minha alimentação o que é que eu como!?</p>	<p>Recluso D: Eu já tive uma situação que para ir para ao hospital foi bastante complicado até que chegaram ao ponto e tiveram que me levar mesmo, e depois viram que o problema era grave...Depois andei de médico para médico... Aqui a médica disse para eu por gelo que passava...</p> <p>Recluso G: “Tenho uma avaliação muito positiva, somos bem assistidos, há uns meses rebentou, um derrame (varizes), depois do banho ia a calçar as meias e do nada rebentou começou a sangrar. As Senhoras enfermeira foram incansáveis no tratamento que me fizera, foram ainda umas cinco semanas para curar. A proximidade dos serviços de saúde faz com que solicite mais rapidamente os serviços para resolver.</p> <p>Recluso B: “Mas também depende por quem somos vistos...se for a médica é mais rápido, se for o médico é deixar andar...”</p>
	Profissionalismo				

9. A Avaliação das respostas em saúde em meio prisional (cont.)	Respostas dos serviços	E. P. Aveiro	E. P. Caldas da Rainha	E. P. Castelo Branco	E. P. Covilhã
			<p>Recluso L: Todos nós fazemos análises e tudo na... eu já fiz aqui uma ou duas vezes e até hoje nunca vi a resposta delas e mesmo perguntando, exigindo...</p> <p>Recluso J: Aqui só temos o médico uma vez por semana e é à terça-feira... eu tive em Leiria... tive em Leiria, dois anos em Leiria... preventivo... ahhh, tinha lá três médicos todos os dias e tinha enfermeira todos os Dias... e aqui...</p> <p>Recluso F: Nesse aspeto melhorou sim, tomar a medicação certa sempre a horas estabilizou muito as minhas oscilações de humor e os problemas da minha... do meu distúrbio de personalidade... humm... e é isto</p>	<p>Recluso D: Desde que me fizeram isso já perdi vinte quilos, estou com sessenta e sete quilos... peso quase de uma mulher... porque não me dão de comer neste EP, eu como todos os dias a mesma coisa... todos os dias me dão o mesmo comer e mal confeccionado. Eu não tinha que fazer uns exames para saber se sou alérgico? uma médica que fazia que já não está cá.</p> <p>“Não consegui criar rotina e até me alteraram o medicamento... não me dão a mesma medicação... que devia ser sempre do mesmo laboratório e trocaram-ma não sei porquê... o outro que tomava lá fora que era para a ajudar para epilepsia tiraram-mo... deram-me aí uma coisa qualquer.”</p>	<p>Recluso D: “Nós aqui dentro, está bem que aqui somos mais vezes vistos, temos mais vezes médico do que se calhar lá fora estamos muito tempo á espera do que estamos aqui dentro...”</p> <p>Recluso I: “Eu acho que nessa parte está a trabalhar bem. Agora de 3 em 3 meses estamos a fazer análises, acho que está bem”</p> <p>Recluso A: “Tive eu...Hepatite C. Entrei, tinha Hepatite C, fui ao hospital deram-me medicação, ao fim de três meses estava curado”</p> <p>Recluso G: Numa altura em que os enfermeiros estavam de greve não faziam colheitas a ninguém e eu tinha de fazer colheita de sangue para a infeciologia e fui diretamente com os guardas ao laboratório e só me fizeram a colheita a mim, o que não iria acontecer se não estivesse em reclusão.</p>

		E. P. Aveiro	E. P. Caldas da Rainha	E. P. Castelo Branco	E. P. Covilhã
10. Rótulo e estigma	Não sentem discriminação	<p>Recluso F: Aos sítios todos onde fui bem tratado, se formos por aí disfarçaram bem, mas nós somos pessoas depende da nossa maneira de nos colocarmos. Se chegarmos lá e la, as pessoas olham para nós.</p> <p>Recluso E: Já fui 4 vezes ao hospital e não senti qualquer tipo de discriminação, uma brincadeira ou outra, posso ouvir uma boca do guarda, mas das pessoas que trabalham no hospital não.</p>	<p>Recluso H: (..), mas, no entanto, isso de ir ao Hospital e estar algemado e sentir a pressão de outras pessoas, o atendimento médico para mim é exatamente igual, eu fui super bem atendido, o Hospital aqui das Caldas...</p>	<p>Recluso C: Sim sim... E a minha médica que me seguia e epilepsia dizia para não trocar por outro laboratório... já tomei de diversos laboratórios e só com aquele é que não me dava... estão constantemente a mudar.”</p> <p>Recluso G: Se possível um bom médico porque já tivemos aqui médicos que estavam a consultar, mas estavam ao telemóvel... que nem olhavam para a pessoa, isto era sentem que o facto de serem reclusos tratam-vos de maneira diferente?</p> <p>(Vários em simultâneo): Não.</p> <p>Recluso G : Até somos atendidos mais rápido.</p> <p>Recluso F: Vai-se passando à frente...</p>	<p>TODOS: “Não”</p> <p>Recluso G: “Inicialmente senti que as pessoas que estavam na sala de espera me olhavam de forma diferente, e incomodava, mas após algum tempo de reclusão, até deixa de incomodar, tenho uma situação caricata uma vez fui ao serviço de urgências e estava a ter uma conversa com o guarda que me acompanhava, (Guardava) e este afastava-se de mim e eu para continuar a conversa chegava-me para ele, até que ele me disse “estou a afastar-me para não perceberem que te estou a guardar e tu vens sempre atrás de mim”, então disse-lhe que isso não me interessava. No que diz respeito aos médicos nunca, mas mesmo nunca a condição de recluso interferiu nos serviços prestados, recordo que numa das vezes que fui a uma consulta na qualidade de recluso tive o melhor atendimento que tive até aos dias de hoje.”</p> <p>Recluso I: “Nem no hospital nem em lado nenhum”</p>

10. Rótulo e estigma (cont.)		E. P. Aveiro	E. P. Caldas da Rainha	E. P. Castelo Branco	E. P. Covilhã
	Sentem discriminação	<p>Recluso G: Eles querem é despachar agente</p> <p>Recluso C: O dinheiro não paga a saúde, mas ajuda.</p>	<p>Recluso C: Às vezes gostam de mandar uma piada ou outra, aqui no Estabelecimento, às vezes quando vou tomar a medicação gostam de mandar uma piada ou outra...</p> <p>Recluso E: Mas quem, da parte do Médico?</p> <p>Recluso C: Dos Guardas...</p> <p>GERAL: Dos Guardas...</p>	<p>Recluso D: Aquilo que lhes compete, não é porque não gostam de drogados ou de assassinos, seja lá daquilo que for, chegam aí e tratam-nos como se fossemos cães... eu acho que isso não é justo.</p>	<p>Recluso G: Em liberdade aconteceu que devido aos consumos arranjei uma infeção no braço muito grande. O local onde habitualmente me injetava ficou infetado, (...), no fundo tinha vergonha pois tinha de explicar o porquê, por isso evitava de pedir ajuda, até porque os profissionais de saúde que lá trabalham conhecem-me.</p>

11. Construção da masculinidade e comportamentos de saúde		E. P. Aveiro	E. P. Caldas da Rainha	E. P. Castelo Branco	E. P. Covilhã
	Atitude face à saúde	<p>Recluso E: O meu problema de saúde é os dentes, está a atacar muito, isto foi derivado de andar á murraça, agora ando a tratar deles.</p> <p>Recluso F: mas quem está cá a primeira vez muitas das vezes é influenciado a fazer coisas que nem sabe o risco que está a correr, porque é tudo novidade, eu também sou um deles porque também caí nisso, só que podia correr mal.</p> <p>Recluso E: um gajo está a fumar o outro diz dá-me a tua ponta, isso é um risco porque há doenças que são transmissíveis pela saliva.</p>	<p>Recluso E: Claro que sim! Eu posso dizer que fui ao Hospital, não foi daqui, mas tive que ir em transito numa situação ao tribunal de Lisboa, mas veio um senhor da casa de saída tinha que ir ao Hospital e o que ele conta, os atos que conta é uma coisa muito engraçada , só para perceber isto, a gente vai ao Santa Maria... normal numas urgências, está... “n” de pessoas a entrar e sair... os elevadores cheios... então o recluso algemado... evapora-se tudo, é como se fosse um mostro, sai de tudo ao pé, só dessa situação que está aqui, de haver elevadores cheio de gente e... e vai um recluso com um Guarda Prisional e sai tudo do elevador para entrar ele, logo aí...</p>	<p>Entrevistadora: Automedicou-se?</p> <p>Recluso E: Automediquei-me... e depois comecei a ter problemas de ataque de pânico.</p>	<p>Recluso G: Em liberdade aconteceu que devido aos consumos arranjei uma infeção no braço muito grande. O local onde habitualmente me injetava ficou infetado, um dia quando estava a tomar banho rebentou uma borbulhinha e eu sozinho espremi para retirar o pus todo. Tentei curar para ver se passava, agora arrepio-me todo ao pensar mas na altura queria ver se passava sem pedir ajuda, como não passou tive de ir ao centro de saúde para receber tratamento, no fundo tinha vergonha pois tinha de explicar o porquê, por isso evitava de pedir ajuda, até porque os profissionais de saúde que lá trabalham conhecem-me.”</p>

11. Construção da masculinidade e comportamentos de saúde (cont.)		E. P. Aveiro	E. P. Caldas da Rainha	E. P. Castelo Branco	E. P. Covilhã
	Atitude face á saúde		<p>Recluso H: Não, já fui ao Montepio e já fui ao Hospital das Caldas, tanto um como o outro é normal, as pessoas estão de fora... ficam a olhar, é normal, isso é completamente normal, mas eu vou focado é na minha saúde, eu não vou focado nas pessoas a olhar, isso a mim passa-me ao lado...</p> <p>Recluso G: Eu fui além ao Montepio, ao Hospital e sempre fui bem tratado, as pessoas que estão lá põem-se a olhar e tudo, mas isso é normal, não quero saber...Recluso H: E depois é diferente, porque lá fora tinha que esperar que ele enchesse, para cortar... drenar... e só depois lancetar por dentro... aqui tive a sorte... na rua, adeus... não tive tempo, não vou!</p> <p>Recluso F: Não tomava de forma regular, eu automedicava-me, tomava quando achava que precisava, quando não achava...</p>		

11. Construção da masculinidade e comportamentos de saúde (cont.)		E. P. Aveiro	E. P. Caldas da Rainha	E. P. Castelo Branco	E. P. Covilhã
	Género	<p>Recluso F: Acho que as mulheres são mais responsáveis nisso, até porque de hoje em dia as doenças que existem, são obrigadas a ir fazer rasteiros, assim como nós, com uma certa idade temos de fazer á próstata, mas muitas vezes ignoramos esses cuidados e poderemos vir a ter problemas graves.”</p> <p>Recluso C: As mães e as mulheres são mais cuidadosas, dizem já marquei consulta e eu “Ó qui carago.</p> <p>Recluso H: (...) aos 14 anos sai da casa da minha mãe para ir viver com o meu pai, o pai não marcava consultas porque tinha problemas de álcool com consumos regulares, era como eu com o Haxixe, então nem eu nem ele.</p>	<p>Recluso F: Sim eu estive internado quatro vezes em psiquiatria, porque a minha mãe marcou, pois ela percebia que eu não estava bem.</p>	<p>Recluso B: Eu nunca precisei de um médico.” (...) “eu próprio sei tomar conta de mim, sei quando preciso e quando não preciso.</p> <p>Recluso E: O melhor médico de cada um somos nós mesmos... acho eu... para um primeiro diagnóstico vá... pelo menos eu sou assim, só vou mesmo quando estou assim a precisar muito.</p>	<p>Recluso A: “Eu a última vez que fui ao posto médico foi porque a minha mãe me marcou, há 10 anos que não ia lá... Sempre fui muito descuidado com a minha saúde, era a minha mãe que se preocupava comigo, aliás ela é que tem cuidado com os problemas de saúde, dos homens da casa, somos todos uns desleixados...”</p>

11. Construção da masculinidade e comportamentos de saúde (cont.)	Ausência nos serviços de saúde	E. P. Aveiro	E. P. Caldas da Rainha	E. P. Castelo Branco	E. P. Covilhã
		<p>Recluso G: Só ia ao médico de família na última</p> <p>Recluso F: Mesmo assim tentavas adiar.</p> <p>Recluso G: Só ia ao médico na última porque a mulher e os filhos diziam vai, vai ao médico, eu gosto pouco de ir às médicas.</p>	<p>Recluso F: Eu médica de família tenho... e não vou ao médico de família porque odeio o meu médico de família, odeio a minha médica... isto é... são coisas pessoais, mas a nível, no trabalho fazia os <i>checkups</i> normais, na carrinha, onde faz análises ao pulmão... eletrocardiograma, sangue e à urina... e Hospital faço de ano a ano, mas também é a mulher que... que eu por mim nunca ia ao Hospital...(risos)</p> <p>Recluso G: Eu nunca fui ao médico... eu nunca fui ao Hospital por estar doente... nunca estive...</p> <p>Recluso B: Eu já não me lembro a última vez que fui ao médico, mas foi qualquer coisa do estilo, uma gastroenterite ou coisas assim...</p> <p>Recluso F: É assim, eu devia ter consultas de psiquiatria, mas não ia...</p>	<p>Recluso G: Eu não... eu era o meu próprio médico... eu andava sempre fora muito longe.</p> <p>Recluso G: Raramente... eu nem tenho médico de família... e posso dizer que nunca tive grandes doenças ou problemas... Quando ia era para ficar para ser operado ou ossos partidos.</p> <p>Recluso D: Eu nunca gostei de ir ao médico.</p>	<p>Recluso I: “A última vez que fui para exames de rotina, aqui dentro. Lá fora evitava ir ao médico, só se estivesse mesmo muito doente.</p>

12. Limites e Valorização do seu estado de saúde em meio livre e em meio prisional	Atitude face à saúde e Autocontrolo comportamentos de risco	E. P. Aveiro	E. P. Caldas da Rainha	E. P. Castelo Branco	E. P. Covilhã
		<p>Recluso F: "..., lembro-me perfeitamente da primeira vez que vim preso, entrei em depressão chorava, agora já está melhor. As pessoas dizem oh é a segunda ou terceira vez custa menos. Mas não custa é cada vez mais. A forma de levarmos as coisas já é ... O sistema já o conhecemos infelizmente, mas depois eu penso da outra vez tiveste em baixo, e eu tenho que me lembrar também de quem lá está fora, por isso faço os possíveis para não me deixar ir abaixo (...).Levar uma vida aqui dentro boa já é meio caminho andado para lá fora estarmos bem também.</p> <p>Recluso H: a última vez que fui ao médico foi nos últimos 3 anos, sei que fui eu que marquei a consulta, porque estava com medo de ter apanhado uma doença contagiosa, já não me lembro se fiz análises ou e fui só falar com o médico. Há um ano tive que ir cozer um corte, cortei-me na mão.</p> <p>Recluso G: A última vez que fui ao médico foi Há ano e meio, devido a uma constipação, não gosto de ir aos médicos ou tomar medicações, tomo medicação de manhã e á noite, mas custa-me a tomar a medicação para a tensão. Alguma coisa se está a passar quando eu sair é que vou ver o que se está a passar.</p>	<p>Recluso M: A mim Graças a Deus, pronto, também quando entrei eu falei para os Guardas, por favor, metam-me numa cela de pessoas mais ou menos, a mim aconteceu-me caí numa cela... foi com o Zé... cai numa cela boa... também pedi, se não pedisse se calhar acontecia entrar numa cela metem numa cela... as pessoas passaram pela vida, com alguns problemas de saúde, mas... eu pedi, e a mim, nesse caso meteram-me numa cela boa...</p> <p>Recluso C: Resultou... obtive informação... basicamente era isso... tive problemas primeiramente com drogas e depois substitui por álcool e nessa ação de informação explicaram que era normal isso acontecer, temos de nos autocontrolar. Esclareceram-me sobre comportamentos de risco que devemos evitar, tais como partilhar agulhas.</p>	<p>Recluso D: Não foi não ter força suficiente... foi o não querer realmente parar, porque não passa por não ter força suficiente... porque eu acho que se queres, consegues e se não queres, não consegues. Dizem que os nossos pais só querem que nós deixemos a droga e irmos para um centro fazer o tratamento... isso não serve de nada, é dinheiro gasto, é tempo perdido nosso e da nossa família... para nada.</p> <p>Recluso G: Sim, têm é que demonstrar que se está realmente interessado... Agora há indivíduos que vão lá a pedir que querem isto e querem aquilo e um gajo vai fazer análises e não há nada... e se não está a consumir nada quer o quê!</p>	<p>Recluso G: "Agora sinto que dou a devida importância, se tiver uma dor dois ou três dias que a dor persista procuro ajuda. Aqui andava na escola a frequentar o 12.º ano e por vezes a cabeça doía, fui procurar ajuda e era falta de vista e encaminharam-me para uma consulta e agora uso óculos, se fosse lá fora não ia ao médico havia de passar.</p>

12. Limites e Valorização do seu estado de saúde em meio livre e em meio prisional (cont.)		E. P. Aveiro	E. P. Caldas da Rainha	E. P. Castelo Branco	E. P. Covilhã
	Atitude face à saúde e Autocontrolo comportamentos de risco		<p>Recluso F: Fiz a formação de pares, quem está cá dentro é diferente, mas quem está cá a primeira vez muitas das vezes é influenciado a fazer coisas que nem sabe o risco que está a correr, porque é tudo novidade, eu também sou um deles porque também caí nisso, só que podia correr mal</p> <p>Recluso E: um gajo está a fumar o outro diz dá-me a tua ponta, isso é um risco porque há doenças que são transmissíveis pela saliva.</p> <p>Recluso F: É isso é doenças sexualmente transmissíveis, é fazer tatuagens aqui dentro, é o consumo de medicação, venda trocas, isto aquilo é muitas coisas que se fazem</p>		

12. Limites e Valorização do seu estado de saúde em meio livre e em meio prisional (cont.)		E. P. Aveiro	E. P. Caldas da Rainha	E. P. Castelo Branco	E. P. Covilhã
	Ausência de acompanhamento psiquiátrico/Psiquiatria	<p>Recluso A: Antes de estar preso fui uma ou duas vezes, mas não gosto de ir a psiquiatras porque penso que sou capaz de dar a volta sozinho. Mas não às vezes é mesmo preciso ir ao psiquiatra e tomar alguma medicação.</p> <p>Recluso F: Isso também é uma diferença que agente tem daqui lá para fora, se... tem consultas de psicologia, lá fora ninguém se preocupa muito com esse fato, aqui é mais frequente termos acompanhamento.</p> <p>Recluso H: fui a uma consulta de psiquiatria duas vezes, nunca tinha tido antes, por isso não consigo avaliar, nunca fui a um psiquiatra, a primeira vez foi agora durante a reclusão</p> <p>Recluso A: No caso das consultas de psiquiatria o fato de não ter consultas lá fora não me fazia diferença, porque eu estava muito bem de cabeça, claro que se sente necessidade de algum afeto por parte do desconhecido, dei continuidade às consultas, mas já vinham da anterior reclusão, depois entrei outra vez porque faltei a consultas e apresentações na reinserção social, devido a isto acabei por vir novamente detido.</p>	<p>Recluso F: Sim, sim, sem dúvida tem-me ajudado bastante, principalmente a psicologia.</p> <p>Recluso F: Não, não gostava de... não estava aberto... aqui demorei um pouco a abrir... a aceitar ajuda, estava muito fechado em mim próprio... não, eu achava que os outros é que estavam mal, que toda a gente é que tinha de mudar menos eu e... aos poucos fui percebendo que não é assim... que eu posso receber ajuda de... das outras pessoas... e... e beneficiar muito com isso.</p> <p>Recluso L: Não, sinto-me bem a falar com ele... aquela pessoa tem ajudado imenso, por acaso.</p> <p>Recluso E: Enquanto recluso é uma situação a favor o facto de haver cá um psicólogo... vai-se embora vem outro, depois vai-se embora vem outro, uma pessoa acaba também por não estar à vontade, pelo menos falo por mim, pessoa que vão falar de coisas íntimas... para uma pessoa que não conhecem de lado nenhum, depois quando ganham confiança vai-se embora vem outro é outra vez o mesmo processo todo...</p> <p>Recluso F: Comigo aconteceu! Já é o sexto psicólogo que... tenho e cada vez que vem um novo começa-se da estaca zero...</p>	<p>Recluso D: Eu vou crer que acontece na maioria dos casos... se não a maioria das pessoas não estariam aqui... porque há um défice de formação psicológica, acompanhamento psicológico ou sociológico para que não se cometam certos erros... por isso estamos aqui.</p>	

12. Limites e Valorização do seu estado de saúde em meio livre e em meio prisional (cont.)	Ausência de acompanhamento psiquiátrico/Psiquiatria	E. P. Aveiro	E. P. Caldas da Rainha	E. P. Castelo Branco	E. P. Covilhã
		<p>Recluso A: A falta de acompanhamento psiquiátrico acabou por diretamente meter-me aqui dentro, se tivesse acompanhamento não tinha vindo preso. Na altura e nos primeiros meses que entrei para aqui achava que não era relevante, o acompanhamento psicológico só passado meio ano e após tomar medicação que me ajuda a descansar melhor é que percebo, o trabalho ajuda a manter-me uma rotina, praticar desporto.</p> <p>Recluso A: A falta de acompanhamento psiquiátrico acabou por diretamente meter-me aqui dentro, se tivesse acompanhamento não tinha vindo preso. Na altura e nos primeiros meses que entrei para aqui achava que não era relevante, o acompanhamento psicológico só passado meio ano e após tomar medicação que me ajuda a descansar melhor é que percebo, o trabalho ajuda a manter-me uma rotina, praticar desporto.</p> <p>Recluso C: Cada vez é mais frequente as pessoas procurarem ajuda no CRI ou Centro de Saúde e não os ajudam. Antes não acontecia, mas agora procurar ajuda já se está a tornar um hábito na sociedade.</p> <p>Recluso C: A Cada vez está pior na anterior detenção ainda vinha para o recreio e estava na brincadeira connosco, agora é comer e dormir e quer é cigarrinhos.</p>	<p>parece que até estão a tentar vender os comprimidos... “se calhar era bom, para estar aqui, anda mais calmo e não sei o quê... e porque a única coisa que se passou até com os comprimidos é que fica-se... fica-se quase... quase parado... fica-se sonolento... é a primeira coisa, quase para que você conseguir reagir bem à cadeia é com comprimidos... deviam ter outro tipo de abordagem...</p>	<p>Recluso D: Eu vou crer que acontece na maioria dos casos... se não a maioria das pessoas não estariam aqui... porque há um défice de formação psicológica, acompanhamento psicológico ou sociológico para que não se cometam certos erros... por isso estamos aqui.</p>	

12. Limites e Valorização do seu estado de saúde em meio livre e em meio prisional (cont.)		E. P. Aveiro	E. P. Caldas da Rainha	E. P. Castelo Branco	E. P. Covilhã
	Consumo de álcool	<p>Recluso F: Agora vou-me embebedar, chego a casa ou aqui ou ali, não nos controlamos por estarmos bêbados e agrava a situação, é por isso que elas acontecem o de virmos presos.</p> <p>Recluso D.: As violências domésticas vão ter ao álcool.</p> <p>Recluso D: Com um bagaço já fica bem, mas aqui não podemos beber, só se for às escondidas dos guardas e é aguardente feita por nós.</p> <p>Recluso D: Com um bagaço já fica bem. Sei que o álcool é o motivo de estar aqui, pois andava a conduzir bêbado, fui multado umas vezes até me mandarem preso.</p>	<p>Recluso G: Eu vou lá fora, por causa do álcool</p> <p>Recluso E: Álcool! Lá fora! E aqui dentro não?</p> <p>Recluso G: Já fiz, mas, já acabei e agora vou mesmo na rua... fui uma vez mas agora estou à espera da outra.</p> <p>Recluso G: Não! Antes de entrar estava... andava há dois meses, mas depois vim para aqui, tomava medicação, depois acabei... mas agora, estou com outros problemas porque querem que eu tome um comprimido por causa do álcool... faço consultas lá fora... mas só fui a uma.</p> <p>Recluso J: Eu já fiz análises e raio-x... ainda bem pois bebia muito e não sabia se estava tudo bem com o meu organismo, não me chamaram é porque felizmente está tudo bem.</p>	<p>Recluso F: Eu tenho um exemplo, eu sou jovem... consumia em excesso bebidas alcoólicas e houve uma altura, há cerca de um ano... um dia saí à noite e comecei a urinar mais negro e o dia a seguir comecei a urinar mesmo sangue e aí fui ao centro de saúde lá na vila onde vivo... e disseram-me que era dos rins, fizeram-me análises e disseram que não tinha nada a ver com o fígado mas tinha alguma rutura nos rins ou nas veias dos rins que se tinham aberto ou rasgado... passado dois dias ou três a tomar os comprimidos voltou tudo ao normal.</p> <p>Recluso D: “Já podias beber vinho outra vez (risos)</p> <p>Recluso G: Depende dos casos e das doenças... Agora em relação à droga e ao álcool... às vezes sim, tem que se pedir ajuda.</p>	<p>Recluso F: Eu tenho um exemplo, eu sou jovem... consumia em excesso bebidas alcoólicas e houve uma altura, há cerca de um ano... um dia saí à noite e comecei a urinar mais negro e o dia a seguir comecei a urinar mesmo sangue e aí fui ao centro de saúde lá na vila onde vivo... e disseram-me que era dos rins, fizeram-me análises e disseram que não tinha nada a ver com o fígado mas tinha alguma rutura nos rins ou nas veias dos rins que se tinham aberto ou rasgado... passado dois dias ou três a tomar os comprimidos voltou tudo ao normal</p> <p>Recluso D: “Já podias beber vinho outra vez (risos)</p> <p>Recluso G: Depende dos casos e das doenças... Agora em relação à droga e ao álcool... às vezes sim, tem que se pedir ajuda.</p>

12. Limites e Valorização do seu estado de saúde em meio livre e em meio prisional (cont.)		E. P. Aveiro	E. P. Caldas da Rainha	E. P. Castelo Branco	E. P. Covilhã
	Consumo de Droga	<p>Recluso D: (...) Se calhar em vez de me ir embebedar ou drogar se fosse a um psicólogo, já saía com a cabeça mais... A pensar diferente.</p> <p>Recluso D:A minha toxicoddependência levou a que cometesse crimes e viesse detido, se tivesse outro tipo de ajuda médica no exterior nós não íamos para lá e não cometíamos esse o crime.</p> <p>Recluso B: No meu caso talvez não já não consumia há anos, mas o passado deixou marcas que no futuro vieram a revelar-se eu tinha acompanhamento do CRI, só que o estrago psicológico e físicos é maior, o nervosismo, sem ter aquela frieza para manter a calma e isso vem do passado...</p>	<p>Recluso E: Tivemos aqui um caso de um toxicodependente, tinha HIV e eu convivi com ele... porque era um HIV que não era contagioso... só se houver contacto de sangue e... a restrição da cela é igual às outras é uma cela normal, também as pessoas aqui da... os serviços prisionais têm uma pessoa e vem uma pessoa para dentro da prisão não vão por... o senhor tem saúde, agora vai para ao pé dos de saúde... não é assim, uma pessoa entre numa bola... é onde estiver está.. como o meu colega diz, com várias doenças ou não.</p>	<p>Recluso D: “Eu de médicos só precisei de ajuda só mesmo por causa da droga... para deixar a droga, de outra maneira nunca precisei dele graças a Deus. Lá fora não tinha tempo para nada dessas coisas (risos)... eu lá fora tinha uma vida muito louca... eu consumia muitas drogas... drogas em excesso... e foi assim ao longo de toda a minha vida por isso é que vim para esta santa casa.</p> <p>Recluso F: Eu não... eu só aqui estou porque não parei.”</p> <p>Recluso D: Só aqui estás porque o guarda te apanha (risos).</p>	<p>Entrevistadora: Acham importante a existência dos programas aqui dentro? Nomeadamente os da estrada segura, por exemplo. E os colóquios?</p> <p>TODOS: “sim, é sempre importante”</p> <p>Recluso I: “E quantos mais melhor, deviam apostar mais nisso</p> <p>Recluso I: “O que houve no outro dia, o da Hepatite...houve lá coisas que esclareceram e muito! Em certas partes...”</p>

12. Limites e Valorização do seu estado de saúde em meio livre e em meio prisional (cont.)		E. P. Aveiro	E. P. Caldas da Rainha	E. P. Castelo Branco	E. P. Covilhã
	Consumo de Droga	<p>Recluso B: Muitas vezes influenciados pelos amigos. Os amigos que tinha agora estou aqui vai fazer cinco meses, só dois ou três é que cá vieram, aqueles que eu não esperava. Foram os que apareceram. Eu fui acusado de violência doméstica, comecei a ter problemas com a minha mulher e com a família também, entretanto divorciei-me da minha mulher e ela acusa-me.</p> <p>Recluso C: Eu acho que os que estão aqui presos é tudo á conta das drogas, se não se vende consome-se, se não se consome, rouba-se para consumir tudo à conta da droga, ou álcool.</p> <p>Recluso C: E os amigos com que tu andavas nunca apareceram.</p>	<p>Recluso C: Tem os Serviços, tem os Centros de Saúde, tem o CAT, essas coisas todas, só que não havia necessidade disso, porque pronto, lá está, como era toxicodependente, era consumidor de drogas... achava que não era necessário...</p>	<p>Recluso G: Temos sempre a ideia de que estamos bem, que não se passa nada... que controlamos... mas não é bem assim.</p> <p>Recluso D: Ssssss... pode ser visto como uma desculpa não é!?!... há quem diga que os toxicodependentes culpam sempre os seus atos com a droga... pode ser uma desculpa, mas é a verdade... eu para ter aquilo fazia fosse o que fosse.</p> <p>Recluso G: E as regras... falo por mim... as regras proibitivas de consumo disto, daquilo, etc.”</p> <p>Entrevistadora: As regras de... desculpe?</p> <p>Recluso G: As regras em relação ao consumo de drogas, álcool.</p>	

12. Limites e Valorização do seu estado de saúde em meio livre e em meio prisional (cont.)	Baixas qualificações escolares/Falta de formação e informação	E. P. Aveiro	E. P. Caldas da Rainha	E. P. Castelo Branco	E. P. Covilhã
		<p>tinha o quinto ano, agora estou a frequentar o segundo ciclo para obter certificação do Recluso F.º ano, assim treino a parte intelectual, para me ajudar a compreender melhor as coisas.”</p>	<p>agora em adulto sinto falta de ter conhecimentos para me desenvolver melhor na minha vida, é que chegam cartas do tribunal e por vezes não sei o que querem dizer, tenho de pedir ajuda a outro colega ou á Educadora.</p>	<p>álcool... e eu nem bebo álcool nunca bebi álcool na vida..., mas pronto, participo nessas e coisas e delas tiro lições para mim.</p> <p>Recluso D: Eu julgo que essas formações têm um momento certo de acontecer... nós não podemos pôr por exemplo o GPS que é Gerar Percursos Sociais... não devemos por pessoas que estão agora a iniciar a pena...eu julgo que cada uma delas tem um momento certo e o percurso para ser feita... e no momento certo elas fazem efeito... agora pronto vamos por pessoas que estão a começar a pena a fazer o GPS? Isso para eles não vai fazer sentido.</p> <p>Mas no momento certo... todas elas fazem sentido.</p> <p>Recluso E: Devia haver uma informação... formação em relação a isso para que as pessoas tenham realmente consciência do que é a tuberculose, do que é isto ou aquilo.</p> <p>Recluso G: Costuma haver.</p> <p>Entrevistador: E acha que é importante?(Vários em simultâneo): Eu acho que sim.</p> <p>Recluso G: Eu já tenho noção do que há..., mas sim acho importante.</p> <p>Recluso E: Para sermos um bocadinho mais esclarecidos em relação àquilo que realmente temos direito e aos nossos deveres aqui dentro... eu falo em cidadania porque se compreende que há coisas que nós exageramos (...)</p> <p>Eu acho que... como estavam aí a dizer... há sempre pessoas que ficam condicionadas com a ideia de... pessoas menos formadas, pouco formadas... rotularam essa pessoa... eu estou aqui à pouco tempo mas acho que é isso que acontece... não sei, nunca estive antes num estabelecimento prisional... mas até pode voltar a acontecer, não digo que não... mas eu estou a dizer que há pessoas que depois a partir daí iam querer formação de cidadania ou sociologia.</p>	<p>queria que escreves e ele dizia para eu ver o que deveria escrever, tinha muita dificuldade em exprimir sentimentos ou coordenar ideias, ele dava-me um tópico e eu desenvolvia, ele dizia que queria dinheiro ou roupas e depois eu é que elaborava a carta.</p> <p>Recluso G: A escolaridade é muito importante para o relacionamento com o outro, procurar ajuda no fundo ter conhecimento do que necessitamos. No meu caso, comecei a sair e comprei um telemóvel touch e tive muitas dificuldades em iniciar a trabalhar com ele, agora já trabalho bem, quanto mais uma pessoa quase analfabeta.</p>

13. Sugestões de melhoria nos serviços de saúde em meio prisional	E. P. Aveiro	E. P. Caldas da Rainha	E. P. Castelo Branco	E. P. Covilhã
		<p>Recluso L: Eu já tomei medicação enganada aqui...</p> <p>Recluso E: Acho que fica bem para um EP (ironia)... é a mesma coisa que numa farmácia estar um mecânico a dar medicamentos... cada um em cada caso... acho que aqui sim, como os colegas dizer devia ser os enfermeiros, especializados para poder isso, para dar o medicamento, seja qual for... tem que ser especializado para isso, no meu ponto de vista</p>	<p>Recluso E: Eu mudaria o orçamento de Estado, tanto para a saúde como para os serviços prisionais... um orçamento maior.</p>	<p>Todos: “Atendimento mais rápido</p> <p>Recluso G: “Deviam apostar num check up geral quando entramos. Nos cuidados de saúde prestados em si a nível médico ou de enfermagem não mudava nada. Estou a pensar que se calhar quer aqui quer no CRI deveriam de pensar em grupos de auto ajuda para toxicodependentes em que estivessem a ser orientados por psicólogos pois o fato de eu contar a minha experiência, em que muitas vezes foi de quase overdose, levaria a que se calhar outros não vivenciassem o mesmo poupando um pouco o seu percurso.</p> <p>Recluso J: “Deviam dar-nos a medicação da noite mais tarde, pelo menos uma hora mais tarde.</p> <p>Todos: Sim, a medicação da noite devia ser mais tarde.</p>

14. Interajuda em meio prisional	E. P. Aveiro	E. P. Caldas da Rainha	E. P. Castelo Branco	E. P. Covilhã
	<p>Recluso F: Quando saímos da cela encontramos-nos e dizemos estás a ficar magro estás-te a fechar, tentemos ajudar psicologicamente para o outro não esmorecer.</p> <p>Recluso F: (...) Um diz para outro, olha estou a bater mal, o outro diz: “olha toma isto que é para acalmar.</p>	<p>Recluso M: Convive também, às vezes juntamo-nos todos, “vai um cafezito”, vem outro “agora é a minha vez</p> <p>Recluso J: “...se calhar se eu estivesse sozinho numa cela tinha morrido naquela, naquela noite, pronto, não conseguia falar, não conseguia respirar, não conseguia nada... e era um colega da cela que chamou os Guardas que me levaram ao Hospital.</p> <p>Recluso J: (...)chegam cartas do tribunal e por vezes não sei o que querem dizer, tenho de pedir ajuda a outro colega ou á Educadora.</p>	<p>Recluso G: Tenho uma experiência que não vou esquecer, na minha cela ficou um recluso de Aveiro que não sabia quase ler então pedia para escrever as carta para a mãe eu perguntava que assuntos é que queria que escreves e ele dizia para eu ver o que deveria escrever, tinha muita dificuldade em exprimir sentimentos ou coordenar ideias, ele dava-me um tópico e eu desenvolvia, ele dizia que queria dinheiro ou roupas e depois eu é que elaborava a carta.</p> <p>Recluso D: lá no hospital finalmente descobriram o que era e queriam que pusesse gesso e eu disse gesso não. Cheguei cá acima e o [colega recluso] é que me pôs o pé no sitio.</p>	

		E. P. Aveiro	E. P. Caldas da Rainha	E. P. Castelo Branco	E. P. Covilhã
		Aspeto negativo à reclusão	Recluso E: eu fui ao contrário quando cheguei aqui emagreci bastante, estive na Alemanha quase 20 anos tive um problema, mas não era parecido com isto. Aqui digamos é um osso duro de roer. Não quero vir novamente detido.		
Aspeto positivo à reclusão	<p>Recluso F: Eu já é ao contrário deles, lembro-me perfeitamente da primeira vez que vim preso, entrei em depressão chorava, agora já está melhor. As pessoas dizem oh é a segunda ou terceira vez custa menos. Mas não, custa é cada vez mais. O sistema já o conhecemos infelizmente, mas depois eu penso da outra vez tiveste...</p> <p>Levar uma vida aqui dentro boa já é meio caminho andado para lá fora estarmos bem também.</p> <p>Recluso F: A privação da liberdade é muito difícil, durante o dia tento andar distraído, e cansar-me fisicamente quando faço ginástica, que é o que eu gosto ou psicologicamente andar na escola. Mas há noite torna-se mais difícil quando não se faz nada.</p> <p>Recluso F. Primeiro para estar ocupado com alguma coisa que me valorize e também porque tinha só o quinto ano, assim treino a parte intelectual, para me ajuda a compreender melhor as coisas, mais ainda se tudo correr bem fico com o 9.º ano feito.</p>	Recluso J: Eu tentei, eu quando entrei aqui pedi ajuda e... hammm... o tabaco é um bocado caro... como foi negado, fui reduzindo, reduzindo até deixar.	Recluso D: Durante muitos anos eu via isto como um castigo e ao ver isso assim estava a criar frustrações e revoltas dentro de mim... mas depois ao longo desse percurso foi havendo acontecimentos... faleceu a minha mãe, enfim... chapadas da vida que me fizeram despertar para outras coisas e comecei a ver as coisas de outro ponto de vista, comecei a aceitar as coisas com outro ânimo... apesar de que o castigo estar a ser uma lição de vida e dessa lição eu estou a tirar várias lições e para mim está a ser produtivo.		

Apêndice 3 – Guião do *Focus Group*

1. Em meio livre como era a sua prática diária face ao consumo de bebidas alcoólicas e ou consumo de drogas?
2. Qual o motivo que o levava a ter este tipo de comportamento?
3. Em meio livre sentiu com frequência que esteve perto de coma alcoólico ou entrou mesmo em coma alcoólico ou overdose?
4. Sentiu que era impossível parar com os consumos?
5. E os consumos de álcool e/ou droga em meio prisional, existem com regularidade?
6. Em meio livre tinha hábito de assistir a ações de informação sobre os malefícios de ingestão imoderada de bebidas alcoólicas ou consumo de estupefacientes?
7. Para beneficiar deste serviço sabia quais eram as entidades às quais tinha de se dirigir para lhe prestarem este tipo de apoio?
8. Em meio prisional assiste a ações de informação na área da saúde?
9. Aprende algo de novo, que sente que é útil para mudar de atitude face á sua dependência?
10. Em meio livre recorreu aos serviços de saúde e devido ao tempo de espera, sentiu que se tivesse tive consulta médica não viria preso?
11. Em meio prisional esperou o mesmo tempo pela consulta ou foi mais breve?

Anexos

Anexo 1 – Lotação dos Estabelecimentos Prisionais à data de 31/12/2018

Estabelecimentos prisionais	Reclusos preventivos	Reclusos condenados ¹	Total população reclusa	Lotação	Taxa de ocupação %
Estabelecimentos Prisionais de grau de complexidade de gestão médio					
EP Angra Heroísmo ⁴	33	169	202	342	59,1
Setor Feminino	4	4	8	8	100,0
Cadeia de Apoio da Horta	2	9	11	17	64,7
EP Aveiro	52	46	98	82	119,5
EP Beja	57	169	226	162	139,5
EP Braga	50	34	84	91	92,3
EP Bragança	15	66	81	58	139,7
EP Caldas da Rainha	3	113	116	80	145,0
EP Castelo Branco	22	111	133	141	94,3
EP Chaves	9	55	64	55	116,4
EP Covilhã	7	87	94	101	93,1
EP Elvas	17	47	64	53	120,8
EP Évora	2	38	40	35	114,3
EP Faro	50	87	137	103	133,0
EP Guarda	15	161	176	182	96,7
Extensão do Mondego	9	39	48	82	58,5
EP Guimarães	0	87	87	73	119,2
EP Lamego	5	81	86	65	132,3
EP Leiria	80	71	151	111	136,0
EP Montijo	58	138	196	148	132,4
EP Odemira	11	43	54	56	96,4
EP Olhão	18	37	55	50	110,0
EP PJ Lisboa	130	14	144	116	124,1
EP PJ Porto	25	14	39	48	81,3
EP Ponta Delgada	41	136	177	110	160,9
Setor Feminino	1	1	2	31	6,5
EP Silves	31	37	68	58	117,2
EP Torres Novas	3	50	53	38	139,5
EP Viana do Castelo	1	53	54	42	128,6
EP Vila Real	28	60	88	67	131,3
EP Viseu	43	38	81	67	120,9
Subtotal	822	2.095	2.917	2.672	109,2
Total	2.184	10.540	12.724	12.934	98,4
Inimputáveis em instituições não prisionais ⁵		143	143		
Total nacional	2.184	10.683	12.867		

⁴ A lotação dos Estabelecimentos Prisionais com Grau de Complexidade de Gestão Médio contabiliza a lotação provisória (350 lugares) do Estabelecimento Prisional de Angra do Heroísmo que se encontra em processo de homologação.

⁵ A 31 de dezembro de 2018, encontravam-se no sistema de justiça a cumprir pena 285 inimputáveis, 142 inimputáveis internados em instituições psiquiátricas prisionais (contabilizados nos condenados) e 143 inimputáveis internados em instituições psiquiátricas não prisionais (igualmente contabilizados como condenados).

Tabela 1 - Lotação dos EP's com grau de complexidade de gestão médio
Fonte: Relatório de Atividades e Autoavaliação de 2018 da DGRSP

Anexo 2 – Distribuição da população reclusa em diferentes parâmetros

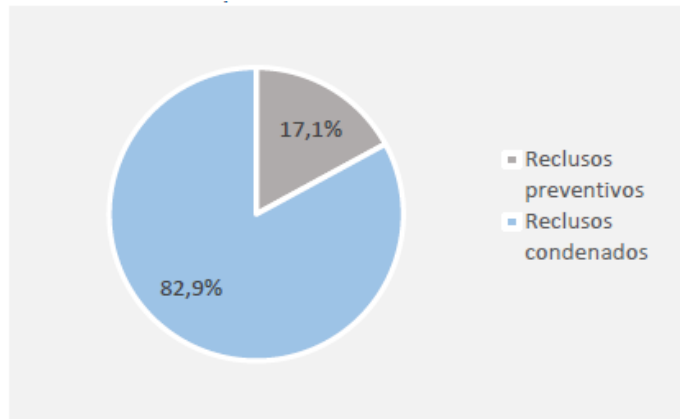


Figura 1 - Distribuição segundo situação Jurídica - Penas e Medidas da liberdade

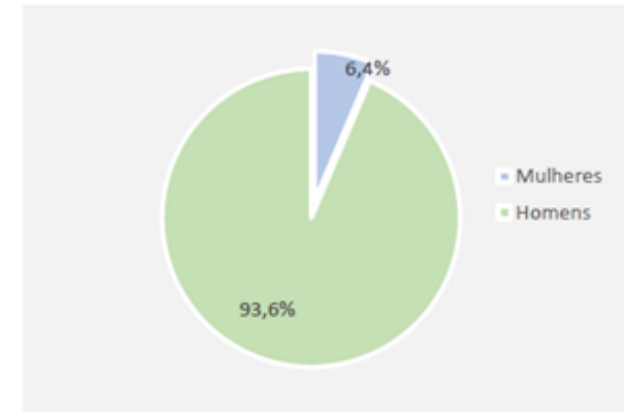


Figura 2 - Distribuição por sexo – Penas e medidas privativas de liberdade



Figura 4 - Distribuição por tipo de crime - Penas e medidas privativas da liberdade

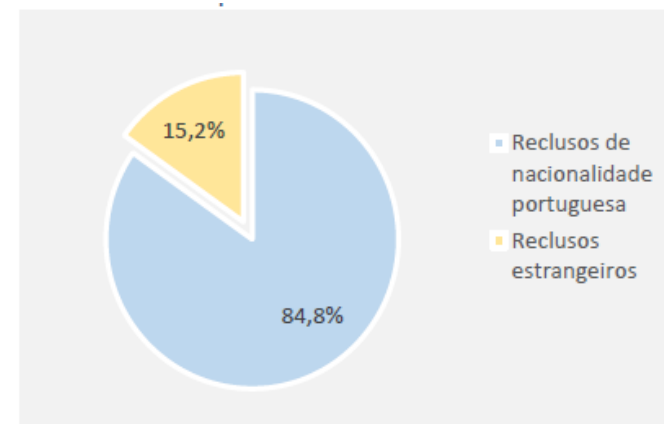


Figura 3 - Distribuição segundo a nacionalidade - Penas e medidas privativas da liberdade

Fonte: SICAD 2019

Anexo 3 – Organogramas da DGRSP

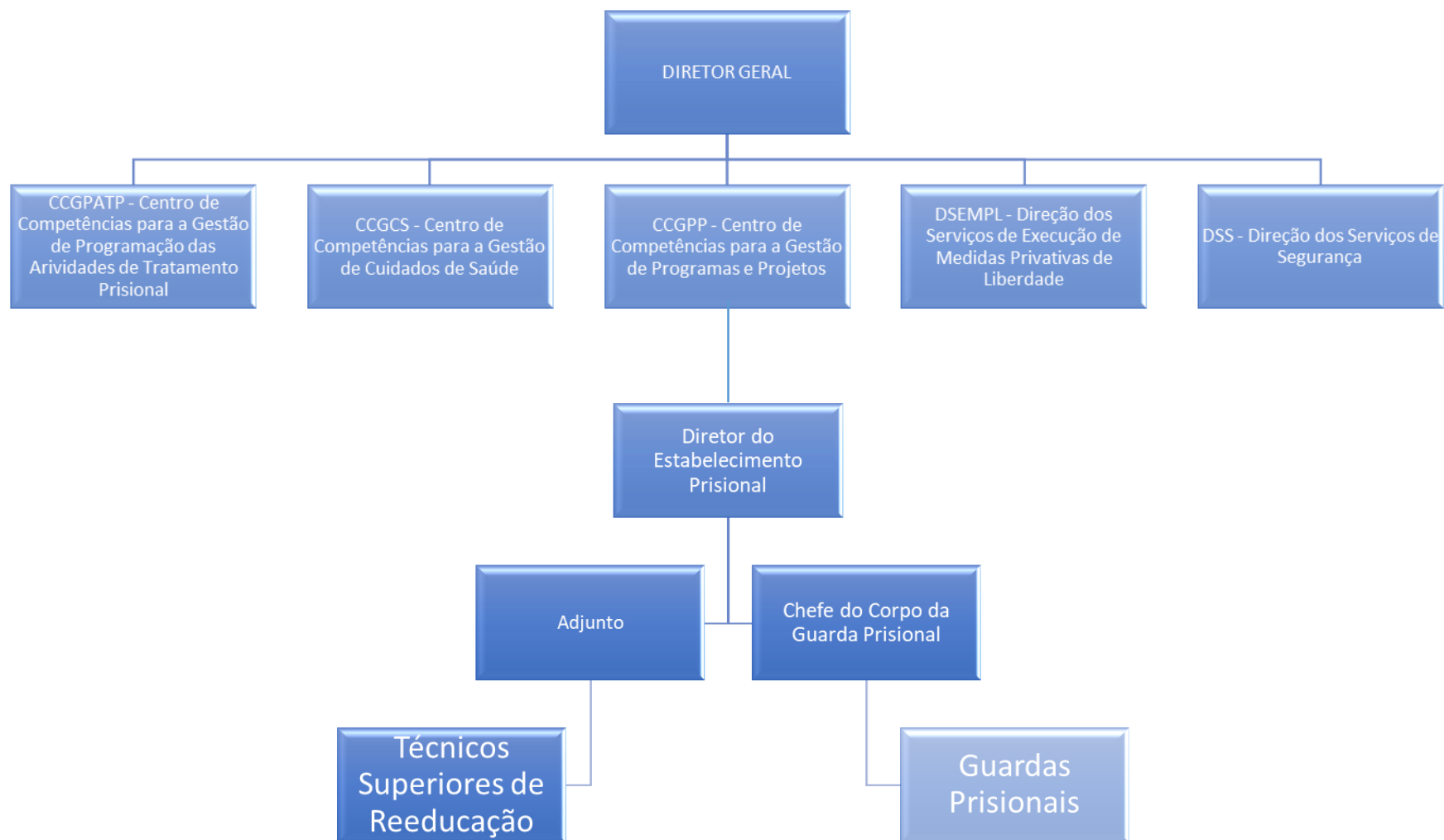


Figura 5 - Organograma da DGRSP
Fonte: Elaboração Própria

Anexo 4 - Atos médicos e de enfermagem aquando a entrada e durante a permanência do recluso no EP

Consulta imediata

- Alteração do estado de consciência com a escala de Coma de Glasglow < 12;
- Dispneia com cianose e/ou Sat O₂ < 90 % ao ar ambiente;
- Hemorragia activa com compromisso hemodinâmico;
- Suspeita de fractura;
- Convulsão.
- Dispneia com frequência ventilatória > 24 ciclos/min. e/ou tiragem/sibilos/uso músculos acessórios e/ou Sat O₂ < 95 % ao ar ambiente;
- Descompensação cardíaca e/ou frequência cardíaca > 120 ou < 40 ou arritmia de novo ou má perfusão periférica > 2 seg;
- Surtos psicóticos
- Ideação suicida;
- Dor > 5 com sintomatologia abdominal e/ou torácica

Consulta em 24-48 horas

- Escala de Norton < 12;
- Febre > 38°C sem outros sintomas;
- Sinais e/ou sintomas compatíveis com infecção bacteriana/virica;
- Sintomatologia geral marcada e temperatura sub-febril;
- Dor > 7 sem outra sintomatologia;
- Diarreia e/ou vômitos e/ou com sinais de desidratação sem corpos cetónicos positivos;
- Hipoglicémias;
- Tensão arterial – sistólica > 140 ou < 100 sintomáticas e/ou diastólicas > 100 ou < 60 sintomáticas;
- Episódio hemorrágico comprovado nas últimas 24 horas;
- Prurido generalizado com rash;
- Ataques de pânico;
- História de trauma recente – nas últimas 24 horas.

Consulta por solicitação / marcação

- Todas as situações sem cabimento nos pontos anteriores

Anexo 5 – Protocolo de Cooperação entre DGRSP e o CHUCB



PROTOCOLO DE COOPERAÇÃO

ENTRE

**DIREÇÃO-GERAL DE REINserÇÃO E SERVIÇOS PRISIONAIS
ESTABELECIMENTOS PRISIONAIS DE GUARDA, COVILHÃ, CASTELO BRANCO**

E

CENTRO HOSPITALAR COVA DA BEIRA EPE

(Despachos Conjuntos n.ºs 6542/2017, de 21 de julho, e 283/2018, de 5 de janeiro)

PREÂMBULO

Considerando que:

- O artigo 32.º da Lei n.º 115/2009, de 12 de outubro, garante aos reclusos o acesso a cuidados de saúde em condições de qualidade e de continuidade idênticas às que são asseguradas a todos os cidadãos, qualificando para todos os efeitos os reclusos como utentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e salientando que a situação de reclusão não desobriga as entidades públicas competentes da prestação desses cuidados;
- O SNS tem previsão na Constituição da República Portuguesa (artigo 64.º) e caracteriza-se, nos termos da Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de agosto), por ser universal, prestar integralmente cuidados globais de saúde ou garantir a sua prestação, ser tendencialmente gratuito, garantir a unidade no acesso dos utentes e ter organização regionalizada;
- O Estatuto do SNS aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro, tem como objetivo a efetivação por parte do Estado da responsabilidade que lhe cabe na proteção da saúde individual e coletiva;
- São beneficiários do SNS todos os cidadãos nacionais de Estados Membros da União Europeia, nos termos das normas comunitárias aplicáveis e ainda cidadãos estrangeiros residentes em Portugal, em condições de reciprocidade, e os cidadãos apátridas residentes em Portugal;
- O teor do Despacho n.º 6542/2017, publicado na 2.ª série do *Diário da República* de 28 de julho de 2017, que aqui se dá por integralmente reproduzido e, fica a constar em anexo, especialmente o vertido no seu n.º 2;
- O constante no Despacho n.º 283/2018, publicado na 2.ª série do *Diário da República* de 5 de janeiro de 2018, que aqui se dá por integralmente reproduzido e, fica a constar em anexo, especialmente o plasmado nos seus n.ºs 1 alínea c), iii), 3 e 4;
- O Protocolo firmado entre a Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (DGRSP) e a SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E., em 21 de novembro de 2017, que também se dá por integralmente reproduzido e, fica a constar em anexo;
- Que aos Estabelecimentos Prisionais de DGRSP, cabe zelar pela saúde e bem-estar dos reclusos, promovendo a sua vigilância clínica regular, bem como a realização de exames e tratamentos que careçam;

- O tempo de reclusão pode e deve ser aproveitado como um tempo facilitador de aprendizagens que permitam devolver à sociedade livre, mulheres e homens mais esclarecidos, mais informados e por isso mesmo, mais responsáveis e saudáveis;
- Que os reclusos nos Estabelecimentos Prisionais estão sujeitos a procedimentos de segurança na deslocação ao exterior que, por vezes, causam constrangimentos à observação clínica, procedimentos esses, que são dispensados nas observações clínicas que têm lugar no próprio Estabelecimento Prisional;
- Que o combate às infeções por vírus da imunodeficiência humana (VIH) e das hepatites virais (VHB e VHC) é uma questão de saúde pública com prioridade a nível mundial, na qual a deteção e tratamento assumem preponderância, sendo que estas infeções encontram maior prevalência na população prisional;
- Que o Centro Hospitalar Cova da Beira EPE integra o SNS e dispõe de Consultas Externas de Infeciologia/Imunodeficiência;
- Que a realização das consultas de Infeciologia/Imunodeficiência nos Estabelecimentos Prisionais da Guarda, Covilhã, Castelo Branco permitirá racionalizar o tempo e a utilização de meios materiais e humanos, com vantagens humanas e económicas para os Estabelecimentos Prisionais;
- Considerando ainda, o interesse público, numa dinâmica de colaboração e parceria interinstitucional é, ao abrigo do artigo 7.º, n.º 1, alíneas a) e h) do Código de Execução das Penas e Medidas Privativas da Liberdade, aprovado pela Lei n.º 115/2009, de 12 de outubro, celebrado o presente protocolo entre:

A Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais, nas suas Unidades Orgânicas Da Guarda, Covilhã e Castelo Branco, adiante designadas por Estabelecimento Prisional, sita na Travessa Cruz do Torel, n.º 1, em Lisboa, titular do cartão de identificação de Pessoa Coletiva n.º 600085171, representada neste ato pelo Senhor Diretor-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais, Dr. Celso José das Neves Manata, no uso dos poderes que lhe são reconhecidos nos termos da alínea j), do n.º 1, do artigo 7.º da Lei Orgânica da Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais, aprovada pelo Decreto-Lei n.º 215/2012, de 28 de setembro,

E

O Centro Hospitalar Cova da Beira EPE, adiante designado por Centro Hospitalar, com sede em Quinta do Alvito, 6200 Covilhã, titular do cartão de identificação de Pessoa Coletiva n.º 506361659, representado neste ato pelo Senhor Dr. João José Casteleiro Alves, na qualidade de Presidente do Conselho de Administração, no uso dos poderes que lhe são

conferidos, nos termos e para os efeitos do artigo 8º, nº 1, alínea d), do anexo II ao Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro, que publica os Estatutos do Hospital E.P.E e da Resolução nº 11/2016 aprovada pelo Primeiro de Ministro, em 24 de Março de 2016.

Adiante conjuntamente designadas de Partes,

Que se rege pelas cláusulas seguintes:

Cláusula 1.ª

(Objeto)

O presente protocolo visa estabelecer e garantir a realização de consultas no âmbito das infeções por VIH, VHB e VHC, às pessoas em situação de reclusão, nos Estabelecimentos Prisionais de Guarda, Covilhã e Castelo Branco, assegurados por Especialistas designados pela Unidade de Infeciologia do Centro Hospitalar Cova da Beira EPE.

Cláusula 2.ª

(Obrigações do estabelecimento prisional)

Cabe aos Estabelecimentos Prisionais da Guarda, Covilhã e Castelo Branco:

- a) Assegurar a correta identificação dos reclusos, de forma a permitir a sua inscrição na consulta externa de Infeciologia/Imunodeficiência do Centro Hospitalar Cova da Beira EPE e o subsequente registo clínico eletrónico;
- b) Regularizar os dados identificativos dos reclusos, nomeadamente obter número de cartão de utente, tendo em conta o Regulamento Geral dos Serviços Prisionais (artigo 53.º, n.º 6, que vem promover a inscrição no SNS dos reclusos ainda não inscritos); Para este efeito o Centro Hospitalar necessita de ter obrigatoriamente a seguinte informação:
 - i) Nome completo do doente;
 - ii) Data de Nascimento;
 - iii) Sexo;
 - iv) Estado civil;
 - v) Número de Cartão de Cidadão/Bilhete de Identidade;
 - vi) Cartão de Utente;
 - vii) Naturalidade;
 - viii) Nacionalidade;
 - ix) Morada do estabelecimento Prisional.

- c) Informar o Centro Hospitalar aquando da liberdade dos reclusos e identificar a morada domiciliária e respetivos contactos telefónicos caso se verifique a necessidade de continuação de cuidados de saúde.

Cláusula 3.ª

(Obrigações do centro hospitalar/hospital)

1. As consultas pelos médicos especialistas do Centro Hospitalar Cova da Beira decorrem dentro do horário de funcionamento das consultas externas do Centro Hospitalar, nos prazos definidos pela Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio, que estabelece os tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) no Serviço Nacional de Saúde (SNS).
2. A periodicidade das consultas subsequentes será determinada de acordo com critérios clínicos em vigor para a Especialidade e respetivo quadro clínico.
3. As consultas serão asseguradas através de deslocação de médico da Especialidade, que poderá ser assessorado por outro profissional de saúde afeto ao Centro Hospitalar Cova da Beira.
4. Estas deslocações são planeadas e determinadas pelo Centro Hospitalar Cova da Beira, tendo em conta o horário de funcionamento dos Serviços Clínicos dos Estabelecimentos Prisionais da Guarda, Covilhã e Castelo Branco.
5. As consultas efetuadas, os resultados de MCDT, os procedimentos de inscrição no Portal de Hepatite C e no SI. VIDA estarão consubstanciados no processo clínico individual do Centro Hospitalar Cova da Beira e no sistema informático do SNS.

Cláusula 4.ª

(Procedimento)

1. As consultas a realizar no Estabelecimento Prisional abrangerão o universo de indivíduos infetados por VIH, VHB e VHC, identificados como tal pelos clínicos responsáveis do Estabelecimento Prisional, nos termos do artigo 61.º do Decreto-Lei n.º 51/2011, de 11 de abril, através da aplicação do protocolo analítico de admissão, aquando da entrada do recluso ou em qualquer outro momento durante a reclusão, pela realização de análises clínicas as quais têm lugar:
 - a) No momento da avaliação clínica inicial, assim como, nos termos do artigo 61.º do Decreto-Lei n.º 51/2011, de 11 de abril, anualmente ao longo da execução da pena ou medida privativa da liberdade, e ainda no momento anterior à sua libertação;

- b) De acordo com o constante no Despacho n.º 283/2018, publicado na 2.ª série do Diário da República, de 5 de janeiro de 2018.
 - c) As análises clínicas que houver que realizar, decorrentes das consultas, após a inscrição serão efetuadas pelo Centro Hospitalar Cova da Beira.
 - d) O pessoal afeto aos Serviços Clínicos do Estabelecimento Prisional colabora na organização das consultas e na realização da colheita das análises clínicas, quando assim for entendido e necessário.
 - e) Cada Estabelecimento Prisional é responsável pela disponibilização de um ponto de acesso à Internet (preferencialmente wireless), até à instalação da rede informática do Ministério da Saúde (RIS).
 - f) O Centro Hospitalar Cova da Beira é responsável pelo equipamento informático (computador portátil) e registos nas aplicações administrativas e clínicas, utilizando para tal as ferramentas informáticas existentes no hospital, através de acesso remoto.
 - g) O transporte dos profissionais, dos materiais e das colheitas de produtos biológicos será sempre assegurado pelo Estabelecimento Prisional.
2. Os reclusos são observados pelos médicos do Centro Hospitalar Cova da Beira em gabinetes disponibilizados pelo Estabelecimento Prisional e onde se procederão aos exames tidos por necessários e passíveis de realização no Estabelecimento Prisional.
 3. Sem prejuízo do disposto na alínea anterior, e na impossibilidade de realização dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica do Estabelecimento Prisional, é da responsabilidade do referido Estabelecimento Prisional assegurar as condições necessárias para a deslocação do recluso ao serviço de saúde competente ou serviço convencionado.

Cláusula 5.ª

(Prescrição de medicamentos e meios auxiliares ou complementares de diagnóstico ou terapêutica)

1. Todas as prescrições de medicamentos e de meios auxiliares ou complementares de diagnóstico e terapêutica, decorrentes de consultas aos reclusos e realizados nos termos do presente Protocolo, serão efetuadas quer informática quer manualmente em impressos próprios para o efeito, de acordo com a legislação em vigor e os procedimentos do Centro Hospitalar Cova da Beira.



2. Em casos de prescrição de medicamentos abrangidos pelo regime de dispensa hospitalar, a mesma será garantida pelos serviços farmacêuticos do Centro Hospitalar Cova da Beira, nos termos do disposto na legislação em vigor, sendo os serviços do Estabelecimento Prisional responsável pelo seu transporte e distribuição, devendo ser garantida a rastreabilidade e a adequada conservação dos mesmos.

Cláusula 6.ª

(Coordenação)

A coordenação clínica do protocolo será assegurada por médico Coordenador da DGRSP (exceto nos casos em que existe médico do quadro no EP, no caso em concreto, por médico em exercício de funções no Estabelecimento Prisional, e pelos Diretores da Unidade de Infeciologia do Centro Hospitalar Cova da Beira, sendo as demais questões articuladas entre estes, a Administração do Centro Hospitalar Cova da Beira e a Direção do Estabelecimento Prisional da Guarda, Covilhã e Castelo Branco, respectivamente.

Cláusula 7.ª

(Duração)

O presente protocolo é celebrado pelo prazo de um ano, renovando-se automaticamente por iguais e sucessivos períodos, salvo se algumas das partes se opuser à sua renovação por meio de carta registada enviada à contraparte com uma antecedência de 30 (trinta) dias em relação ao seu termo.

O presente protocolo é feito em duplicado, aos (...) dias do mês de Junho de 2018, ficando um exemplar na posse de cada uma das partes.

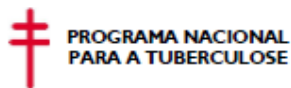
Pela Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais
O Diretor-Geral

(Celso José das Neves Manata)

Pelo Centro Hospitalar Cova da Beira EPE
O Presidente do Conselho de Administração

(João José Casteleiro Alves)

Anexo 6 – Protocolo entre a DGS e a DGRSP para definição dos procedimentos de deteção e prevenção da tuberculose nos estabelecimentos prisionais



**PROTOCOLO ENTRE A DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE
E A DIREÇÃO-GERAL DE REINserÇÃO E SERVIÇOS PRISIONAIS
PARA A DEFINIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DE
DETEÇÃO E PREVENÇÃO DA TUBERCULOSE NOS ESTABELECImentos PRISIONAIS**

Apesar dos progressos que têm sido alcançados no controlo da tuberculose, a doença continua a ser um problema de saúde pública de grande importância à escala mundial. A infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) e a ocorrência de resistência do *Mycobacterium tuberculosis* aos antibióticos usados no tratamento da doença têm sido, nas últimas décadas, os principais entraves ao controlo da tuberculose. Em Portugal, a situação epidemiológica da tuberculose tem vindo a melhorar nas últimas décadas, no entanto, os fenómenos da co-infeção tuberculose/VIH, das resistências aos antibióticos estão presentes no nosso país e devem ser encarados com preocupação e determinação.

Em meio prisional, a tuberculose (TB) constitui um problema acrescido de saúde pública, pelo contexto epidemiológico existente e pela dificuldade de implementação das medidas preconizadas para o seu controlo e eliminação, justificando um esforço adicional, por parte da Direção-Geral da Saúde e da Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais, na uniformização de procedimentos, de acordo com o preconizado pelo Programa Nacional para a Tuberculose.

Assim, no âmbito do Programa Nacional para a Tuberculose, com vista a implementar as estratégias de controlo e eliminação da tuberculose nos estabelecimentos prisionais, por mútuo acordo entre:

A **Direção-Geral da Saúde**, adiante designada por DGS, serviço central do Ministério da Saúde, pessoa coletiva n.º600 037 100, com sede na Alameda D. Afonso Henriques, n.º45, em Lisboa, e neste ato representada pelo seu Diretor-Geral, Dr. Francisco George,

E

A **Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais**, adiante designada por DGRSP, serviço central do Ministério da Justiça, pessoa coletiva nº 6000855171, com sede na Travessa do Torel, nº 1, em Lisboa, e neste ato representada pelo seu Diretor-Geral, Dr. Rui Sá Gomes,

É celebrado o presente:

**PROTOCOLO QUE DEFINE OS PROCEDIMENTOS A ADOTAR NOS ESTABELECIMENTOS
PRISIONAIS PARA A DETEÇÃO E PREVENÇÃO DA TUBERCULOSE:**

Cláusula 1.ª

Enquadramento

1. O rastreio de tuberculose pulmonar nos reclusos é integrado na prestação de cuidados de saúde, de acordo com o disposto no Decreto-Lei n.º 51/2011, de 11 de abril, podendo ser considerado obrigatório nos termos previstos na Lei de Execução de Penas (aprovada pela Lei n.º115/2009, de 12 de outubro).
2. O rastreio de tuberculose pulmonar é efetuado no ingresso em Estabelecimento Prisional (EP), com caráter periódico e sempre que haja exposição a caso infeccioso.
3. O rastreio deve ser efetuado de acordo com as especificidades locais, podendo haver necessidade de definir normas de articulação entre os serviços locais intervenientes, e sem prejuízo das competências definidas por lei às entidades e serviços, nomeadamente, às autoridades de saúde.

Cláusula 2.ª

Rastreio no ingresso

1. O rastreio de tuberculose pulmonar no ingresso em estabelecimento prisional (EP), visa identificar casos de doença, e é realizado obrigatoriamente na avaliação clínica inicial feita nas 24 horas após a detenção.
2. O rastreio de tuberculose pulmonar no ingresso em estabelecimento prisional consiste na pesquisa de sinais e sintomas sugestivos de doença, e na realização de uma radiografia pulmonar.
3. O enfermeiro de serviço na consulta de admissão realiza o inquérito de sintomas que consta do Anexo I.
4. Perante a presença de sinais e sintomas sugestivos de doença, o recluso colhe duas amostras de expetoração, com toda a celeridade e no prazo máximo de 72 horas após a realização do inquérito de sintomas.
5. Para além da pesquisa de sinais e sintomas é realizada uma radiografia pulmonar.
6. Sempre que haja sinais ou sintomas sugestivos de doença, a radiografia pulmonar deve ser feita com caráter de urgência.
7. Nas restantes situações, a radiografia deve ser realizada e lida, no prazo máximo de três semanas após a entrada do recluso no EP e pode ser efetuada em Unidade Móvel de Radiologia (UMR).

8. Sempre que não seja possível a realização atempada das radiografias na Unidade Móvel, deve procurar-se encontrar localmente uma solução alternativa, através da articulação entre o Serviço Clínico do EP e os serviços de saúde locais.
9. O seguimento das situações respeita o fluxograma que consta do Anexo 2.

Cláusula 3.^a

Rastreios periódicos

1. O rastreio periódico de tuberculose pulmonar consta obrigatoriamente da pesquisa de sinais e sintomas e da realização de uma radiografia pulmonar, feitos com periodicidade diferente.
2. O inquérito de sintomas é aplicado a todos os reclusos com a periodicidade, pelo menos, semestral.
3. Perante a presença de sinais ou sintomas, o recluso colhe duas amostras de expetoração no mesmo dia, e é orientado para uma consulta médica para observação clínica e prosseguimento do estudo.
4. As radiografias pulmonares são realizadas com periodicidade anual, preferencialmente na UMR, e deve abranger os reclusos com detenção superior a um ano e os funcionários do EP, de acordo com a legislação em vigor e com as orientações do serviço de saúde ocupacional.
5. O seguimento das situações respeita o fluxograma que consta do Anexo 2.
6. A calendarização das deslocações da UMR deve ser programada anualmente, e é da competência do responsável da UMR em estreita articulação com os EP.
7. A UMR depois de elaborar o calendário das deslocações aos EP, remete o mesmo aos EP, ao Centro de Competências para a Prestação de Cuidados de Saúde (CCPCS) e à Coordenação Regional do PNT.

Cláusula 4.^a

Rastreio de contactos

1. Sempre que seja diagnosticado um caso de tuberculose do aparelho respiratório (laringea, pleural ou pulmonar) num recluso ou num funcionário de um EP são desencadeadas as atividades necessárias ao rastreio de contactos.
2. A decisão sobre os contactos a rastrear tem em consideração a avaliação do risco, nomeadamente as características do caso índice, o local, o tempo de exposição e as características do contacto a rastrear (imunodepressão).
3. O rastreio de contactos visa o diagnóstico de casos adicionais de doença e o diagnóstico de situações de infeção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis*, e implica a realização dos seguintes exames:
 - a) Avaliação clínica com inquérito de sintomas,

- b) Radiografia pulmonar,
 - c) Depois de excluída doença activa, é realizado o teste tuberculínico, cuja interpretação é diferente consoante se trata de contactos imunocompetentes (Anexo 3) ou imunocomprometidos (Anexo 4).
 - d) Para a realização do rastreio de contactos deve ser pedida a colaboração do Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) ou consulta de tuberculose da área do EP.
4. Perante suspeita de doença, detetada através do inquérito de sintomas ou de alterações na radiografia pulmonar, procede-se ao estudo diagnóstico de tuberculose que inclui colheita de produto biológico para micobacteriologia (exame direto e cultural), teste molecular de resistências e teste de suscetibilidade aos antibacilares, em conformidade com as normas da Direção-Geral da Saúde.
 5. Os testes a que se reporta o número anterior são executados, de acordo com os meios disponíveis, nos laboratórios que prestam apoio ao CDP da área ou laboratório de referência nacional, permanecendo o recluso, preferencialmente, em isolamento, até conhecimento do resultado do exame direto.
 6. Mediante um resultado positivo, os serviços clínicos procedem ao encaminhamento do doente para um serviço ou setor com isolamento respiratório, devendo apenas ter alta quando tiver duas baciloscopias negativas em amostras colhidas em momentos diferentes.
 7. Enquanto o doente estiver em regime de internamento hospitalar o tratamento é orientado pelo hospital.
 8. Quando o doente tiver alta hospitalar e regressar ao EP de origem o tratamento é disponibilizado pelo CDP ou consulta de tuberculose da área, exceto se os serviços clínicos do EP dispuserem de medicação.
 9. A responsabilidade pelo acompanhamento do doente é do CDP respetivo. A toma da medicação é feita sob observação direta (TOD), preferencialmente, de um profissional de saúde, de acordo com as orientações nacionais. Se o resultado do antibiograma ou da deteção molecular de resistências indicar tratar-se de um caso de tuberculose multiresistente o doente é encaminhado para o Centro de Referência Regional para a Tuberculose Multiresistente, conforme as normas regionais, sem prejuízo do acompanhamento que é efetuado localmente, com conhecimento ao Centro de Referência Nacional.
 10. Tendo em vista a redução do risco de transmissão da tuberculose, é garantido, em meio prisional, o cumprimento das medidas de controlo da infeção, nomeadamente o isolamento e tratamento imediato dos casos contagiosos, a garantia das boas condições de ventilação em todos os espaços e a disponibilização de meios de proteção individual (máscaras cirúrgicas para os doentes e respiradores para os profissionais de saúde, sempre que tal medida se justifique).
 11. Independentemente dos procedimentos acordados entre a DGS e o DGRSP em relação à notificação da doença, deve o clínico do EP de origem proceder à notificação do caso, se

aplicável, de acordo com a Lei n.º 81/2009, de 21 de agosto, e a Portaria n.º 248/2013, de 5 de agosto.

12. O inquérito epidemiológico é efetuado pelo Delegado de Saúde da área, em colaboração com o clínico e com a direção do EP.
13. Se o local de residência do recluso for fora da área de influência da autoridade de saúde que recebe a notificação e que faz o inquérito, deve ser enviada cópia dos referidos documentos, para conhecimento e eventuais medidas de controlo, ao Delegado de Saúde da área de residência do recluso, sem prejuízo dos procedimentos normalizados a nível regional e nacional. O envio dos documentos é efetuado pelo Delegado de Saúde da área do EP.
14. Após a alta e respetiva transferência do doente para o EP de origem, são preenchidos os formulários 1 e 2 do SVIG-TB (que constam dos Anexos 5 e 6) pelo clínico responsável pelo tratamento do doente. Se o doente estiver a ser acompanhado no CDP da área do EP, os formulários 1 e 2 do SVIG-TB são preenchidos com o código do CDP e devem seguir os restantes procedimentos normalizados, nomeadamente em termos de informatização.
15. Nos casos em que os doentes sejam integralmente tratados no EP, os serviços clínicos do estabelecimento preenchem integralmente os formulários 1 e 2, sem atribuição de código de unidade, enviando-os à Coordenação Regional do PNT. A Coordenação Regional do PNT procede à informatização dos formulários e envia cópia dos mesmos ao responsável local do PNT, para conhecimento.

Cláusula 5.ª

Transferência ou saída do Estabelecimento Prisional

1. Sempre que um recluso seja transferido de um EP para outro ou seja libertado durante o tratamento da doença, de forma a garantir a continuação do tratamento, o clínico responsável pelo tratamento do doente contacta com o serviço clínico do EP de destino e com o CDP da área de residência do doente, nas situações em que seja aplicável.
2. O clínico responsável pelo tratamento do doente informa a data de diagnóstico, a manifestação clínica, como foi realizado o diagnóstico, a evolução clínica, bacteriológica e radiológica, a data da última amostra colhida e o resultado obtido, a data da primeira amostra negativa em exame direto e em exame cultural, a medicação em curso (antibacilar e outra) com a especificação da dosagem utilizada, a ocorrência de efeitos adversos e a adesão ao tratamento, e outra informação clínica relevante.
3. O clínico responsável pelo tratamento do doente também procede ao preenchimento do formulário 2 do SVIG-TB e envia cópia ao EP de destino e ao CDP da área do EP de destino.

Cláusula 6.ª

Ocorrência de surto

1. Em situação de surto de tuberculose ou suspeita do mesmo (ocorrência de dois ou mais casos de tuberculose num estabelecimento prisional com um intervalo inferior ou igual a um ano), para além do cumprimento da legislação em vigor, o serviço clínico do EP comunica a ocorrência de surto à Comissão Técnica Conjunta.
2. A Comissão Técnica Conjunta comunica a ocorrência de surto ao Delegado de Saúde Regional e ao Delegado de Saúde da área do EP.
3. Sempre que seja diagnosticado um caso de tuberculose ativa num funcionário de um EP, o acompanhamento da situação e o tratamento do doente é realizado de acordo com as normas em vigor.

Cláusula 7.ª

Relatório Trimestral

1. Para fins estatísticos, os serviços clínicos dos EP enviam trimestralmente, até ao dia 15 dos meses de janeiro/abril/julho/outubro, por correio eletrónico ao CCPCS, o formulário que consta do Anexo 7.
2. O CCPCS envia o formulário que consta do Anexo 7 à Coordenação Regional do PNT, devidamente preenchido.
3. A Coordenação Regional do PNT envia cópia do formulário que consta do Anexo 7 ao Delegado de Saúde e ao interlocutor do PNT da área do EP.

Cláusula 8.ª

Comissão Técnica Conjunta (CTC)

1. Para o acompanhamento da aplicação dos procedimentos de rastreio de tuberculose pulmonar nos reclusos definidos neste Protocolo, é criada uma Comissão Técnica Conjunta (CTC), nomeada pela DGS e pela DGRSP, constituída por representantes de ambas as Direções-Gerais.
2. A Comissão Técnica Conjunta (CTC), é constituída:
 - a) Pelo Diretor do Programa Nacional para a Infeção VIH/Sida e Tuberculose ou por representante, por ele indicado,
 - b) Pelos Coordenadores Regionais do Programa Nacional para a Tuberculose (PNT),
 - c) Pelos Coordenadores Médicos Regionais dos serviços prisionais.
3. A CTC desempenha as seguintes funções:
 - a) Monitoriza o cumprimento da aplicação dos procedimentos de rastreio de tuberculose pulmonar nos reclusos definidos neste Protocolo,

- b) Define os constrangimentos resultantes da aplicação dos procedimentos de rastreio de tuberculose pulmonar nos reclusos definidos neste Protocolo,
 - c) Intervém em situações de surto de tuberculose ocorridas em EP,
 - d) Elabora propostas para a gestão das situações de surto de tuberculose ocorridas em EP,
 - e) Resolve as situações de conflito resultantes da aplicação do presente Protocolo,
 - f) Elabora propostas de melhoria ou alteração dos procedimentos de rastreio de tuberculose pulmonar nos reclusos definidos neste Protocolo, após a avaliação, durante o período de um ano, da aplicação dos procedimentos definidos neste Protocolo.
4. A CTC reúne, pelo menos, duas vezes por ano, e apresenta superiormente relatórios semestrais com a avaliação da aplicação procedimentos definidos neste Protocolo.
5. A CTC é secretariada, alternadamente por um elemento do setor da saúde e por um elemento do setor dos serviços prisionais.

Cláusula 9.ª

Vigência e produção de efeitos

1. O presente protocolo produz efeitos a partir da data da sua assinatura e é válido pelo período de um ano, sendo automaticamente renovado por iguais e sucessivos períodos, caso não seja denunciado por qualquer das partes, com antecedência mínima de 30 dias.

Cláusula 10.ª

Revisão

2. O presente protocolo é revisto a todo o tempo, por vontade das partes ou por imposição decorrente de alterações legislativas.

Lisboa,2014

Anexo 1

Inquérito de sintomas a ser aplicado à entrada no estabelecimento prisional e no rastreio periódico de sintomas.

Programa Nacional para a Tuberculose
RASTREIO DE TUBERCULOSE NOS ESTABELECIMENTOS PRISIONAIS
INQUÉRITO DE SINTOMAS

1. Identificação			
Nome: _____			
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Data nascimento: _____	N.º Mecanográfico _____	N.º Processo clínico _____
2. Antecedentes			
Tuberculose no passado: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>			
Se sim: Ano _____ ; Local de tratamento _____ ; Medicação _____ ; Duração do tratamento (meses) _____			
Tuberculose atualmente: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>			
Se sim: Data do diagnóstico _____ ; Local de tratamento _____ ; Data de início do tratamento _____ ; Medicação _____			
Outros antecedentes pessoais relevantes:			
Teve contacto com caso de tuberculose infecciosa nos dois últimos anos? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			
VIH: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> ; Hepatite B: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> ; Hepatite C: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> ; Diabetes: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			
Outros: _____			
Hábitos:			
Drogas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> ; Injetadas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> ; Álcool: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Tabaco: _____			

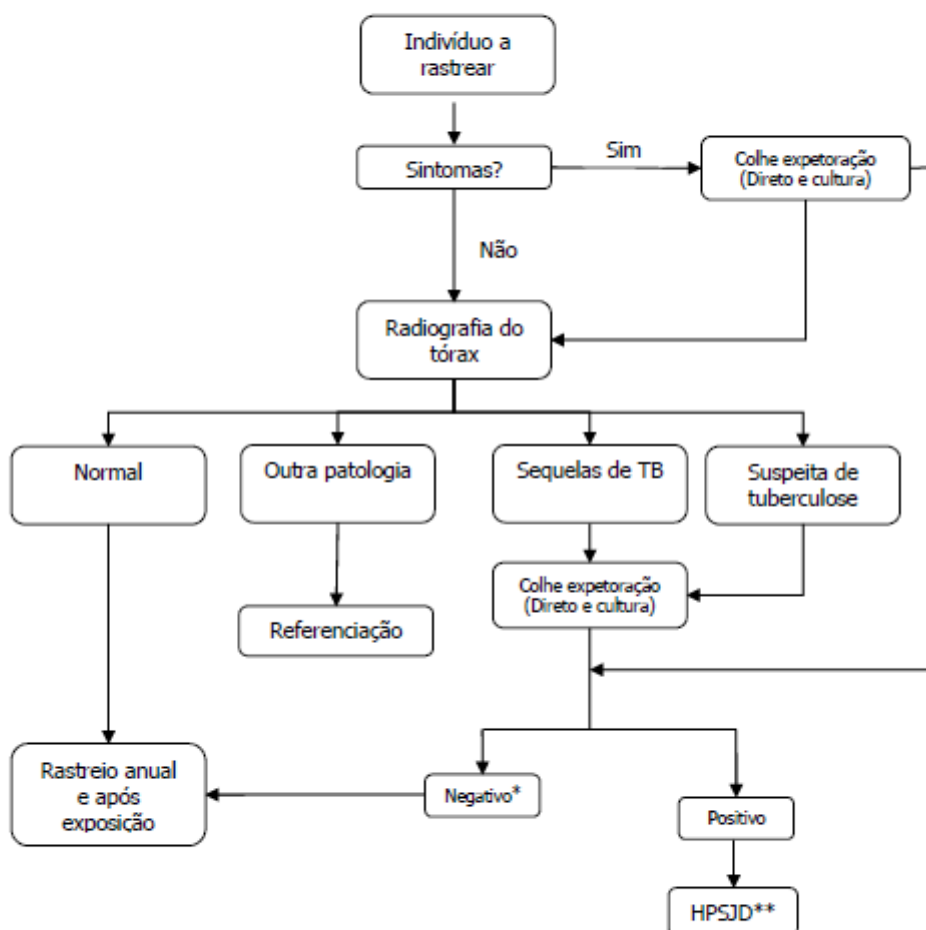
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Observações: _____	
3. Sintomas	
Tosse há mais de 3 semanas ou tosse crónica com alterações recentes	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Febre ou febrícula de predomínio nocturno	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Emagrecimento	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Sudorese noturna intensa	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Expectoração hemoptóica/hemoptises	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Se presença de dois ou mais sintomas deve ser pedida radiografia do tórax e colhidas 2 amostras de expectoração para estudo micobacteriológico, com caráter de urgência	

EP: _____ ; Data de preenchimento: ____/____/____

Preenchido por (nome e função):

Anexo 2

Rastreo de tuberculose pulmonar nos estabelecimentos prisionais – Fluxograma de procedimentos

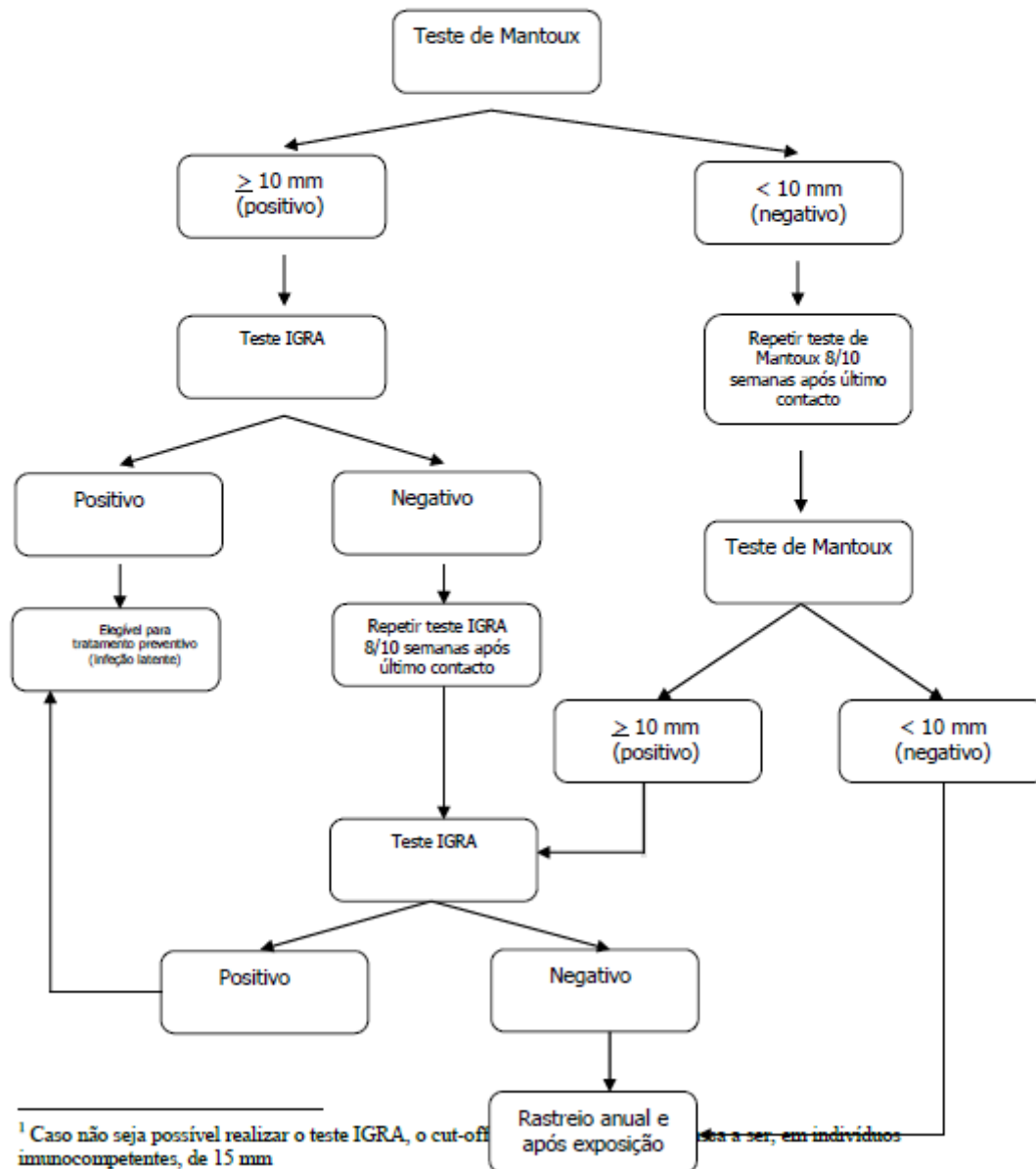


* Face ao grau de suspeita, ponderar a continuação do estudo.

** Hospital Prisional São João de Deus

Anexo 3

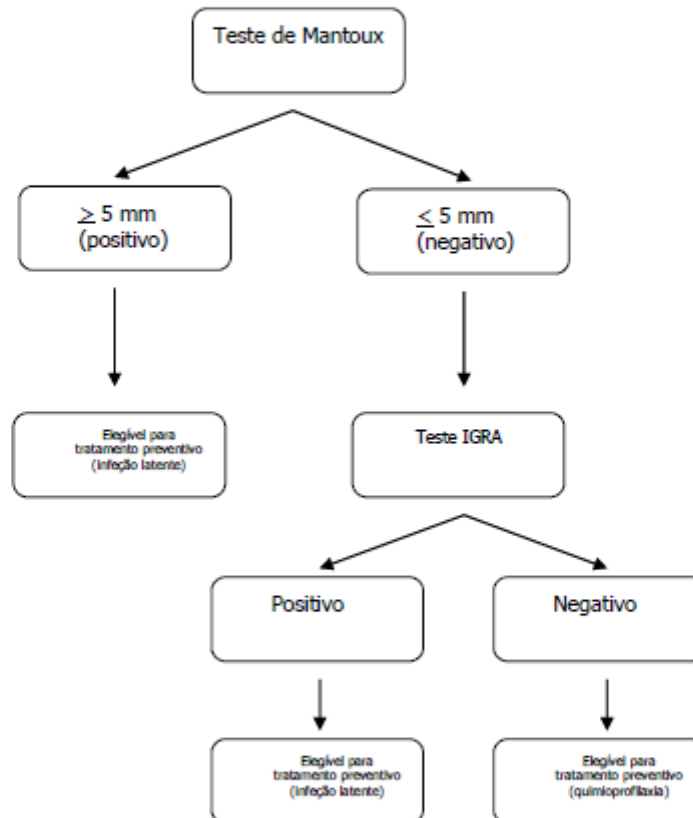
Rastreio de infeção latente por MT em contactos imunocompetentes após exposição a caso contagioso e decisão de início de medicação preventiva¹



¹ Caso não seja possível realizar o teste IGRA, o cut-off em indivíduos imunocompetentes, de 15 mm

Anexo 4

Rastreio de infeção latente por MT em contactos imunocomprometidos após exposição a caso contagioso e decisão de início de medicação preventiva



O início de tratamento preventivo deve ser antecedido de avaliação de risco de toxicidade medicamentosa: patologia hepática (hábitos etílicos e hepatites virais B e/ou C) e doseamento das enzimas hepáticas (TGP e TGO)

Anexo 7**AValiação TRIMESTRAL DO RASTREIO DE TUBERCULOSE EM ESTABELECIMENTOS PRISIONAIS ²**

Estabelecimento Prisional _____

Trimestre _____ Ano _____

Número de radiografias realizadas no trimestre	Número de situações suspeitas de tuberculose sinalizadas	Número de casos de tuberculose diagnosticados no trimestre	Local de tratamento dos casos de tuberculose diagnosticados no trimestre
			HPSJD <input type="checkbox"/> CDP <input type="checkbox"/> EP <input type="checkbox"/>
Número de casos de tuberculose que iniciaram tratamento durante o trimestre:		Número de casos de tuberculose que terminaram o tratamento durante o trimestre:	

Observações

Data de preenchimento ____ / ____ / _____

Responsável pelo preenchimento (nome e função):

² Enviar este modelo por correio eletrónico para o Centro de Competências para a Prestação de Cuidados de Saúde até ao dia 15 dos meses de janeiro, abril, julho e outubro de cada ano (ccqcs@dgrsp.mj.pt)

Anexo 7 – Quadros de rede de referência interna da DGRSP sobre a assistência prestada aos reclusos afetos ao EP e a EP's limítrofes na área da estomatologia e psiquiatria

ESTOMATOLOGIA – Assistência prestada a reclusos afetos ao EP e a outros EP

EP que apoia	EP apoiado (s)
Castelo Branco	Guarda, Viseu e Covilhã
Faro	Silves e Olhão
HPSJD	Beja, Caxias, Évora, Montijo, Odemira, Polícia Judiciária de Lisboa, Elvas, Setúbal e Monsanto.
Izeda	Bragança
Leiria	Leiria Regional, Torres Novas e Caldas da Rainha.
Paços Ferreira	Guimarães e Braga.
Porto	Polícia Judiciária do Porto, Chaves e Viana do Castelo
Stª Cruz do Bispo	Aveiro, Vila Real e Lamego.

Tabela 2 - Quadro de Referência interno no âmbito da Estomatologia

Fonte: Relatório de Atividades e Autoavaliação de 2018 da DGRSP

PSIQUIATRIA – Assistência prestada a reclusos afetos ao EP e a outros EP

EP que apoia	EP apoiado (s)
Castelo Branco	Guarda, Viseu e Covilhã
Faro	Silves e Olhão
HPSJD	Beja, Caldas da Rainha, Évora, Elvas, Torres Novas, Odemira e Monsanto
Izeda	Bragança e Chaves
Leiria	Leiria Regional
St Cruz do Bispo	Aveiro, Braga, Viana do Castelo, Polícia Judiciária do Porto, Vila Real, Guimarães e Lamego.

Tabela 3 - Quadro de Referência no âmbito da Psiquiatria

Fonte: Relatório de Atividades e Autoavaliação de 2018 da DGRSP

Anexo 8 – Protocolo de Cooperação entre DGRSP e a ARSC, para prestação de cuidados de saúde a utentes com problemas ligados ao álcool



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



Protocolo de Cooperação entre a Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais e a Administração Regional de Saúde do Centro, IP

PREÂMBULO

Considerando que:

- O artigo 32.º da Lei n.º 115/2009, de 12 de outubro, garante aos reclusos o acesso a cuidados de saúde em condições de qualidade e de continuidade idênticas às que são asseguradas a todos os cidadãos, qualificando para todos os efeitos os reclusos como utentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e salientando que a situação de reclusão não desobriga as entidades públicas competentes da prestação desses cuidados;
- O SNS tem previsão na Constituição da República Portuguesa (artigo 64.º) e caracteriza-se, nos termos da Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de agosto), por ser universal, prestar integralmente cuidados globais de saúde ou garantir a sua prestação, ser tendencialmente gratuito, garantir a unidade no acesso dos utentes e ter organização regionalizada;
- O Estatuto do SNS aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro, tem como objetivo a efetivação por parte do Estado da responsabilidade que lhe cabe na proteção da saúde individual e coletiva;
- São beneficiários do SNS todos os cidadãos nacionais de Estados Membros da União Europeia, nos termos das normas comunitárias aplicáveis e ainda cidadãos estrangeiros residentes em Portugal, em condições de reciprocidade, e os cidadãos apátridas residentes em Portugal;
- O tempo de reclusão pode e deve ser aproveitado como um tempo facilitador de aprendizagens que permitam devolver à sociedade livre, mulheres e homens



Agrupamento de Centros de Saúde da Cova da Beira – USCP Covilhã
Avenida 25 de Abril
6200-034 COVILHÃ

Telefone: 275 330 360
Fax: 275 330 369

email: acescobeira@arscentro.min-saude.pt



mais esclarecidos, mais informados e por isso mesmo, mais responsáveis e saudáveis;

- Que os reclusos nos Estabelecimentos Prisionais estão sujeitos a procedimentos de segurança na deslocação ao exterior que, por vezes, causam constrangimentos à observação clínica, procedimentos esses, que são dispensados nas observações clínicas que têm lugar no próprio Estabelecimento Prisional;
- Considerando ainda, o interesse público, numa dinâmica de colaboração e parceria interinstitucional é, ao abrigo do artigo 7.º, n.º 1, alíneas a) e h) do Código de Execução das Penas e Medidas Privativas da Liberdade, aprovado pela Lei n.º 115/2009, de 12 de outubro, celebrado o presente protocolo entre:

Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais, titular do número de identificação de pessoa coletiva n.º 600 085 171, situada em Lisboa, na Travessa da Cruz do Tovel, n.º 1, 1150-122 Lisboa, representada pelo Senhor Dr. *Celso José das Neves Manata*, na qualidade de Diretor-Geral e no uso de competência subdelegada por Sua Excelência a Secretária de Estado Adjunta e da Justiça, nos termos da alínea o) do Despacho n.º 3143/2016, publicado no DR, 2.ª série, n.º 42, de 1 de março, adiante designada por Primeira Outorgante;

E

Administração Regional de Saúde do Centro, IP, titular do número de identificação de pessoa coletiva n.º 503 122 165, com sede na Alameda Júlio Henriques, Apartado 1087, 3001-553 Coimbra, representada pela Senhora Dr.ª *Rosa Maria dos Reis Marques Furtado Oliveira*, na qualidade Presidente do Conselho Diretivo com subdelegação de poderes para o ato, doravante designada por Segunda Outorgante;



Considerando que:

- A) A Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (DGRSP) tem por missão a gestão articulada do sistema prisional;
- B) À DGRSP cabe zelar pela saúde e bem-estar do cidadão recluso, designadamente promovendo a sua vigilância clínica regular, bem como a realização de exames e tratamentos médicos prescritos;
- C) O Estabelecimento Prisional da Covilhã (EPC) não dispõe de condições para prestação cuidados de saúde na área de tratamento de problemas ligados ao álcool;
- D) O Agrupamento de Centros de Saúde Cova da Beira (ACESCB), inserido no Serviço Nacional de Saúde (SNS), integra três centros de saúde, sendo, constituído por várias unidades funcionais, entre as quais as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) tendo por missão a prestação de cuidados de saúde primários, individualizado por localização e denominação determinadas;
- E) O ACESCB, através da Consulta de Alcoologia da UCSP Covilhã, já colabora com a DGRSP no tratamento dos utentes com problemas ligados ao álcool, dando cumprimento a decisões judiciais;
- F) Acresce ainda uma proximidade geográfica entre o Estabelecimento Prisional da Covilhã (EPC) e a UCSP Covilhã do ACESCB;
- G) A realização das consultas de Alcoologia no EPC permitirá racionalizar o tempo e a utilização dos meios materiais e humanos da DGRSP, e da Equipa de Alcoologia da UCSP Covilhã;
- H) Nos termos do n.º 2, do artigo 32.º do Código de Execução das Penas e Medidas Privativas da Liberdade, aprovado pela Lei n.º 115/2009, de 12 de outubro, o cidadão recluso é, para todos os efeitos legais, utente do SNS;



E numa dinâmica interinstitucional, é celebrado o presente Protocolo de Cooperação, que se rege pelo disposto nas cláusulas seguintes:

Cláusula 1º

O ACESCB compromete-se a prestar cuidados de saúde em Consulta de Alcoologia aos reclusos do EPC, através da sua Equipa de Alcoologia da UCSP Covilhã.

Cláusula 2º

Aquelas consultas serão marcadas mensalmente, sempre que possível no período destinado às Consultas de Alcoologia na UCSP Covilhã, através de documento enviado pela Equipa do EPC, sem prejuízo de ser prestada assistência imediata aos reclusos que necessitem de consulta urgente.

Cláusula 3º

A referenciação e listagem nominativa dos reclusos deverá ser acompanhada da ficha psicossocial, onde constem os dados relevantes para a história clínica do utente.

Cláusula 4º

A prioridade de atendimento será triada e indicada pela Equipa do EPC, avisando e encaminhando para a Equipa de Alcoologia do ACESCB antes da data da consulta respetiva.

Cláusula 5º

A deslocação da Equipa de Alcoologia será da responsabilidade do ACESCB, decorrendo no horário normal de trabalho dos respectivos profissionais do ACES CB.

Cláusula 6º

1-Compete ao primeiro outorgante assegurar as condições de trabalho e de segurança necessárias ao exercício da actividade clínica dos médicos e enfermeiros do ACES CB.



2-Compete ao primeiro outorgante a subscrição de seguro de saúde próprio de cobertura de eventuais riscos de deslocação e de exercício da actividade dos funcionários do ACES ao Estabelecimento Prisional da Covilhã.

Cláusula 7ª

O Presente Protocolo terá uma duração inicial de doze meses, renovando-se automaticamente por iguais e sucessivos períodos se nenhum dos outorgantes o denunciar, por escrito, com a antecedência mínima de sessenta dias.

Feito na Covilhã, em duplicado, aos sete dias do mês de Março de dois mil e dezoito, ficando um exemplar em poder de cada um dos outorgantes.

Pela Primeira Outorgante

Pela Segunda Outorgante



Anexo 9 – Protocolo entre a DGRSP e o CHCB para a realização de consultas externas na especialidade de estomatologia



Protocolo de Cooperação

Considerando que:

- A) A Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (DGRSP) tem por missão a gestão articulada do sistema prisional;
- B) À DGRSP cabe zelar pela saúde e bem-estar do cidadão recluso, designadamente promovendo a sua vigilância clínica regular, bem como a realização de exames e tratamentos médicos prescritos;
- C) O Estabelecimento Prisional da Covilhã não dispõe de condições para prestação cuidados de saúde na área da Estomatologia;
- D) O Centro Hospitalar da Cova da Beira, E.P.E. (CHCB) é um Centro Hospitalar integrado no Serviço Nacional de Saúde (SNS) e dispõe de Consulta Externa na especialidade de Estomatologia, sendo que existe ainda uma proximidade geográfica entre o Estabelecimento Prisional da Covilhã e o CHCB.
- E) A realização das consultas de Estomatologia no CHCB permitirá racionalizar o tempo e a utilização dos meios materiais e humanos da DGRSP;
- F) Nos termos do n.º 2, do artigo 32.º do Código de Execução das Penas e Medidas Privativas da Liberdade, aprovado pela Lei n.º 115/2009, de 12 de outubro, o cidadão recluso é para todos os efeitos legais utente do SNS;

E numa dinâmica interinstitucional

Entre:

A **Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais**, titular do cartão de identificação de pessoa coletiva n.º 600 085 171, situada em Lisboa, na Travessa da Cruz do Torel, n.º 1, 1150-122 Lisboa, representada neste ato pelo seu Diretor-Geral, Senhor Dr. Celso José das Neves Manata, no uso de competência subdelegada por Sua Excelência a Secretária de Estado Adjunta e da Justiça, nos termos da alínea o) do



REPÚBLICA
PORTUGUESA
NOTÍCIA

Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais



Centro
Hospitalar
Cova da Beira, E.P.E.

Covilhã Fundão

Despacho n.º 3143/2016, publicado no DR, 2.ª série, n.º 42, de 1 de março, adiante designada por Primeira Outorgante.

E

O Centro Hospital da Cova da Beira E.P.E., titular do cartão de identificação de pessoa coletiva n.º 506 361 659, com sede em Quinta do Alvito, 6200-251 Covilhã, aqui representado pelo seu Presidente Senhor Dr. João José Casteleiro Alves, adiante designado por Segundo Outorgante.

É celebrado o presente Protocolo de Cooperação, que se rege pelo disposto nas cláusulas seguintes

1º

O Centro Hospitalar da Cova da Beira, E.P.E. compromete-se a prestar assistência médica em consulta externa na especialidade de Estomatologia aos reclusos do Estabelecimento Prisional da Covilhã.

2º

Aquelas consultas serão marcadas semanalmente, através de documento enviado pelo Médico do Estabelecimento Prisional da Covilhã, sem prejuízo de ser prestada assistência imediata aos reclusos que necessitem de recorrer ao serviço de urgência.

3º

A referenciação e listagem nominativa dos reclusos deverá ser acompanhada do pedido de consulta, devidamente sinalizado, com o tempo de espera necessário para efeitos de triagem da especialidade.

4º

A prioridade de atendimento será triada e indicada pelo Médico da especialidade do CHCB, avisando o Segundo Outorgante o Estabelecimento Prisional da data da consulta respetiva.

5º

A Primeira Outorgante, através do Estabelecimento Prisional da Covilhã, procederá ao transporte dos reclusos e durante o tempo que os mesmos permaneçam dentro das instalações do Centro Hospitalar Cova da Beira, procederá à sua custódia.

6º

O Presente Protocolo terá uma duração inicial de doze meses, renovando-se automaticamente por iguais e sucessivos períodos se nenhum dos outorgantes o denunciar, por escrito, com a antecedência mínima de sessenta dias.

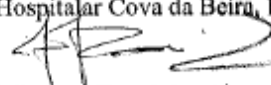
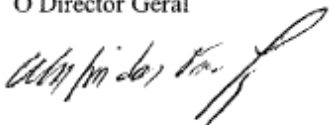
Feito em duplicados, na Covilhã, aos sete dias do mês de abril de 2017, ficando um exemplar em poder de cada um dos outorgantes.

Pela Primeira Outorgante

Pelo Segundo Outorgante

O Director Geral

O Presidente do Conselho de Administração
do Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E



Dr. Celso das Neves Manata

Dr. João José Casteleiro Alves

Procurador Geral Adjunto

Anexo 10 – Orientação nº16/2020 de 23/3/2020 da DGS aos serviços prisionais e tutelares referente à SARS-COV- 2 (Covid-19)

COVID-19		REPÚBLICA PORTUGUESA	SNS	DGS
NÚMERO:	016/2020	ORIENTAÇÃO Digitally signed by Maria da Graça Gregório de Freitas DN: cn=PT, o=Direção-Geral de Saúde, cn=Maria da Graça Gregório de Freitas Date: 2020.03.24 10:57:26 Z		
DATA:	23/03/2020			
ASSUNTO:	Infecção por SARS-CoV-2 (COVID-19) – Serviços prisionais e tutelares			
PALAVRAS-CHAVE:	Serviços prisionais e tutelares, reclusos/jovens, profissionais dos serviços prisionais, caso suspeito, caso confirmado, medidas de prevenção, COVID-19			
PARA:	Profissionais do sistema de saúde e dos serviços prisionais e tutelares			
CONTACTOS:	Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infecções e das Resistências aos Antimicrobianos: ppcira@dgs.min-saude.pt			

Nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro, emite-se a Orientação seguinte:

Os responsáveis pelos serviços prisionais devem atualizar-se sobre a epidemia SARS-CoV-2 através de www.covid19.min-saude.pt e implementar e cumprir as medidas recomendadas no seu Plano de Contingência.

Existe experiência acumulada na gestão de surtos nos serviços prisionais, nomeadamente a decorrente da pandemia da gripe A(H1N1)2009, deve ser reimplementada, e existe histórico de colaboração e comunicação com os serviços de saúde do SNS a nível regional e local.

As medidas de prevenção da infeção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) permitem evitar casos de doença por coronavírus (COVID-19) e retardar surtos, o que é de extrema importância no contexto do sistema prisional.

1. Transmissão do vírus SARS-CoV-2

A transmissão do SARS-CoV-2 parece ocorrer por duas vias principais:

Diretamente - quando há contato próximo (menos de 1 metro) com uma pessoa infetada, sendo o risco de contágio tanto maior quanto maior a duração desse contacto. A transmissão ocorre através das secreções respiratórias (tosse, espirro) que podem entrar nos olhos, boca ou nariz;

Indiretamente - através do contato com superfícies, objetos ou mãos, contaminadas com secreções respiratórias de uma pessoa infetada, e posterior transferência para as mucosas da boca, nariz ou olhos.

O vírus SARS-CoV-2 pode ser introduzido num estabelecimento prisional/tutelar através de:

- visitas,
- fornecedores,
- voluntários,
- profissionais,
- fluxo de reclusos/jovens (entrada de novos reclusos, saídas programadas).

Os vírus respiratórios podem ser mais facilmente transmitidos em contexto institucional, o qual pode incluir pessoas com maior risco de doença grave por SARS-CoV-2 (COVID-19), designadamente:

- Idade superior a 60 anos;
- Imunossupressão;
- Doença crónica, nomeadamente doença respiratória, cardíaca, diabetes e neoplasia maligna ativa.

2. Medidas de prevenção em estabelecimentos prisionais/tutelares

- Reforçar as boas práticas de higiene das mãos – lavagem frequente, com água e sabão e com técnica correta;
- Reforçar as boas práticas de etiqueta respiratória – nomeadamente, como proceder ao tossir, espirrar e assoar;
- Distanciamento social – promover, em função das condições existentes, a máxima distância possível entre reclusos/jovens, e informar para a importância de evitar o contacto físico (exemplo: abraço e apertos de mão);
- Para além de transmitir diretamente estas informações aos reclusos/jovens, devem ser distribuídos folhetos informativos e colocados posters em locais de destaque, em todas as unidades orgânicas, incluindo as zonas de entrada das visitas. Estes materiais podem ser descarregados através do link www.covid-19.min-saude.pt/materiais-de-divulgacao;
- Reforçar a higiene e limpeza de todas as áreas do estabelecimento prisional de acordo com as orientações da DGS, nomeadamente as referentes à limpeza e desinfeção de superfícies em estabelecimentos de atendimento ao público ou similares (Orientação nº 014/2020, de 21/03/2020);
- Informar os profissionais e os reclusos/jovens sobre os sinais e sintomas de infeção respiratória aguda, implementando a vigilância passiva;
- Comunicação imediata às respetivas autoridades de saúde e judicial no caso se ser decretada libertação de casos suspeito ou confirmado;
- Suspensão das transferências de estabelecimento prisional, exceto as que se realizem por motivos de saúde ou segurança;
- Disponibilização de pontos de água e sabão nas zonas prisionais;
- De forma a prevenir a transmissão do vírus, deve ser designada uma área de isolamento para os casos confirmados sem critérios clínicos para internamento hospitalar, que poderá funcionar em regime de coorte;
- Deverá também existir uma área de isolamento para os casos suspeitos (ver ponto 3) sejam profissionais ou reclusos/jovens. Esta área deve ter idealmente boas condições de arejamento, acesso instalações sanitárias e contentor de resíduos com abertura por pedal;

- Em função das características da unidade orgânica, da evolução da epidemia e das orientações da DGS, deve ser promovido o distanciamento social dos contactos de casos confirmados, por um período de 14 dias.

3. O que fazer perante um caso suspeito em estabelecimentos prisionais/tutelares

- Deve ser utilizada a definição de caso de acordo com a norma nº004/2020 da Direção-Geral da Saúde;
- Colocar o caso suspeito (recluso/jovem ou profissional) na área designada para o isolamento dos casos suspeitos.
- Fornecer ao doente uma máscara cirúrgica, solicitando-lhe que, após a sua colocação, proceda a higienização das mãos.
- Se, no contexto da situação de recluso/jovem, o caso suspeito necessitar de vigilância por um profissional, este deverá assegurar uma distância, em relação ao caso suspeito, de 1 a 2 metros e colocar máscara cirúrgica, ajustando-a bem à face, bata, avental impermeável e luvas de látex ou de nitrilo. Após retirar o equipamento deverá proceder a uma correta higiene das mãos.
- Se o caso suspeito for um profissional, proceder ao seu isolamento na área designada, garantindo que alguém, no exterior da área de isolamento, esteja em contacto permanente com o caso suspeito. Se a situação clínica requerer o acompanhamento na área de isolamento, o acompanhante deverá assegurar uma distância de 1 a 2 metros e colocar uma máscara cirúrgica, bata, avental impermeável e luvas de látex ou de nitrilo. Após retirar o equipamento deverá proceder a uma correta higiene das mãos.
- Encaminhar o caso suspeito de acordo com a Norma N° 004/2020, da Direção-Geral da Saúde;
- O acompanhamento do recluso pelo Corpo da Guarda Prisional durante o transporte ao serviço de saúde, se necessário, será decidido de acordo com as regras em vigor para o transporte de reclusos ao exterior e cumprindo o fluxograma de orientação dos casos da DGS.
- A área de isolamento, que deve ter um contentor de resíduos com abertura por pedal, será limpa e desinfetada após a saída do doente, de acordo com o recomendado nas orientações da DGS, nomeadamente as referentes à "Limpeza e desinfeção de superfícies" em www.covid19.min-saude.pt.
- Não devem ser permitidas visitas enquanto um caso suspeito estiver em investigação e se este vier a ser confirmado (ponto 7).
- O problema do acompanhamento do recluso/jovem por agente da autoridade e sua permanência no hospital, será decidida caso a caso.

4. O que fazer perante um caso confirmado em estabelecimentos prisionais/tutelares

- Mediante a situação que tenha levado à confirmação de um caso em estabelecimento prisional/tutelar, proceder à sua notificação na aplicação informática de apoio ao SINAVE (área médicos) e informar a Autoridade de Saúde da área geográfica;
- O estabelecimento prisional/tutelar, em articulação com a Autoridade de Saúde, deverá identificar os contactos do caso confirmado, tipo e duração do contacto, incluindo profissionais, colaborando assim com os médicos de saúde pública na investigação epidemiológica;
- Informar sobre os procedimentos de vigilância dos contactos próximos dos casos (vigilância ativa ou vigilância passiva) e de atuação perante o surgimento de sintomas suspeitos nestes contactos, seguindo as orientações da Autoridade de Saúde;
- Em função das características da unidade orgânica, da evolução da epidemia e das orientações da DGS deve ser promovido o distanciamento social dos contactos de casos confirmados;
- De acordo com a avaliação de risco da Autoridade de Saúde, será definido quais os profissionais que ficarão em quarentena (“isolamento profilático”);
- O movimento de reclusos no estabelecimento deve ser reduzido, por forma a diminuir a possibilidade de exposições adicionais, devendo ser suspensas atividades programadas (por ex. programas de educação e de trabalho);
- Reforçar a importância de uma higienização correta das mãos, antes e após as refeições.
 - As refeições deverão ser servidas no refeitório, por turnos, de forma a garantir o maior distanciamento social possível;
 - Os contactos de casos confirmados não deverão integrar o mesmo turno que os reclusos/jovens que não contactaram com casos;
 - Aos casos confirmados que permaneçam no estabelecimento (de acordo com a fase da epidemia e as orientações da DGS), as refeições deverão ser servidas na área de isolamento, por profissionais equipados com máscara cirúrgica, bata, avental impermeável e luvas (de látex ou de nitrilo), os quais devem assegurar uma distância de 1 a 2 metros em relação ao doente;
 - A louça deve ser lavada à temperatura mais elevada possível.

5. Áreas de isolamento – Resíduos, limpeza e desinfeção das instalações

- Os resíduos recolhidos na área de isolamento, devem ser acondicionados num primeiro saco bem fechado, que depois é depositado num segundo saco. O segundo saco deve ser identificado como “resíduos biológicos do grupo III” e tratados por incineração ou autoclavagem, da responsabilidade da empresa contratada pela DGRSP;
- A limpeza e desinfeção de todas as áreas do estabelecimento prisional deve ser reforçada, dando especial atenção às áreas de isolamento e superfícies que são tocadas frequentemente (por exemplo, maçanetas, torneiras e interruptores), de acordo com as orientações da DGS, nomeadamente as referentes à “limpeza e desinfeção de superfícies em

estabelecimentos de atendimento ao público ou similares” (Orientação nº 014/2020, de 21/03/2020).

6. Itens do exterior

- Os sacos (roupa e comida não perecível) só deverão ser entregues aos reclusos/jovens 48-72 horas após a receção.
- O profissional que manuseia as embalagens que os familiares trazem de fora deve usar luvas de nitrilo ou de latex.

Referências Bibliográficas:

- Recommendations for Correctional Facilities. Novel Coronavirus (COVID-19) Guidance for Correctional Facilities. Washington State Department of Health. Updated 04.03.2020. <https://www.doh.wa.gov/Portals/1/Documents/1600/coronavirus/10-RecommendationsforCorrectionalFacilities.pdf>
- COVID-19: Information and Guidance for Non Healthcare Settings. Publication date 04 March 2020. NHS, Health Protection Scotland https://hpspubsrepo.blob.core.windows.net/hps-website/nss/2973/documents/1_COVID-19-Guidance-for-non-healthcare-settings.pdf

Orientação elaborada em articulação com a Direcção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais



Graça Freitas
Diretora-Geral da Saúde

Anexo 11 – Despacho do Diretor Geral de Reinserção e Serviços Prisionais sobre a admissão de reclusos em contexto de pandemia



DESPACHO

Assunto: Admissão de reclusos no âmbito do Plano de Contingência (2019-nCov)

No âmbito das medidas de prevenção e controlo da infeção por novo Coronavírus (2019-nCov), no que à recepção de indivíduos respeita, determino que, sem prejuízo das orientações constantes do Plano de Contingência da DGRSP e das emanadas pela Direção-Geral de Saúde (DGS), por força da necessária atualização da situação em apreço, a título transitório e até instruções em contrário, que a admissão de indivíduos, em situação de prisão preventiva e condenados, se efetue nos estabelecimentos que se indicam infra e que constam do anexo ao presente:

1. Relativamente aos homens

- EP Vila Real
- EP Vale do Sousa
- EP Guarda
- EP Castelo Branco
- EP Porto
- EP Coimbra
- Leiria Jovens
- EP Lisboa
- EP Beja
- EP Évora
- EP Olhão

1.1. Relativamente às mulheres

- EP Santa Cruz do Bispo
- EP Tires

1.2. No que concerne às ilhas os indivíduos apenas poderão dar entrada no EP do Funchal e no EP de Angra do Heroísmo, excluindo-se, neste contexto, o EP de Ponta Delgada, por razões relacionadas com o Hospital de referência no contexto da infeção por Coronavírus.

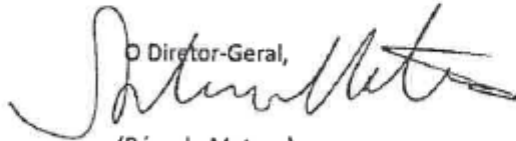
Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais
Gabinete do Diretor-Geral
Travessa da Cruz do Torel, n.º 1 – 1150-122 Lisboa – Tel. 218812200 – Fax. 218853653 – E-mail: secdg@dgrsp.mj.pt
Apartado 21207 – 1131-001 Lisboa



2. A existência de EP de referência para entrados não obsta a que em todos os estabelecimentos prisionais tenha de haver um espaço para isolar algum caso que surja na população afeta.
3. Os indivíduos entrados não poderão ter contacto com a restante população reclusa, devendo ser alocados, quando possível, a alojamento individual, permanecendo separados por um período de 14 dias.
4. Os indivíduos entrados terão de ser observados clinicamente no período de 24 horas, devendo ser submetidos a questionário de rastreio epidemiológico, no âmbito do qual se apurará, designadamente, a realização de viagem para a China, Itália ou outros países entretanto sinalizados, ou contactos com casos confirmados ou prováveis, bem como a verificação de queixas de saúde, conforme previsto na Orientação da DGS N.º 002/2020, de 10.02.2020, atualizada a 25.02.2020.
5. Após o término do referido período, sem que o recluso/a revele quaisquer sinais de alerta, os referidos estabelecimentos remeterão informação à DSEMP para que este serviço proceda, de imediato, à afetação/transferência dos indivíduos, nos termos da legislação em vigor.
6. Caso o recluso/a seja sinalizado como suspeito, deverá o clínico/enfermeiro efetuar contacto com a Linha de Apoio Médico (LAM), através do n.º: 300 015 015, atuando-se em conformidade com o Plano de Contingência.
7. A verificar-se a validação de caso suspeito, os/as reclusos/as que permaneçam clinicamente estáveis deverão, a norte, permanecer no EP Porto, e no restante continente ser conduzidos para o Hospital Prisional S. João de Deus (HPSJD), observando-se os cuidados necessários para o efeito, designadamente quanto à proteção individual dos trabalhadores envolvidos no transporte.
8. No que concerne aos reclusos das ilhas, estes permanecerão nos estabelecimentos indicados em 1.2, sendo transferidos para os hospitais de referência caso a respetiva situação clínica assim o determine.

9. Relativamente aos indivíduos que apresentem situação clínica não passível de ser assegurada pelos serviços, deverão os reclusos ser conduzidos para os Hospitais indicados pela DGS.
10. Para efeitos do presente despacho, no sentido de se garantir o alojamento dos indivíduos entrados de acordo com o previsto em 1, serão os tribunais e órgãos de polícia criminal informados.

Lisboa, 06 de março de 2020


O Diretor-Geral,
(Rómulo Mateus)

Anexo 12 – Lei 9/2020 – Regime excecional de flexibilização da execução de penas



ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Lei n.º 9/2020

de 10 de abril

Sumário: Regime excecional de flexibilização da execução das penas e das medidas de graça, no âmbito da pandemia da doença COVID-19.

Regime excecional de flexibilização da execução das penas e das medidas de graça, no âmbito da pandemia da doença COVID-19

A Assembleia da República decreta, nos termos da alínea c) do artigo 161.º da Constituição, o seguinte:

Artigo 1.º

Objeto

1 — A presente lei estabelece, excecionalmente, no âmbito da emergência de saúde pública ocasionada pela doença COVID-19, as seguintes medidas:

- a) Um perdão parcial de penas de prisão;
- b) Um regime especial de indulto das penas;
- c) Um regime extraordinário de licença de saída administrativa de reclusos condenados;
- d) A antecipação extraordinária da colocação em liberdade condicional.

2 — As medidas previstas na presente lei não se aplicam a condenados por crimes cometidos contra membro das forças policiais e de segurança, das forças armadas e funcionários e guardas dos serviços prisionais, no exercício das respetivas funções.

Artigo 2.º

Perdão

1 — São perdoadas as penas de prisão de reclusos condenados por decisão transitada em julgado, de duração igual ou inferior a dois anos.

2 — São também perdoados os períodos remanescentes das penas de prisão de reclusos condenados por decisão transitada em julgado, de duração superior à referida no número anterior, se o tempo que faltar para o seu cumprimento integral for igual ou inferior a dois anos, e o recluso tiver cumprido, pelo menos, metade da pena.

3 — O perdão referido nos números anteriores abrange a prisão subsidiária resultante da conversão da pena de multa e a execução da pena de prisão por não cumprimento da pena de multa de substituição e, em caso de cúmulo jurídico, incide sobre a pena única.

4 — Em caso de condenação do mesmo recluso em penas sucessivas sem que haja cúmulo jurídico, o perdão incide apenas sobre o remanescente do somatório dessas penas, se o tempo que faltar para o seu cumprimento integral for igual ou inferior a dois anos.

5 — Relativamente a condenações em penas de substituição, o perdão a que se refere este artigo só deve ser aplicado se houver lugar à revogação ou suspensão.

6 — Ainda que também tenham sido condenados pela prática de outros crimes, não podem ser beneficiários do perdão referido nos n.ºs 1 e 2 os condenados pela prática:

a) Do crime de homicídio previsto nos artigos 131.º, 132.º e 133.º do Código Penal, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 48/95, de 15 de março, na sua redação atual;



b) Do crime de violência doméstica e de maus tratos previstos, respetivamente, nos artigos 152.º e 152.º-A do Código Penal;

c) De crimes contra a liberdade pessoal, previstos no capítulo IV do título I do livro II do Código Penal;

d) De crimes contra a liberdade sexual e autodeterminação sexual, previstos no capítulo V do título I do livro II do Código Penal;

e) Dos crimes previstos na alínea a) do n.º 2 e no n.º 3 do artigo 210.º do Código Penal, ou previstos nessa alínea e nesse número em conjugação com o artigo 211.º do mesmo Código;

f) De crimes contra a identidade cultural e integridade pessoal, previstos no título III do livro II do Código Penal;

g) Dos crimes previstos nos artigos 272.º, 273.º e 274.º do Código Penal, quando tenham sido cometidos com dolo;

h) Do crime previsto no artigo 299.º do Código Penal;

i) Pelo crime previsto no artigo 368.º-A do Código Penal;

j) Dos crimes previstos nos artigos 372.º, 373.º e 374.º do Código Penal;

k) Dos crimes previstos nos artigos 21.º, 22.º e 28.º do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, na sua redação atual;

l) De crime enquanto membro das forças policiais e de segurança, das forças armadas ou funcionários e guardas dos serviços prisionais, no exercício das suas funções, envolvendo violação de direitos, liberdades e garantias pessoais dos cidadãos, independentemente da pena;

m) De crime enquanto titular de cargo político ou de alto cargo público, magistrado judicial ou do Ministério Público, no exercício de funções ou por causa delas;

n) Dos crimes previstos nos artigos 144.º, 145.º, n.º 1, alínea c), e 147.º do Código Penal.

7 — O perdão a que se referem os n.ºs 1 e 2 é concedido a reclusos cujas condenações tenham transitado em julgado em data anterior à da entrada em vigor da presente lei e sob a condição resolutive de o beneficiário não praticar infração dolosa no ano subsequente, caso em que a pena aplicada à infração superveniente acresce a pena perdoadada.

8 — Compete aos tribunais de execução de penas territorialmente competentes proceder à aplicação do perdão estabelecido na presente lei e emitir os respetivos mandados com caráter urgente.

9 — O perdão a que se referem os n.ºs 1 e 2 só pode ser aplicado uma vez por cada condenado.

Artigo 3.º

Indulto excecional

1 — O membro do Governo responsável pela área da justiça pode propor ao Presidente da República o indulto, total ou parcial, da pena de prisão aplicada a recluso que tenha 65 ou mais anos de idade à data da entrada em vigor da presente lei e seja portador de doença, física ou psíquica, ou de um grau de autonomia incompatível com a normal permanência em meio prisional, no contexto desta pandemia.

2 — O diretor do estabelecimento prisional a que está afeto o recluso condenado, obtido o consentimento deste, remete, em 48 horas, ao diretor-geral de Reinserção e Serviços Prisionais, proposta de indulto excecional acompanhada dos seguintes elementos:

a) Informação médica sobre o estado de saúde, física ou psíquica, do recluso e o seu grau de autonomia e a sua incompatibilidade com a normal manutenção em meio prisional;

b) Informações constantes do processo individual do recluso;

c) Registo criminal atualizado do condenado;

d) Cômputo da pena, homologado pela autoridade judiciária competente.

3 — Obtidos os elementos referidos no número anterior e o parecer do diretor-geral de Reinserção e Serviços Prisionais, a proposta é remetida, em 48 horas, ao Ministério da Justiça, que a leva à decisão do Presidente da República.



4 — À concessão e à revogação do indulto é aplicável o disposto no artigo 223.º, nos n.ºs 2 e 3 do artigo 227.º e no artigo 228.º do Código da Execução das Penas e Medidas Privativas da Liberdade, aprovado pela Lei n.º 115/2009, de 12 de outubro, na sua redação atual.

5 — Não podem ser beneficiários do indulto excecional os reclusos condenados pela prática dos crimes previstos no n.º 6 do artigo 2.º

6 — Os pedidos de indulto podem ser apresentados pelos interessados no prazo de três dias úteis contados da entrada em vigor da presente lei, devendo ser subseqüentemente instruídos em cinco dias úteis.

Artigo 4.º

Licença de saída administrativa extraordinária

1 — O diretor-geral de Reinserção e Serviços Prisionais ou, por delegação deste, os subdiretores-gerais de Reinserção e Serviços Prisionais podem conceder ao recluso condenado, mediante o seu consentimento, licença de saída pelo período de 45 dias, desde que cumulativamente se verifiquem os seguintes requisitos:

a) O preenchimento dos pressupostos e critérios gerais de concessão da licença de saída previstos no artigo 78.º do Código da Execução das Penas e Medidas Privativas da Liberdade;

b) O gozo prévio de pelo menos uma licença de saída jurisdicional ao recluso que cumpre pena em regime aberto ou o gozo prévio de duas saídas jurisdicionais ao recluso que cumpre pena em regime comum;

c) A inexistência de qualquer situação de evasão, ausência ilegítima ou revogação da liberdade condicional nos 12 meses antecedentes.

2 — Recae sobre o condenado os deveres de permanecer na habitação e de aceitar a vigilância dos serviços de reinserção social e dos elementos dos órgãos de polícia criminal territorialmente competentes, cumprindo as suas orientações e respondendo aos contactos periódicos que com ele vierem a estabelecer, nomeadamente por via telefónica.

3 — A licença de saída pode ser renovada, mais do que uma vez e por períodos de até 45 dias, por decisão do diretor-geral de Reinserção e Serviços Prisionais, em função da conduta assumida pelo recluso e do contexto sanitário decorrente da doença COVID-19.

4 — Durante a vigência da licença de saída, o diretor-geral de Reinserção e Serviços Prisionais pode autorizar o recluso que cumpre pena em regime aberto a manter a atividade laboral que desenvolvia fora do estabelecimento prisional.

5 — Os serviços de reinserção social competentes podem autorizar a deslocação do recluso a estabelecimento de saúde para receber cuidados médicos.

6 — Se, durante a licença de saída, o recluso deixar de cumprir injustificadamente qualquer das condições impostas, os serviços de reinserção social devem informar a delegação regional de reinserção, cujo diretor promove de imediato a aplicação de uma solene advertência pelo diretor do estabelecimento prisional ou a revogação da licença de saída pelo diretor-geral de Reinserção e Serviços Prisionais.

7 — O recluso pode impugnar a legalidade da decisão de revogação perante o tribunal de execução das penas.

8 — Em caso de revogação, os serviços prisionais comunicam tal facto ao representante do Ministério Público junto do tribunal de execução das penas, para efeitos do disposto na alínea *h*) do artigo 141.º do Código da Execução das Penas e Medidas Privativas da Liberdade.

9 — A concessão da licença de saída referida no n.º 1, bem como a sua cessação, é comunicada, de imediato, ao representante do Ministério Público junto do tribunal de execução das penas, para efeitos do disposto na alínea *b*) do artigo 141.º do Código da Execução das Penas e Medidas Privativas da Liberdade.

10 — O período de saída é considerado tempo de execução da pena ou da medida privativa da liberdade, exceto se a licença for revogada.



Artigo 5.º

Adaptação à liberdade condicional

1 — Para efeito de adaptação à liberdade condicional, verificado o gozo, com êxito, de licença de saída administrativa concedida nos termos do artigo anterior, a colocação em liberdade condicional pode ser antecipada pelo tribunal de execução das penas, por um período máximo de seis meses.

2 — A duração da medida prevista no artigo anterior é equivalente ao período que o recluso condenado tem de cumprir para atingir dois terços ou cinco sextos da pena, conforme se trate de pena de prisão em medida inferior ou superior a seis anos.

3 — O condenado fica obrigado, durante o período da antecipação, para além do cumprimento das demais condições impostas, ao regime de permanência na habitação, aceitando a vigilância dos serviços de reinserção social e dos órgãos de polícia criminal territorialmente competentes, cumprindo as suas orientações e respondendo aos contactos periódicos, que com ele vierem a estabelecer, nomeadamente por via telefónica.

4 — É aplicável o regime dos artigos 62.º do Código Penal e 188.º do Código da Execução das Penas e Medidas Privativas da Liberdade, se este se revelar, em concreto, mais favorável ao recluso.

Artigo 6.º

Regresso ao meio prisional

Em qualquer das circunstâncias que, nos termos da presente lei, ditam o regresso do condenado ao meio prisional, há lugar ao cumprimento prévio de um período de quarentena de 14 dias, nos termos que tenham sido determinados pela Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais.

Artigo 7.º

Prisão preventiva e reclusos especialmente vulneráveis

1 — O juiz deve proceder ao reexame dos pressupostos da prisão preventiva independentemente do decurso dos três meses referidos no artigo 213.º do Código de Processo Penal, sobretudo quando os arguidos estiverem em alguma das situações descritas no n.º 1 do artigo 3.º, de modo a reponderar a necessidade da medida, avaliando, nomeadamente, a efetiva subsistência dos requisitos gerais previstos no artigo 204.º daquele Código.

2 — Nos termos do artigo 193.º do Código de Processo Penal, a prisão preventiva só pode ser aplicada quando se revelarem manifestamente inadequadas ou insuficientes as outras medidas de coação.

Artigo 8.º

Procedimentos de saúde pública

A libertação de reclusos ao abrigo da presente lei é antecedida dos procedimentos indicados pela Direção-Geral da Saúde.

Artigo 9.º

Afetação extraordinária de juizes

Para implementação do disposto na presente lei, e durante o período em que a mesma vigorar, o Conselho Superior da Magistratura, no âmbito dos seus poderes de gestão, afeta aos tribunais de execução das penas os juizes necessários.



Artigo 10.º

Cessação de vigência

A presente lei cessa a sua vigência na data fixada pelo decreto-lei previsto no n.º 2 do artigo 7.º da Lei n.º 1-A/2020, de 19 de março, o qual declara o termo da situação excecional de prevenção, contenção, mitigação e tratamento da infeção epidemiológica por SARS-CoV-2 e da doença COVID-19.

Artigo 11.º

Entrada em vigor

A presente lei entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

Aprovada em 8 de abril de 2020.

O Presidente da Assembleia da República, *Eduardo Ferro Rodrigues*.

Promulgada em 9 de abril de 2020.

Publique-se.

O Presidente da República, *MARCELO REBELO DE SOUSA*.

Referendada em 10 de abril de 2020.

O Primeiro-Ministro, *António Luís Santos da Costa*.

113178209

Anexo 13 – Ações de promoção da saúde desenvolvidas nos Estabelecimentos Prisionais

Estabelecimentos Prisionais	Total de ações desenvolvidas	Total de reclusos participantes no total das ações	Nº de entidades externas envolvidas ²
EP Alcoentre	245	1112	6
EP Angra do Heroísmo ¹	4	80	1
EP Aveiro	7	174	6
EP Beja	17	131	4
EP Braga	12	253	8
EP Caldas da Rainha	6	121	3
EP Castelo Branco	4	163	3
EP Coimbra	16	275	9
E1P Covilhã	10	430	5
EP Elvas	10	3898	3
EP Évora	3	84	3
EP Faro	3	20	2
EP Funchal	12	339	18
EP Guarda	52	358	4
EP Izeda	14	470	3
EP Leiria	6	245	6
EP Leiria Jovens	4	60	2
EP Lisboa	1	15	1
EP Odemira	1	17	1
EP Olhão	9	130	3
EP Paços de Ferreira	9	75	1
EP Pinheiro da Cruz	18	317	6
EP PJ Lisboa	10	270	3
EP PJ Porto	4	132	2
EP Ponta Delgada	11	350	2
EP Setúbal	5	39	3
EP Silves	6	63	1
EP Sintra	12	367	6
EP Santa Cruz do Bispo Feminino	11	37	5
EP Santa Cruz do Bispo Masculino	12	11	1
EP Tires	4	305	4
EP Torres Novas	30	134	2
EP Vale de Judeus	14	202	5
EP Vale do Sousa	21	436	5
EP Viana do Castelo	15	378	5
EP Vila Real	9	101	3
Hospital Prisional S. João de Deus	10	199	5
Total	610	7719	2

Fonte: Estabelecimentos prisionais.

¹ Integra a Cadeia de Apoio da Horta.

² Apenas se registam dados por estabelecimento prisional, sem cálculo total, dado que algumas entidades se repetem, colaborando com mais do que um estabelecimento prisional.

Tabela 4 - Ações de promoção da saúde tendo como alvo a população reclusa realizada em 2018

Fonte: Relatório de Atividades e Autoavaliação de 2018 da DGRSP

Anexo 14 – Programas dirigidos a necessidades criminógenas específicas

Quadro 11

Programas dirigidos a necessidades criminógenas específicas aplicados e reclusos beneficiados em 2018

Designação dos programas	Programas aplicados 2018	Reclusos beneficiados 2018
Agressores sexuais (AS)	4	52
Gerar percursos sociais (GPS)	5	59
VIDA - dirigido a reclusos condenados por violência doméstica	1	16
CAIS - Competências adaptativas e integração social	1	15
Intervenção estruturada da problemática do alcoolismo	8	82
Iniciação às práticas restaurativas - Justiça restaurativa (JR)	11	127
Promoção do desenvolvimento moral e ético (DME)	44	459
Motivação ao tratamento de comportamentos aditivos	4	51
PRI - Programa de reabilitação para incendiários	1	8
Treino de competências para a empregabilidade	9	119
Estrada segura (ES)	41	431
Construir um plano de prevenção e contingência (PPC)	23	211
Estabilização emocional (EE)	29	362
Reabilitação psicossocial (RP) ¹	2	33
Relaxamento e estabilização emocional (REE) ¹	2	61
Treino cognitivo (TC) ¹	1	
Total nacional	186	2.086

¹ Programa extra catálogo, aplicado no Estabelecimento Prisional de Santa Cruz do Bispo Feminino.

Tabela 5 - Programas dirigidos a necessidades criminógenas específicas aplicados e reclusos beneficiados em 2018

Anexo 15 – Número de mortes ocorridas e causas, em 2016,2017 e 2018, nos estabelecimentos prisionais

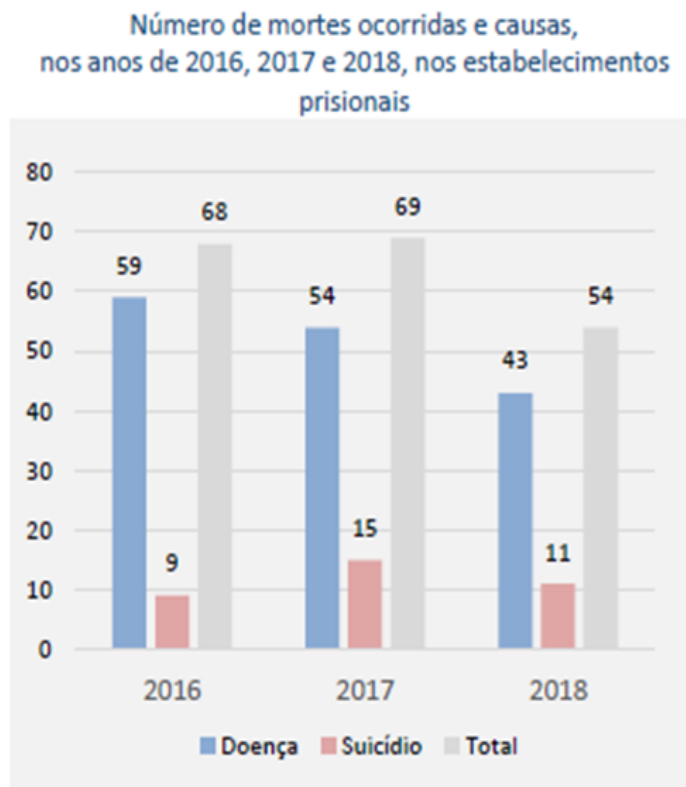


Figura 6 - Número de mortes ocorridas e causas, nos anos de 2016, 2017 e 2018 nos estabelecimentos prisionais

Anexo 16 – Acompanhamento médico ou medicamentoso em caso de surto psicótico agudo

SURTO PSICOTICO AGUDO

Um surto psicótico agudo pode ocorrer em doentes com psicoses esquizofrénicas ou paranoides, em doentes com doenças afectivas tipo bipolar (surto maníaco) ou em doentes com distúrbios de personalidade principalmente Paranoide ou boderline. Ocorrem em situações de grandes stresses físicos ou psicológicos, por ex. em isolamento ou em conflitos emocionais graves.

O doente pode não comunicar, estar estranho, ter mudado as suas rotinas. Pode estar agitado e agressivo não sendo ainda muito evidentes a actividade delirante ou alucinatória.

O 1º *Surto* psicótico também pode ocorrer em síndrome cerebral orgânico.

O doente deve ser imediatamente e com tranquilidade, encaminhado para um médico, deve actuar-se sempre que possível com um numero suficiente de pessoas e sem obstáculos ou objectos. Se necessário sedar o doente esta atitude não deve ser precipitada usando:

- Haloperidol via oral 5 a 10 mg em dose única
- Risperidona via oral 3mg em dose única
- Olanzapina 5 ou 10 mg sublingual

**Anexo 17 – Tratamento prestado nos EP's aos reclusos
com síndrome de abstinência por álcool**

SINDROME DE ABSTINÊNCIA POR ALCOOL	
OXAZEPAN 50mg	1+1+1
TIAPRIDAL 100mg	1+1+1
Ac. FÓLICO	1+1+0
TIAMINA 100mg	1+0+0
FLURAZEPAN 30 mg	0+0+1

Enviar a consulta médica em 48h

Se se registarem (Dal.T) enviar de imediato ao Serviço de urgência
É EMERGÊNCIA MÉDICA

Tabela 6 - Síndrome de abstinência por álcool

Anexo 18 – Consequências e problemas derivados do consumo de álcool

Algumas Consequências Relacionadas com os Consumos

Tratamento



Problemas Sociais / Legais

Criminalidade Diretamente Relacionada com o Consumo de Álcool

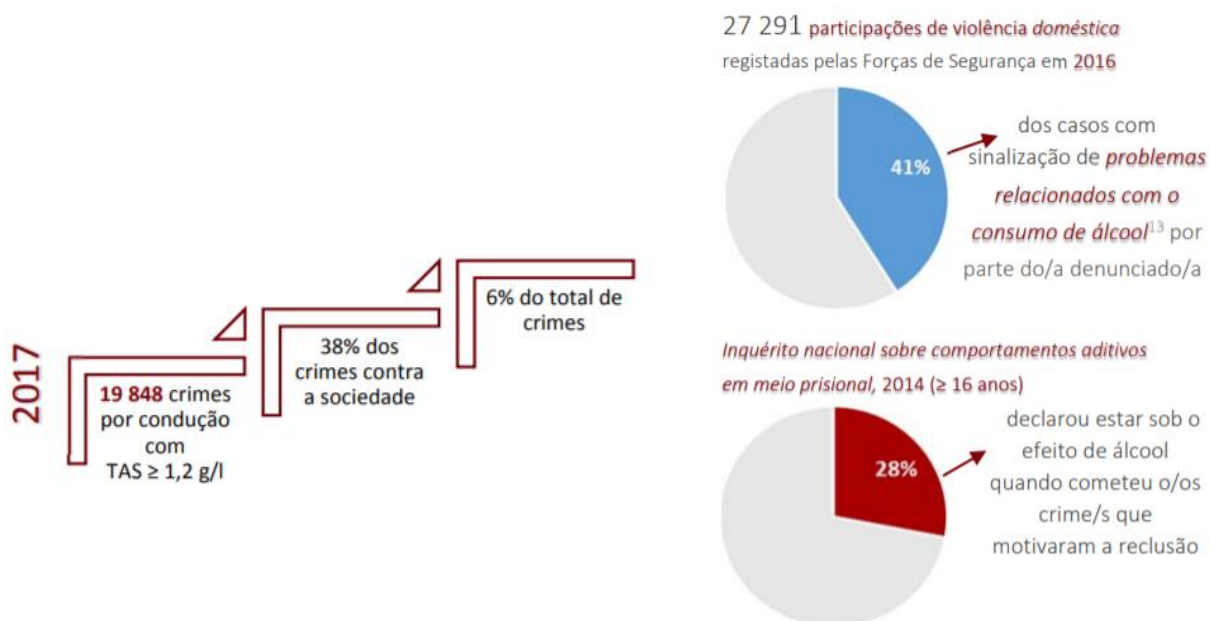


Figura 7 - Consequências e Problemas derivados do consumo de álcool

Fonte: SICAD – Sinopse Estatística – Álcool - 2017

Anexo 19 – Distribuição geográfica de utentes em tratamento de substâncias ilícitas



Figura 8 - Utentes que iniciaram tratamento de substâncias ilícitas, por distrito

Anexo 20 – Utentes em tratamento relacionados com o uso de drogas e população reclusa por tipo de droga

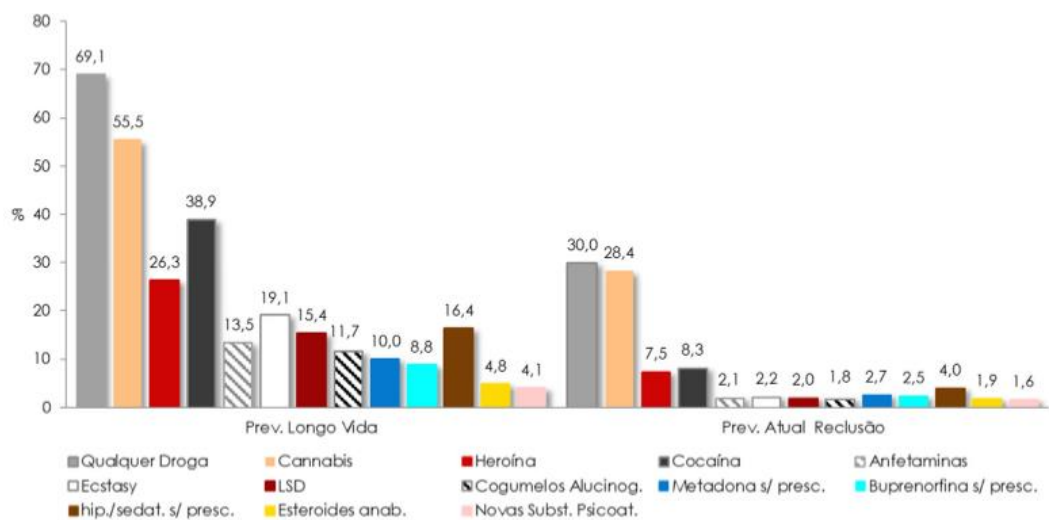


Figura 9 - População Reclusa, Portugal - INCAMP
Prevalências de Consumo ao Longo da Vida e na Atual Reclusão, por Tipo de Droga (%)
Fonte: SICAD,2019

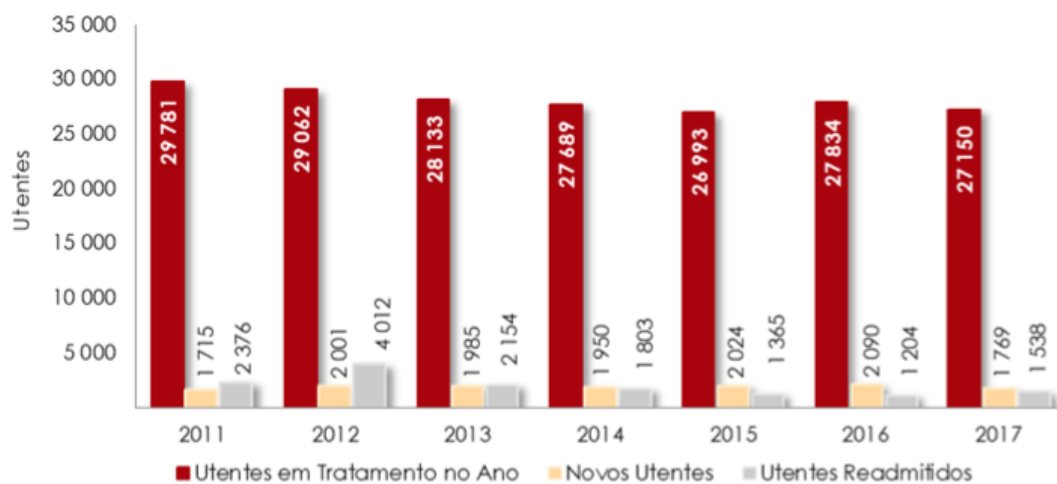


Figura 10 - Utentes: em Tratamento no Ano*, Novos** e readmitidos
Rede Pública - Ambulatório (Portugal Continental)
Fonte: SICAD,2019

Anexo 21 – Assistência médica ou medicamentosa em caso de síndrome de abstinência por opiáceos

SINDROME DE ABSTINÊNCIA POR OPIACEOS	
Heroína de Rua, e Metadona ou buprenorfina não receitadas	
DIAZEPAN 10mg	1+1+1
CLONIDINA 150mg	1/2+1/2+1/2. suspender se TA sistolica < 85 mmHg ou antecedentes de patologia cardiaca arritmia, hipotensão, Bradicardia sinusal.
DIHIDROERGOTAMINA retard	1+0+1
FLURAZEPAN 30mg	0+0+1
TRAMADOL 50mg	1+1+1

Enviar a consulta médica/psiquiatria

Confirmar o consumo por teste de depósito de metabolitos na urina

Tabela 7 - Síndrome de abstinência por opiáceos

Anexo 22 – Grau de escolaridade da população reclusa em 2018

Escolaridade dos reclusos	Sexo/ Nacionalidade						Total nacional ¹	Peso relativo %
	Homens			Mulheres				
	Portugueses	Estrangeiros	Total	Portugueses	Estrangeiros	Total		
Não sabe ler nem escrever	347	35	382	54	8	62	444	3,5
Sabe ler e escrever	292	68	360	42	16	58	418	3,3
1º ciclo básico (1º, 2º, 3º e 4º anos)	2.663	230	2.893	189	26	215	3.108	24,2
2º ciclo básico (5º e 6º anos)	2.731	301	3.032	92	17	109	3.141	24,4
3º ciclo básico (7º, 8º e 9º anos)	2.930	544	3.474	142	38	180	3.654	28,4
Secundário (10º, 11º e 12º anos)	967	480	1.447	81	44	125	1.572	12,2
Superior	181	94	275	33	18	51	326	2,5
Outros cursos	9	8	17	2	0	2	19	0,1
Ignorado ou não especificado	138	21	159	21	5	26	185	1,4
Total nacional¹	10.258	1.781	12.039	656	172	828	12.867	100,0

¹ Contabiliza 285 inimputáveis (Mulheres e Homens) internados em hospitais e clínicas psiquiátricas prisionais e não prisionais.

Tabela 8 - Escolaridade da População Reclusa a 31 de dezembro de 2018

Fonte: Relatório de Atividades e Autoavaliação de 2018 da DGRSP

Anexo 23 – Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

Otilia da Conceição Saraiva Simões, aluna do Mestrado em Sociologia: Exclusões e Políticas Sociais do ano letivo 2018/2019, a realizar um trabalho de investigação subordinado ao tema: Perceções do indivíduo sobre a saúde no sistema prisional e em meio livre, vem solicitar a sua colaboração neste estudo. Informo que a sua participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem que daí advenha qualquer consequência, bastando para tal manifestar essa intenção junto da investigadora. Informo ainda que a sua privacidade será respeitada, garantindo-se o anonimato e a confidencialidade dos dados. Os dados recolhidos destinam-se à realização da investigação e a possíveis publicações científicas que dela venham a resultar.

São os seguintes os objetivos da investigação:

- Perceber o que é mais relevante na área da saúde, enquanto cidadão livre e depois enquanto recluso.
- Compreender como interpretam os percursos de acesso à saúde e o tipo de tratamento, em meio livre e em meio prisional.
- Saber se estando numa situação de fragilidade e/ou vulnerabilidade, como é a reclusão, a exposição à dor e à doença é mais problemática, e em que medida tal influencia a necessidade de requerer os serviços de saúde.
- Compreender em que medida as questões da masculinidade, tipicamente associadas aos comportamentos de saúde dos homens, exercem a mesma influência sobre os seus comportamentos e as suas decisões de procurar cuidados de saúde, numa situação de reclusão.

Peço-lhe que participe numa sessão de um grupo focal, com outros colegas reclusos, que terá uma duração aproximada de uma hora e trinta, máximo duas horas, onde lhe será pedido que se pronuncie sobre a sua visão e experiência relativa a questões associadas com a saúde e relacionadas com os objetivos que enunciei em cima, sendo que os temas a debater lhe são familiares e de fácil compreensão.

Este trabalho tem orientação da Professora Doutora Amélia Augusto, docente do Departamento de Sociologia, da Universidade da Beira Interior.

Se existir alguma dúvida ou questão que não tenha sido esclarecida neste pedido de consentimento informado, estou disponível para qualquer esclarecimento adicional.

Declaração de participante:

- *Declaro ter compreendido os objetivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pela investigadora;*
- *Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;*
- *Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada.*
- *Declaro ter percebido a que fins se destina a informação recolhida;*
- *Declaro ter-me sido garantido que posso desistir de participar a qualquer momento;*

Assim, depois de devidamente informado (a) e esclarecido(a) autorizo a minha **participação** neste estudo/projeto:

(localidade e data)

Nome:

Assinatura do Participante

Declaro que prestei a informação adequada e me certifiquei que a mesma foi entendida, ficando o participante informado e esclarecido:

Nome do investigador

Assinatura
