

Reportagem no Estabelecimento Prisional do Porto (Custóias):

“Temos resultados de excelência na Unidade Livre de Drogas”

Dependências visitou o Estabelecimento Prisional do Porto, em Custóias. Testemunhos de responsáveis como o diretor da instituição, do terapeuta da Unidade Livre de Drogas e de reclusos integrados neste programa permitem concluir que, ainda que num contexto de reclusão, existe uma luz entre as grades, projetada sob a égide da reconstrução de um projeto de vida. Neste périplo, conhecemos um projeto pioneiro, fruto de uma parceria celebrada entre este estabelecimento prisional e o Hospital de São João, com vista ao tratamento de doentes infetados com hepatite c, bem como algumas propostas terapêuticas para quem vive duplamente em reclusão...



JOSÉ JÚLIO
“A saúde é um direito que deve ser garantido a qualquer cidadão em liberdade ou em reclusão”

É o responsável pela direcção de um estabelecimento onde vivem pessoas privadas de liberdade mas não de direitos... Como se conseguem conjugar estas duas premissas?

José Júlio (JJ) – A própria lei portuguesa assim o impõe. Independentemente de as pessoas estarem cá dentro porque cometeram um crime lá fora, mantém a titularidade dos seus direitos fundamentais, salvas as limitações inerentes ao sentido da sentença condenatória.

E recordo que um desses direitos é o de voto em eleições nacionais...

JJ – Aí está... Hoje mesmo, à hora em que decorre esta entrevista, 22 reclusos vão votar para as autárquicas, exercendo um dos mais importantes direitos em termos cívicos. É mais um dos direitos que conquistámos recentemente lá fora e que se mantém cá dentro.

Antes de entrar para a entrevista, reparei que o Sr. Diretor foi provar as refeições que serão hoje servidas... É uma preo-

cupação garantir que este direito humano de acesso a uma alimentação digna seja assegurado?

JJ – Sim, aliás, não sou só eu que faço a prova da alimentação. É também a minha adjunta para a área económica, o comissário prisional e o médico do EP... todos participamos na fiscalização da alimentação e creio que é fundamental que assim seja. Existe a questão da contratualização com as empresas para o fornecimento da alimentação e tem que haver controlo e fiscalização da nossa parte, nomeadamente por mim, pela área clínica e pela área económica, no sentido de garantir que o que foi servido corresponde ao contratualizado nos cadernos de encargos. É algo que fazemos há muitos anos e creio que os dirigentes deverão continuar a fazê-lo.

Entre esses direitos, figura o acesso à saúde... Em que medida constitui a garantia deste acesso um problema para quem dirige este EP?

JJ – Falamos, uma vez mais, de um direito que deve ser garantido a qualquer cidadão em liberdade ou em reclusão. O recluso mantém o direito de ser utente do SNS, algo que nem sempre foi entendido desta forma. A questão da saúde num EP é das de maior importância, mais ainda porque a população que entra no sistema prisional vem, normalmente, numa situação de particular degradação. Se os serviços tiverem pelo menos essa oferta, traduzida no apoio à saúde, estarão a beneficiar a própria sociedade, uma vez que é de todo o interesse que o cidadão recluso, após o cumprimento da pena, possa ser restituído ao exterior em melhores condições físicas e mentais. Em suma, a saúde é muito importante num EP e saliento que tem havido nesse capítulo um enorme progresso. A saúde nos EP tem vindo a caminhar num sentido sempre positivo, havendo uma cobertura cada vez maior e chegando a atingir uma certa contradição, uma vez que um recluso consegue hoje mais rapidamente consultas médicas e tratamentos de muitas especialidades do que o cidadão que se encontra lá fora. Por outro lado, há muita gente que, se estivesse lá fora, não se trataria e muitos deles teriam certamente morrido... Para muitos, se alguma coisa de positivo a reclusão lhes trouxe foi terem sido tratados a algumas doenças graves. Há muita gente que entra para cumprir uma pena de seis meses e faz consultas e exames que nunca tinha feito lá fora... É hoje inquestionável que os reclusos saem muito mais saudáveis em relação à altura em que entraram no EP.

Existe algum modelo de diagnóstico e de prevenção relativamente a doenças como a hepatite c?

JJ – Sim, se já tínhamos antes o encaminhamento para os hospitais de referência para as primeiras consultas, através do

“VHC: Os nossos primeiros 30 utentes acabaram os tratamentos e cerca de 45 estão a acabar o ultimo mês de tratamento e, face às últimas análises realizadas, constatamos 100 por cento de cura.”



protocolo que temos hoje com o Hospital de São João, são os clínicos do hospital que se deslocam aqui. É um grande progresso, desde logo associado à questão dos custos, sendo que temos muitas dificuldades de meios inerentes às deslocações para o exterior e, desta forma, essa questão é ultrapassada. Os clínicos vêm cá, trazem os equipamentos necessários à realização dos diagnósticos, conseguem acompanhar mais rapidamente uma maior quantidade de reclusos, sendo que, neste momento, são cerca de 50 os reclusos acompanhados. Sendo nós pioneiros nesta questão, esse cenário já foi alargado ao EP feminino de Santa Cruz do Bispo e irá estender-se a outros EP, daqui advindo significativos ganhos, desde a saúde individual à pública, passando por transtornos logísticos que são ultrapassados pelo Hospital de São João quanto à recepção destes indivíduos e terminando nos ganhos económicos.

De acordo com a ONG, a prevalência de hepatite c é muito superior na população reclusa... Que justificações encontra para este indicador?

JJ – O grande dilema, muitas vezes, é que nós juntamos num espaço gente que, lá fora, já tinha problemáticas associadas a determinados tipos de comportamentos de risco. Se nos referirmos, por exemplo, aos consumos, enquanto lá fora grande parte desta gente é consumidora de estupefacientes e tem um espectro muito grande em termos territoriais, quando é recluída vem toda ela para um mesmo espaço, logo, acabamos por ter aqui, num universo de 1200, muito mais consumidores do que em 1200 cidadãos lá fora. O mesmo se passa com a questão das hepatites, em que as pessoas já trazem problemas associados lá de fora, juntando-se num mesmo espaço cá dentro. Não será o espaço aqui que está a potenciar a doença mas o facto de concentrarmos gente que já apresentava essas problemáticas.

O que levou o EP de Custóias a ser o primeiro a avançar com este protocolo?

JJ – Este é um somatório de vontades e de pessoas... Não tem apenas a ver connosco mas igualmente com o facto de o Hospital de São João e de as valências que cobrem a área das hepatites estarem receptivos a virem cá. As casas fazem-se com as pessoas que lá estão e, no caso do EP de Custóias, existiam esses anseios de trazer essas valências de fora para o interior e, por outro lado, no Hospital de São João, também existia alguém motivado e que entende que também ganha algo com isso, não descu-

rando a questão social envolvida. Tudo isto tem a ver também com os próprios profissionais envolvidos, com a sua sensibilidade e com as direcções dos serviços médicos.

Foi difícil ultrapassar as barreiras burocráticas inerentes à ligação entre dois grandes sistemas, como a Direcção Geral dos Serviços Prisionais e o Ministério da Saúde para uma intervenção holística?

JJ – Não. Não foi e até constatamos atualmente uma enorme vontade do atual diretor geral de caminhar neste sentido, espeviando-nos mesmo para a procura de soluções como esta. E também se congregam vontades da parte dos responsáveis da saúde, no sentido de criarmos essas condições, estabelecendo protocolos para que sejam eles a virem cá, o que resulta em ganhos conjuntos e na garantia de uma cobertura obrigatória de direitos. E repare que, no caso concreto da hepatite, os médicos do Hospital de São João que vêm cá não têm essa obrigação... Fazem-no voluntariamente, confirmando uma vontade reforçada nos últimos tempos por parte da saúde, em colaborar connosco.

Em que medida será essa postura e colaboração com outras entidades a melhor ferramenta para a reinserção social desta população?

JJ – O conceito reinserção é muito complexo... Nós contribuímos na medida das nossas competências e atribuições... Aqui é apenas o começo, sendo que resta um enorme trabalho que tem que ser desenvolvido lá fora. Ao iniciarmos e completarmos muitos tratamentos na área da saúde, estaremos no primeiro passo do tratamento para a reinserção... Mas, depois da saída, já não temos qualquer competência. O nosso contributo para a reinserção social na questão particular da saúde passa por garantirmos que saiam devidamente tratados e munidos de outras condições facilitadoras da reinserção social e profissional.

Parte desta população não conhece outra condição de vida senão aquela ligada à marginalidade... Já encontrou pessoas que se sentissem mais felizes aqui do que no exterior?

JJ – Confesso que sim, o que considero mau... Vir para a cadeia e considerar que se está melhor do que lá fora, é mau mas, nalguns casos, não deixa de ser verdade. Muitos já me admitiram, ao longo dos vários anos que levo de serviço, que se estivessem lá fora já teriam morrido porque, na situação em que estavam antes da reclusão, o caminho passaria rapidamente pela morte, fos-

se por overdose, pelos consumos ou pelas doenças infecto-contagiosas e pelo abandono do seu tratamento. E existem outras vertentes para além da saúde mas, nesta questão, foi o EP que lhes trouxe alguma luz e auto-estima. No entanto, reitero que é mau que não tenham a oportunidade de adquirirem isso em sociedade, lá fora...

Que outros programas oferece o EP de Custóias, designadamente para esta população que abusa ou é dependente de substâncias psicoactivas?

JJ – Têm que existir soluções variadas e tudo isso depende muito também dos profissionais de saúde que estão cá e da sua sensibilidade para determinado tipo de apostas. A questão concreta da Unidade Livre de Drogas traduz-se num programa que tem este pressuposto em que deixam de existir consumos, o que à partida, deixa antever que nem toda a gente consegue lá chegar, muito embora tenhamos resultados de excelência. Hoje, grande parte dos locais de responsabilidade do EP está entregue a reclusos que integram a ULD... Mais: até os próprios tribunais de execução de penas valorizam muito positivamente as posturas desses reclusos que cumprem o programa da ULD, concedendo-lhes benefícios, seja em saídas jurisdicionais, seja nas próprias liberdades condicionais. Mas temos consciência de que não é fácil, pura e simplesmente, abandonar um consumo após largos anos e, por isso, existem outras soluções, como o programa de substituição com metadona. E essas soluções têm também em consideração o tipo de população a que se dirigem. Neste caso, em que temos penas mais curtas, adequámos a oferta ao tipo de população.



JORGE TAVARES

“A ULD é um espaço de liberdade e Reconstrução dentro de uma prisão”

Estamos num estabelecimento prisional que, tanto quanto nos apraz verificar, apresenta uma unidade que responde, em boas condições, a reclusos privados de liberdade mas não de saúde...

Jorge Tavares (JT) – Os reclusos são parte integrante das nossas comunidades e devem ser protegidos e respeitados na sua dignidade humana. É de notar que os reclusos só estão privados de liberdade mantendo intactos todos os seus outros direitos de cidadania. Desde logo, o cidadão preso não deixa de ser cidadão... A única restrição que o tribunal decretou foi a perda de liberdade e, a partir daí, exceptuando essa, mantém todos os direitos intactos. A título de exemplo, temos a Unidade Livre de Drogas, um programa voluntário, dotado, como pôde constatar, de

Testemunhos

“A necessidade de consumir, leva-nos a fazer coisas que não deveríamos ter feito. Não olhamos a meios para atingir os nossos objectivos.”

“Consciente ou não, a gente faz tudo para conseguir dinheiro para comprar a droga.”

“A privação da droga, obriga-nos a tomar decisões que não são as mais correctas ou as mais fáceis...e por isso estamos aqui.”

“De uma maneira geral as drogas que mais consumimos são a cocaína, heroína e o haxixe.”

“A primeira experiencia com as drogas são a cannabis, o ecstasy depois a cocaína e por aí fora até cair.”

“Já passei por outras Comunidades em Portugal e no estrangeiro e não funcionou...hoje sinto-me bem e capaz de levar o programa até ao fim.”

“Essa ideia das “drogas leves ou pesadas” é um falso mito, não existem, são todas iguais e a prova está aqui á sua frente... somos o reflexo da degradação a que chegamos.”

“Sonhar é o que nos resta, apesar de não ser fácil a vida que nos espera lá fora.”

“Temos uma grande carreira contributiva no consumo das drogas... são muitos anos de experiência”

“Nos últimos 15 anos os problemas com o consumo das drogas mudou muito em Portugal. Hoje somos tratados e olhados com dignidade, estamos muito gratos por isso, apesar de sabermos e reconhecermos que ás vezes nem todos o merecemos”



“Creio que se afigura premente a criação de casas de saída no norte perspectivando uma maior proximidade face aos territórios dos EP e das famílias, que conferissem uma continuidade ao programa e potenciasses a adaptação dos utentes à realidade.”

boas instalações mas, no seio da qual, acrescento, estão duplamente “presos”, à ordem do tribunal e da cadeia, bem como às normas da ULD, que têm que cumprir.

Em termos quantitativos, que capacidade tem a ULD?

JT – A capacidade do programa, se tivesse espaço físico, seria de 16 utentes. Conseguimos trabalhar com 16 na última fase do tratamento... Contudo, gostaria de apresentar uma ideia, quiçá mirabolante ou peregrina, que consiste em começarmos do “outro lado” na ala adjacente, fazendo desintoxicações e adaptações ao regime terapêutico da ULD, ao que sucederia, numa etapa posterior, uma fase comportamentalista... Estes indivíduos denotam invariavelmente uma perda de regras, o que obriga a que seja feito um trabalho a esse nível e, mais tarde, viriam então para esta parte da Unidade, onde trabalharíamos com eles ao nível da prevenção da recaída, da teoria motivacional e do cognitivo comportamentalismo. Em suma, considerando que deveriam começar por camaratas, ao que se seguiriam salas de grupos terapêuticos, finalizando na atual ala da ULD, assim, poderíamos ter dois grupos de 16 utentes. Neste momento e face à escassez de espaço físico, temos apenas um refeitório para 12 reclusos, não podemos exceder este número de utentes.

Como chega o doente à ULD?

JT – Na ULD a adição é perspectivada como um sintoma de vida em crise em que é exigida uma intervenção holística. A ULD pretende construir condições favoráveis de estruturação para o to-

xicodependente e a duração média da estadia será entre os 24 e os 30 meses.

A solicitação de ingresso é apresentada à Equipa Técnica pelo recluso ou um serviço de referência. Os seus elementos deverão realizar uma avaliação individual para posterior integração do recluso, assim são condições gerais de admissão, solicitação voluntária e por instância do interessado; motivação adequada ao cumprimento do programa e dos seus objectivos; avaliação individual de prontidão para o tratamento e prontidão para a mudança; aceitação das normas de funcionamento sob a forma de contrato; ser consumidor “comprovado” de substâncias psicoactivas encontrando-se em fase de abstinência total; não apresentar quadro sintomatológico de distúrbio psiquiátrico / psicológico que seja considerado incompatível com o trabalho a desenvolver na ULD e vaga disponível.

Como descreveria o programa terapêutico que oferecem na ULD?

JT – A metodologia do programa é eclética e pragmática isto é temos um programa adaptado. Digamos que corresponde a um mix de Portage, com Clínica do Meilão e outras teorias e práticas de referência, tais como TCU- Manuais para Tratamento Adaptativo ajustados às normas da cadeia. Existem normas específicas, de acordo com o contexto, a que temos que obedecer e, a este nível, posso referir um exemplo: numa comunidade terapêutica, posso restringir os telefonemas dos utentes à família durante um mês, ao passo que, dentro da cadeia, não o posso fazer. Em suma, lá fora, poderiam conquistar por exemplo esse direito de telefonar e, aqui, conquistam outras coisas como por exemplo o tomar café em vez de carioca. Atualmente, aqui, conquista-se tudo, consoante o comportamento e a evolução no programa. Objectivo é a abstinência total do consumo de substâncias psicoactivas, capazes de provocar oscilações artificiais do estado de humor/comportamento do indivíduo.

Com muitas regras durante todo o projeto terapêutico?

JT – A ULD funciona 24 h por dia 365 dias por ano, com algumas regras, a exemplo posso referir a participação activamente na vida da ULD em espírito de ajuda e comunicação com os outros; a participação nas reuniões e nas actividades sejam lúdicas ou terapêuticas e aceitação da autoridade da equipa técnica.

Percorrendo todas as fases, o processo terapêutico termina por volta dos dois ou três anos, com a criação de imagens de referência



da comunidade terapêutica em que se investe nos contactos com o exterior e maior responsabilização nas actividades internas bem como a preparação de saídas da unidade e trabalho específico relacionado com prevenção de recaídas e projecto de vida no exterior.

Terminado esse processo, o que acontece ao indivíduo?

JT – Como costume dizer, um alcoólico ...volta para a adega, isto é para volta para a tentação, e pressão dos pavilhões ... Por isso, tento ter aqui indivíduos cujo fim de pena seja idealmente dentro de três anos ou quatro anos. E muitos deles saem livres daqui. Agora, o que preconizaria seria a implementação de uma casa de saída, que até existe no seio da Direcção Geral dos Serviços Prisionais mas que se situa nas Caldas da Rainha... E eu não posso pedir a um homem do norte, com uma relação familiar estável que foi conquistada com muito esforço, que integre essa casa e que, possa (para) estar episodicamente com a sua família, tendo esta que se deslocar o que acarreta gastos muito maiores para as famílias

A prevalência da infeção por hepatite c é muito superior na população reclusa do que na população geral... Que respostas oferece este EP a esse nível?

JT – Não podemos ignorar que, aqui, estão muito mais concentrados... De todo o modo, tínhamos há algum tempo, as normais respostas oferecidas pelos hospitais mas, após termos celebrado um protocolo com o Serviço de Gastrenterologia do Hospital de São João, conseguimos algo fantástico: os médicos vêm cá - honra seja feita ao Professor Guilherme Macedo e sua equipa Dr. Rui Gaspar e



Rodrigo Liberal, uma verdadeira pedra no charco – e todos os reclusos com hepatite C do EP com indicações de tratamento, são tratados e devidamente medicados. Os nossos primeiros 30 utentes acabaram os tratamentos e cerca de 45 estão a acabar o ultimo mês de de tratamento e, face às últimas análises realizadas, constatamos 100 por cento de cura. Pensava que era mais um medicamento mas não... este é o medicamento para a hepatite C. Resta-nos fazer a segunda parte do trabalho: dizer-lhes que, agora que estão curados, devem evitar reinfectar-se e, a esse nível, o Professor Guilherme Macedo e a sua equipa, já está a desenvolver ações de formação e de sensibilização para que consigamos reduzir os riscos de reinfeções.

A questão da reinserção social continua a constituir a grande falha...

JT – Não sendo da área jurídica e pensando unicamente ao nível da saúde, uma das ações que defendo é que estes jovens que integram a ULD tivessem uma flexibilização ainda maior da pena. Penso que, se os juizes estivessem mais despertos para esta realidade, teriam provavelmente reduzido ou flexibilizado mais as penas, dando ênfase ao esforço de voluntariamente não consumirem drogas. Uma atenção sobre todos os jovens que estão aqui na ULD, cujos crimes, alguns graves, se devem mais ou menos directamente às drogas seria muito positiva, e uma força motivacional muito forte. Por outro lado, creio que se afigura premente a criação de casas de saída no norte perspectivando uma maior proximidade face aos territórios dos EP e das famílias, que conferissem uma continuidade ao programa e potenciasses a adaptação dos utentes à realidade. As comunidades terapêuticas extra-muros já o fazem e nós poderíamos copiar um exemplo bem sucedido. Por fim, defendo um acompanhamento mais próximo e efectivo destes indivíduos, muitos dos quais já são encaminhados para os CRI, por parte do Instituto de Reinserção Social, pois os problemas com que se depararam em liberdade são muito complexos. Não são todos relacionados com os consumos como por exemplo um sitio para morar ou um trabalho que lhe possibilite dinheiro para uma vida digna em sociedade.

Gostaria de acabar com uma expressão de Juan Luis Lorda. “No homem há uma liberdade que se vê; fazer o que se quer, ir de um lado para o outro, etc...; e uma que não se vê, a liberdade interior, que deriva do facto de não se ter impedimentos interiores para exercitar a nossa consciência e de atuar de acordo com ela”.