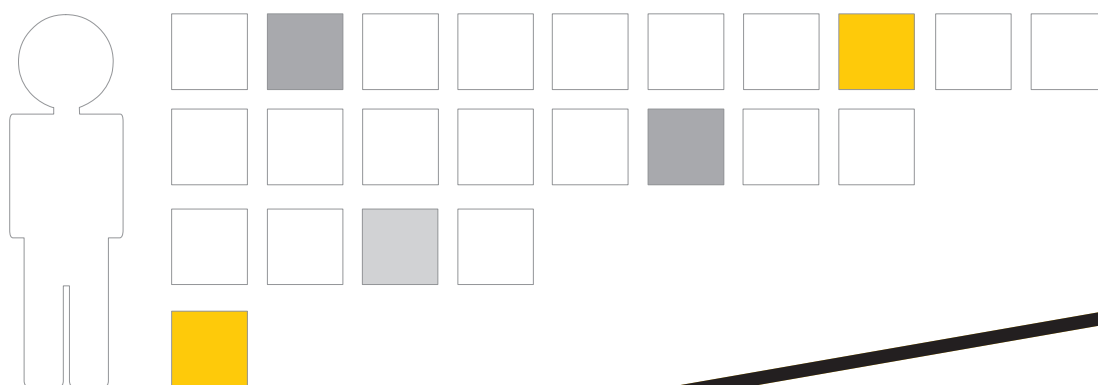


O QUE A DROGA FEZ À PRISÃO

UM PERCURSO A PARTIR DAS TERAPIAS DE SUBSTITUIÇÃO OPIÁCEA



O QUE A DROGA FEZ À PRISÃO

UM PERCURSO A PARTIR DAS TERAPIAS DE SUBSTITUIÇÃO OPIÁCEA

Luís Fernandes
Maria do Rosário Silva

Biblioteca Nacional de Portugal – Catalogação na Publicação

FERNANDES, José Luís Lopes, 1961- , e outro

O que a droga fez à prisão – um percurso a partir das terapias de substituição opiácea / Luís Fernandes, Maria do Rosário Silva.
– (Monografias)

ISBN 978-972-9345-68-5

I – SILVA, Maria do Rosário, 1974-

CDU 613
616
343

Ficha Técnica

Título – O QUE A DROGA FEZ À PRISÃO
UM PERCURSO A PARTIR DAS TERAPIAS DE SUBSTITUIÇÃO OPIÁCEA

Autores – Luís Fernandes e Maria do Rosário Silva

Colecção Monografias – Instituto da Droga e da Toxicodependência

Edição – Instituto da Droga e da Toxicodependência

ISBN – 978-972-9345-68-5

Depósito Legal – 290 326/09

Tiragem – 500 exemplares

Capa – Filipa Cunha

Arranjo e Execução Gráfica – Editorial do Ministério da Educação

Preço – 12 €

O QUE A DROGA FEZ À PRISÃO

UM PERCURSO A PARTIR

DAS

TERAPIAS DE SUBSTITUIÇÃO OPIÁCEA

Luís Fernandes

Maria do Rosário Silva

Instituto da Droga e da Toxicodependência
Lisboa, 2009

Responsáveis do Projecto

Luís Mendão e Maria José Campos

Direcção da Investigação

Luís Fernandes

Coordenação

Joana Almeida e Luís Mendão

Secretariado e Traduções

Joana Almeida

Equipa de Terreno

LISBOA:

Joana Almeida

Rosa Freitas

Luís Mendão

PORTO:

Débora Inês Guedes

Helena Valente

Patrícia Cardoso

Relatório final da investigação portuguesa integrada no projecto europeu AGIS – Reduction of Drug-related Crime in Prison: the impact of opioid substitution treatment on the manageability of opioid dependent prisoners, realizada em parceria entre o GAT – Grupo de Activistas sobre Tratamentos VIH-Sida e o Centro de Ciências do Comportamento Desviante da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

ÍNDICE

Índice de Quadros	vii
Índice de Gráficos	vii
INTRODUÇÃO	I
Cap. I – Sistema Prisional e Fenómeno Droga como Campo de Estudo	3
I-1. Substituição Opiácea em Meio Prisional: um Estudo Empírico	6
I-1.1. O Projecto AGIS	6
I-1.2. O Projecto AGIS em Portugal	8
I-2. Droga e Prisão	9
I-2.1. A Prisão como Objecto de Estudo	10
I-2.2. Evolução Recente do Sistema Prisional	12
I-2.3. Sociografia dos Reclusos	25
I-3. Em Direcção a um Estado Penal?	29
Cap. II – Das Ruas para a Prisão: a Cadeia Psicotrópica	35
II-1. Leis de Controle das Drogas: o Endurecimento dos Anos 90	38
II-2. A Falência dos Hetero-controles	41
II-2.1. Toxicodependentes: a Chegada à Prisão	44
II-2.2. Alguns Retratos	45
II-3. Saúde e Prisões	47
Cap. III – Entre o Direito ao Tratamento e o Controle Carcerário	53
III-1. Método	55
III-1.1. O Inquérito e a Equipa de Terreno	55
III-1.2. A Amostra	56
III-1.2.1. Os Técnicos	56
III-1.2.2. Os Reclusos	58
III-1.3. Crítica Metodológica	63
III-2. As Terapias de Substituição Opiácea nas Prisões Portuguesas	64
III-2.1. As Relações com as Drogas	64

III-2.2. Impactos do Tratamento de Substituição	73
III-2.2.1. Os Reclusos	73
III-2.2.2. Os Técnicos	80
III-2.3. A Situação Portuguesa Face aos Parceiros Europeus	90
Considerações Finais	93
Bibliografia	99
Anexos	105
Acerca da Metodologia	107
Questionário para Reclusos	111
Questionário para Técnicos	119

Índice de Quadros

Quadro 1	– Movimento de Reclusos 1990-2007	17
Quadro 2	– Técnicos Inquiridos por Estabelecimento Prisional	56
Quadro 3	– Técnicos Inquiridos por Sexo e Grupos Etários	57
Quadro 4	– Técnicos Inquiridos por Habilitações Académicas e Categoria Profissional	57
Quadro 5	– Reclusos Inquiridos por Estabelecimento Prisional	58
Quadro 6	– Reclusos Inquiridos por Grupos Etários	59
Quadro 7	– Reclusos Inquiridos por Habilitações Académicas	59
Quadro 8	– Reclusos Inquiridos segundo a Situação Penal	62
Quadro 9	– Reclusos Inquiridos segundo o Tempo Total de Permanência na Prisão e Duração da Sentença Actual	62
Quadro 10	– Idade do Primeiro Consumo de Drogas Opiáceas e Duração dos Consumos Regulares	65
Quadro 11	– Historial de Consumos Injectados	66
Quadro 12	– Comportamentos de Risco	68
Quadro 13	– Tratamento de Substituição na Prisão	69
Quadro 14	– Drogas Consumidas durante o Tratamento de Substituição	72

Índice de Gráficos

Gráfico 1	– Evolução da População Prisional 1990-2007	14
Gráfico 2	– População Prisional segundo a Situação Penal 1994-2007 (%) ...	15
Gráfico 3	– Duração das Penas Aplicadas 2000-2006 (%)	16
Gráfico 4	– Motivos de Libertação 2000-2007 (%)	17
Gráfico 5	– Reclusos Condenados segundo o Tipo de Crime 1993-2007 (N.º)	19
Gráfico 6	– População Prisional por Sexo 1992-2007 (%)	20
Gráfico 7	– População Prisional por Escalões Etários 1992-2007 (%)	20
Gráfico 8	– População Prisional por Nível de Escolaridade 2001-2006 (%) ..	21
Gráfico 9	– Evolução da População Prisional Estrangeira 1999-2007 (%)	23
Gráfico 10	– Evolução da População Prisional Estrangeira por Regiões de Nacionalidade 1994-2007 (%)	24
Gráfico 11	– Acesso ao Tratamento de Substituição na Prisão (Reclusos)	69
Gráfico 12	– Relação com os Profissionais de Saúde (Reclusos)	71
Gráfico 13	– Influência do Apoio Psicossocial no Bem-estar dos Reclusos (Reclusos)	72

Gráfico 14 – Impactos do Tratamento de Substituição no Consumo de Drogas e noutras Ocorrências a ele Associadas (Reclusos)	73
Gráfico 15 – Impactos do Tratamento de Substituição nas Motivações e Capacidades dos Reclusos (Reclusos)	74
Gráfico 16 – Impactos do Tratamento de Substituição na Frequência das Saídas Precárias (Reclusos)	75
Gráfico 17 – Impactos do Tratamento de Substituição na Saúde dos Reclusos (Reclusos)	76
Gráfico 18 – Impactos do Tratamento de Substituição no Uso e Tráfico de Drogas e nos Comportamentos Violentos (Reclusos)	77
Gráfico 19 – Impactos do Tratamento de Substituição no Ambiente Prisional em Geral (Reclusos)	79
Gráfico 20 – Impactos do Tratamento de Substituição no Uso e Tráfico de Drogas (Técnicos)	80
Gráfico 21 – Impactos do Tratamento de Substituição nos Comportamentos Violentos (Técnicos)	81
Gráfico 22 – Impactos do Tratamento de Substituição na Saúde dos Reclusos (Técnicos)	82
Gráfico 23 – Impactos do Tratamento de Substituição nas Motivações e Capacidades dos Reclusos (Técnicos)	84
Gráfico 24 – Influência do Apoio Psicossocial no Bem-estar dos Reclusos (Técnicos)	85
Gráfico 25 – Impactos do Tratamento de Substituição na Frequência das Saídas Precárias (Técnicos)	86
Gráfico 26 – Impactos do Tratamento de Substituição na Satisfação Profissional e no Ambiente Prisional (Técnicos)	86
Gráfico 27 – Nível de Informação sobre os Diferentes Aspectos do Tratamento de Substituição (Técnicos)	88
Gráfico 28 – Necessidade de Informação Adicional sobre os Diferentes Aspectos do Tratamento de Substituição (Técnicos)	88

INTRODUÇÃO

O presente trabalho dá conta dos principais resultados duma investigação acerca das terapias de substituição opiácea no sistema prisional português. Teve origem na solicitação que o GAT – Grupo de Activistas sobre Tratamentos VIH-Sida – nos fez para conduzir a parte portuguesa dum projecto que envolvia sete países europeus e levámo-lo a cabo entre Julho de 2007 e Julho de 2008.

Para além dos principais resultados do projecto de investigação, o texto que agora se apresenta propõe um percurso por um tema que tem provocado, nas duas últimas décadas, algum ruído no debate público: o do cruzamento entre o fenómeno droga e a prisão. Faz uma revisão do que tem sido a investigação no campo prisional em Portugal, procura em seguida saber das razões para o fenómeno do grande aumento da taxa de encarceramento, interroga o papel da política criminal do “combate à droga” na reprodução, no coração mesmo do mais emblemático dispositivo de controle social, dos factos transgressivos que tais políticas visavam conter. Este percurso por três décadas de funcionamento do dispositivo jurídico-penitenciário é colocado em confronto com uma das teses maiores da sociologia neste domínio, interrogando se também em Portugal nos encaminhamos dum Estado Social para um Estado Penal. Conclui pelo meio-termo da “via europeia” que estaríamos a traçar, caracterizada pela gestão do conflito social.

Para a viabilização deste trabalho, foi imprescindível a Direcção-Geral dos Serviços Prisionais, autorizando a realização dum inquérito nos estabelecimentos de Sintra, do Linhó e do Porto. Para o trabalho de campo nestes, foi decisiva a disponibilidade que as respectivas direcções demonstraram e o acolhimento que guardas prisionais e reclusos proporcionaram aos investigadores. A estes, expressamos o agradecimento por terem querido partilhar momentos importantes das suas vidas com a equipa de entrevistadores. O Instituto da Droga e da Toxicoddependência associou-se também à pesquisa, incluindo-a no programa de investigação que tem em curso em parceria com outras instituições e criando condições para a difusão dos seus resultados.

O tratamento estatístico dos dados teve a supervisão de Teresa Chaves, a quem manifestamos os nossos agradecimentos.

Capítulo I

**Sistema Prisional
e Fenómeno Droga
como Campo
de Estudo**

A prisão não existe por si mesma, como uma instituição que fosse natural, que acompanhasse a evolução das sociedades como um objecto-sempre-ali e cuja lógica fosse imediatamente lisível a partir da ideia espontânea de castigo. A forma como, ao longo da Modernidade, fomos retirando do espaço público o espectáculo da expiação das penas, produziu uma distância em relação ao castigo que o tornou, quando executado pelas instâncias formais, afastado da vida colectiva e encerrado numa crescente opacidade. Tal opacidade foi correlativa, curiosamente, do aumento de transparência do sistema jurídico-penal, enquanto instância integradora dos dispositivos que visam assegurar o projecto de sociedade assente nos direitos, liberdades e garantias.

A prisão existe em função de, pelo menos, dois fenómenos de grande centralidade em qualquer sistema social, independentemente do seu tipo de governo político, do seu grau de estruturação ou de complexidade: a infracção das normas e o controle social. O cárcere revela, em primeira instância, um regime de poder: como reagimos ao desvio? Quem tem legitimidade para definir o interdito? Que fazemos com os que se afastam dos consensos erigidos em norma penal? Que revela ela das convenções e das transgressões – enfim, do jogo das conveniências, das regras, das disposições, dum conjunto social? E, ao revelar isto, o que revela da humanidade desse conjunto, do modo como se relaciona com os que divergem? Quais são os limites entre divergir, ser desviante e ser criminoso? – coisa que não pode ser melhor interpelada do que aquilo que o faz o fenómeno droga, cujos regimes de existência vivem exactamente nas fronteiras fluidas entre estes estados.

Voltando-nos para o modo como o objecto desta investigação pode fazer falar tais interrogações, quem é que estamos a encarcerar tomando a droga como referência? Quem retém a prisão ao cumprir o mandato actual das políticas criminais que foram tecendo a droga-transgressão? Quem estamos a prender em nome do combate à droga? Em última análise, que regime carcerário revela a prisão quando se trata de reclusos relacionados com as drogas?

Durante um largo período, desde que o fenómeno droga se tornou um “problema social”, o discurso oficial do sistema prisional não admitia a sua porosidade

em relação a tal problema. Mas esta omissão tornar-se-ia insustentável e passou então a reconhecer-se que a prisão não é um sistema fechado, acontecendo no seu interior a mesma dramática da existência que governa a vida cá fora. Poderemos dizer o mesmo, não já do consumo ou da venda de drogas ilegais, mas dos cuidados de saúde e do apoio psicológico a quem, estando privado de liberdade, manifesta problemas vários relacionados com o fenómeno droga? Eis o que, dum modo obviamente limitado, esta investigação pretende aprofundar.

I-1. Substituição Opiácea em Meio Prisional: um Estudo Empírico

O desenvolvimento duma investigação levada a cabo em meio prisional a propósito das características e do impacto das terapias de substituição opiácea em reclusos dependentes de heroína seria, portanto, o terreno empírico a partir do qual fomos esboçando algumas respostas sobre as questões que acabámos de enunciar, e sobre outras que nos aparecerão no percurso que se descreve a partir de agora. Começemos, pois, por esclarecer as linhas gerais do projecto AGIS.

I-1.1. O Projecto AGIS

O projecto AGIS – Reduction of Drug-related Crime in Prison: the impact of opioid substitution treatment on the manageability of opioid dependent prisoners – foi promovido e coordenado pelo WIAD (Instituto Científico da Associação Médica Alemã) e pela Universidade de Bremen, e contou com parceria de instituições dos sete países da União Europeia sobre os quais incidiu o estudo: Áustria, Inglaterra, Alemanha, Itália, Portugal, Eslovénia e Espanha¹.

– OBJECTIVOS –

Apoiado pela Comissão Europeia, este estudo de carácter eminentemente quantitativo teve como principal objectivo investigar os efeitos dos tratamentos de substituição no contexto prisional, procurando analisar o impacto destes na gestão e controle dos reclusos utilizadores de opiáceos e no próprio ambiente prisional.

Foram definidos como objectivos específicos:

- Desenvolver uma revisão extensa da literatura produzida sobre os tratamentos de substituição de drogas na Europa.
- Analisar as políticas e as práticas dos tratamentos de substituição nas prisões, em cada país participante.

¹ Inicialmente estava previsto que a Suíça integrasse o estudo, mas por dificuldades na obtenção de autorização por parte da Comissão Nacional de Ética, este país acabou por não ser incluído no projecto.

- Analisar as experiências dos técnicos e reclusos nas prisões depois da introdução dos tratamentos de substituição, em termos de melhoria na gestão dos reclusos dependentes de opiáceos (por exemplo, redução de crimes relacionados com as drogas, como tráfico na prisão, violência relacionada com o consumo ou venda de drogas, formas de lidar com os sintomas de privação, etc.).
- Identificar falhas na prestação de serviços.
- Identificar modelos de boas práticas.

– METODOLOGIA –

Instrumentos Adoptados

Em termos de procedimentos metodológicos, importa referir que a recolha de dados se processou essencialmente através da aplicação de dois questionários anónimos estandardizados: um dirigido aos reclusos em tratamento de substituição e outro aos técnicos dos estabelecimentos prisionais. Complementarmente foi também utilizada uma ficha de recolha de dados, preenchida pelos entrevistadores, destinada a facultar informações contextuais sobre cada um dos estabelecimentos prisionais seleccionados.

Por fim, estava ainda prevista a recolha de alguns dados de teor qualitativo junto de pessoas-chave quer ao nível do pessoal técnico, quer dos reclusos. Para esse efeito, fornecemos aos parceiros líderes uma lista de tais figuras para Portugal, que eles entrevistariam directamente.

O questionário aplicado aos reclusos incidiu sobre as seguintes dimensões:

- Aspectos socio-demográficos.
- História de consumos de drogas.
- Tratamento de substituição dentro e fora da prisão.
- Mudanças nas questões relacionadas com as drogas e com a violência.
- Mudanças no comportamento, na motivação e nas capacidades.

O questionário aplicado aos técnicos incidiu sobre questões relativas a:

- Aspectos socio-demográficos.
- Experiências com tratamentos de substituição na prisão.
- Mudanças nas questões relacionadas com as drogas e com a violência.
- Mudanças no comportamento, na motivação e nas capacidades dos reclusos.
- Informação possível de recolher sobre a procura do tratamento de substituição.
- Satisfação profissional.

Os questionários foram aplicados nos diferentes estabelecimentos prisionais por pessoas devidamente formadas para o efeito pelos parceiros de cada país. Refira-se ainda que os instrumentos foram construídos pelo WIAD e pela BISDRO (Bremer Institut für Drogenforschung²) e foram facultados aos parceiros dos restantes países em versão alemã e inglesa, cabendo a estes últimos a responsabilidade de traduzir o questionário para a respectiva língua.

Amostra

O projecto previa uma amostra constituída por cerca de 50 reclusos e entre 25 a 30 técnicos para cada um dos países abrangidos.

Em relação aos reclusos a inquirir, os critérios de selecção definidos foram os seguintes:

- Estar em tratamento de substituição.
- Ser do sexo masculino.
- Ser maior de 18 anos.
- Ser capaz de falar a língua nacional.
- Pelo menos metade dos reclusos incluídos devia ter experiência com tratamentos de substituição na comunidade exterior.

Os critérios de selecção adoptados para os técnicos foram os seguintes:

- Possuir experiência de trabalho em prisões sem e com tratamentos de substituição, tanto no actual EP onde exerce funções como noutros por onde tenha passado.
- Ter contacto directo com os reclusos.

Enquadrado o projecto em termos de parcerias, objectivos e procedimentos metodológicos, faremos uma referência à sua implementação em Portugal.

I-1.2. O Projecto AGIS em Portugal

O GAT – Grupo de Activistas sobre Tratamentos VIH-Sida³ – foi convidado para ser o parceiro português do Projecto AGIS (Reduction of Drug-related Crime in Prison – The impact of opioid substitution treatment on the manageability

² Instituto para Pesquisa sobre Droga de Bremen.

³ O G.A.T., Grupo Português de Activistas sobre Tratamentos de VIH/SIDA – Pedro Santos, fundado em 2001, é uma estrutura de adesão individual e cooperação entre pessoas de diferentes comunidades e de diferentes organizações, afectadas pelo VIH. Trata-se de uma organização não governamental, sem fins lucrativos registada como IPSS e com sede em Lisboa.

of opioid dependent prisoners) em Março de 2007. Contactou então o Centro de Ciências do Comportamento Desviante da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto⁴, encarregando-nos da execução da investigação, que seria realizada no terreno por investigadores tanto do GAT como do CCCD.

O passo inicial consistiu na obtenção das autorizações necessárias junto da Direcção-Geral dos Serviços Prisionais (DGSP). O GAT teve reuniões com o director-geral e a directora-geral da saúde da DGSP⁵, que autorizaram a realização das entrevistas AGIS em dois EP escolhidos pela DGSP: Custóias e Sintra. Um terceiro EP foi pedido mais tarde pela equipa do GAT em Lisboa, por razões de dimensão da amostra, obtendo-se autorização para efectuar os inquéritos também no Linhó. Os contactos posteriores com os EP foram feitos na sua maioria com os seus directores e depois com os técnicos de saúde, de educação e pessoal de segurança, chegando através deles aos reclusos.

Dada a importância do problema em Portugal, no momento em que está a ser implementada a reforma proposta no Plano de Acção Nacional para Combate à Propagação de Doenças Infecciosas em Meio Prisional de Julho de 2006, o GAT e o CCCD julgaram ser útil um relatório sobre a situação portuguesa. Este relatório era tanto mais justificável quanto, doutro modo, os dados da nossa investigação apenas apareceriam no relatório do país líder do AGIS, numa operação de síntese que diluiria muitas das especificidades que a investigação revelou. Foi, assim, pedido financiamento para tal tarefa: a farmacêutica Schering patrocinou parcialmente o trabalho da equipa do GAT e o IDT asseguraria a publicação dos resultados da pesquisa.

Na secção da metodologia (cf. Capítulo III, ponto I) referiremos com mais detalhe as condições em que decorreu o projecto, desde a formação das equipas do Porto e de Lisboa até aos instrumentos e às características da amostra.

I-2. Droga e Prisão

As prisões, tal como entendemos hoje o termo “prisão”, são bem mais antigas em Portugal do que o fenómeno droga, entendido como facto social que ganhou visibilidade e se fez uma categoria permanente no debate público. No entanto, é bem mais fácil encontrar investigação levada a cabo sobre este do que sobre aquela. E, quando cruzamos os dois objectos, o número de trabalhos na comunidade de especialistas é, como seria de esperar, ainda menor. Duas constatações podem desde já ser feitas, a partir da pesquisa de fontes sobre a prisão e

⁴ O Centro de Ciências do Comportamento Desviante é uma unidade de investigação e de serviço à comunidade da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto. Criado em 1984, tem dedicado uma parte importante dos seus trabalhos ao estudo do fenómeno droga nas suas múltiplas dimensões.

⁵ Respectivamente o Dr. Rui de Sá Gomes e a Dr.ª Graça Poças, a quem manifestamos os nossos agradecimentos.

sobre a presença do fenómeno droga no seu interior: a primeira é a da escassez de produção de conhecimento a propósito de tais objectos; a segunda é a do consenso, nos poucos estudos realizados, de que a realidade carcerária se transformou profundamente à medida que passou a deter no seu interior, progressivamente, mais indivíduos cujo motivo de perda de liberdade se relacionava, sob diferentes modalidades, com as drogas.

I-2.1. A Prisão como Objecto de Estudo

A produção discursiva que toma a prisão como objecto pode ser dividida em dois tipos essenciais de documentos: relatórios produzidos por instâncias que visam diagnosticar o estado geral e os problemas específicos do sistema penitenciário; livros ou artigos em revistas especializadas que sintetizam investigações levadas a cabo em prisões, com diferentes objectivos e finalidades.⁶

Se tomarmos como referência sobre tal produção discursiva textos que procuraram a síntese do adquirido sobre o tema que aqui nos ocupa, constataremos, como já foi dito atrás, a escassa produção. No final dos anos 90, Cândido Agra encarrega-se da redacção do capítulo sobre Portugal numa obra colectiva que visava fornecer a panorâmica da investigação sobre o crime e a justiça na Europa (Van Ostrive e Philippe Robert, 1999). Ocupa cerca de quinze páginas neste exercício, dando notícia de várias dimensões: produção normativa (utilizando o caso das drogas como analisador), polícia, tribunais, prisões, prevenção e reinserção social, vitimação, criminalidade, insegurança e violência. O objecto prisão ocupa-lhe página e meia, e sobre ele faz-nos saber que “as prisões portuguesas foram, ao longo dos anos 90, objecto de críticas muito severas ao nível do discurso político, mediático e da opinião pública. Apesar disso, somente dois estudos empíricos consistentes foram feitos: um estudo histórico e arquitectural e um estudo avaliativo”⁷.

Agra avança razões para esta quase ausência de produção de conhecimento, não apenas sobre o sistema prisional mas sobre praticamente todos os dispositivos e objectos do crime e do controle social:

⁶ Um outro tipo de enunciado a propósito da prisão é o jornalístico, que com frequência a toma como objecto de notícia, de reportagem e de análise. Optámos, no entanto, por circunscrever a análise aos produzidos por especialistas, tanto da investigação em ciências sociais e humanas como pela posição que ocupam nos dispositivos de controle social relacionados com o universo carcerário.

⁷ Na bibliografia Agra refere os estudos de Maria José Moutinho (1997) *A sombra e a luz*, Faculdade de Letras da Universidade do Porto (Tese de Doutoramento) e de Maria José Moutinho e M. Coelho (1993) *O palácio da relação e cadeia do Porto*, Porto, Ed. Asa e o relatório do Provedor de Justiça de 1996. Acrescentaríamos a estas referências dois estudos: um de cariz psicológico, da autoria de Rui Abrunhosa (1993) *A adaptação à prisão: um processo vivido e observado*. Lisboa: Direcção-Geral dos Serviços Prisionais, e um de cariz etnográfico, da autoria de Manuela Ivone Cunha (1996) *Corpo Recluído: Controlo e Resistência numa Prisão Feminina*. in M. Vale de Almeida (ed.), *Corpo Presente. Treze Reflexões Antropológicas Sobre o Corpo*. Oeiras: Celta.

“A ditadura, durante meio século, foi fazendo o elogio do pensamento dogmático e reprimiu a livre construção do conhecimento. Os efeitos nefastos do regime não desapareceram de imediato com a revolução, antes persistiram até data recente. O sistema da justiça e o direito português começam a tomar consciência do seu conservadorismo e a deixar-se penetrar pelo pensamento crítico. Antes dos anos 90, a pesquisa empírica sobre o crime e o sistema da justiça era praticamente inexistente.”

Nada de estranho, portanto, no facto de os estudos sobre o sistema prisional reflectirem este panorama. A pergunta seguinte seria a de saber o que se fez, apesar do pouco que foi feito. A dispersão parece ser a tónica desta nova fase, em que as ciências empíricas manifestam a vontade de saber sobre estes objectos:

“A vontade de saber, surgida entre os finais dos anos 80 e o início dos 90, produziu uma dispersão de objectos e de actores de pesquisa e de intervenção. Em geral, esta dispersão é devida à desmultiplicação de iniciativas, frequentemente sem continuidade: estudos pontuais encomendados pela administração da justiça; estudos realizados com vista à obtenção dum grau académico. Mas o estado de dispersão da vontade de saber é próprio a todo o domínio científico em vias de se constituir”⁸.

Se juntarmos agora os dois objectos, drogas e prisões, daremos conta dum conjunto de estudos ainda mais reduzido. Em 1997, Jorge Negreiros, no capítulo de apresentação da sua pesquisa sobre consumos de drogas nas prisões portuguesas, afirmava:

“A relação entre a droga e a criminalidade tem sido frequentemente referida nos discursos político e técnico em contextos muito variados e dando origem a tomadas de posição divergentes e até mesmo contraditórias. Tal situação poderá ser explicada pela lacuna teórica e de investigações neste domínio, tornando a compreensão de tão complexo fenómeno mais sustentada em posições doutrinárias do que fundamentada em dados teórico-empíricos”.

E, de facto, consultando a bibliografia final do seu trabalho, constatamos a inexistência de referência a investigações realizadas pela comunidade científica portuguesa...

Mais recentemente, Anália Torres e Maria do Carmo Gomes (2002) realizaram uma detalhada investigação sobre o fenómeno droga no interior do sistema prisional. A revisão bibliográfica a que procedem recua a 1990, referindo aquele que

⁸ Disto mesmo demos conta a propósito do campo das drogas em Portugal (Fernandes e Pinto, 2002). Em todo o caso, apesar da sua dispersão e fragmentaridade, o objecto droga foi provavelmente aquele em que mais se notou a vontade de saber a que se refere Agra. Nesse estudo mostrávamos como, apesar do irromper duma série de investigações a propósito do “problema da droga”, só muito dificilmente isso correspondia a poder afirmar a presença duma comunidade científica da especialidade.

é, provavelmente, o primeiro inquérito conduzido em meio prisional⁹; referem depois o relatório da provedoria de 1998 e a pesquisa de Negreiros a que ainda agora fizemos referência e, em seguida, recorrem aos dados do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência e às estatísticas sobre taxas de encarceramento e de sobrelotação fornecidas por Loïc Wacquant no já clássico *Prisões da miséria* – ou seja, a fontes não portuguesas.

Finalmente, em 2006, a nota de abertura da revista *Toxicodependências* confirmava que “A toxicodependência em meio prisional é um assunto pouco estudado e mesmo nós poucas vezes o abordámos. Mas os poucos estudos existentes confirmam a gravidade do problema, a forma como perturba a vida prisional, não só pelo próprio consumo mas também pelo tráfico, gerador de grande parte da violência nas prisões para cobrança de dívidas e outros ajustes de contas.”¹⁰

I-2.2. Evolução Recente do Sistema Prisional

Apesar da pouca abundância de elementos caracterizadores, podemos mesmo assim empreender o exercício de traçar uma visão evolutiva do sistema prisional português? Este exercício não pretende exaustividade, procurando esgotar todas as dimensões que, no seu conjunto, tecem a textura dum dispositivo tão complexo como o penitenciário. O seu alcance é apenas o de fornecer um enquadramento à nossa pesquisa empírica, que permita no final uma leitura crítica dos dados que possa ir para além do seu imediatismo.

Feita esta reserva, uma segunda é ainda necessária. Destina-se a esclarecer alguns aspectos relativos às fontes de que nos socorremos para recolha dos dados aqui apresentados: o *site* oficial da Direcção-Geral dos Serviços Prisionais (DGSP) disponibiliza informação estatística detalhada para o período compreendido entre 1999 e 2007¹¹, contudo, alguns dos elementos que necessitámos para este enquadramento encontram-se apenas nos relatórios anuais produzidos por esta entidade entre 2000 e 2006. Isto significa que sempre que tal foi possível, acabámos por

⁹ Machado Rodrigues et al., (1990), *Estudos em Meio Prisional, Portugal Continental Estabelecimentos Centrais: Homens (Descritivo)*, Lisboa, Gabinete de Planeamento e de Coordenação do Combate à Droga; Machado Rodrigues et al., (1991), *Estudos em Meio Prisional, Portugal Continental Estabelecimentos Centrais: Mulheres (Descritivo)*, Lisboa, Gabinete de Planeamento e de Coordenação do Combate à Droga.

¹⁰ Em rodapé, o editorial refere as investigações de Cândido da Agra (1997). *Droga-crime. Estudos Interdisciplinares*, (vol. 11), GPCCD; Anália Torres & Maria do Carmo Gomes (2002). Provedor de Justiça (2003). Refira-se que para além do volume 11, da autoria de Cândido Agra e Ana Paula Matos, o conjunto de estudos genericamente denominado *Droga-Crime* incluía ainda um outro estudo em meio prisional, que é precisamente o trabalho de Jorge Negreiros a que já fizemos referência.

¹¹ No caso específico de alguns indicadores, as estatísticas do ano de 1999 publicadas pela DGSP apresentam dados dos cinco anos anteriores para efeitos comparativos. Também no *site* da Direcção-Geral da Política da Justiça encontramos dados estatísticos para o período entre 1992/2001, mas de âmbito bastante genérico, contemplando apenas indicadores como a distribuição dos reclusos por sexo, nível de instrução, escalões etários e situação penal. Para os anos de 2002, 2003 e 2004, existe informação mais detalhada que coincide integralmente com a disponível no *site* da DGSP.

recorrer a outros estudos/relatórios publicados que oferecem informação quantitativa anterior a essa data – referimo-nos em particular aos dados publicados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) no Anuário Estatístico de Portugal 2006, uma vez que remontam ao início da década de 90 na análise de alguns indicadores específicos, ao Relatório sobre o Sistema Prisional de 2003 do Provedor da Justiça e ao Relatório da Comissão de Estudo e Debate da Reforma do Sistema Prisional de 2004, presidida por Freitas do Amaral.

Ainda sobre a informação estatística consultada, importa sublinhar que muito raramente verificámos uma coincidência entre os dados apresentados pelas diferentes fontes, sendo que mesmo ao nível da própria DGSP, se constatam discrepâncias, por exemplo, relativas ao número total de reclusos num determinado ano – que varia dentro da mesma publicação e por vezes em publicações sequenciais¹². Ao nível de alguns indicadores, e apesar de existir informação disponível, tornou-se impossível efectuar análises comparativas mais alargadas no tempo, precisamente porque os parâmetros de tratamento estatístico vão variando, inviabilizando tal leitura comparativa.

Assim, tentaremos perceber como evoluiu a realidade prisional nas duas últimas décadas, ainda que por força dos constrangimentos acima enunciados, em relação a alguns indicadores específicos, tenhamos de limitar o nosso período temporal de análise.

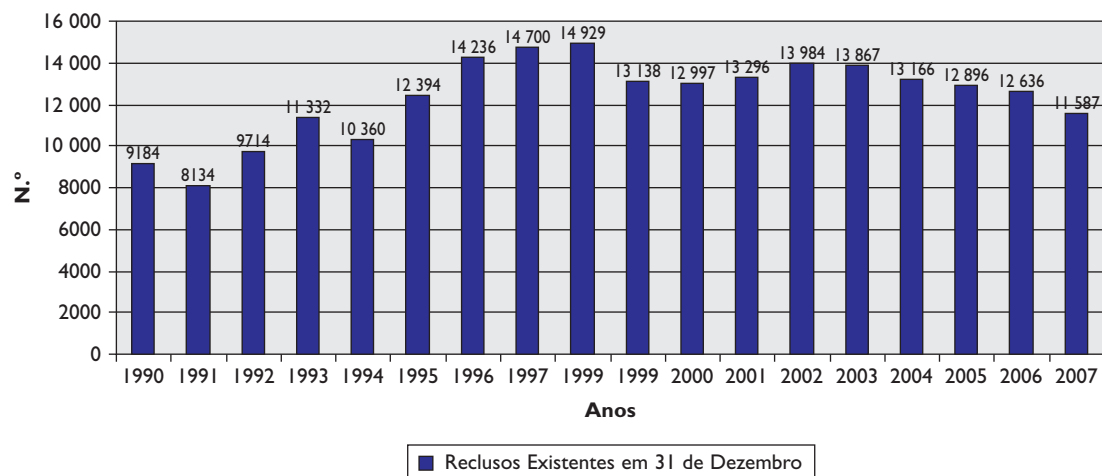
– EVOLUÇÃO DA POPULAÇÃO PRISIONAL –

O Relatório da Comissão de Estudo e Debate da Reforma do Sistema Prisional (CEDERSP) datado de 2004 dá-nos uma perspectiva temporal mais alargada da evolução da prisão, mostrando-nos que o aumento do número de reclusos iniciado em meados dos anos 70 prosseguiu de forma crescente e continuada (salvo alguns recuos pontuais decorrentes das amnistias de 1991, 1994 e 1999) até inícios do novo milénio, altura em que se verificou uma certa estabilização da população carcerária (cf. Gráfico 1). Analisando esta tendência de crescimento ocorrida nas últimas três décadas, o mesmo relatório aponta 1984 como o primeiro ano de sobrelotação prisional, situação que se manterá como traço constante no panorama prisional português, apesar da quebra ocorrida em 2004 (em que a taxa de sobrelotação desce para 1,3% face aos 12,6% registados no ano anterior), facto que resulta essencialmente do aumento da capacidade de lotação do parque prisional. Com efeito, os últimos dados disponibilizados pela DGSP revelam novamente um aumento – ainda que ligeiro – destes valores, apontando para uma taxa de sobrelotação em 2006 na ordem dos 4,3%.

¹² Disto mesmo nos dá conta o Relatório da Comissão de Estudo e Debate da Reforma do Sistema Prisional, de 2004, que alerta para a necessidade de questionar as fontes oficiais de informação e a própria forma como esta tem vindo a ser registada.

O aumento progressivo e acentuado da população prisional portuguesa encontra-se bem ilustrado no mesmo relatório quando analisa a evolução da taxa de encarceramento no espaço de duas décadas. Consta que ela aumentou cerca de duas vezes e meia – passando de 55 reclusos por 100 mil habitantes em 1980, para cerca de 132 reclusos por cada 100 mil habitantes em 2002. Aliás, de acordo com os vários relatórios oficiais e estudos consultados, a taxa de encarceramento portuguesa mantinha-se, em finais da década de 90 e princípios de 2000, em níveis bastante elevados quando comparada com a de outros países europeus¹³.

Gráfico I – Evolução da População Prisional 1990-2007



Fonte: INE, Anuário Estatístico de Portugal 2006 (1990-2005); DGSP (2006-2007).

Uma melhor compreensão desta realidade obriga-nos a uma análise do sistema prisional que contemple, entre outros aspectos, os movimentos da população carcerária, as alterações ocorridas ao nível da sua situação penal, da tipologia dos crimes e aplicação das respectivas sanções, e também as alterações ocorridas no próprio perfil socio-demográfico daqueles que vão enchendo as nossas prisões. É precisamente isto que nos propomos fazer em seguida.

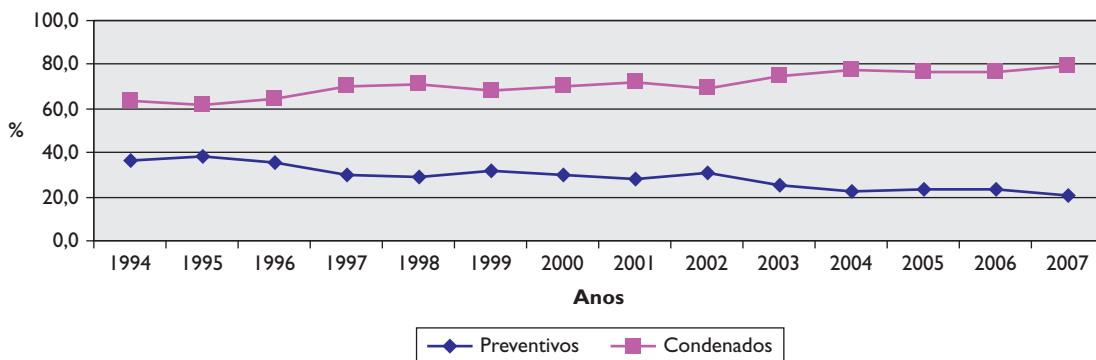
– MUDANÇAS NO PERFIL PENAL DOS RECLUSOS –

Recuando até à década de 80, a primeira grande alteração de que podemos dar nota refere-se ao aumento do número de reclusos preventivos, que começa a ganhar visibilidade a partir de 1983 e atinge o seu valor máximo em 1995 (representando 38,5% do total da população prisional). Manter-se-á em cifras muito próximas dos 30% até 2002, altura em que se inicia um decréscimo gradual (cf. Gráfico 2)

¹³ Cf. Relatório do Provedor de 2003, Relatório da CEDERSP (Freitas) e a Anália Torres e Maria do Carmo Gomes (2002). Os dados mais recentes que possuímos, referem-se a 2006 e colocam Portugal no 12.º lugar do ranking dos países da EU25 com maior taxa de reclusos por 100 mil habitantes (cf. dados publicados pelo Conselho da Europa Council of Europe Annual Penal Statistics – SPACE I – 2006).

quer em termos relativos quer em termos de valores absolutos. No entanto, a percentagem de reclusos em situação preventiva continua a ser apontada como uma das causas explicativas para as elevadas taxas de encarceramento no nosso país.

Gráfico 2 – População Prisional segundo a Situação Penal 1994-2007 (%)



Fonte: DGSP.

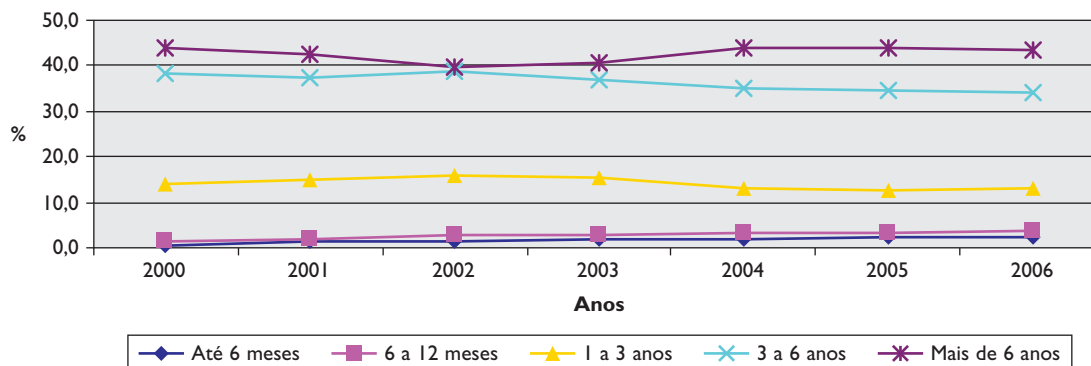
Outra das alterações ocorrida em meados da década de 80 e que se foi acentuando no decurso dos anos 90 diz respeito ao aumento da duração média das penas de prisão efectiva. Reportando-nos uma vez mais aos dados apresentados no relatório da CEDERSP, para um corte temporal de quase 20 anos (entre 1984 e 2002), constatamos que vai ocorrendo um decréscimo gradual e continuado das penas até 6 meses e, desde 92, das penas entre 6 meses e 2 anos; simultaneamente e em sentido inverso, as penas de média e longa duração vão aumentando progressivamente, contribuindo para o crescimento continuado da população prisional.

Este fenómeno, que alguns autores apelidam de “bifurcação penal”, encontra-se bem descrito por Manuela Ivone Cunha quando analisa as alterações ocorridas no sistema prisional a partir do final dos anos 80. A autora constata que se “delineiam duas tendências correspondentes a uma marcada polarização judiciária na abordagem da «pequena» e da «grande criminalidade»” (Cunha, 2002). Enquanto a pequena delinquência passa a merecer um tratamento mais “flexível” e “benevolente” por parte do sistema judicial, que se traduz num reforço da aplicação de medidas alternativas à pena de prisão – encontramos assim explicação para o decréscimo das penas de curta duração que acima mencionamos –, paralelamente e em sentido inverso, os crimes considerados mais graves ou que suscitam maior “alarme social” passam a ser tratados com particular severidade. A autora ilustra esta última tendência com o alargamento da pena máxima de prisão de 20 para 25 anos, e com facto de o Código Penal de 1995 ter elevado substancialmente as penas para os crimes contra pessoas, o mesmo acontecendo para a maioria dos crimes de tráfico de estupefacientes previstos na lei da droga de 1993. Voltaremos a este assunto adiante, quando analisarmos os motivos do encarceramento dos indivíduos relacionados com drogas.

De facto, e olhando para dados mais recentes (já de 2006, ver Gráfico 3), apercebemo-nos de que mais de 40% dos reclusos condenados se encontram

actualmente a cumprir penas superiores a 6 anos. Se a este grupo somarmos os reclusos sentenciados a penas entre os 3 e os 6 anos, então a percentagem sobe para valores próximos dos 78%.

Gráfico 3 – Duração das Penas Aplicadas 2000-2006 (%)



Fonte: DGSP.

Ou seja, apesar de termos vindo a assistir a um decréscimo do número de reclusos entrados no sistema prisional, o facto é que esta tendência por si só não tem tido um impacto assinalável no total da população carcerária, uma vez que, exceptuando os anos de amnistia – 1991, 1994 e 1999 – e o período mais recente entre 2003 e 2007, o número de reclusos saídos foi sempre inferior ao dos entrados (cf. Quadro 1). Isto explica-se não só porque as penas aplicadas são mais longas, mas também porque são cumpridas mais extensamente. Ou seja, é cada vez maior o contingente de reclusos que abandona o sistema prisional somente após o total cumprimento da pena (cf. Gráfico 4). Já em finais da década de 90, Manuela Ivone Cunha assinalava este facto considerando que o Código Penal de 1995 veio alterar os pressupostos da concessão da liberdade condicional, estipulando novas exigências que retardavam a aplicação desta medida. A este propósito acaba por referir que os “tribunais são agora mais restritivos e parcimoniosos na concessão da liberdade condicional à globalidade da população reclusa, quaisquer que sejam as penas aplicadas” (Cunha, 2002).

Isto significa que o sistema prisional português não prende cada vez mais, mas retém muito¹⁴, gerando assim um efeito de acumulação responsável pela elevada taxa de encarceramento no nosso país.

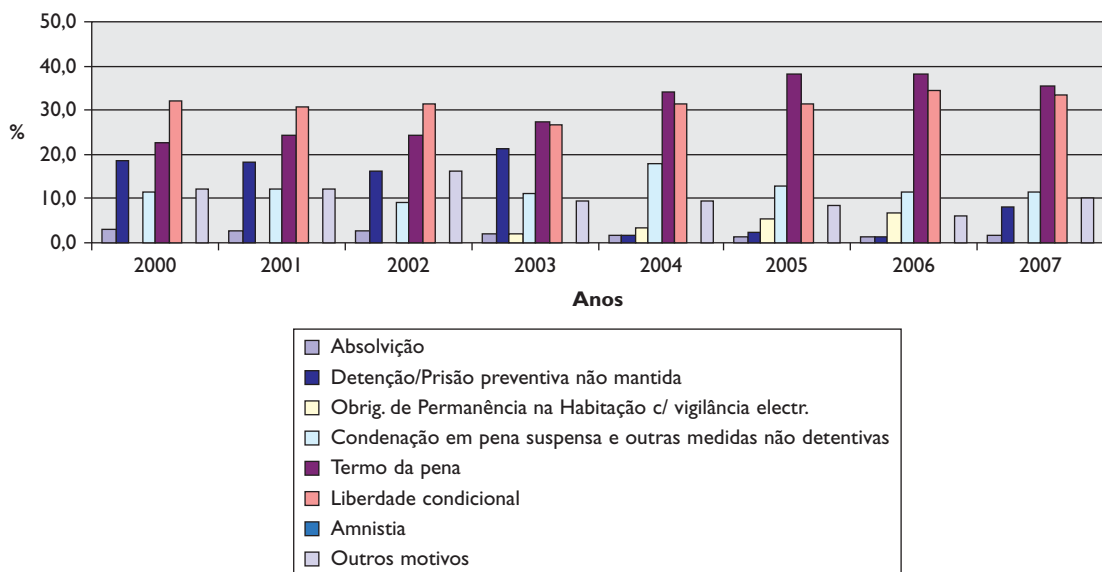
¹⁴ O próprio Relatório Estatístico de 2006 da DGSP dá conta desta realidade ao referir que nesse ano cerca de 38,2% das libertações ocorreram no termo da pena, facto que “combinado com a estabilidade verificada nos escalões de penas mais pesadas que se tem amplificado nos últimos anos, tem como consequência o distender do tempo de permanência dos reclusos dentro das prisões que, de forma não desprezível, contribuiu para que, entre 2005 e 2006, a taxa de sobrelocação, apesar da sua estabilidade, tenha revelado uma ligeira tendência de subida”.

Quadro I – Movimento de Reclusos 1990-2007

Ano	Entrados	Saídos
1990	11 594	11 170
1991	10 792	11 842
1992	12 486	10 906
1993	11 745	10 127
1994	8034	9006
1995	9016	7087
1996	8640	6799
1997	7980	7485
1998	6865	6647
1999	6320	8054
2000	6000	6028
2001	7023	6699
2002	7429	6739
2003	6961	7133
2004	5710	6411
2005	5624	5894
2006	5775	6028
2007	5420	6469

Fonte: INE, Anuário Estatístico de Portugal 2006 (1990-2005); DGSP (2006-2007).

Gráfico 4 – Motivos de Libertação 2000-2007 (%)



Fonte: DGSP.

Outro aspecto que merece destaque na análise sobre a evolução do sistema penitenciário diz respeito aos níveis de reincidência. Apesar da escassez de elementos relativos a esta variável – que muito poucas vezes aparece focada nos relatórios oficiais – vale a pena citar os dados apresentados pelo Provedor da Justiça reportando-se a informações recolhidas durante o ano 2002¹⁵. Assim, no total da população reclusa, a percentagem de reincidentes era de 51%, valor superior ao apurado seis anos antes e que se situava nos 46%. Ou seja, em 2002, a percentagem de reincidentes suplantava já a dos reclusos primários¹⁶.

Também Boaventura Sousa Santos, ao analisar as tendências da criminalidade e das sanções aplicadas na década de 90, refere que apesar de os condenados primários serem maioritários ao longo dessa década, a percentagem de condenados com antecedentes criminais é particularmente elevada nos casos em que a pena de prisão efectiva foi aplicada: no total do período considerado, 45,5% dos condenados a prisão efectiva tinham-no já sido anteriormente (Santos, 2002).

A par destas alterações que apontam para uma mudança significativa no perfil penal da população prisional ao longo dos últimos 20 anos – com o aumento dos reclusos preventivos, com a condenação a penas cada vez mais extensas que obrigam a permanências mais prolongadas no sistema prisional e com o reforço dos níveis de reincidência – ocorre uma outra que não pode ser dissociada das anteriores e que diz respeito à tipologia dos crimes praticados.

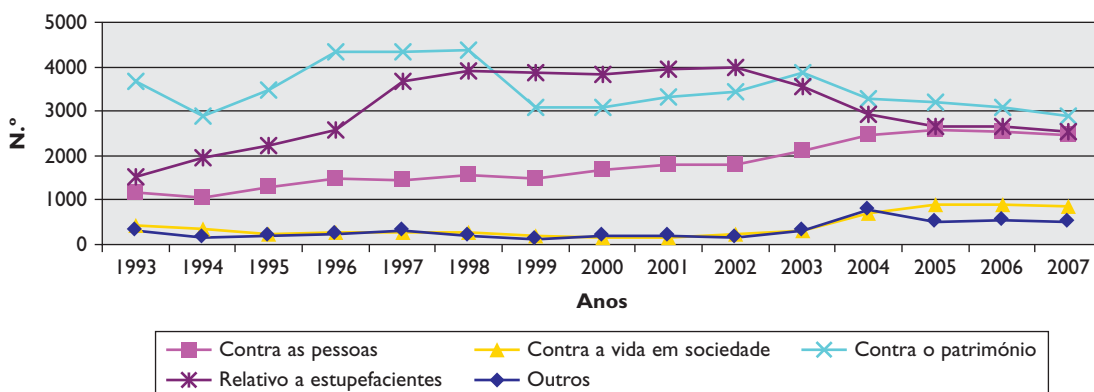
– TIPOLOGIA CRIMINAL –

A evolução do número de condenados segundo o tipo de crime dá-nos conta de um aumento progressivo dos crimes directamente relacionados com as drogas. Começam a ganhar expressão nas estatísticas prisionais a partir de 1993, e em 1999 passam a constituir o principal motivo de condenação a penas de prisão efectiva¹⁷. Esta situação mantém-se até 2003, ano em que os crimes contra o património voltam a assumir o lugar cimeiro nesta estatística (cf. Gráfico 5).

¹⁵ Cf. Relatório da Provedoria de 2003, pp. 51-53. Neste documento, apesar de admitir que os dados recolhidos apresentam maior qualidade do que os aferidos para os anteriores relatórios, o Provedor admite a existência de algumas “omissões” e “lapsos” no processo de apuramento desta informação.

¹⁶ Na investigação conduzida por Fernando Barbosa (2003) sobre a “Psicobiologia da liberdade do criminoso reincidente”, são apontadas as percentagens de 53,4% e de 48,0% de reincidentes nos Estabelecimentos Prisionais de Santa Cruz do Bispo e de Paços de Ferreira.

¹⁷ Esta viragem ocorrida no ano de 1999 encontra parte da sua explicação no facto do perdão parcial de penas aprovado pela Assembleia da República nesse mesmo ano ter excluído da sua aplicação os crimes relativos a estupefacientes, o que mostra bem a severidade com que a justiça penal encarava os delitos relacionados com drogas.

Gráfico 5 – Reclusos Condenados segundo o Tipo de Crime 1993-2007

Fonte: INE, Anuário Estatístico de Portugal 2006 (1990-2005); DGSP (2006-2007).

Não nos alongaremos aqui sobre a questão do impacto da droga e dos crimes a ela associados no sistema prisional, uma vez que deste assunto nos ocuparemos de forma mais detalhada nos capítulos que se seguem. Para já diremos apenas que, invariavelmente, todos os relatórios e estudos consultados assumem a existência de uma relação directa entre o crescimento observado na população prisional e o aumento do número de condenações por crimes relativos a estupefacentes.

A este propósito, o estudo de Boaventura Sousa Santos que atrás citámos, diz-nos que ao longo da década de 90 este tipo de crime foi dos mais punidos – 86,2% dos casos julgados foram objecto de condenação – e, na maioria dos casos, a sanção aplicada foi a pena de prisão efectiva¹⁸. Refere ainda que, no período em causa, apenas os crimes contra a vida superaram este valor percentual em termos de condenações a prisão efectiva (Santos, 2002).

Passemos agora a uma análise mais detalhada das características socio-demográficas da população carcerária, tentando interpretá-las à luz das alterações que temos vindo a identificar.

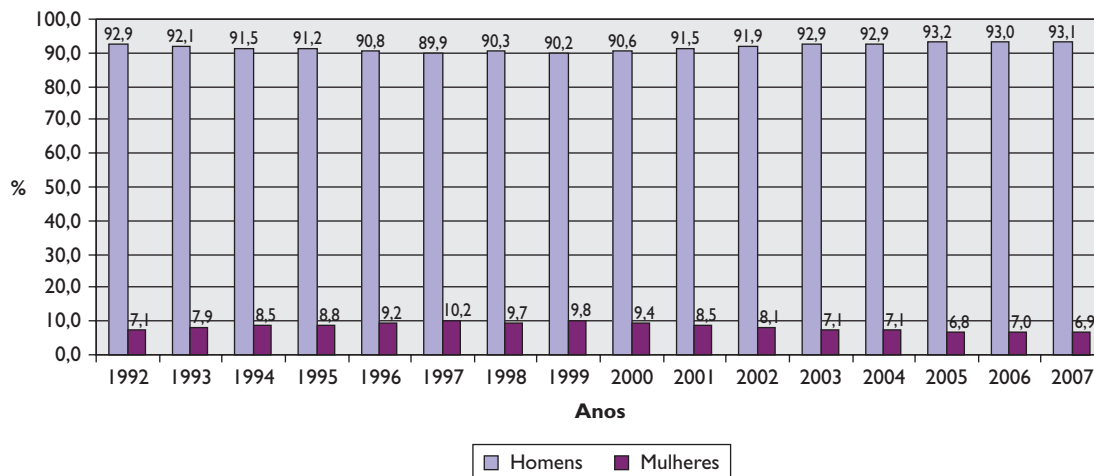
– TENDÊNCIAS SOCIODEMOGRÁFICAS –

A repartição da população prisional por género evidencia uma enorme discrepância entre homens e mulheres, com um claro predomínio dos reclusos do sexo masculino, sendo que no total da população carcerária, a percentagem

¹⁸ Este relatório do Observatório Permanente da Justiça diz-nos que na década de 90, a taxa de condenação para crimes relativos a estupefacentes foi a terceira maior, apenas superada pela dos “crimes de condução sem habilitação legal” (97,9%) e pela dos “crimes contra a segurança das comunicações” (97,3%). No entanto, enquanto para estes dois últimos, a pena de prisão efectiva teve um peso quase residual – 1,5% e 1,4% respectivamente – no caso dos crimes relativos a estupefacentes ela assumiu uma clara prevalência, representando 40,3% do total das condenações. Em 2000, a pena efectiva de prisão representou já 71% do total das condenações por crime de tráfico de drogas e actividades ilícitas, o que revela um agravamento do tipo de medidas punitivas aplicadas a este tipo de delito.

das reclusas nunca ultrapassou a fasquia dos 10%, situando-se actualmente abaixo dos 7% (cf. Gráfico 6).

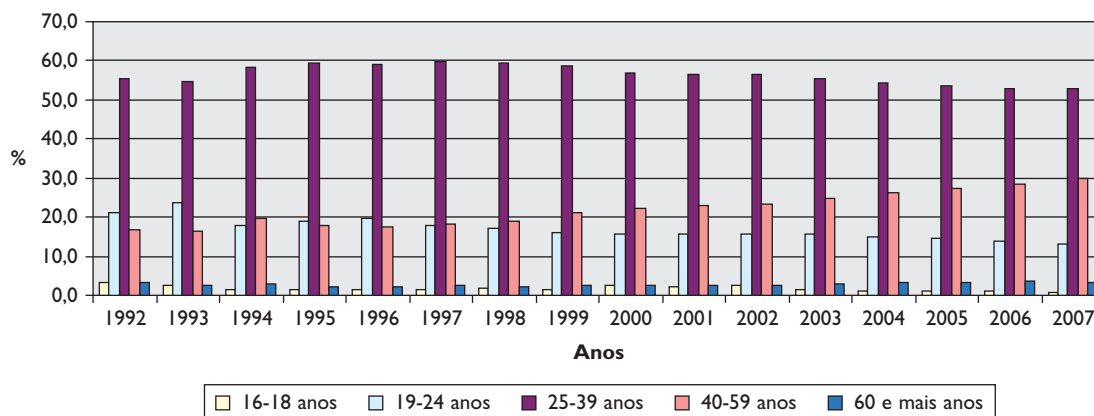
Gráfico 6 – População Prisional por Sexo 1992-2007 (%)



Fonte: DGSP.

Na distribuição por faixa etária, verificamos que ao longo dos últimos quinze anos o valor percentual dos reclusos mais jovens – entre os 16 e os 24 anos – tem vindo a diminuir consideravelmente (representando em 2007 apenas 14%), enquanto paralelamente se assiste a uma estabilização dos valores para a categoria etária dos 25 aos 39 anos – que continua a representar a maior fatia da população prisional (53% em 2007) – e a um crescimento acentuado das faixas mais velhas, nomeadamente, a dos reclusos com idades entre os 40 e os 59 anos (cf. Gráfico 7). Esta evolução, que traduz uma tendência de envelhecimento na população reclusa, pode ser explicada pelo aumento da duração média das penas aplicadas, em grande parte associada ao acréscimo dos crimes de tráfico de droga e às pesadas sanções que lhes correspondem, alongando assim o tempo de permanência no sistema prisional.

Gráfico 7 – População Prisional por Escalões Etários 1992-2007 (%)

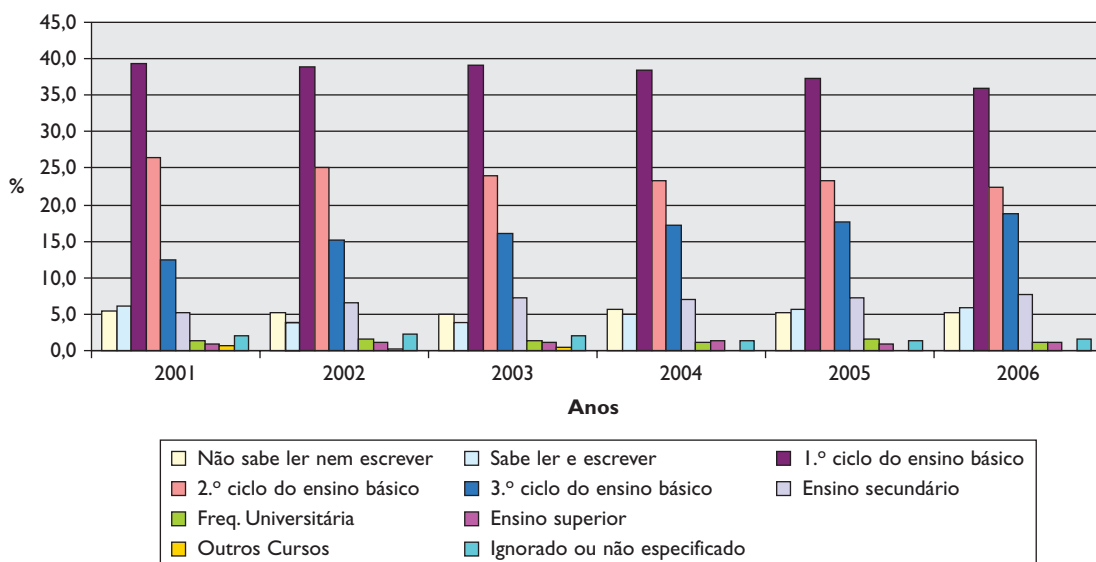


Fonte: DGSP.

No que respeita aos níveis de escolaridade, e sem pretendermos enveredar por uma análise muito exaustiva desta variável – até porque os dados estatísticos de que dispomos remontam a 1992, mas só a partir de 2001 procedem à desagregação da escolaridade básica pelos 3 ciclos de ensino, o que inviabiliza uma análise comparativa mais alongada no tempo – aproveitemos para destacar algumas das principais alterações que se foram operando na população reclusa a este nível.

O primeiro aspecto que ressalta da leitura das estatísticas prisionais é o claro predomínio dos baixos níveis de escolaridade, situação que ao longo dos últimos anos tem até vindo a sofrer um ligeiro agravamento, nomeadamente ao nível da percentagem de reclusos analfabetos ou que sabem ler e escrever mas não possuem qualquer grau de ensino (em 2006, o valor acumulado destas duas categorias perfazia 11,1%, sendo que o peso das reclusas era muito superior ao dos reclusos do sexo masculino¹⁹). O 1.º ciclo do ensino básico continua a ser a categoria com maior número de efectivos, sobressaindo em relação a todos os outros níveis de ensino (cf. Gráfico 8). De facto, e à semelhança do que afirma o Provedor da Justiça no Relatório de 2003, pode dizer-se que na população reclusa os níveis mínimos de escolaridade são mais elevados do que em meio livre.

Gráfico 8 – População Prisional por Nível de Escolaridade 2001-2006 (%)



Fonte: DGSP.

Se esta situação poderia encontrar parte da sua justificação no crescente envelhecimento da população carcerária, o facto é que alguns estudos que aprofundam a caracterização social desta população, nomeadamente o publicado em 2002 por Anália Torres e Maria do Carmo Gomes, apontam para que também os reclusos mais jovens apresentam níveis de escolaridade inferiores aos verificados para as

¹⁹ De acordo com o último relatório publicado pela DGSP, quase um quarto da população prisional feminina não possuía em 2006 qualquer grau de ensino.

mesmas faixas etárias na população portuguesa em geral. Aliás, as autoras acabam por sublinhar que “não se verifica um contraste tão significativo de níveis de escolaridade quando se comparam os reclusos mais velhos com o mesmo grupo etário no conjunto da população”. Rematam o raciocínio defendendo que “este é outro dos indicadores que permite afirmar que o crescimento do fenómeno das drogas em meio livre introduziu um conjunto de mutações que vieram a ter efeitos, entre outros, no tipo específico da população que chega aos estabelecimentos prisionais” (Torres e Gomes, 2002). Ou seja, sugerem que o fenómeno das drogas tem sido responsável pelo encarceramento de populações cada vez menos qualificadas do ponto de vista escolar e social. E nós acrescentamos que as políticas de redução da oferta assentes na perseguição policial nas chamadas “zonas degradadas” têm retido sobretudo os pequenos *dealers* e seus coadjuvantes que protagonizam mercado de retalho nas ruas. Os trabalhos etnográficos que temos conduzido (cf. por ex., Fernandes 1998; Fernandes e Pinto, 2004) mostram que estes actores do comércio psicotrópico são muitas vezes ainda muito jovens e têm frequentemente uma relação já algo longínqua com a escola, ingressando precocemente em economias informais que, por sua vez, não os aproximam da integração pelo trabalho formal. Ao abandono da escola segue-se, para muitos deles, o contacto com o circuito penal – o que devia inquietar-nos sobre as políticas de cidade que estamos a ser capazes de levar a cabo no lado relegado da urbe.

A situação ocupacional e profissional desta população corrobora também este argumento. Apesar de se tratar de uma dimensão fundamental na caracterização social da população reclusa, o facto é que as estatísticas oficiais disponíveis são omissas a este respeito. Perante tal lacuna, recorreremos ao relatório da provedoria para documentar esta realidade, sendo que os dados que apresentamos se reportam ao ano de 2002.

No sub-capítulo que dedica à análise desta questão, o Provedor sublinha a elevada proporção de reclusos que anteriormente não tinham qualquer ocupação profissional (7%) ou que se encontravam desempregados (6%), valores que, no entanto, e conforme afirma, não destoam exageradamente dos verificados ao nível da população geral (a própria discrepância entre sexos é coincidente com a registada pelo INE em termos de taxa de desemprego – substancialmente mais elevada na população feminina).

Quanto às actividades profissionais desempenhadas em meio livre, o mesmo relatório é sucinto na caracterização que efectua, assinalando apenas a distribuição dos reclusos pelos diferentes sectores de actividade: 5% trabalhavam no sector primário, 40% no sector secundário e 15% no sector terciário por conta de outrem; os restantes encontravam-se repartidos pelas categorias dos profissionais liberais, estudantes, comerciantes e industriais e por outras situações.

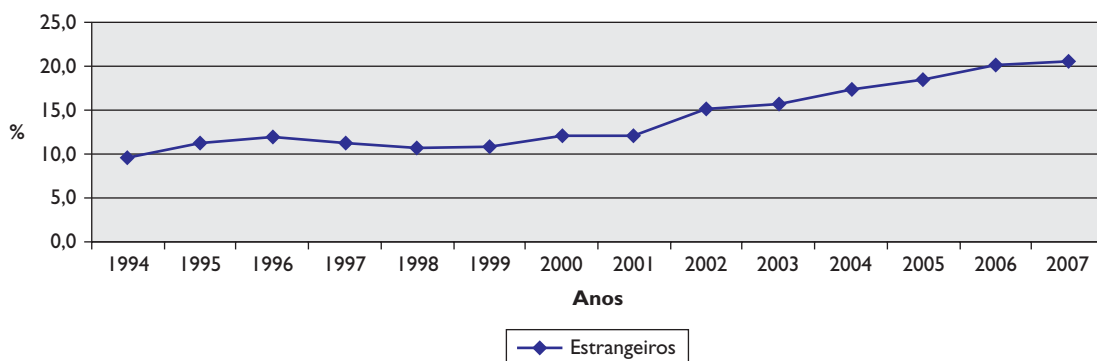
As fontes oficiais consultadas deixam-nos assim uma visão bastante incompleta e desactualizada no tempo sobre a situação ocupacional e profissional desta população. Além disso, trata-se de uma leitura generalista que não detalha o tipo de actividades profissionais exercidas anteriormente, a sua condição perante o tra-

balho ou o tipo de vínculos laborais e contratuais que possuíam. No entanto, se procurarmos combinar esta visão mais genérica com os dados apurados um ano antes (em 2001) por Anália Torres e Maria do Carmo Gomes, podemos acrescentar alguns elementos de carácter mais específico e até encontrar algumas discrepâncias, a começar pela percentagem de desempregados que neste estudo se situa nos 15,8%, valor bastante superior ao apontado no relatório da provedoria. Isto evidencia já uma maior incidência da taxa de desemprego na população reclusa quando comparada com o total da população. Quanto às profissões declaradas pelos inquiridos, este mesmo estudo aponta para uma clara prevalência das actividades ligadas ao trabalho manual e ao comércio (83,1%), sectores que requerem pouca qualificação e que envolvem baixos rendimentos. Enfim, o perfil socio-profissional desta população acaba por estar em consonância com os baixos níveis de escolaridade que apresenta.

Uma outra dimensão igualmente pouco documentada pelas estatísticas oficiais refere-se à origem geográfica dos reclusos. Assim, e reportando-nos novamente ao relatório da provedoria, em 2002, a maioria da população prisional provinha da zona da Grande Lisboa (42,3%) e do Grande Porto (14,7%).

Ainda quanto à proveniência geográfica da população prisional, mas agora numa outra escala, importa analisar o impacto que os reclusos estrangeiros têm tido ao longo dos últimos anos no sistema prisional português. De facto, quer em termos de valores absolutos, quer em termos percentuais, o peso dos estrangeiros na população carcerária tem-se feito sentir de forma cada vez mais pronunciada. O estudo de Hugo Martinez e Tiago Santos (2006), publicado pelo Observatório da Imigração, permite-nos recuar até 1994 e analisar como evoluiu desde então este segmento da população prisional. Assim, em pouco mais de uma década – de 1994 até 2006 – passamos de um universo de cerca de 991 indivíduos para 2552. Em termos relativos, em 1994 os estrangeiros não chegavam a representar 10% da população prisional total, hoje ultrapassam já os 20% (cf. Gráfico 9).²⁰

Gráfico 9 – Evolução da População Prisional Estrangeira 1999-2007



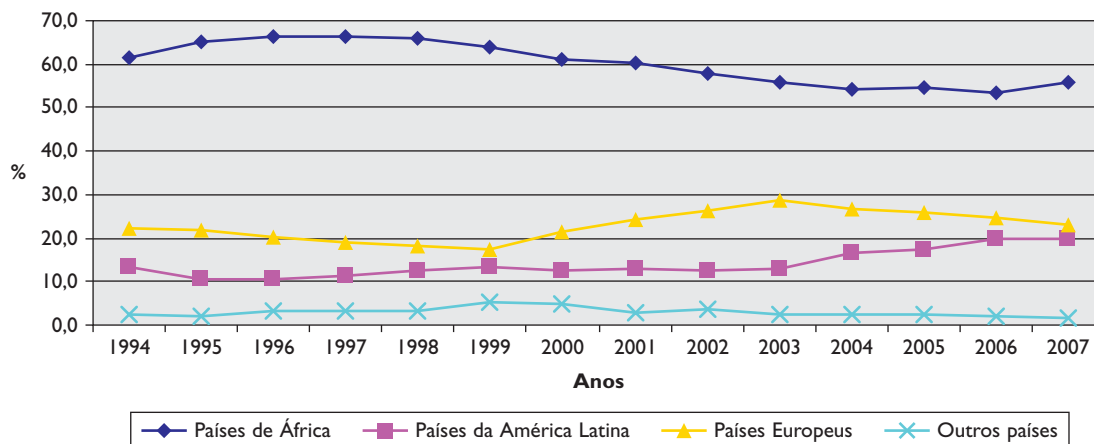
Fonte: Seabra e Santos (2006) *Reclusos Estrangeiros em Portugal* (1994-1998); DGSP (1999-2007).

²⁰ A análise que aqui efectuamos resulta duma leitura combinada das estatísticas publicadas na obra de Martinez e Santos (2006) com os dados apresentados nos relatórios anuais da DGSP, designadamente a partir de 1999.

Por outro lado, podemos dizer que se até ao virar do milénio este crescimento se fez sobretudo à custa da população africana, mais precisamente dos cidadãos oriundos dos PALOP, a partir de 2001, a população originária do continente europeu começa a ganhar peso nas estatísticas prisionais. Para isso contribuíram de forma inegável os países da Europa de Leste e Central, nomeadamente a Ucrânia, a Roménia, a Rússia e a Moldávia. Esta tendência acompanha de perto a entrada maciça, verificada no início da década de 2000, de imigrantes provenientes desses países. Da mesma forma, mais recentemente, a partir de 2004, tem-se verificado uma redução no contingente de reclusos do leste europeu, situação que parece estar em consonância com o abrandamento dos fluxos migratórios desses países em direcção a Portugal (cf. Gráfico 10).

Contudo, este recuo por parte dos estrangeiros europeus, não tem tido qualquer impacto em termos estatísticos, na medida em que parece estar a ser compensado por um crescimento gradual e significativo dos reclusos originários dos países da América Latina, com especial destaque para o Brasil e a Venezuela.

Gráfico 10 – Evolução da População Prisional Estrangeira por Regiões de Nacionalidade 1994-2007 (%)



Fonte: Seabra e Santos (2006) *Reclusos Estrangeiros em Portugal (1994-1998)*; DGSP (1999-2007).

A propósito do aumento da presença de estrangeiros no sistema prisional português, e procurando contextualizar este indicador em termos europeus, em Setembro de 2002 Portugal era o quarto país com menor peso de reclusos estrangeiros na União Europeia dos 15 Estados-membros; se alargarmos a comparação aos 25 países que hoje compõem a UE, então passávamos a ser o 10.º mais baixo. Decorridos 4 anos, e segundo a mesma fonte estatística²¹, em 2006, Portugal era já o 13.º país com menor percentagem de reclusos de nacionalidade estrangeira, tendo ultrapassado a Eslovénia, a Dinamarca e a França. Ou seja, mesmo ao nível do contexto europeu, esta tendência de crescimento começa a ganhar alguma expressão apesar de ainda nos encontrarmos uma décima abaixo da média euro-

²¹ Council of Europe Annual Penal Statistics – SPACE I.

peia e muito distantes dos países que ocupam os lugares cimeiros neste domínio: o Luxemburgo com 75,2% de reclusos estrangeiros; a Grécia com 58,4%, ou países como o Chipre, a Áustria, a Bélgica e a Estónia que apresentam valores entre os 40% e os 50% de detidos não nacionais.

Por fim, sublinhemos algumas especificidades associadas a este segmento da população prisional. A primeira tem a ver com a aplicação da prisão preventiva, estando os estrangeiros muito mais sujeitos a esta medida do que os nacionais (em 2006, os valores eram de 18,6% para os nacionais, face a 41,9% de estrangeiros na mesma situação penal). A segunda especificidade diz respeito à repartição por sexos: o peso das mulheres no universo dos reclusos estrangeiros é consideravelmente superior ao verificado na população reclusa nacional – 9,8% e 6,3% respectivamente, segundo dados da DGSP para o ano 2006. Do mesmo modo, as estrangeiras representavam, nesse mesmo ano, 28,2% do total do universo prisional feminino, enquanto os reclusos estrangeiros não ocupavam mais do que 19,6% do universo masculino. Por último, importa realçar a fortíssima prevalência que os crimes relacionados com as drogas assumem na população prisional estrangeira, sendo que no ano de 2006 mais de metade dos estrangeiros condenados (52,1%) cumpriam pena por tráfico de drogas, enquanto apenas 22,8% de portugueses se encontrava em idêntica situação. Deparamo-nos aqui com uma diferença de quase trinta pontos percentuais que não encontra paralelo em nenhum outro tipo de crime²².

Em síntese, ao longo das duas últimas décadas também o perfil socio-demográfico da população reclusa se transformou. Continua a ser predominantemente masculina, mas tendencialmente mais envelhecida – por força do aumento do tempo de permanência no sistema prisional na sequência do alongamento das penas – menos qualificada em termos escolares e profissionais e, portanto, aparentemente mais vulnerável a situações de desemprego. Trata-se ainda de uma população proveniente, na sua larga maioria, das zonas urbanas e suburbanas de Lisboa e do Porto, tendo gradualmente os reclusos originários de outros países vindo a ganhar peso, representando actualmente mais de um quinto da população carcerária.

I-2.3. Sociografia dos Reclusos

Depois de traçado um quadro geral, procuremos agora uma visão mais proximal. O que nos revela esta evolução de conjunto quando a olhamos de perto?

²² Cf. Relatório de 2006 da DGSP. Fazamos ainda a seguinte observação: a grande percentagem de estrangeiros condenados por tráfico deve servir para relativizar a ideia de senso comum de que certas categorias de imigrantes são um factor criminógeno para os países de acolhimento. Em primeiro lugar, estrangeiro e imigrante não são categorias sobreponíveis. Em segundo lugar, só menos de metade dos que estão detidos estará comprometida com o género de criminalidade que alimenta o sentimento de insegurança e que tem servido para uma certa retórica política que faz do imigrante o grande factor de ameaça à ordem social no espaço europeu. Mesmo assim, esta quase metade necessitaria de ser examinada à lupa, dada a grande quantidade de indivíduos em prisão preventiva. Se esta medida fosse aplicada na mesma proporção aos nacionais, disparariam as taxas de encarceramento...

E podemos aproximar o olhar, dadas as já sublinhadas limitações quanto à quantidade e à profundidade dos estudos levados a cabo entre nós? Se para o exercício que acabámos de fazer recorreremos sobretudo a fontes oficiais, precisamos agora de nos apoiar em investigações que, pelo modo como entraram no terreno prisional, permitem detalhar as linhas evolutivas identificadas e interpretar as determinantes que as ditaram. O trabalho que melhor cumpre as exigências desta tarefa é a investigação etnográfica de Manuela Ivone Cunha, desenvolvida no estabelecimento prisional de Tires em dois momentos separados por uma década: 1987 e 1997 (cf. Cunha, 2002)²³.

Tomemos, portanto, a etnografia de Ivone Cunha como o *case study* que nos permite, descendo ao micro, discernir as tendências do macro – tanto mais que esta mudança de escala vem enriquecida com dois cortes temporais no meio dos quais ocorreu aquilo que nos interessa focar: a chegada maciça ao sistema prisional dos indivíduos que, no discurso social, materializavam o “problema da droga”²⁴.

A análise a que a autora procede identifica várias transformações que ocorreram no sistema prisional, quando compara os dados recolhidos em 1987 com os de 1997. Estas transformações afiguravam-se de tal modo profundas que, em certo sentido, a prisão já não parecia ser a mesma, obrigando a investigadora a ir adaptando as suas estratégias de pesquisa às novas realidades, a começar pelo modo de relacionamento próprio à observação participante, tendo em conta que o tipo de “clientes” do EP tinha mudado visivelmente.

Assim, a primeira grande transformação no mundo prisional, claramente detectável a partir do início da década de 90, dá-se na composição social dos deti-

²³ A investigação etnográfica é, no conjunto dos trabalhos levados a cabo nas ciências sociais e humanas, pouco abundante. Esta circunstância torna-se ainda mais visível se nos restringirmos ao domínio do comportamento desviante, tanto na vertente da expressão dos fenómenos assim etiquetados como na do seu controle. A situação agrava-se ainda se considerarmos apenas o contexto português, onde muito poucos consagraram o seu trabalho à investigação etnográfica do desvio e do controle social. E, se de entre estes, procurarmos os que o fazem tendo como terreno as organizações, chegar-nos-ão os dedos das mãos para os contar. Refiram-se os realizados em comunidades terapêuticas, em casas abrigo para mulheres vítimas de violência e em centros educativos para menores infractores, respectivamente Helena Cabeçadas (1995) *Rituais Terapêuticos e Toxicoddependência: uma Abordagem Antropológica*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas (Tese de Mestrado); Margarida Simões Cardoso (2007) *Santuário – Transição, percursos e resistência no contexto de uma instituição total*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas (Tese de Mestrado), Paula Nogueira (2006) *Esta é a minha casa agora – etnografia de uma casa abrigo para mulheres vítimas de violência doméstica*. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação (Tese de Mestrado); Tiago Neves, *Entre o educativo e o penitenciário: etnografia de um centro de internamento de menores*. Porto: Afrontamento (no prelo).

²⁴ O “problema da droga” é um intrincado de efeitos mútuos entre os usos sociais de produtos psicoactivos tornados ilegais e as estratégias, tanto terapêuticas como repressivas, que visam o seu controle. Ou seja, a expressão “natural” do fenómeno, traduzida nas figuras hoje bem visíveis do “toxicoddependente”, do “traficante”, do “bairro da droga”, etc., é o resultado de certas práticas à medida que vão sendo ilegalizadas e perseguidas – o “problema da droga” não é um objecto natural saído da relação necessária entre os indivíduos e certas substâncias, mas a combinatoria entre este facto e as reacções que suscita. Estas reacções não têm apenas consequências nos consumidores, mas nos próprios produtos consumidos (por ex. no aumento exponencial do seu preço final, na sua adulteração para fins de rentabilização, no modo como circula e nas maneiras de ser administrado).

dos – já vimos, e veremos ainda adiante, como a política criminal das drogas é a grande responsável por esta circunstância. A segunda transformação de fundo diz respeito às condições de existência no interior dos estabelecimentos prisionais. Questão, diríamos, de ecologia duma instituição total, do seu clima interno, dos seus equilíbrios – enfim, do conjunto de condições que influem sobre o quotidiano tanto de reclusos como do pessoal que aí trabalha. Vejamo-las mais em detalhe.

Que mudança tem, então, vindo a operar-se na população prisional?

A propósito desta interrogação analisa os perfis sociográficos das reclusas em 97, concluindo pela homogeneização duma população desqualificada (mais de 50% de pessoal desqualificado do comércio e serviços, contra 20% uma década antes). Refere que, contrariamente a outras épocas (o EP de Tires data de 1957), “há hoje [1997] uma grande homogeneidade penal e sociológica” (Cunha, 2002); salienta a desqualificação progressiva do tipo de reclusas, em sentido contrário ao que se verificou tanto no pessoal de vigilância como no pessoal técnico, o que cavaria “um abismo sociológico” entre os dois grupos. Evidencia o funil penal como o mecanismo que opera tal selectividade: se bem que o fenómeno droga se espalhe por todos os estratos, a sujeição aos mecanismos policiais e penais não é a mesma para todos. E, acrescentaríamos nós, se bem que as drogas se espalhem por todos os estratos sociais, as trajectórias de dependências têm consequências tanto mais drásticas quanto mais delicada for a posição estrutural dos seus actores²⁵.

O perfil sociográfico das reclusas mostra, em suma, como subiu a quantidade das que se incluem no segmento do emprego precário, instável, com baixa remuneração e participação em economias informais, combinando isto com uma escolaridade longe da obrigatória. Quanto ao estado civil, é caracterizado pela informalidade: solteiras com filhos, divórcios, separações...

Espacializa em seguida a proveniência das reclusas: esmagadoramente das áreas metropolitanas de Lisboa e Porto e, nestas, das zonas de barracas, bairros de realojamento, bairros sociais suburbanos. Afinal, conclui, as mesmas por onde se distribui a pobreza. Se atentarmos nos bairros que refere para Lisboa, Porto e Setúbal, verificamos que são aqueles que também conhecemos das manchetes da comunicação social sempre que noticia rusgas por causa do tráfico, “hipermercados da droga”, “zonas de toxicodependência” – quase 90% das mulheres vinham de algum destes bairros.

²⁵ Manuela Ivone Cunha cita vários estudos de várias nacionalidades que analisaram o funcionamento e as consequências do funil penal (cf. p. 67 op. cit.). O funil penal é um tema abundantemente evidenciado pela criminologia crítica, corrente que, a partir dos anos 60 do século passado, marcará uma importante viragem nas tendências da criminologia, mostrando como os mecanismos de manutenção da ordem podiam ser eles próprios geradores de crime e de problemas sociais. Para uma síntese compreensiva da criminologia crítica ver Van Swaaningen (1997) *Vingt ans de Déviance et Société sous l'angle de la criminologie critique. Déviance et Société*, 21, pp. 57-76.

Em suma, Manuela Ivone sintetiza assim o exercício analítico sobre o perfil sociográfico das mulheres que foi encontrar encarceradas nos finais dos anos 90:

“Se a droga parece assim constituir um factor de uniformização do perfil penal desta população, o perfil sociológico também se homogeneizou e, no mesmo movimento, se desclassificou. Este nivelamento por baixo pode ser descrito, noutros termos, como uma pauperização genérica e em cadeia, abrangendo capitais económicos, sociais, escolares (e simbólicos, como se verá), e traduzir-se-á em trajectórias de vida com ressonâncias quase dickensianas. A precariedade, a instabilidade e a informalidade são, em vários registos, outros avatares desta convergência.”

Não é ainda altura de nos debruçarmos sobre a amostra do nosso estudo, mas avançaremos desde já que corrobora em larga medida, dez anos depois e exclusivamente para uma população masculina, as características sociográficas das mulheres de Tires. E ambas as amostras revelam grande consonância, por sua vez, com as características daquilo a que Loïc Wacquant (2001) chama *marginalidade avançada*: precariedade laboral decorrente da perda da capacidade integradora da relação trabalho-salário, passando o próprio contrato de trabalho assalariado a constituir fonte de fragmentação e fragilidade com a introdução de mecanismos como o trabalho a tempo parcial, a flexibilidade de horários, a redução dos benefícios contratuais, a “institucionalização do trabalho «permanentemente temporário»”²⁶, etc.; populações cada vez mais afastadas do mercado de trabalho formal, mesmo em períodos de crescimento económico e de expansão de emprego, beneficiando muito pouco desses momentos conjunturais; fixação destas franjas populacionais em territórios bem demarcados espacialmente e fortemente estigmatizados, olhados como espaços de pobreza, mas também como locais sem dignidade social, “infernos urbanos, onde apenas o refugio da sociedade aceita habitar”; recurso a economias informais como única estratégia viável de sobrevivência, na medida em que as próprias redes comunitárias de suporte têm vindo a sofrer um desgaste, perdendo a sua eficácia enquanto meio de amparo colectivo informal.

A caracterização que Wacquant faz da marginalidade avançada é o culminar duma série de trabalhos que tomaram a “nova pobreza”, a “exclusão social” e as “zonas problemáticas” como objecto, mostrando-as como o lado mais visível da nova crise urbana. A “nova pobreza”, emergente com a crise do petróleo dos anos 70 e com a desindustrialização, revelaria o poder desintegrador da precariedade do emprego e da diminuição do valor remuneratório do trabalho. O seu efeito somar-se-ia ao dos fluxos migratórios provenientes de geografias exteriores ao mundo ocidental, produzindo a categoria *exclusão social*, que irrompe no discurso das instâncias comunitárias nos últimos anos do século XX (cf. Bruto da Costa, 2000).

Os anos 80 trariam para a ribalta os temas da cidade relegada (o *ghetto* nos EUA, a favela no Brasil, a *banlieue* em França, um pouco mais tarde o “bairro

²⁶ Wacquant, Loïc (2001), *Os condenados da cidade*, Rio de Janeiro: Revan.

social problemático” entre nós) e os anos 90 veriam multiplicar-se a investigação sobre a desqualificação social, os processos de relegação, a proliferação das marginalidades, as pesquisas sobre o sentimento de insegurança e a violência urbana²⁷. Enfim, uma dualização entre centro e margem, entre integração e exclusão, entre riqueza e pobreza, tornar-se-ia progressivamente mais detectável, crispando a reacção social às vítimas dos processos de desqualificação. Mais uma vez, como noutros momentos da história, a prisão limita-se a ser um reflexo do que está a acontecer à vida social no seu exterior, dando razão à frase que diz que “entre a prisão e o mundo cá fora só muda o tamanho do pátio”...

I-3. Em Direcção a um Estado Penal?

Liguemos agora três factos que já constatamos: o grande aumento do encarceramento, a centralidade do fenómeno droga na sociedade e na prisão, a relevância dos processos de desqualificação social. Há relação entre eles? E que tipo de relação? Estas questões levar-nos-iam longe, e para direcções que fogem ao âmbito deste trabalho. Mesmo assim, algumas delas emergem ao primeiro olhar sobre o panorama que fomos traçando atrás:

- ao aumento de visibilidade do fenómeno droga respondeu-se com uma política criminal que foi encarcerando aquele que, no discurso medico-psicológico, era dito um doente e no sociológico a vítima de processos estruturais de relegação (veja-se onde se situam os chamados “bairros das drogas” e quem são os que são detidos como traficantes);
- a taxa de reincidência (51% segundo os dados da Provedoria de 2003) mostra que, tal como no processo clínico o toxicodependente abandona e retorna inúmeras vezes, também no circuito penal faz um movimento semelhante. A filosofia reinsersora das penas está em crise? Como podemos manter este princípio, que legitimou o sistema carcerário da Modernidade compaginando-o com o Estado democrático? Os resultados da nossa investigação podem contribuir para um esboço de resposta?
- se as prisões retêm sobretudo franjas populacionais desfavorecidas, essencialmente de zonas problemáticas e, percentualmente, com grande representação de migrantes e de minorias étnicas, devemos concluir que

²⁷ Referiremos a título de exemplo Pierre Bourdieu (1993) *A miséria do mundo*, Petrópolis: Vozes; Serge Paugam (1992) *A desqualificação social*, Porto: Asa; Serge Paugam (1996) (ed.) *L'exclusion: l'état des savoirs*; Paris: Ed. La Découverte; François Dubet e Didier Lapeyronnie (1992) *Les quartiers d'exil*, Paris: Ed. du Seuil; Mucchielli, L. e Le Goaziou, V. (2006), *Quand les banlieues brûlent...* Paris: Ed. La Découverte; Jacques Donzelot (2006) *Quand la ville se défait*, Paris: Ed. du Seuil; Wacquant, Loïc (2006), *Parias Urbains*, Paris: Ed. La Découverte. Na investigação portuguesa, salientamos João Ferreira de Almeida, Luís Capucha, António Firmino da Costa, Fernando Luís Machado, I. Nicolau e E. Reis (1992), *Exclusão Social – factores e tipos de Pobreza em Portugal*, Oeiras, Celta Editora; Bruto da Costa *As exclusões sociais*, Lisboa: Gradiva; Sérgio Aires (2005) (ed.) *In EXTREMIS: Fenómenos, Actores e Práticas nos domínios da Pobreza e da Exclusão Social Extrema*, Porto: REAPN – Rede Europeia Anti-Pobreza/Portugal; Luís Fernandes (2006) *Figuras da Vitimação Colectiva. Revista Europeia de Inserção Social*, vol. 1, n.º 1, pp. 57-78.

o aumento da criminalidade, que vários trabalhos mostram existir desde pelo menos o princípio dos anos 90, se deve ao aumento do número de pessoas em situação de exclusão ou em rota descendente na espiral da desqualificação? Ou há um funil penal que filtra sobretudo estas, dando razão a Wacquant quando denuncia a prisão como dispositivo de contenção das margens, criminalizando a pobreza e, na sua expressão crua, punindo os pobres? Se assim for, detectamos também em Portugal uma “tentação penal”, que nos estivesse a encaminhar do “Estado Providência” para o “Estado Penitência” (Wacquant, 2000)?

A prisão moderna, com o seu regime punitivo regulado por uma arte de calibração das penas e pela chamada dos saberes da psicopatologia ao terreno judiciário, cumpria um mandato de defesa social que articulava uma vontade de humanização com uma necessidade de conter a perigosidade. Esta ordem penitenciária atravessaria uma boa parte do século XX sem que fosse posta em causa, tanto do ponto de vista da sua função macro-social como do ponto de vista das suas práticas internas.²⁸

A partir do final dos anos 70 começa, em Portugal, a dar-se a transição para o modelo técnico. Rui Abrunhosa (1989) caracteriza esta transição como a passagem do isolamento à reinserção na comunidade. Um dos reveladores desta passagem é o da própria linguagem: vão saindo de cena os termos “cadeia”, “colónia penal”, “penitenciária”, “prisão-escola”, passando a adoptar-se a designação de “Estabelecimento Prisional”; o termo “recluso” ou “detido” passa a substituir o de “preso”, “prisioneiro”, “condenado”; as designações “educador/técnicos de educação” substituem a de “perceptor”; o Instituto de Reinserção Social e os técnicos de reinserção social substituem o “Serviço de Assistência Social nas Prisões” e os seus tradicionais “assistentes”.

Abrunhosa interpreta as alterações terminológicas “no quadro duma dupla preocupação: aligeirar o peso totalitário que a instituição prisional carrega consigo e, ao mesmo tempo, lançar as bases para um tratamento penitenciário mais «humano» e «racional»”. O modelo técnico assentará sobre a entrega das funções educativa e reinsersora, bem como a da coadjuvação da administração das penas, a técnicos das ciências sociais e humanas, afirmando nesta passagem o carácter humanista dos dispositivos de controle. A este respeito, reveste grande importância a criação, em 1982, do Instituto de Reinserção Social.

O optimismo que caracterizou a entrada do modelo técnico na prisão está bem expresso nas reflexões conclusivas de Rui Abrunhosa (1989):

²⁸ Isto não significa que não houvesse debates que mostravam o seu lado disfuncional, fosse como “escola do crime” fosse denunciando a coincidência entre a subida das taxas de encarceramento e a do desemprego (cf. Manuela Ivone Cunha, 2008).

“O que ficou dito sobre as transformações da instituição prisional, nascida sob o desígnio do isolamento, permite hoje encará-la sob um novo olhar. Esse olhar enquadra cada organização prisional no seio da comunidade social de quem é um parceiro interveniente (...). [Com a passagem pela prisão] trata-se de promover modificações na «matéria humana» que constituem os reclusos, de forma a «transformá-los» em indivíduos dotados de competências educacionais, sociais e nomeadamente profissionais – através dos cursos de formação profissional – que lhes permitam encarar o recomeço da vida em liberdade com maior optimismo afastando a probabilidade de reincidência no crime.

Na perspectiva da prevenção da criminalidade, a prisão pode representar o dispositivo capaz de, simultaneamente, proteger a sociedade da acção do delinquente e promover as condições para que um trabalho de reinserção social se efective a partir duma prática educacional intra-muros. Se no que toca ao primeiro aspecto – a protecção da sociedade – é possível afirmar que ela cumpre com determinação e eficácia esse objectivo, já no que toca ao segundo, muito parece haver ainda a fazer”.

O que se passou desde esse tempo de optimismo até à actualidade? O número de detidos quase triplicou, o tempo médio das penas alongou-se, os presos preventivos chegaram, em 2002, a ser cerca de um terço do total, os reincidentes cerca de metade e o tema prisional instalou-se no debate público sob a tónica da crise, da sobrelotação e da droga.

Regressemos a Manuela Ivone Cunha (2002). Refere o facto de os registos sobre reincidência serem “absolutamente não fiáveis”, dadas as flutuações na forma de registar. Mas o seu trabalho de campo permite-lhe notar a reincidência, o que explica que tenha esmorecido o tom enfático do discurso sobre a reinserção social, típico dos anos 80, sem que outro discurso legitimador o tenha vindo substituir.

“Mas esta mudança parece corresponder à deslocação, essa sim assumida, de uma ideologia de tratamento e reabilitação para uma outra, mais neutra, de humane containment e de positive custody, que no mundo ocidental se observa desde os anos 1970. Trata-se, apenas, de humanizar a prisão, diminuindo a distância que a separa do mundo exterior no que respeita à prestação de bens e serviços, e de minimizar os seus aspectos destrutivos (...). A própria disciplina «des-ideologizou-se», e não parece mais adequar-se ao modelo de Foucault. Como sustenta Claude Faugeron, [S]i discipline il y a, elle n'a pas, à la différence de l'école notamment, un objectif de modelage des corps et des esprits mais, beaucoup plus prosaïquement, un objectif de maintien de l'ordre, c'est à dire dépourvu de contenu, ne pouvant s'apprécier qu'avec des critères de pure opportunité et d'efficacité immédiate et certainement pas en termes de changement des individus à moyen ou long terme.”

Se a prisão não reinsere, que faz então? Participa da gestão do conflito social, entendido aqui no sentido que lhe atribui Oriol Romani (2004): “O paradigma positivista tradicional (e o seu Estado do bem-estar) falhou na solução dos problemas sociais e encontrou-se um modelo de gestão de conflitos que, mais do que resolver os problemas, procura mantê-los num nível de baixa conflitualidade.” Podemos ler deste modo os objectivos que estão presentes dum modo explícito no projecto AGIS: pretende saber-se do poder apaziguador das terapias

de substituição opiácea, do modo como podem melhorar o clima prisional em aspectos tão fulcrais para a ordem interna como a violência entre reclusos e entre estes e os guardas. Reconhecida a desestabilização que o fenómeno droga veio trazer também ao sistema prisional, procuram-se agora medidas que consigam reconduzi-lo a um reequilíbrio na sua gestão interna, afirmando no mesmo passo a consagração do direito à saúde por parte dos detidos.

Em suma, a prisão recluiu muito mais indivíduos a partir de 1980; esta reclusão é acompanhada duma “desconexão entre o crime e a prisão” (Wacquant, 2008), evidenciada no facto de não haver relação directa entre o aumento do crime e o aumento das taxas de encarceramento; prendem-se sobretudo indivíduos das franjas sociais mais desfavorecidas, de zonas onde incidem preferencialmente os problemas estruturais que conduzem à desintegração e à exclusão; o sistema prisional parece sobretudo interessado em preservar a ordem interna, secundarizando os ideais da reinserção. Estamos a caminho do Estado penal? É prudente resistir a uma resposta afirmativa.

Na última década o número total de reclusos foi mais ou menos constante, começando a decrescer a partir de 2003. A haver características de Estado penal em Portugal, elas não dizem tanto respeito a uma “encarceração de massas” (Wacquant, 2000, 2008), mas à punição electiva dos mais desfavorecidos – o que representa, segundo Wacquant, uma concepção restrita da função da prisão, abandonando o ideal reinsensor e limitando-se a “punir os pobres”. No capítulo seguinte, veremos como se verificará em Portugal um endurecimento penal que elege a figura da droga como a ameaça primeira, tendo como principal consequência, justamente, a “punição dos pobres”. Mas o nosso país apresenta em simultâneo algumas características daquilo que o próprio Loïc Wacquant reconhece ser “uma via europeia” em relação ao Estado penal:

“Em países europeus com uma longa tradição estatal, católica ou social-democrata, as novas políticas da pobreza não significam uma duplicação automática do padrão dos EUA, onde se verificou uma mudança clara e brutal da abordagem social, para a abordagem penal da marginalidade urbana, conduzindo ao hiper-encarceramento. As raízes profundas do Estado social no campo burocrático e nas estruturas mentais nacionais, o menor poder da ideologia individualista e utilitária que conduz à sacralização do mercado, e a ausência de uma divisão etno-racial tão acentuada, explicam que nos países do continente europeu seja pouco provável a mudança rápida para uma estratégia tão intensamente punitiva.”

O autor, tomando como exemplo o caso francês, mostra como nos vários países da Europa continental não há uma transição brusca da forma social para a penal do Estado, mas um caminhar lado a lado, que tanto reforça medidas de suporte aos mais desfavorecidos como reforça medidas que visam a contenção das desordens atribuídas àqueles (por ex., o alargamento do acesso ao Rendimento Mínimo de Inserção ou a multiplicação dos programas assistenciais, dum lado; a criminalização da mendicidade e da vadiagem ou a instalação de unidades de polícia

anti-motim em “zonas sensíveis”, do outro). Detectamos, em Portugal, exactamente a mesma tendência: se os anos 90 são os do endurecimento penal, os do regresso do regime fechado ao dispositivo de menores ou os da prisão de uma grande quantidade de toxicodependentes, são igualmente os da multiplicação de projectos de intervenção comunitária nos “bairros degradados”, da criação de inúmeros programas de apoio a situações e a grupos de emergência social e, já no início do novo milénio, da criação do Programa Escolhas de prevenção da delinquência juvenil e das medidas de redução de riscos e minimização de danos dirigidas a consumidores problemáticos de drogas afastados do sistema convencional de tratamento. Populações tão diversas como os sem-abrigo, os *junkies* de rua ou os jovens de bairros de periferia social passam a ser grupos-alvo das preocupações estatais de intervenção social, tanto ao nível central como local.

Capítulo II

**Das Ruas
para a Prisão:
a Cadeia Psicotrópica**

A partir dos anos 60 do século passado, operou-se em torno do fenómeno droga uma importante mudança de estatuto simbólico. Ele foi, num primeiro momento, identificado ao exotismo de certos grupos sociais e associado a posturas contraculturais; difundiu-se depois a partir destas elites, integrando a constelação de elementos expressivos que organizavam a experiência juvenil de certas subculturas; a partir destas, irradiaria para sectores mais vastos, primeiro ainda no interior do mundo juvenil e depois para outras faixas etárias, num movimento de democratização dos consumos e de banalização dos produtos psicoactivos ilegais. Certos tipos de usos ir-se-ão, então, progressivamente, fixando em zonas urbanas e peri-urbanas onde se vão instalando os pontos de comércio de retalho. É a crescente visibilidade social destes lugares e práticas, mediatizada através de narrativas de forte impacto emocional, que vai, ao nível do imaginário social, tecendo a droga como elemento central da produção de desordens, sob a forma de toxicodependências graves, de mercados proliferando no lado relegado da urbe, da ligação à criminalidade de rua e a actores da errância urbana.

Esta mudança de estatuto dá-se, em Portugal, entre os anos 70 e 80. A repetição insistente da perigosidade encarnada pelo novo *folk devil*, encenada com grande regularidade pelos meios de comunicação, reclamaria a reposição da ordem pública que a desordem psicotrópica tinha vindo perturbar. O Estado cria organismos específicos para a nova tarefa do “combate à droga”, organizando-os a partir de dois eixos estruturantes: o medico-psicológico, procurando uma resposta para uma epidemia de toxicodependência que autoridades várias, ao longo dos anos 80, estimavam afectar cerca de 100 000 indivíduos²⁹; e o jurídico-penal, que se encarregaria do combate à oferta e da repressão às práticas em torno das drogas.

²⁹ Estes números não se baseavam em nenhum suporte empírico consistente, para além de indicadores indirectos como o do número de primeiras consultas em centros especializados. Só nos anos 90 haverá investigações que estimam consumos em amostras nacionais, primeiro em meio escolar e só já no início do novo milénio na população geral. O discurso das autoridades da época deve, pois, ser tomado como sinal do “alarme social” causado pela “nova praga”, “flagelo social” que alastrava na sociedade portuguesa. Trata-se dum fenómeno de pânico moral que legitimaria a perseguição policial e penal e sobre o qual ainda está por produzir-se o necessário recuo crítico.

Os dispositivos de controle social formal unir-se-iam no combate:

- a polícia nas ruas, familiarizando-nos com rusgas que mobilizavam grande quantidade de meios nos “bairros da droga”. O novo papel da polícia fica bem evidenciado nas estatísticas: Jorge Quintas (2006) refere que, até 1978, os crimes relacionados com drogas eram praticamente residuais nas estatísticas policiais, disparando a partir daí até à promulgação da lei de 2001³⁰;
- a produção legislativa, que procuraria no reforço das sanções penais o instrumento capaz de dissuadir e de castigar; são a este respeito instrumentos relevantes os decretos-lei de 83 (Decreto-Lei n.º 430/83) e de 93 (Decreto-Lei n.º 15/93), bem como o de 2000 (Lei 30/2000), que, ao despenalizar o consumo, vai de certo modo ao arrepio daqueles;
- a prisão, instrumento de defesa social contra a perigosidade dos agentes do tráfico e dos consumidores que não se dispunham a deter a sua conduta criminosa. Sobre esta, vimos já no capítulo anterior como também assume protagonismo no “combate à droga”, multiplicando em poucos anos por duas vezes e meia o número de detidos.

Podemos, portanto, dizer que a droga chegou à prisão. Detalhemos os pormenores desta chegada, de modo a tornarmos clara a relevância social de investigações como aquela de cujos resultados aqui daremos conta.

II-1. Leis de Controle das Drogas: o Endurecimento dos Anos 90

A produção legislativa e a acção dos tribunais a respeito das drogas ilegais e dos seus actores sociais teve nos anos 90 a década que materializou, em Portugal, o clima da *war on drugs* que os EUA, desde os anos 70, vinham proclamando na cena internacional.

A lei das drogas de 1993 situa o tráfico no mesmo plano da associação criminosa e do terrorismo e faculta, para fins de investigação criminal, meios de obtenção da prova que revestem carácter excepcional (figura do arrependido, delação, agente infiltrado ou agente provocador...). É relevante, para compreendermos a grande subida das taxas de encarceramento, o facto de, nos crimes de tráfico, o juiz ter de justificar a não aplicação da prisão preventiva, invertendo assim o seu carác-

³⁰ “Globalmente, pode-se observar que nos 28 anos decorridos [entre 1978 e 2005] 163 089 pessoas foram classificadas como presumíveis infractores, o que corresponde a uma média de 5825 pessoas por ano. Nota-se, contudo, ao longo dos anos, uma tendência para um aumento regular no número de infractores que só teve uma quebra com a descriminalização do consumo. Assim, nos últimos anos de vigência da lei de 1970, a polícia regista como presumíveis infractores cerca de mil pessoas ano, valor que triplica na abrangência da lei de 1983 e que volta a triplicar no período de vigência da lei de 1993. O aumento mais significativo do número de presumíveis infractores dá-se precisamente na segunda metade da década de 90, chegando a ultrapassar 14 mil presumíveis infractores no ano 2000. Com a descriminalização do consumo, e já tendo em conta os processos contra-ordenacionais (2001 a 2005), o número total de presumíveis infractores registados pelas polícias diminui, estabilizando entre 11 e 12 mil pessoas por ano.” (Quintas, 2006)

ter excepcional e de último recurso. Manuela Ivone Cunha (2002) salienta o simbolismo desta vontade de punir:

“Destaco, ainda, a criação do crime específico de «associação criminosa» relativo ao tráfico, ou seja, diferenciado do crime de mesma designação na lei penal geral: enquanto a participação nas associações criminosas previstas no Código Penal é punível com penas compreendidas entre 1 e 8 anos de prisão, o envolvimento nas mesmas, mas ligadas ao tráfico (previstas em sede da lei da droga), incorre em penas entre 5 e 20 anos. Tal crime no quadro do tráfico é, de resto, sancionado com penas mais duras do que as destinadas, no Código Penal, às organizações terroristas (e, não resisto a acrescentar, dada a sua sugestividade e valor simbólico, aos atentados contra o Presidente da República). Esta referência é especialmente relevante já que uma inovação da recente lei da droga é precisamente a completa equiparação, para efeitos processuais, de situações de tráfico de droga a «casos de terrorismo, criminalidade violenta ou altamente organizada» (n.º 1 do art. 51.º).”

Notar que a nossa lei é apenas a tradução do estabelecido no convénio da ONU de 88, conhecido como Convenção de Viena, que declarava “guerra total às drogas”³¹. Este desígnio, adoptado também em Portugal na prática dos tribunais, traduzia um reclamar, no discurso social, do recurso à prisão. E a prova de tal severidade é dada pela amnistia de 99, que deixará de fora os crimes de tráfico.

É neste clima de guerra à droga que devemos situar o aumento significativo do recurso à prisão, sem que se lhe possa fazer corresponder objectivamente um aumento equivalente da criminalidade. Sublinhemos também que nos limitávamos apenas, a nível interno, a participar dum fenómeno internacional: Loïc Wacquant (2000) ou Lúcia Karam (2005) mostram a mesma tendência, aliás de contornos bem mais acentuados, respectivamente para os EUA e para o Brasil³².

Eduardo Maia Costa (1998) faz idêntica leitura, tecendo duras críticas ao modo como o direito aborda a questão – tanto mais agudas quanto vêm de alguém que integra um órgão superior do dispositivo da justiça. Começa por salientar o facto da lei da droga não estar incluída no Código Penal. É objecto dum tratamento à parte, assente numa “concepção autoritária, na convicção de que a ameaça das penas e a maximização da intervenção penal resolverão o problema da droga”.

³¹ A história do proibicionismo tem o comprimento do século XX. Mais próximo de nós, são relevantes as etapas marcadas pela Convenção Única sobre estupefacientes de 1961, que revogou as convenções anteriores e foi revista através de um protocolo de 1972; o Convénio sobre substâncias psicotrópicas de 1971; e a Convenção das Nações Unidas contra o tráfico ilícito de estupefacientes e substâncias psicotrópicas de 1988 (Convenção de Viena).

³² Loïc Wacquant (2008) fornece os seguintes números para o encarceramento por infracção às leis da droga nos EUA: entre 1980 e 1997 passa-se de 4 para 46 reclusos por 100 mil habitantes; para o mesmo período e analisando o Estado da Califórnia, mostra como, em menos de 20 anos, se passou de 1000 entrados para cerca de 15 000; sublinha que, no mesmo período, os indicadores de consumo de drogas não mostram tendência para o aumento. Conclui que “se torna claro que, desde meados da década de 80 a infracção à legislação sobre os estupefacientes, tornou-se o primeiro motivo de encarceramento, na Califórnia, como nos outros Estados líderes de encarceramento de massas.”

Mais do que isso, o autor fala numa contradição estrutural entre o Código Penal e a Lei da Droga que vem já desde os diplomas de 1983 e que se vê agravada com os diplomas legislativos de 1993 e de 1996 sobre as drogas. Tal contradição decorre do facto de o Código Penal adoptar o modelo do “direito penal mínimo”, procurando reduzir ao mínimo a intervenção penal, enquanto a lei da droga assenta numa lógica de intimidação, onde é evidente a preocupação de “tudo punir”. Para ilustrar esta tendência de extremo rigor penal, Maia Costa refere não só o notório agravamento das penas que a lei da droga de 1993 veio trazer para este tipo de delitos, mas também a forma como procede a uma listagem exaustiva de todo o tipo de práticas passíveis de sanção “não deixando brechas abertas na previsão punitiva”.

Ao comparar as sanções previstas na lei de 1993 para o crime de tráfico com as estabelecidas pelo Código Penal para a prática de homicídio, o autor converge com a leitura de Manuela Ivone Cunha afirmando:

“Note-se que a pena prevista para o crime de homicídio simples (consumado) é de 8 a 16 anos de prisão. Se se tratar de um homicídio tentado a pena será de 1 ano e 8 meses a 10 anos e 8 meses. Compare-se com a moldura penal de 4 a 12 anos do tráfico, pense-se sobretudo na hipótese de simples posse! (...)”

[Para crimes de tráfico agravado, a partir da Lei n. 45/96], a pena passou a ser de 5 anos e 4 meses a 16 anos de prisão. Ultrapassando completamente a moldura penal do homicídio tentado, a pena do tráfico agravado quase coincide com a de homicídio consumado, correspondendo à equiparação grosseira e demagógica entre traficante e homicida.” (Maia Costa, 1998)

Este agravamento das penas para os crimes relacionados com as drogas, somado à quase obrigatoriedade da aplicação da prisão preventiva para os casos de tráfico, são factores que Maia Costa apresenta como responsáveis pela escalada do número de reclusos que se verifica nos anos 90. Mas a estes factores acrescenta outros: o zelo com que os tribunais aplicam uma lei da droga já de si extremamente intimidatória e repressiva. Este zelo é ilustrado pela forma como apreciam a prova, acolhendo facilmente a versão das testemunhas de acusação, geralmente agentes da autoridade, ou valorizando “meras suspeitas ou ténues indícios”; no modo como acolhem e aceitam como “factos” descrições tão vagas e indeterminadas que pouco têm de factual; no modo como qualificam os factos e os encaixam nos diferentes tipos de crime, desvalorizando sistematicamente as atenuantes em detrimento da valorização das agravantes que alteram a medida da pena. Por último, o autor refere que também ao nível da escolha e aplicação das penas se constata por parte dos tribunais uma postura de intransigente severidade, sendo notória a opção sistemática pela pena de prisão e a relutância na aplicação das penas alternativas, mesmo no caso de indivíduos sem antecedentes criminais.

O autor conclui que esta austeridade legislativa não produziu qualquer impacto positivo, nem ao nível da circulação e consumo de drogas, nem ao nível do volume das apreensões que, apesar do reforço dos meios policiais disponíveis para

este fim, não revelaram qualquer progresso substancial. Sublinha a este propósito que, em 1996, quase 90% das apreensões se referiam ao pequeno tráfico, o que o leva a concluir que a acção policial atinge essencialmente o pequeno traficante-consumidor. Esta prática policial é em parte responsável pelo tipo de actor social que encontraremos nas prisões, cuja sociografia já detalhámos no capítulo anterior e à qual voltaremos adiante a propósito da amostra da presente investigação.

Entrando nas estatísticas judiciárias, refere que o número de condenados tem sofrido uma expansão contínua. “Em 1996, no universo das decisões proferidas, a percentagem de condenações é de 86%, a de absolvições de 10,9% (relativamente aos crimes previstos no Código Penal, as percentagens referentes ao mesmo ano de 1996 são de 54% e 13% respectivamente)”. Remata a sua análise constatando que com o endurecimento das medidas penais adoptadas ao longo dos últimos anos: “a) a oferta não foi reduzida; b) o consumo aumentou; c) agravou-se a situação da saúde pública; d) deteriorou-se o sistema prisional; e) perseguem-se os consumidores e não os autênticos traficantes.” (Maia Costa, 1998)

Limitar-nos-emos a acrescentar que, através duma via completamente distinta, também nós poderíamos subscrever a ineficácia do controle penal das drogas: ao longo dos vários trabalhos etnográficos que fomos realizando ou dirigindo durante toda a década de 90 no Porto, constatámos que os principais territórios psicotrópicos não deram sinais de diminuir a sua actividade, que o policiamento intensivo destes territórios não diminuiu a oferta de substâncias psicoactivas, limitando-se apenas a fazê-las deslocar de zona em zona, numa espécie de carrossel que regressa sempre ao ponto inicial, e que as condições em que decorriam os consumos se pautavam crescentemente por práticas de maior risco, agravando as condições sanitárias dos toxicodependentes que frequentavam estas zonas. Mais uma vez, a prisão não é diferente da vida cá fora: também nela a situação dos reclusos, em particular dos que tinham relações problemáticas com as drogas, se agravará. A isso dedicaremos a análise a partir de agora.

II-2. A Falência dos Hetero-controles

Estes dados obrigam-nos a analisar e reflectir sobre o impacto que o fenómeno das drogas teve no contexto prisional, sobretudo a partir dos anos 90. De facto, quase todos os relatórios oficiais e trabalhos científicos que consultamos a propósito da evolução do sistema prisional nas últimas duas décadas, dão suporte à ideia de que os “crimes relativos a estupefacientes” vieram encher as prisões e alterar substancialmente o panorama prisional português, como aliás já vinha acontecendo no resto da Europa.

Por exemplo, Manuela Ivone Cunha, ao retomar a prisão de Tires como objecto de estudo 10 anos após a sua primeira incursão neste universo, elege o narcotráfico como “fio condutor”, “eixo estruturante” do seu trabalho, “uma vez que foi na sua órbita que se geraram as principais metamorfoses na cadeia” (Cunha, 2002). Do mesmo modo, o relatório final do grupo de trabalho criado em 2006,

por despacho conjunto dos Ministros da Justiça e da Saúde com a missão de apresentar propostas para a implementação de um Plano de Acção Nacional para Combate à Propagação de Doenças Infecciosas em Meio Prisional, referia que:

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

Com efeito, é consensualmente aceite que os elementos atrás focados que marcaram o panorama prisional ao longo das duas últimas décadas – o crescimento progressivo da população carcerária, a sobrelotação, o aumento da percentagem de reclusos preventivos, o reforço das penas de média e longa duração, o aumento do tempo de permanência dos reclusos no sistema prisional – se encontram estreitamente interligados entre si e fortemente relacionados com a questão das drogas e com a sua crescente presença no contexto prisional. Dito doutro modo, o que o “problema da droga” nos revela é uma dupla falência: do auto-controle de quem com elas cria um relacionamento regular e intenso e do hetero-controle que foi sendo erigido em função de tal “problema”³³.

A evolução legislativa em Portugal, desde o 420/70 ao Decreto-Lei de Junho de 2001 que regulamenta a redução de riscos e despenaliza o consumo, é bem demonstrativa da ambivalência moral na concepção do toxicodependente, ora submetendo-o ao determinismo da delinquência, ora ao da doença (Maia Costa, 2001)³⁴. Se a ganza ou o ácido das culturas juvenis foram fugazes, se a cannabis das escolas secundárias nunca tomou proporções alarmantes, não sendo mais do que o terreno da intervenção *soft* dos técnicos da prevenção, já a escalada da heroína e as novas associações produzidas pelo *junkie* (delinquência urbana, insegurança, arrumadores, errância, mercados em bairros, saturação prisional, sem-abrigo, doenças infecciosas, novas formas de pobreza...) põem radicalmente em causa um dispositivo assistencial montado em função do racional clínico. E este, resistindo muito tempo a ser avaliado, não conseguia conviver eficazmente com os seus clientes, raramente abstinentes em terapias que exigiam o *drug-free*, faltosos, *drop-outers* e sempre a recair.³⁵

³³ Tomamos aqui a expressão “problema da droga” no sentido em que a definimos na nota 24.

³⁴ Em 70, com Marcelo Caetano, ele é ameaçador, anti-social e a sociedade tem de defender-se – racionalidade da defesa social; em 76, na fase revolucionária, reconhece-se que é doente e a par da repressão ao tráfico, cria-se o dispositivo preventivo e de tratamento; em 83, retorna a perigosidade e o controle duro, secundarizando-se o plano terapêutico, que inclui a possibilidade de tratamento compulsivo – “Se não te tratas, tratamos nós de ti” (Maia Costa, 2001).

³⁵ Alguns especialistas foram, entretanto, chamando a atenção para a fraca capacidade de atracção das estruturas de tratamento face a *junkies* com estilos de vida muito longe da lógica institucional que lhes era proposta. As políticas de redução de riscos e minimização de danos, em Portugal como em muitos outros países, seriam a principal resposta à crise das abordagens institucionais centradas no racional clínico.

Rómulo Mateus (2003) analisa o trajecto que leva o consumidor problemático incapaz de conter os seus consumos até à prisão, mostrando como nem o dispositivo terapêutico nem o jurídico-penal conseguem intervir eficazmente nesta escalada:

“O «consumidor problemático de drogas» é normalmente alguém referenciado pelas polícias locais e normalmente apontado como suspeito do pequeno furto e do pequeno roubo, que tanto alarme social causam e que quase diariamente se repete. A este tipo de agentes do crime, dedicam as polícias especial atenção e o consumidor problemático acaba por ser apresentado ao tribunal local, sob detenção, sempre que é surpreendido em flagrante delito ou sempre que se reúnem indícios contra ele, suficientes para se ordenar a sua detenção por mandado judicial. (...)

Nos diversos processos que vai «coleccionando», vai percorrendo uma escala sucessivamente agravada das medidas de coacção. Iguamente não se lhe aplica, nem ele o procura consistentemente um programa sério de tratamento de toxicod dependência. Trata-se de um percurso que por vezes demora meses a chegar ao seu termo (...).

Este cidadão verá todos os processos penais que tem contra si pendentes, e que por razões várias ainda não foram julgados, serem sucessivamente levados a julgamento.

A soma material das pequenas penas de prisão que se aplicam por cada crime ou conjunto de crimes considerados provados em cada processo julgado, levarão este cidadão a enfrentar, súbita e inesperadamente para si, uma pena de 6, 8 ou mais anos de prisão. (...)

O que se evidencia deste percurso é uma incapacidade de o próprio consumidor problemático conseguir conter o consumo de drogas em níveis que não o levem a conflitar com a legalidade; a ausência de políticas de saúde públicas suficientemente próximas do caso concreto que interrompam a trajectória de risco; e a ineficácia dos sucessivos alertas judiciais (medidas de coacção) que vão antecedendo, quer a prisão preventiva, quer uma condenação por uma pena unitária seguramente pesada.”

Falência, portanto, dos auto e dos hetero-controles. Carlos Poiares, no seu trabalho de desocultação do racional penal aplicado ao fenómeno droga, traduz tal falência nestes termos:

“(...) A droga funcionou como o elemento desestruturador e perturbador das arquitecturas do Jurídico e do Saber. (...) Na verdade, a frequência com que os toxicod dependentes realizam o périplo dos hospitais, comunidades terapêuticas e prisões, a uns e a outros retornando, cedo ou tarde, num envio-reenvio interinstitucional, comprova a ausência de meios adequados de reacção”. (Poiares, 2001)

As novas exigências impostas pelo regime legal que acabámos de analisar conduziriam muitos destes indivíduos à prisão – e se a relação que mantinham com o sistema terapêutico já se revelara problemática, não seria de esperar que passasse a ser fácil no novo contexto em que iam dando entrada.

II-2.1. Toxicodependentes: a Chegada à Prisão

Depois do quadro geral traçado atrás, tornam-se agora mais claras as razões dos números constatados pelo Provedor de Justiça no seu relatório de 2003: apesar de questionar a fiabilidade dos dados recolhidos através do questionário que serviu de base a esse relatório, aponta para 2002 uma percentagem de 55% de crimes com motivação ligada à toxicodependência – valor francamente superior ao indicado nas estatísticas oficiais da DGSP ou do INE.

Também os trabalhos científicos produzidos em torno da temática das drogas e da prisão, consideram que parte substancial dos crimes registados como “crimes contra o património” ou até mesmo como “crimes contra pessoas” se encontram relacionados com as drogas, uma vez que são praticados por toxicodependentes com o propósito de adquirir meios que lhes permitam sustentar os consumos. No inquérito que conduziram em 2001, junto de uma amostra representativa da população prisional portuguesa, Anália Torres e Maria do Carmo Gomes, constataram que as situações de detenção directa e indirectamente relacionadas com as drogas assumiam um claro predomínio, abrangendo cerca de 73% das situações de detenção. “Deste conjunto, 50,3% estiveram directamente associadas às drogas (tráfico e/ou consumo) e 22,6% foram indirectamente relacionadas com estas, sendo possível encontrar nesta última categoria crimes diversos que vão desde o furto ou roubo, ao homicídio ou ao assalto à mão armada”.

Já vimos atrás como a presença do denominado traficante-consumidor é predominante e já salientamos como esta figura é proveniente, em geral, de periferias socio-espaciais desqualificadas. Acrescentaremos agora que a sua presença maciça na prisão não é indesligável das práticas policiais de “combate à droga”. Jorge Quintas (2006) mostra como o trabalho da polícia assenta sobre um certo tipo de selectividade dos alvos:

“Os efeitos desta actividade selectiva conduzem, habitualmente, à detenção dos mais vulneráveis à intervenção policial. Cavarlay (1999) verifica que, em França, a perseguição dos consumos resulta na acção sobre uma população específica socialmente excluída. No mesmo sentido, Cauchie e Devresse (2001) referem que, na Bélgica, o processo de selecção policial, sustentado pela necessária proactividade na gestão de infracções sem vítimas identificadas, produz uma população alvo de consumidores de drogas, cujos traços característicos são marcados pela precaridade. Boekhout Van Solinge (1995) sublinha, a propósito da actuação policial sobre os consumidores de cannabis, em França, que diversos factores influenciam a actuação dos agentes de polícia, dependendo do lugar de intersecção da pessoa, da sua maneira de responder, do seu aspecto, da sua cor de pele, etc. (...) Barré (1994), nos seus trabalhos sobre a ligação entre a toxicodependência e a delinquência, observa uma grande margem de manobra policial que lhe permite falar de uma instrumentalização do consumidor de drogas ao serviço da repressão da venda e do tráfico de drogas, mas também de controlo de uma certa marginalidade. O consumidor detectado pela polícia é um produto complexo de práticas profissionais que obedecem largamente a imperativos de outra ordem que não o mero controlo do consumo de drogas.”

Já no final dos anos 90 constatávamos, através da nossa investigação etnográfica, como certos “bairros sociais degradados” eram territórios acossados, vivendo sob mira constante da polícia (Fernandes, 1998). Mais recentemente, constatávamos também como o tema do “combate ao tráfico” pode servir como argumento para operações de deslocação de populações marginalizadas (Fernandes e Pinto, 2004). Em ambos os casos estamos a falar de territórios onde o mercado das drogas é de retalho, movido por pequenos *dealers* muitas vezes também dependentes de drogas duras que acabam por ser o contingente que vemos depois encher os estabelecimentos prisionais.

Diríamos, de resto, que a selectividade policial se manifesta também a propósito de outros actores que, num olhar apriorístico, são identificados com margem e desordem: em trabalho recente (Fernandes e Pinto, 2008) mostrámos como o *guna*, figura juvenil suburbana conotada com a ameaça e o delito, se auto-percepção como alvo preferencial das acções de vigilância policial, mesmo que só esteja em vulgares rotinas de ocupação do tempo livre nos espaços frequentados da cidade.

Manuela Ivone Cunha (2002), recorrendo à síntese bibliográfica internacional sobre os vários níveis dos mercados das drogas, mostra como não estão organizados segundo uma estrutura piramidal hierárquica que nos permitisse, a partir da base, irmo-nos aproximando do topo. A estrutura estaria melhor metaforizada com a imagem do rizoma, em que se torna praticamente impossível seguir fios da meada – daí ter recorrido à imagem do “crime desorganizado”. Perante este cenário, é de prever que as práticas policiais selectivas a que Quintas se referia se tornem inconsequentes, não permitindo fazer grandes progressões para o *up level dealing*. Dito de outro modo, a prisão acaba por reter apenas os pequenos comerciantes e os consumidores – estamos, portanto, num trajecto entre o bairro e a prisão, para recorrermos ao título da obra já várias vezes citada de Manuela Ivone Cunha.

II-2.2. Alguns Retratos

Os três retratos seguintes, que extraímos dos dados qualitativos recolhidos a propósito dos sujeitos do nosso inquérito AGIS, são bem exemplificativos do tipo de actor social que uma convergência entre leis da droga, práticas policiais e aplicação das sentenças, materializando em Portugal um cenário internacional de “combate à droga”, conduziu ao encarceramento:

X. tem 23 anos, é natural dum bairro de habitação social do Porto. O pai é restaurador de móveis, a mãe empregada doméstica e o irmão ajudante de cozinha. Os pais são divorciados, ele vive com a mãe e o irmão vive com o pai.

Quando era mais novo, o pai consumia heroína mas nunca à sua frente. Nenhum dos restantes membros da família teve alguma vez problemas com a justiça.

O percurso escolar do X. foi tumultuoso: logo a partir da segunda classe começa a faltar à escola e a causar distúrbios. É institucionalizado e passa por vários colégios dos quais sempre conseguiu fugir.

Aos 14 anos inicia-se na heroína. Primeiro os consumos são descontinuados, mas quando consome fá-lo em grandes quantidades. A heroína é quase sempre para ajudar a acalmar a “branca”, os ácidos e as pastilhas que consome nas festas.

Quando começa a consumir diariamente diz que preferia fazê-lo sozinho em casa, daí que nunca tenha tido o hábito de partilhar material. Já teve consumos injectados mas nunca com regularidade.

Aos 16 anos é detido em Custóias pela primeira vez durante cerca de 5 meses. Nesta altura dá-se a mudança na legislação que define que os jovens até 21 anos podem permanecer em centros educativos e o X. é transferido para um centro educativo, onde permanece até aos 19 anos. Foi detido por roubos, tráfico e condução ilegal.

No momento da entrevista estava detido há apenas 15 dias. Tem duas penas de um ano cada para cumprir, mas ainda tem processos pendentes.

Iniciou o tratamento de substituição fora do EP. Durante uma rusga ao bairro é apanhado com haxixe e levado à Comissão para a Dissuasão da Toxicodependência. Conta à técnica que tem um problema com heroína e cocaína e, segundo ele, esta sugere-lhe que entre para um programa de metadona e remete-o para o CAT de Cedofeita.

Y., 41 anos, cresceu no seio de uma família numerosa que enfrentava muitas dificuldades económicas. Abandonou a escola muito cedo e começou a trabalhar na construção civil.

Na primeira metade dos anos 80, então com 18 anos, foi detido por crime de roubo.

Consome haxixe desde os 11/12 anos – e mesmo hoje consome sempre que tem.

Ainda nos anos 80 volta a ser detido por crime de roubo. Esteve cinco anos no E. P. de Paços de Ferreira, onde começa a consumir heroína. Sai em liberdade no início dos anos 90 e consegue trabalho numa empresa multinacional. É despedido, diz, por ter registo criminal.

“A prisão muda-nos”, revela, “quando estamos presos, chegamos cá fora e sabemos que o mundo é outro”.

É preso por tráfico de estupefacientes em 1996 e novamente em 2001, cumprindo pena até hoje. Conta 15 anos passados na prisão.

Y. foi arrumador de carros e consumia heroína numa base diária. Tem hepatite C e é seropositivo. “Fui infectado com uma seringa”, conta. Não quer fazer tratamento porque diz que “está tudo adormecido”.

Decidiu iniciar o tratamento com metadona para ter direito ao RSI, a um quarto e a alimentação. Quando vivia na rua, pedia comida nos restaurantes. Diz que não quer cair numa valeta, mas sabe que quando sair volta para a rua. Não tem ninguém, nenhuma retaguarda. Diz que só lhe resta voltar a arrumar carros e pedir para comer.

Z., 28 anos, órfão de pai desde cedo, desistiu da escola com 14 anos e começou a trabalhar na construção civil. Nunca gostou de estudar e na infância os dias eram passados na rua – o bairro era a sua casa. Cresceu num bairro de habitação

social do Porto onde vivia com o padrasto e com a mãe. Diz que o pai abandonou a mãe quando esta se encontrava grávida. O padrasto era traficante e consumidor, pelo que cresceu com este modelo.

Z. foi preso por crime de roubo, assaltos à mão armada em grupo em ourivesarias, bombas de gasolina e outros.

A acumulação de penas constantes nos 49 processos que lhe foram imputados deu 19 anos de sentença. Até hoje cumpriu 9 anos e 8 meses. Entrou para a prisão com 17 anos, estávamos em 1995. Nesta altura, refere, “injectavam com canetas”. Tinha 17 anos e era o único menor na prisão. Segundo as suas próprias palavras “aquilo era muito pesado na altura, vi gajos com as tripas de fora. Agora é um infantário, é só miúdos”.

Na escola andava sempre com um grupo em que eram todos consumidores. O ciclo roubar – comprar produto – consumir – roubar repetia-se todos os dias.

X., Y. e Z. materializam, em trajectórias individuais e concretas, todo um processo que fomos caracterizando nas páginas anteriores. Servir-nos-ão também à tarefa a que nos propomos a partir de agora: a de dar conta de como lidou o sistema penitenciário com um recluso que manifestava necessidades de cuidados de saúde com que até aí o sistema ainda não estava confrontado.

II-3. Saúde e Prisões

No início dos anos 90, o tema da prisão aparecerá com crescente frequência como alvo de atenção entre os especialistas do fenómeno droga. Se, em meio livre, dava origem a novas preocupações – claramente dominadas pelo avanço da epidemia do VIH entre os consumidores por via intravenosa, mas também a escalada das hepatites e da tuberculose –, a presença das substâncias psicoactivas ilegais no interior das cadeias abriria um novo espaço a reclamar intervenção especializada.³⁶

Mas não é preciso esperar pela epidemia das doenças infecciosas para ver a metadona surgir no interior das prisões. Recuemos ao ano de 1977: o então Centro de Estudos de Profilaxia da Droga do Norte, que juntamente com o do Centro e o do Sul constituía a ainda incipiente rede de tratamento, inaugura a utilização da metadona como instrumento na clínica das toxicodependências. Esta novidade correspondia à importação da experiência dos Estados Unidos da América, uma década antes, no tratamento de heroíno-dependentes. Eduíno Lopes, director do CEPD Norte, capitalizava assim a experiência adquirida em Boston, num dos primeiros centros que puseram em prática este, à época, novo método nos cuidados

³⁶ As preocupações em torno do fenómeno droga não se limitavam ao campo da saúde pública. O protagonismo concedido aos “bairros das drogas” representados como os novos cenários do afundamento da ordem nas grandes cidades e a insistência mediática no aumento da criminalidade de rua colocariam o “drogado” no centro das figuras da ameaça; este, por sua vez, inaugurava com os anos 90 uma nova modalidade de apresentação pública, sob a forma de arrumador, que representaria uma interface com o cidadão médio potenciadora das imagens que associavam droga a desordem e a marginalidade.

prestados aos heroinodependentes. O Porto seria assim, durante cerca de quinze anos, o único local em que se utilizava a metadona em Portugal, numa originalidade que estava longe de ser pacífica num tempo em que apenas eram admissíveis as terapias livres de drogas – coisa coerente, de resto, com a tónica do discurso dominante, que afirmava o objectivo duma “sociedade livre de drogas”.³⁷

Foi neste contexto de excepção que se deu a primeira entrada da metadona nas prisões: entre 1979 e meados dos anos 80, técnicos do CEPD Norte deslocavam-se aos EP de Custóias e de Paços de Ferreira, dando continuidade à substituição opiácea em reclusos que já eram seus utentes quando em meio livre e realizando algumas desintoxicações a toxicodependentes aí detidos. Por falta de suporte ao nível das estruturas decisórias do dispositivo da droga, esta iniciativa acaba por ser interrompida em meados dos anos 80.³⁸

Jorge Barbosa (2006) propõe uma periodização da redução de riscos em Portugal, considerando que a primeira fase, que denomina “clandestina”, se situa entre 1977 e 1992. A esta seguir-se-iam a experimental (1993-1998), a da legitimação política (1999-2001) e a da estagnação política (a partir de 2002). A terapia com metadona do CEPD Norte seria o grande marco da fase clandestina da redução de riscos. No entanto, se interpretamos bem o seu fundador e mentor, ela era concebida como um instrumento clínico, ao serviço da relação terapêutica e tendo sempre a abstinência e a “cura” como meta, não sendo concebida como um programa com a filosofia da redução de riscos.³⁹

Porém, a manutenção prolongada, muitas vezes sem fim à vista, duma parte considerável dos utentes no programa acabava por fazer dela, na prática, uma medida de redução de riscos. Isso mesmo depreendemos do discurso do então director do CEPD Norte quando, fazendo agora um balanço à distância, destaca os benefícios da substituição opiácea com metadona ao nível da integração laboral em muitos indivíduos que, na prática, não abandonavam nem a metadona nem outros produtos psicotrópicos, bem como ao nível da protecção no contágio de doenças infecciosas.⁴⁰

³⁷ Haveria também experiências pontuais, por volta de 1990, no Algarve e em Leiria. O CAT do Algarve conseguiu autorização para ter metadona disponível, invocando-se como motivo ser procurado com frequência por turistas estrangeiros que seguiam programas de metadona nos seus países. O Enfermeiro António Malta, vindo da equipa do Porto, possuía já experiência na utilização de metadona, o que facilitaria a sua implementação. Aos poucos, seria mesmo utilizada em alguns dos utentes naturais da região.

³⁸ Baseamo-nos na entrevista efectuada, durante a recolha de dados deste projecto, com Eduíno Lopes, em 17 de Abril de 2008.

³⁹ Ver nota de rodapé anterior.

⁴⁰ Eduíno Lopes estabelecia o paralelo entre a metadona e os analgésicos, por um lado, e entre ela e a insulina, por outro. Com o primeiro paralelo significava a possibilidade que a metadona abria na relação – porque ninguém se relaciona dum modo positivo se não lhe suprimirmos primeiro o mal-estar físico; com o segundo paralelo reconhecia que a meta da abstinência nem sempre é realista e, nesses casos, é preferível ler a toxicoddependência a partir do modelo da doença crónica. Acrescente-se que a metadona era assimilada a uma proposta de intervenção de inspiração psicanalítica, como potenciadora duma primeira relação de objecto completa – a metadona, elemento que representava o “bom seio”, segundo a teoria de Melanie Klein que inspirava Eduíno Lopes.

Os anos 90 assistiriam ao arranque, lento e difícil primeiro, legitimado politicamente já no fim da década, das medidas de redução de riscos e minimização de danos (cf. Jorge Barbosa, 2006). Isso não se reflectiria, no entanto, no interior do sistema prisional, que, face à contínua entrada de dependentes de drogas, procuraria nos modelos tradicionais de tratamento resposta para a nova situação.

Tomaremos o texto de Adelino Vale Ferreira, Margarida Nunes Vicente e Raúl Melo (1994) como ilustrativo do ponto da situação nos primeiros anos da década de 90. Os autores confirmam a estimativa oficiosa que apontava para 60% o número dos reclusos condenados com problemas de drogas. Consideram que, ao nível político, as medidas não eram ainda suficientes em meio prisional (estávamos no tempo das 30 medidas do Projecto Vida). Era já constatado o impacto do recluso consumidor de drogas sobre o sistema prisional. A leitura sobre as razões deste impacto gira em torno das características de funcionamento imputadas ao toxicodependente: manipulador, habituado a tornear regras, a pedir e a exigir...

“A instabilidade assim gerada tende a reflectir-se a todos os níveis, desde as pequenas picardias com o corpo de guardas até à pressão constante sobre os serviços de educação e o instituto de reinserção social no sentido de pequenos privilégios, pareceres abonatórios, e pedido de ajuda dos mais diversos tipos. Mas é sobre nos serviços clínicos que essa pressão ganha aspectos caricatos.”

A resposta do sistema, segundo os autores, assenta na medicalização do conflito, de modo a manter sob controle o potencial de agressividade:

“A contenção assim conseguida vai ao encontro do desejo da própria instituição prisional de reduzir a instabilidade/agressividade intra-muros, especialmente quando se confronta com problemas como os de super-lotação das instalações ou da saturação dos seus técnicos. Ficam assim criadas condições para que a medicação em meio prisional passe a funcionar, não como uma resposta terapêutica real, mas antes como uma forma de gestão dos conflitos internos, quer institucionais quer individuais.”⁴¹

Eis-nos, portanto, já no início dos anos 90, perante a gestão do conflito social a que aludíamos no final do capítulo anterior: se a metadona funciona como um apaziguador perante a desestabilização que o toxicodependente veio trazer à cadeia, os fármacos de uso corrente na prática psiquiátrica parecem ter sido os seus antecessores nessa função.

⁴¹ É curioso este constatar das funções da medicalização do toxicodependente quando a nossa análise incide sobre uma instituição exterior à da nossa prática profissional. É que, vista por sua vez do exterior, também a instituição clínica medicalizou o toxicodependente – o que não deve espantar-nos, por duas ordens de razões: porque a medicalização é a prática central da biomedicina desde os começos da “medicina científica” e porque o “problema da droga” tem como uma das suas determinantes históricas a fuga dos psicotrópicos aos contextos clínicos em que iam sendo sucessivamente experimentados.

Ao nível institucional, referem a quase incompatibilidade entre as exigências dum programa de saúde e as regras da prisão. O Projecto Prisões, objecto do artigo dos autores, desenvolve-se então entre 90 e 93, mas não aparece ainda nas suas linhas interventivas a terapia de substituição. É uma intervenção medico-psicológica em articulação com os serviços clínicos de cada EP, assumindo-se como desmedicalizada para evitar “o mercado de comprimidos”. Em vários momentos é sublinhada a dificuldade de articular respostas preventivas ou terapêuticas (estas concebidas como suporte aos indivíduos em privação ou aos que querem parar) com o funcionamento dos serviços prisionais – um tom de cepticismo perpassa nos comentários dos autores: “Até lá continuaremos a navegar entre a Saúde e a Justiça, com mais ou menos ondas, mais ou menos enjoo e, espera-se, sem naufrágio.”

Em 1997, não se fala ainda de terapias de substituição ou de redução de riscos. Maria Filomena Keating sintetiza e avalia o trabalho desenvolvido entre 1994 e 1996, a partir da elaboração e do início da implementação de um Plano de Apoio e Tratamento a reclusos toxicodependentes.

Motivar e apoiar para o tratamento, eis o objectivo. Depois dum diagnóstico, definiu-se “um modelo biopsicossocial de tratamento integrado”: níveis clínico, de reabilitação, de segurança redefinida em termos de intervenções terapêuticas, actividades físicas e desporto, reinserção social – integração, afinal, dos vários serviços já existentes dentro dos EP. Quanto à avaliação, são referidas vantagens para o pessoal (melhoria da comunicação entre os serviços, mudança de atitudes na comunicação entre técnicos) e para os detidos (redução de medicamentos psicotrópicos e das automutilações). Das palavras da autora deduz-se um cenário pouco favorável para atingir os objectivos do programa:

“Dada a gravidade do problema a enfrentar (as prisões assemelham-se, hoje, mais a hospitais do que a lugares de reclusão), deve-se atender a que a perspectiva tomada pelo Plano tem facetas irrealis: não existe uma estrutura nos serviços prisionais para implementar um Serviço de Saúde (como o pressuposto pelo Plano de Apoio e Tratamento a Toxicodependentes). Em consequência, tudo o que se fez está assente na improvisação e na boa vontade de técnicos e dirigentes locais.”

Em suma, em meados dos anos 90 a política interventiva dirigia-se exclusivamente aos tratamentos livres de drogas, não se vislumbrando capacidade de leitura do que já era nítido para muitos, e que conduziria pouco tempo depois à adopção de medidas de redução de riscos.

Tais medidas vêm a ser claramente enunciadas no Relatório da Comissão para a Estratégia Nacional de Luta contra a Droga, elaborado em 1998 a pedido do Ministério que tutelava as questões da toxicodependência. É nele efectuado um balanço do modo como os cuidados aos toxicodependentes eram organizados no nosso sistema prisional, salientando em 1992 a criação da “Ala G” (uma Comunidade Terapêutica) no EP de Lisboa e a criação subsequente de várias Alas Livres de Drogas; sublinhava também o protocolo de 1997 entre os Ministérios da Justiça e

da Saúde, que permitiria uma articulação com os Centros de Atendimento a Toxicodependentes de modo, entre outras coisas, a assegurar a continuidade em meio prisional dos tratamentos iniciados no exterior, nomeadamente as terapêuticas de substituição opiácea. Os especialistas da Comissão concluem, no entanto, que:

“Embora se tenha assistido nos últimos anos a progressos importantes no tratamento de toxicodependentes em meio prisional, a verdade é que se verifica ainda uma grande desadequação dos meios existentes às necessidades, com alguns Estabelecimentos Prisionais a não disporem mesmo de serviços de saúde.”

No que toca à redução de riscos e minimização de danos, a Comissão constata a necessidade da implementação de medidas, dada a “difusão, na população prisional, de doenças contagiosas como as hepatites B e C, a SIDA e a tuberculose”. A Comissão recomenda a realização sistemática de rastreios à entrada e o equacionar, com a devida prudência informada pelas experiências de outros países, da troca de seringas, desvalorizando o argumento de que funcionariam como armas, porque “afinal quem troca uma seringa é porque possui outra, provavelmente bem mais perigosa no que diz respeito ao potencial de contágio”.⁴²

O relatório da Comissão teria um impacto real na política das drogas, nomeadamente no que toca à regulamentação legal da redução de riscos e à despenalização do consumo (Decreto-Lei n.º 183/2001). Este impacto seria, no entanto, bem mais reduzido no sistema prisional. Jorge Barbosa (2006), na reconstituição das etapas que a redução de riscos conheceu em Portugal, di-lo explicitamente:

“É notória a indolência face às práticas de redução de danos em meio prisional. A proposta para a instalação experimental de troca de seringas ou programas de consumo asséptico no interior das prisões, apresentada durante o período da discussão pública da política de redução de danos, não foi sequer objecto de regulação no diploma em análise [Decreto-Lei n.º 183/2001]. Em suma, ficou por se fazer a redução de danos nas prisões. Uma atitude que traduz uma grande diferença entre o discurso político e a prática governativa.”

Em 2006 é publicado o Relatório do Grupo de Trabalho Justiça/Saúde, que produzirá resultados e recomendações a partir da visita a 25 EP do continente⁴³, nos quais se encontravam reclusos cerca de 10 000 reclusos correspondendo a 79% do total. Do seu diagnóstico sobre a saúde reiteram-se factos que já vimos atrás: a maioria dos indivíduos estão presos em relação com o fenómeno droga,

⁴² A polémica sobre a troca de seringas em meio prisional continuaria. Recentemente, o governo liderado por José Sócrates propôs o arranque de tais programas, que logo levantaria enormes resistências, relevando de entre elas a ameaça de greve por parte dos guardas prisionais. Mesmo assim, um programa experimental avançaria em 2007.

⁴³ Para uma síntese deste relatório cf. Nuno Miguel (2007) Plano de Acção Nacional para Combate à Propagação de Doenças Infecciosas em Meio Prisional. in *Toxicodependências*, Vol. 13, n.º 2, pp. 75-84.

têm associação a patologias infecciosas e mentais e é defendida, para um plano de acção, a mesma série de medidas de tratamento que poderiam ter em meio livre.

Mais uma vez, constatamos que a prisão se mostra em continuidade com os problemas vividos cá fora. Com efeito, os tratamentos baseados no modelo da abstinência, postos em prática nas alas livres de drogas, não apresentavam resultados satisfatórios: “Verificava-se, entretanto, que muitos dos toxicodependentes frequentemente abandonavam ou eram expulsos destas alas, ou não procuravam este tratamento, continuando a neles registar-se uma gradual deterioração física, psicológica e social e a eventual prática de comportamentos de risco”. (Grupo de trabalho Justiça/Saúde, 2006).

Estamos, também agora, confrontados com a falência dos hetero-controles. A metadona apareceria então como um expediente para contornar esta situação: “A instalação em três estabelecimentos prisionais (Lisboa, Porto e Tires), no ano de 1999, de programas de substituição opiácea (metadona) permitiu uma nova abordagem terapêutica, particularmente de reclusos em várias tentativas falhadas de tratamentos e com graves problemas de saúde”. No entanto, constatar-se-iam várias deficiências na implementação destes programas, desde a comissão de técnicos de avaliação que “deixou de reunir”, até à progressiva redução do número de técnicos e do número de reclusos abrangidos, “não parecendo que estejam suficientemente clarificados os critérios de admissão e alta nestes programas”. Como aspecto mais positivo salientam a colaboração entre os CAT e os EP, que permitiria “a continuidade de programas de substituição, com metadona e subutex, iniciados em liberdade nos CAT” que se generalizam a todos os EP.

Eis-nos, pois, chegados às terapias de substituição opiácea em meio prisional – altura, portanto, de entrarmos numa descrição mais detalhada do Projecto AGIS. Na secção I do capítulo I enunciámos já o objecto e os objectivos principais da investigação; detalharemos no capítulo seguinte a amostra, os aspectos metodológicos mais relevantes e os principais resultados.

Capítulo III

**Entre o Direito
ao Tratamento
e o Controle
Carcerário**

Retomemos o relatório que vínhamos a citar no final do capítulo anterior. Nos 25 EP analisados verificou-se que:

“(...) dos 4130 consumidores identificados, 808 (19,6%) encontravam-se em programas de tratamento. Destes, 233 reclusos frequentam programas centrados na abstinência, 131 estão em alas livres de droga, 49 em UART [Unidades de Apoio a Reclusos Toxicodependentes] (comunidade terapêutica) e 53 em programas de antagonistas, não separados dos restantes reclusos.

Dos 1260 reclusos que referiram consumir heroína, 575 (45,6%) encontram-se em tratamento de substituição, dos quais 548 com metadona e 27 com subutex.” (Grupo de Trabalho Justiça/Saúde, 2006).

Dos cerca de meio milhar de indivíduos em terapia de substituição opiácea, 86 fariam parte da nossa amostra. Por razões técnicas, consideraríamos para a análise dos resultados 81 destes 86. Resumiremos em seguida os procedimentos e a amostra.

III-1. Método

III-1.1. O Inquérito e a Equipa de Terreno

O Projecto europeu AGIS determinava a recolha de dados através da aplicação de dois questionários, realizada nos estabelecimentos prisionais seleccionados para o efeito em cada país. O instrumento foi construído pelos parceiros alemães (ver Anexo I e secção I do Cap. I), prevendo-se que, ao nível de cada um dos sete países, a amostra fosse de 50 reclusos e de 25 a 30 indivíduos do pessoal da prisão com contacto directo com os detidos. Em Portugal, alargáramos um pouco a amostra, tratando no final os dados referentes a 81 detidos e a 43 técnicos.

O inquérito AGIS foi aplicado pelos investigadores num contexto que procurou propiciar condições que diríamos próximas da entrevista semi-estruturada,

de modo a permitir maior riqueza dos dados. Cada entrevistador, no final da sua interação com cada indivíduo, produzia um registo de dados qualitativos que dessem conta dos aspectos que a interação havia proporcionado e que não tinham sido fixados pelo formalismo do questionário. Se a passagem deste estava estimada nos 40-45 minutos, houve no entanto encontros que ultrapassaram as duas horas, raramente se aplicando mais de dois inquéritos na mesma tarde.

A equipa de terreno foi constituída por seis técnicos, três no Porto e três em Lisboa. Houve previamente uma formação centrada nos aspectos metodológicos relacionados com o inquérito a aplicar e com a situação de entrevista, bem como em aspectos relacionados com o *setting* onde iria decorrer a recolha de dados e a problemática em causa: o “mundo prisional”, a toxicodependência, as terapias de substituição. Refira-se que praticamente todos os membros da equipa de terreno tinham já experiência prévia fosse no meio prisional, fosse nas questões do consumo problemático de drogas.

Em meados de 2007, o GAT obteve a necessária autorização da DGSP para a realização da pesquisa; contactámos então as direcções de cada estabelecimento. Estavam reunidas as condições para, nos meses de Julho e Agosto de 2007, levarmos a cabo a aplicação dos inquéritos. Seriam então enviados para o país líder do AGIS, a Alemanha, onde foram tratados em conjunto com os dos outros países e, em Março de 2008, seria produzido o relatório final. No entanto, os dados de cada país apareciam diluídos no conjunto, pelo que a coordenação portuguesa do AGIS decidiu fazer um tratamento dos dados relativos ao nosso país, de modo a detalhar a análise. Este trabalho decorreria a partir de Janeiro de 2008, conduzindo ao texto que agora se apresenta.

III-1.2. Amostra

III-1.2.1. Os Técnicos

O questionário dirigido aos técnicos foi aplicado a uma amostra de 43 indivíduos distribuídos por três estabelecimentos prisionais do seguinte modo:

Quadro 2 – Técnicos Inquiridos por Estabelecimento Prisional

Estabelecimentos Prisionais	N	%
EP do Linhó	13	30,2
EP de Sintra	12	27,9
EP do Porto (Custóias)	18	41,9
Total	43	100,0

Os dados de caracterização socio-demográfica recolhidos através do questionário, facultam-nos informação sobre o sexo, a idade, as habilitações académicas

e categoria profissional dos técnicos. O Quadro 3 revela-nos a distribuição por género e por grupo etário. É evidente a prevalência dos indivíduos do sexo masculino – que constituem quase $\frac{2}{3}$ da amostra – e da faixa etária entre os 25 e os 39 anos.

Quadro 3 – Técnicos Inquiridos por Sexo e Grupos Etários

Sexo	N	%
Masculino	28	65,1
Feminino	15	34,9
Total	43	100,0
Grupos Etários	N	%
25 a 39 anos	25	58,1
40 a 59 anos	16	37,2
60 e mais anos	2	4,7
Total	43	100,0

Procurámos que a amostra reflectisse as várias valências técnicas e respectivas categorias profissionais do pessoal que contacta directamente com os reclusos. O Quadro 4 mostra-nos que quase metade dos profissionais entrevistados possui habilitações académicas de nível superior o que se compreende se considerarmos que parte substancial da amostra (46,5%) é composta por técnicos da área da saúde (médicos e enfermeiros), da psicologia e técnicos de educação, ou seja, profissionais a quem este grau académico é exigido.

Quadro 4 – Técnicos Inquiridos por Habilitações Académicas e Categoria Profissional

Habilitações Académicas	N	%
3.º Ciclo do ensino básico	12	27,9
Ensino secundário	7	16,3
Ensino superior	21	48,8
Não especificado	3	7,0
Total	43	100,0
Categoria Profissional	N	%
Oficial administrativo	1	2,3
Guarda	20	46,5
Psicólogo	5	11,6
Enfermeiro	6	14,0
Médico	5	11,6
Técnico(a) Superior de Educação	4	9,3
Outro	2	4,7
Total	43	100,0

III-1.2.2. Os Reclusos

O questionário dirigido aos reclusos foi aplicado a uma amostra de 86 indivíduos distribuídos por três Estabelecimentos Prisionais do seguinte modo:

Quadro 5 – Reclusos Inquiridos por Estabelecimento Prisional

Estabelecimentos Prisionais	N	%
EP do Linhó	7	8,6
EP de Sintra	26	32,1
EP do Porto (Custóias)	53	59,3
Total	86	100,0

No Linhó, foram inquiridos 7 dos 10 indivíduos que se encontravam na altura em terapia de substituição (os três restantes não se voluntariaram); em Sintra, foram inquiridos 26 dos 50; em Custóias, foram-no 53 dos 129 que integravam o programa de substituição com metadona. Os indivíduos foram seleccionados a partir da lista fornecida pelos serviços clínicos de cada EP relativamente aos detidos que se encontravam em programas de substituição. De acordo com o projecto, metade deveriam ter iniciado a terapia de substituição antes da entrada para cumprir pena e a outra metade ter iniciado dentro do EP; no entanto, não conseguimos encontrar, no conjunto dos três EP, 40 pessoas que aí tivessem iniciado o tratamento⁴⁴, ficando-nos pelas 34 contra 47 que o iniciaram antes da vida prisional.

Embora tivéssemos procurado aleatorizar a amostra, o acesso aos reclusos foi condicionado pela vontade dos próprios em colaborar, bem como pela sua disponibilidade aquando das deslocações dos entrevistadores; na prática, foram por várias vezes os guardas prisionais a ir buscar os que se encontravam em cada momento mais disponíveis para colaborar.

Dos 86, foram retidos para análise os dados de 81 indivíduos. São, na maioria, de Custóias, pois, de acordo com a DGSP, era o EP com maior número de heroíndependentes em tratamento de substituição.

Os elementos de caracterização socio-demográfica que o questionário permitiu apurar dizem respeito unicamente à composição etária da população inquirida e às suas habilitações literárias. Ficaram assim por aferir variáveis como a situação ocupacional e profissional destes indivíduos, ou a sua proveniência geográfica e nacionalidade, que permitiriam completar e aprofundar o retrato social da amostra. Procurou-se colmatar esta lacuna através dos dados qualitativos recolhidos durante a administração do questionário.

⁴⁴ A solução poderia ter sido recorrer a um quarto EP para completar este número. Mas o tempo que demoraríamos a obter a autorização era incompatível com o prazo limite do projecto europeu.

Os sujeitos inquiridos são todos do sexo masculino, uma vez que este foi um dos critérios previamente definidos pelo projecto europeu para a selecção da amostra. Quanto à sua distribuição etária, é notória a predominância da faixa entre os 25 e os 39 anos (74,1%), seguindo-se o grupo dos 40-59 anos (18,5%) e por fim os jovens com idades entre os 19-24 anos (7,4%). Esta distribuição é coerente com a da população prisional como um todo (cf. Cap. I, secção 2.2.)

Quadro 6 – Reclusos Inquiridos por Grupos Etários

Grupos Etários	N	%
19 a 24 anos	6	7,4
25 a 39 anos	60	74,1
40 a 59 anos	15	18,5
Total	81	100,0

Ao nível das habilitações académicas, podemos dizer que os reclusos que compõem a nossa amostra também corroboram o perfil que atrás traçámos para a população prisional em geral: a grande maioria (84,8%) não completou mais do que o 2.º ciclo do ensino básico, sendo que destes 9,3% não possui qualquer grau de escolaridade e 32,5% não vão além do 1.º ciclo. A percentagem de indivíduos com o 3.º ciclo completo ronda os 19% e apenas um dos inquiridos completou o ensino secundário.

Quadro 7 – Reclusos Inquiridos por Habilitações Académicas

Habilitações Académicas	N	%
Não sabe ler nem escrever	2	2,3
Sabe ler e escrever	6	7,0
1.º ciclo do ensino básico	28	32,5
2.º ciclo do ensino básico	37	43,0
3.º ciclo do ensino básico	8	9,3
Ensino secundário	1	1,2
Freq. Universitária	0	0,0
Ensino superior	0	0,0
Não especificado	4	4,7
Total	86	100,0

Os dados qualitativos que recolhemos ao longo de cada entrevista para a administração do inquérito permitem-nos complementar e aprofundar o retrato social da amostra.

Família de Origem

Neste aspecto, como em vários outros, a amostra revela alguma homogeneidade. A maioria dos reclusos inquiridos provém de famílias com poucos recursos económicos, e muito frequentemente agregados numerosos com mais de 4 filhos. Possuímos pouca informação sobre as habilitações académicas dos progenitores, mas os dados disponíveis apontam para a prevalência de baixos níveis de escolaridade. Em relação à sua situação profissional, é evidente o predomínio das actividades pouco qualificadas: trolhas e pintores da construção civil, soldados, seguranças, carpinteiros e alguns trabalhadores do sector agrícola, no caso dos homens; nas mulheres, a grande maioria era doméstica, seguindo-se as que trabalhavam como empregadas domésticas e as que desempenhavam actividades indiferenciadas no sector da indústria.

Contextos familiares desestruturados são também uma das características dos antecedentes destes reclusos: alguns dos inquiridos referem casos de violência doméstica, de alcoolismo, de conflito com os progenitores (que culminam por vezes na sua expulsão ou fuga de casa); pelo menos 5 do total dos 41 indivíduos que prestaram informação sobre a sua família de origem estiveram institucionalizados em Centros Educativos durante a infância ou adolescência.

Escolaridade/Situação Profissional

Já vimos no quadro anterior que a grande maioria dos indivíduos que compõe a nossa amostra não detém mais do que o 2.º ciclo do ensino básico. Contudo, os dados qualitativos mostram-nos que muitos completaram este grau de ensino já durante a reclusão. O abandono escolar precoce surge como uma característica transversal a quase todos os reclusos, ocorrendo quase sempre entre os 12 e os 14 anos, não sendo raro encontrar indivíduos que referem ter deixado a escola aos 10 anos, assim que concluíram o 1.º ciclo, para ir ajudar os pais nos seus ofícios (geralmente na construção civil). Esta informação conjugada com a disponível sobre os agregados familiares destes sujeitos parece apontar para uma reprodução geracional dos baixos níveis de escolaridade.

Quase todos referem já ter exercido alguma actividade profissional, mas quase sempre descrevem percursos marcados pela precariedade (“biscates”, “trabalhos por empreitada”...) e instabilidade laboral com a passagem sucessiva por vários empregos onde não permanecem muito tempo. Para além das várias tarefas na construção civil, são referidas outras actividades ligadas à indústria – operário fabril, soldador, mecânico, metalúrgico, etc. – e também ao pequeno comércio e serviços – empregado de mesa, estafeta, empregado de balcão, segurança, motorista, vendedor ambulante... É referida a ocupação de “arrumador”, ainda que por um número pouco expressivo de indivíduos, e noutros casos é assumido o envolvimento em práticas ilegais como o tráfico de drogas (referido por 5 indivíduos dos 46 que facultaram informação qualitativa). Quase 1/4 dos reclusos que prestaram

informações sobre a sua situação ocupacional, afirmaram estar desempregados no momento da detenção.

Relações Familiares

Os dados de que dispomos sobre as actuais relações familiares dos reclusos são bastante lacónicos. Remetendo para a informação disponível, constatamos que quase $1/3$ afirma não possuir qualquer tipo de retaguarda familiar, uma vez que quer os vínculos com a família de origem, quer com o núcleo familiar entretanto constituído (quando é o caso) se perderam, muitas vezes como consequência dos seus consumos e de outro tipo de práticas a eles associadas. A maior parte dos reclusos tem filhos e, quanto ao estado civil, poucos são casados, havendo um claro predomínio das relações conjugais não formalizadas. Em número mais diminuto encontramos os reclusos que afirmam ainda residir com a família de origem, geralmente com os progenitores.

– HISTORIAL PENAL –

R. P. tem 35 anos, começou a consumir aos 14 anos “numa festa, por brincadeira” e a partir daí não parou mais. Aos 17 anos está “completamente agarrado” e começa a injectar heroína. É nessa altura que intensifica o recurso ao crime para suportar os consumos regulares de pó e base. É apanhado num assalto, condenado a dez anos de prisão efectiva, dos quais acaba por cumprir apenas seis. Durante a reclusão, mantém os consumos apesar da “escassez de droga”. Entretanto a família desfaz-se: o pai e a madrastra separam-se e esta emigra para a Alemanha; a avó, com quem vivia, morre; os irmãos mantêm-se afastados.

Quando é posto em liberdade arranja uma companheira, instala-se com ela na casa que herdou da avó e consegue trabalho. Mas continua a consumir, “2 a 3 pacotes por dia”. Poucos anos mais tarde é preso novamente, mas devido a um erro processual, é colocado em liberdade “mais cedo do que devia”. É apanhado numa discoteca e obrigado a cumprir os seis meses de pena que ainda lhe restavam. Durante esse período a companheira morre, a casa fica abandonada e acaba por ser ocupada por outros toxicodependentes.

Quando é libertado R. P. não têm para onde ir. Passa a viver na rua, volta a consumir drogas (depois de ter “estado limpo” durante os últimos seis meses de reclusão), e volta a viver do crime. Tudo acontece muito rapidamente, sem que tenha tempo para pensar. Dois ou três meses depois, é detido novamente.

Actualmente, é a terceira vez que cumpre pena, totalizando cerca de quinze anos de reclusão – quase metade da sua vida. Está preso há dois anos e um mês, encontrando-se a cumprir uma pena de 5 anos e 7 meses por crimes de assalto.

Se é difícil condensar num único retrato a diversidade de situações encontradas, a verdade é que a história de R. P. ilustra bem aquele que é perfil criminal tipo dos reclusos que encontramos em tratamento de substituição. Começando

pela situação penal, o Quadro 8 mostra-nos que quase todos se encontravam a cumprir pena de prisão efectiva, sendo residual a percentagem dos preventivos.

Quadro 8 – Reclusos Inquiridos segundo a Situação Penal

Situação Penal (n = 81)	%
Prisão Preventiva	6,2
Condenação Definitiva	93,8

Quanto ao tempo total de permanência na prisão, o valor médio calculado para a totalidade da amostra cifra-se nos 6 anos e 9 meses. O quadro que se segue revela-nos que quase 45% dos indivíduos inquiridos já passou mais de 6 anos em situação de reclusão (cf. Quadro 9). Apesar do inquérito não nos facultar qualquer informação sobre a questão da reincidência, os dados qualitativos recolhidos indicam-nos que mais de $\frac{3}{4}$ dos sujeitos eram reincidentes e, destes, quase $\frac{2}{3}$ já tinham tido três ou mais condenações a pena de prisão efectiva.

O mesmo quadro mostra-nos também que mais de 80% dos indivíduos cumpre actualmente penas de prisão superiores a 3 anos e destes 30% estão condenados a mais de 6 anos de reclusão.

Quadro 9 – Reclusos Inquiridos segundo o Tempo Total de Permanência na Prisão e Duração da Sentença Actual

Tempo total de permanência na prisão (n = 78)	%
até 6 meses	1,3
> de 6 meses a 12 meses	2,6
> de 1 ano a 3 anos	25,6
> de 3 anos a 6 anos	25,6
> de 6 anos a 9 anos	20,5
> de 9 anos a 12 anos	7,7
> de 12 anos a 15 anos	6,4
> de 15 anos a 20 anos	5,1
mais de 20 anos	5,1
Duração da sentença actual (n = 73)	%
> de 6 meses a 12 meses	4,1
> de 1 ano a 3 anos	15,1
> de 3 anos a 6 anos	50,7
> de 6 anos a 9 anos	16,4
> de 9 anos a 12 anos	8,2
> de 12 anos a 15 anos	2,7
> de 15 anos a 20 anos	2,7

O inquérito aplicado não questionava directamente os sujeitos sobre o tipo de práticas delituosas que conduziram à sua detenção, mas o facto é que muitos acabaram por referi-las durante a situação de entrevista. Assim, olhando para os nossos registos qualitativos, podemos afirmar que quase todos se encontravam a cumprir pena por tráfico de estupefacientes e/ou por crimes contra o património (nomeadamente roubos e furtos). No caso dos crimes patrimoniais, eles são essencialmente de carácter aquisitivo, ou seja, visam a obtenção de recursos que permitam suportar os consumos regulares:

F. C., a cumprir pena por crime de furto, refere que esta foi a única forma que encontrou para sustentar os consumos, porque à medida que se ia “enterrando” [na droga], ia perdendo os empregos.

L., 36 anos, admite que a cocaína foi sempre a sua droga de eleição mas também a sua “desgraça: (...) consumia tanto quanto houvesse”, gastava todo o dinheiro que tinha e começou a roubar para poder consumir. Como não assumia a sua dependência dizia sempre que roubava para poder comer.

N. B., 28 anos, consumidor de heroína desde os 15 anos, é expulso de casa aos 16; vê-se de repente sozinho, a residir num bairro social do Porto e, como o próprio afirma, “tive de me fazer à vida”; o tráfico e os roubos foram a única maneira que encontrou para sobreviver e continuar a consumir.

Do total de indivíduos entrevistados, apenas um afirmou que a sua detenção não teve qualquer ligação com a questão das drogas.

Uma percentagem considerável destes indivíduos teve o seu primeiro contacto com o sistema prisional muito cedo, maioritariamente entre os 18 e os 23 anos. Na nossa amostra são também frequentes as situações de reclusos em cumprimento de pena mas com vários processos ainda pendentes. Enfim, o contacto dos nossos sujeitos com o circuito penal confirma plenamente o quadro que traçámos nos capítulos anteriores acerca das consequências das políticas criminais das drogas relativamente ao tipo de indivíduos que filtrava para dentro do sistema.

III-1.3. Crítica Metodológica

A investigação científica, enquanto processo de produção dum determinado produto – o conhecimento, no caso – está com frequência sujeita à segmentação típica dos processos produtivos nas sociedades complexas. A elaboração e execução de projectos internacionais leva esta lógica ao extremo, ao atribuir funções diferenciadas aos parceiros envolvidos. A tradução concreta deste facto para o que aqui nos importa foi a da segmentação entre quem concebeu o desenho

metodológico da pesquisa e construiu os seus principais instrumentos – a equipa da Alemanha – e quem levou ao terreno a recolha de dados – a equipa de cada país. Quanto à sua análise e à produção de resultados, processou-se em dois níveis: o do país-líder, que privilegiou a dimensão comparada, e o que nós próprios levámos a cabo, trazendo à luz muito do que aquele exercício de síntese, naturalmente, diluía.

Uma primeira chamada de atenção vai para a nossa amostra. Se bem que o seu tamanho seja perfeitamente razoável em função dos objectivos – tratava-se de amostrar os indivíduos que estavam em terapia de substituição e não os que, no meio prisional, consomem drogas –, ter-se-ia ganho em ter sido constituída recorrendo a mais estabelecimentos prisionais.

O modo de recrutamento dos inquiridos também não pôde, por razões intrínsecas ao funcionamento dum estabelecimento prisional, ser completamente aleatorizado. No anexo detalharemos esta circunstância. Remeteremos igualmente para anexo tanto os questionários que foram utilizados como algumas dificuldades que estes instrumentos levantaram. Tais dificuldades não retiram pertinência à informação que com eles se recolheu. Se optamos por pô-las em comum com os leitores, é em obediência à razão científica, que aconselha à distância crítica em relação aos seus próprios instrumentos e procedimentos, e à razão pedagógica, que aconselha que cada investigação se exponha a si própria de modo a que se constitua como oportunidade de aprendizagem e de reflexão.

III-2. As Terapias de Substituição Opiácea nas Prisões Portuguesas

III-2.1. As Relações com as Drogas

“(…) Sempre me disseram na branca come o que quiseres e no haxixe também, mas na castanha não toques!” (A. P., 49 anos)

“Vivi os anos piores. Sou o espelho dos anos da heroína. Contam-se pelos dedos os amigos que ainda estão vivos” (P., 44 anos)

Todos os sujeitos que constituíram a nossa amostra são, ou foram durante um período das suas vidas, utilizadores de drogas opiáceas. Os que já não as consomem abastecendo-se no mercado ilícito, continuam em contacto com um opiáceo de substituição com fins terapêuticos. As longas trajectórias da maioria deles e o tipo de relação com substâncias várias mostram experiências psicotrópicas duras, marcadas por iniciações muitas vezes nos começos da adolescência. Vejamos o exemplo de uma trajectória que encontramos numa grande parte dos nossos inquiridos:

M., 28 anos, refere que as primeiras drogas com que teve contacto foram os ácidos e as “rolhas”. Depois a coca em pó. Consumia todos os dias. A avó dava-lhe dinheiro, “mil escudos, 2 contos ...” de cada vez, mas não chegava. Começou a

retirar-lhe dinheiro da carteira e a roubar para poder consumir. Cometeu vários assaltos ao longo dos anos, sempre sob o efeito de coca, haxixe ou álcool, e acompanhado pelos colegas. Roubavam lojas e depois vendiam a roupa. Mais tarde aprendeu a fazer bases e a vender sozinho. Diz que foi a partir desse momento que se “agarrou”. A fumar base “conseguiu aproveitar mais a droga”. A heroína veio depois, aos 26 anos, para acalmar o consumo de coca. “(...) Só me dava para roubar!” Chegou mesmo a assaltar a casa da avó e da madrinha. Mais tarde tentou recompensar a avó pelo roubo, tentou pagar-lhe. Mas nunca o fez por vergonha.

Quadro 10 – Idade do Primeiro Consumo de Drogas Opiáceas e Duração dos Consumos Regulares

Idade do primeiro consumo de drogas opiáceas (n = 80)	%
10 a 15 anos	25,0
16 a 20 anos	55,0
21 a 30 anos	16,3
31 a 40 anos	3,8
Consumo regular de drogas opiáceas (n =73)	%
Até 1 ano	5,5
> de 1 ano a 3 anos	6,8
> de 3 anos a 6 anos	6,8
> de 6 anos a 9 anos	13,7
> de 9 anos a 12 anos	19,2
> de 12 anos a 15 anos	15,1
> de 15 anos até 20 anos	19,2
mais de 20 anos	13,7

O Quadro 10 mostra-nos que mais de metade dos indivíduos iniciou os consumos de drogas opiáceas entre os 16 e os 20 anos (55%), seguindo-se o grupo dos que começaram este tipo de consumos entre os 10 e os 15 anos (25%); 16,3% fê-lo entre os 21 e os 30 anos, e apenas uma percentagem residual – 3,8% – o fez mais tardiamente.

A maioria dos indivíduos tem longas trajectórias de consumo: cerca de 1/3 usa substâncias opiáceas há mais de quinze anos e 80 % há mais de seis; os que consomem há menos de três anos não ultrapassam os 12,3%.

– A DIMINUIÇÃO DOS CONSUMOS INJECTADOS –

Do total dos inquiridos, apenas 70 responderam quando questionados sobre a prática de consumos por via intravenosa e, destes, unicamente 46 (65,7%)

assumiram tê-lo já feito por via injectada; deste universo de 46 reclusos, 52,2% afirmaram ter tido o primeiro consumo deste tipo entre os 16 e os 20 anos; 15,2% fizeram-no mais precocemente – entre os 10 e os 15 anos; 26,1% injectaram-se pela primeira vez entre os 21 e os 30 anos e apenas 6,5% o fizeram já depois dos 30 anos (cf. Quadro 11).

Quadro 11 – Historial de Consumos Injectados

Consumos injectados (n = 70)	%
Sim	65,7
Não	34,3
Idade do primeiro consumo injectado (n = 46)	%
10 a 15 anos	15,2
16 a 20 anos	52,2
21 a 30 anos	26,1
31 a 40 anos	6,5
Reclusos que alguma vez consumiram drogas injectadas na prisão (n=45)	%
	24,4
Reclusos que iniciaram os consumos injectados na prisão (n = 45)	%
	6,7

Do total dos reclusos que assumiram ser utilizadores de drogas por via intravenosa (UDI), 11 (24,4%) afirmaram já o ter feito em contexto prisional e destes, 3 (6,7%) referiram mesmo ter iniciado esta modalidade de consumo dentro da prisão.

O baixo número dos indivíduos que declaravam consumo intravenoso não deixou de nos surpreender, face à ideia bastante expandida de que este modo de consumo tem grande expressão no interior das prisões. No entanto, os nossos números são congruentes com os da investigação de Anália Torres, quando compara os inquiridos de 2001 com os de 2007. Neste intervalo de tempo baixou claramente a modalidade de consumo por via intravenosa, acompanhando a tendência também registada em meio livre:

“Em 2001, no total dos reclusos que já consumiram drogas alguma vez na vida (1322), 51,7% declarou ter-se injectado pelo menos uma vez na vida e 26,8% ter-se injectado na prisão. Em 2007, os valores são inferiores, atingindo os 35,2% e 15,9% respectivamente. No total dos inquiridos (1986), 20,6% declarou já se ter injectado alguma vez na vida, em 2007, enquanto que, em 2001 (2057), o valor era de 32,3%. Já na prisão, em 2007, a proporção é de 3,1% de indivíduos que declararam ter-se injectado no interior do estabelecimento prisional no total dos reclusos inquiridos. Proporção que atingia os 11,4% em 2001.” (Torres, 2008)

I. C., 30 anos, consome a sua primeira droga, haxixe, aos 15/16 anos. Aos 18 inicia-se na heroína e na cocaína. É esta última a sua droga de predilecção apesar de ser usual consumi-las ao mesmo tempo, ou uma a seguir à outra. Este sujeito é um dos poucos reclusos que utiliza a injeção como técnica de consumo. Começou a injectar aos 20 anos, dois anos após a primeira experiência.

S. tem 30 anos. Foi aos 13 que começou a consumir haxixe, com os colegas de trabalho. A seguir vieram os drunfos, dos 14 aos 18 anos. Aos 17 anos chega a vez da heroína e da cocaína: “Com a ressaca o que bater mais é melhor. Picado bate logo.” Entretanto, vai de mal a pior. Emagrece imenso, a sua vida resume-se à droga, a conseguir dinheiro para consumir e não ter que suportar a ressaca. Esteve três ou quatro anos assim, a consumir diariamente.

R., 38 anos, era afinador de máquinas. Despediu-se para poder ver um concerto de *Guns n’ Roses* e não voltou a trabalhar: “A droga falou mais alto.” Começava a ressacar e entrou “na rotina de um drogado. Um gajo sente-se na maior e faz coisas estúpidas. Mas não me arrependo de tudo o que fiz.” Começou a consumir drogas entre os 13 e os 15 anos, haxixe, cocaína e heroína: “Sempre gostei de fumar heroína, mas é quando se exagera que as coisas começam a deteriorar-se (...) assaltos e essas pequenas coisas. Quando já é o corpo que manda, a cabeça já não vai lá!” Começou a consumir heroína injectada aos 18 anos. Deixa o trabalho e passa a viver exclusivamente dos assaltos e venda de droga. O seu consumo torna-se regular, fumava “de hora em hora”, injecta 5 gramas por dia.

O conjunto de experiências da “vida nas drogas” relatada pelos nossos sujeitos não difere da que temos vindo a caracterizar a propósito do *junkie* de drogas duras (cf. Fernandes, 1991, 1998, 2003). Alguns referem-se à entrada na prisão como uma circunstância que agravou a sua relação já problemática com elas: “quando vim para cá, então é que foi! Consumia tudo o que me aparecia à frente. Enchi-me de dívidas cá dentro. Vendia tudo o que tinha!” (J. L., 37 anos); J., 39 anos, conta que a primeira vez que esteve preso foi em 1985, tinha então 16 anos. Nessa altura “já andava metido na droga”. Mas foi dentro da prisão que escalou para as duras. Refere que a prisão teve muita influência para ficar agarrado “ao pó”.

– COMPORTAMENTOS DE RISCO ASSOCIADOS AOS CONSUMOS INJECTÁVEIS –

Quando questionados sobre comportamentos de risco associados aos consumos por via intravenosa, a percentagem dos reclusos que assume já ter partilhado agulhas, seringas e outros utensílios fora da prisão é francamente superior à que assume o mesmo tipo de comportamentos dentro desta. Continuando a tomar como universo de referência os 46 indivíduos que já tiveram consumos injectados, os dados apurados mostram-nos que, fora da prisão, 48,9% já partilhou agulhas;

44,4% partilhou seringas e 54,5% partilhou outro tipo de utensílios (filtros, colheres, água...).

Em contexto prisional, este tipo de práticas de risco diminui substancialmente, ficando-se por cerca de metade o número daqueles que dizem ter intercambiado seringas ou agulhas: 25% com agulhas; 22,7% com seringas e 31,8% com outros utensílios.

Quadro 12 – Comportamentos de Risco

Comportamentos de Risco	%	
	Fora da Prisão	Dentro da Prisão
Partilha de agulhas	48,9	25,0
Partilha de seringas	44,4	22,7
Partilha de outros utensílios (filtros, colheres, água, etc.)	54,5	31,8

N. B., 28 anos: nunca injectou na prisão e fora da prisão nunca partilhou agulhas e seringas. “(...) que me lembre!” ressalva. Quanto aos outros utensílios, partilhou várias vezes. Foi assim que foi infectado pelo vírus da SIDA.

J. A., 33 anos, diz-nos que tanto dentro, como fora da prisão partilhou seringas, agulhas e outros utensílios; também injectava coca, mas como apenas o fazia quando estava em boas condições económicas, tinha os seus próprios instrumentos e não precisava de partilhá-los; quando fumava heroína “era costume partilhar o tubo”.

– CUIDADOS DE SAÚDE –

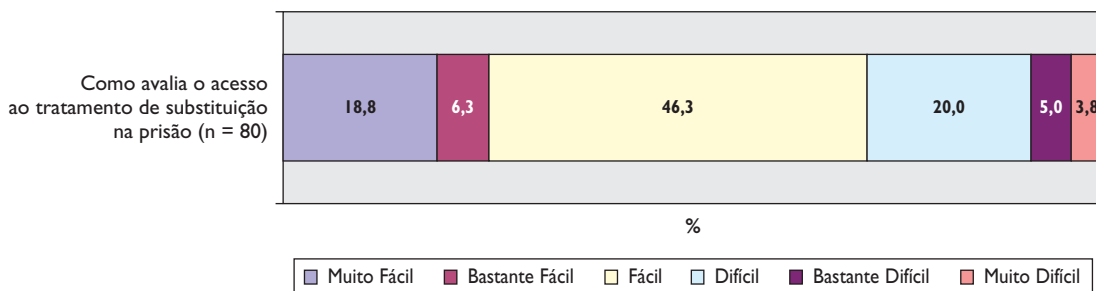
Três em cada quatro dos sujeitos da nossa amostra afirmaram já ter alguma vez feito tratamento de substituição fora da prisão. No entanto, os dados sobre o “tipo de tratamento de substituição actual na prisão” indicam que apenas 58% dos indivíduos que se encontram actualmente em metadona estão a dar continuidade ao tratamento iniciado no exterior (cf. Quadro 13). Se considerarmos as duas modalidades de utilização terapêutica da metadona, a desintoxicação e a manutenção, notamos que a primeira delas quase não é posta em prática: apenas 1,2% (1 indivíduo) está em tratamento de desintoxicação e 40,7% iniciaram o tratamento de manutenção já na prisão.

Quadro 13 – Tratamento de Substituição na Prisão

Tratamento actual na prisão	N	%
Desintoxicação	1	1,2
Tratamento de manutenção iniciado na prisão	33	40,7
Continuação do tratamento iniciado na comunidade	47	58,0

Quanto à substância de substituição utilizada no actual tratamento, a grande maioria (90%) refere a metadona líquida e 10% refere antaxone. Não é mencionado qualquer outro fármaco.

Questionados sobre a facilidade em aceder ao tratamento de substituição na prisão, 71,3% considera que foi fácil (esta percentagem distribui-se entre os que consideraram ter sido “muito fácil” – 18,8%; “bastante fácil” – 6,3%; e “fácil” – 46,3%); 20,0% considera que foi difícil, 5,0% afirma ter sido “bastante difícil” e 3,8% dizem ter sido “muito difícil”.

Gráfico 11 – Acesso ao Tratamento de Substituição na Prisão (Reclusos)

No entanto, se complementarmos estes dados com as informações qualitativas obtidas durante as entrevistas, percebemos que o fácil acesso ao programa de substituição é referido essencialmente pelos reclusos que estão a dar continuidade ao tratamento iniciado no exterior que, lembre-se, constituem 58% da amostra. Nesses casos, tal como nos diz A. P., é “muito fácil o acesso à metadona; bastou que o CAT enviasse um fax a confirmar o tratamento”.

Opinião diferente têm muitos dos reclusos que iniciaram o tratamento já dentro do EP:

P. S., 39 anos, relata que na primeira vez que esteve preso abandonou os consumos – de heroína, porque o haxixe nunca parou, nem agora. Parou por vontade própria, sem ajuda de químicos ou psicoterapia. No entanto, mal saiu recaiu. Desta vez foi igual. Consumiu durante 2 ou 3 meses até que “larguei a droga (...). Era a melhor solução.” Como tinha medo de voltar a recair quando fosse colocado em

liberdade, decidiu que seria melhor entrar no programa de substituição. Deparou-se então com as primeiras dificuldades. Esteve mais de um ano à espera dado que, segundo diz, tinham morrido alguns reclusos em tratamento e o programa estava a ser reavaliado. Teve que voltar a consumir para acusar positivo no controle de drogas e ser aceite no programa.

De facto, para os perto 29% de reclusos que consideram ter sido difícil o acesso à metadona⁴⁵, a justificação apresentada prende-se quase invariavelmente com o tempo de espera que, segundo relatam, é de vários meses chegando por vezes a ultrapassar um ano. Durante esse período, vêem-se “obrigados” a manter os consumos:

H. M., 47 anos, iniciou o programa de metadona dentro do EP. Antes nunca tinha tentado nenhum tipo de tratamento. Esteve à espera cinco meses para ingressar no programa, “não fui dos piores, mas podia ter sofrido menos e consumido menos...”.

A. D., 39 anos, iniciou o tratamento de metadona na prisão; já tinha tentado uma vez cá fora mas abandonou por sua livre vontade. Relativamente ao programa em meio prisional queixa-se que o processo é muito demorado, o que leva os indivíduos a endividarem-se demasiado e a “correrem muitos riscos”. Também se queixa que o programa em si não funciona muito bem e que não são dadas quaisquer alternativas a quem é expulso.

São vários os entrevistados que sublinham este último aspecto – a inexistência de respostas alternativas para quem é expulso do programa de substituição o que, como referem, acaba por conduzir a recaídas. Na nossa amostra apenas 12,5% dos detidos assumiram já ter interrompido o tratamento dentro da prisão, sendo que na generalidade dos casos, tal se ficou a dever à expulsão após vários controles positivos nas análises de detecção de substâncias ilícitas⁴⁶.

Voltando à demora no acesso ao tratamento, se cruzarmos os depoimentos dos reclusos com os dos técnicos entrevistados, percebemos que a espera mais ou menos prolongada é uma realidade. Um dos profissionais de saúde que inquirimos diz-nos que o programa “tem imensa procura por parte dos reclusos e só não cresce mais por falta de recursos” (F. L., 56 anos). Outro elemento do pessoal de saúde confirma-nos o episódio da morte de “dois ou três indivíduos após integram o programa de metadona. A partir daí reforçou-se a avaliação psicológica e psiquiátrica e só depois de se considerar que o recluso está apto a integrar o pro-

⁴⁵ Neste valor percentual de quase 30%, estão contemplados todos os reclusos que optaram pela resposta “difícil”, “bastante difícil” ou “muito difícil”.

⁴⁶ Geralmente são os controles positivos de cocaína e heroína que determinam a expulsão do tratamento, uma vez que o haxixe, segundo nos dizem, não parecem dar lugar a este tipo de penalização.

grama, este é encaminhado para uma consulta de clínica geral a fim de se avaliarem todos os parâmetros necessários. São feitos vários exames médicos para garantir que não existe qualquer risco. Depois há avaliações periódicas”. Sublinha que são cada vez mais rigorosos no programa.

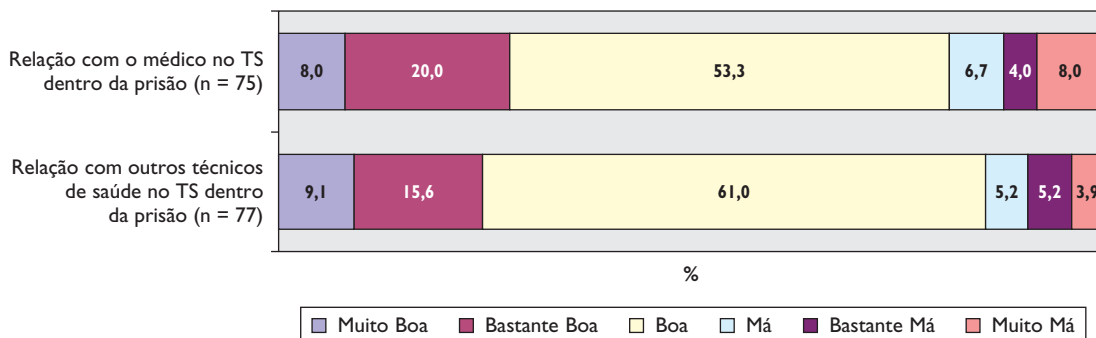
Num dos EP estudados, o funcionamento do programa de substituição é-nos descrito da seguinte forma:

“O recluso tem de enviar um pedido escrito aos serviços clínicos, depois é-lhe feita uma avaliação psicológica e uma triagem clínica composta por um exame físico, análises e uma consulta psiquiátrica e só depois de nos certificarmos da saúde do indivíduo é que este estará pronto para integrar o programa. Se não houver inconveniente, o recluso entra assim que houver oportunidade.” A este conjunto de procedimentos soma-se ainda o da confirmação de que o indivíduo é de facto consumidor de opiáceos. (E. L., 34 anos)

Uma outra dimensão explorada no inquérito aplicado aos reclusos prende-se com a qualidade da relação estabelecida com o médico e restantes técnicos de saúde com quem contactam ao longo do tratamento de substituição. A relação com o médico é avaliada positivamente por cerca de 81,3% dos sujeitos (8% afirmam ser “muito boa”, 20% dizem ser “bastante boa” e 53,3% consideram-na “boa”); 6,7% consideraram que a relação é “má”, 4% dizem ser “bastante má” e 8% “muito má”.

No que respeita à relação com os restantes técnicos de saúde, 85,7% avaliaram-na como positiva (9,1% como “muito boa”, 15,6% como “bastante boa” e 61% como “boa”) e só cerca de 14,3% dos reclusos inquiridos vêem essa relação de forma negativa (5,2% consideram-na “má”, 5,2% “bastante má” e 3,9% “muito má”).

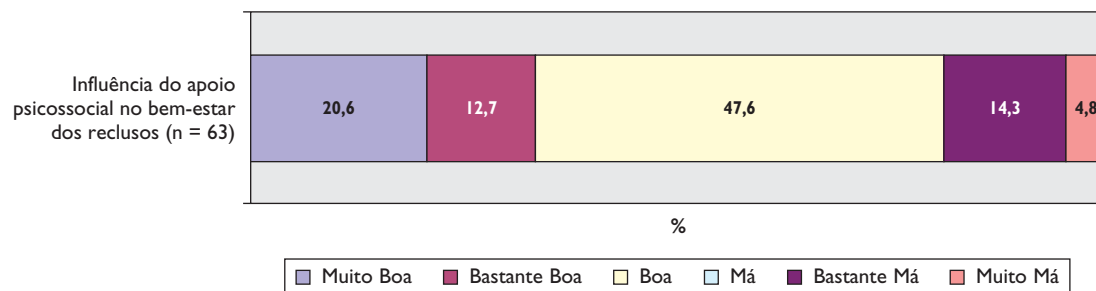
Gráfico 12 – Relação com os Profissionais de Saúde (Reclusos)



Ainda em relação aos cuidados de saúde, o questionário aplicado procurava aferir a existência de serviços de apoio psicossocial para os reclusos em tratamento de substituição, assim como o seu impacto no bem-estar desses sujeitos. Cerca de 83,8% dos inquiridos afirmou ter acesso a este tipo de apoio; no entanto, não deixa de ser relevante sublinhar que, ao longo da entrevista, muitos acabaram por referir que as consultas ocorrem de forma algo irregular, não sendo raro

encontrar casos de reclusos que declaram não contactar com o psicólogo há já vários meses. Apesar disso e como evidência o Gráfico 13, a maioria avalia positivamente a influência do apoio psicossocial no seu bem-estar geral. A percentagem dos que consideram negativa a influência deste apoio é relativamente diminuta – 19%. Destes 14,3% consideram ser “bastante má” e 4,8 dizem ser “muito má”.

Gráfico 13 – Influência do Apoio Psicossocial no Bem-estar dos Reclusos (Reclusos)



Mais de metade dos reclusos entrevistados (57,5%) considera que a confidencialidade em relação ao tratamento de substituição é respeitada pelos profissionais de saúde; 35% consideram que não e 7,5% optaram pela resposta “não sei”.

Quando questionados sobre o consumo de outras drogas durante o tratamento de substituição na prisão, 60% dos reclusos que responderam à questão assumiram fazê-lo. As drogas consumidas juntamente com a substância de substituição eram em primeiro lugar a cannabis/haxixe (utilizada por 93,8% destes reclusos), comprimidos sem prescrição (27,1%); opiáceos/heroína (consumida por 10,4% destes reclusos), álcool (8,3%) e ecstasy (consumido por 2,1%).

Quadro 14 – Drogas Consumidas durante o Tratamento de Substituição

Drogas consumidas juntamente com a substância de substituição	%
Cannabis/haxixe	93,8
Álcool	8,3
Opiáceos/heroína	10,4
Comprimidos	27,1
Ecstasy	2,1

M., 28 anos, consome haxixe diariamente porque “é uma maneira de esquecer isto”; revela que 90% dos reclusos consome: “é toda a gente”.

E., 38 anos, diz sobre a droga na prisão: “aqui há de tudo, é uma farmácia. A minha família traz-me sempre nas visitas. (...) Fumo e cheiro de vez em quando”.

Globalmente, podemos dizer que o tratamento de substituição é avaliado positivamente, tanto no acesso como nos cuidados prestados, incluindo a componente da relação com os profissionais.

III-2.2. Impactos do Tratamento de Substituição

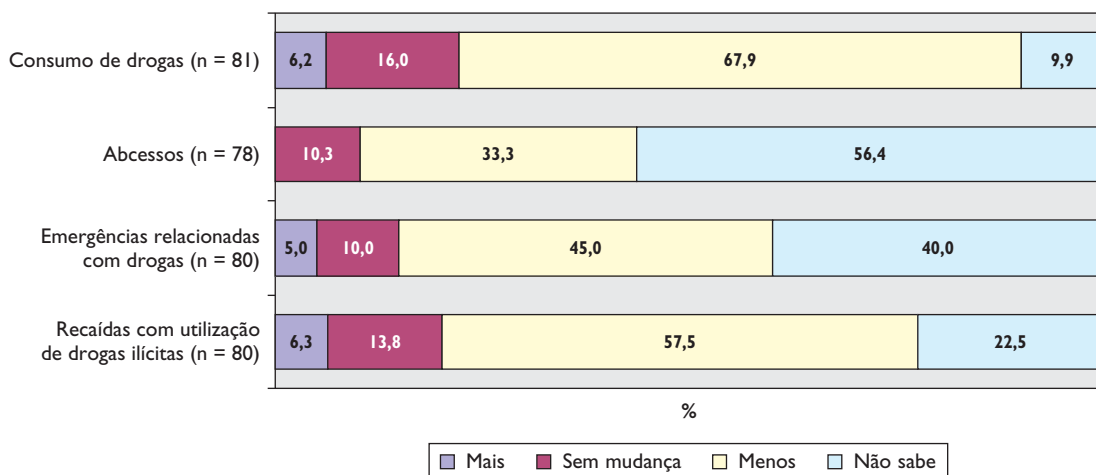
Um dos principais objectivos do projecto AGIS foi justamente o de tentar perceber os impactos dos tratamentos de substituição no contexto prisional. Os questionários aplicados contemplaram uma série de variáveis que nos dão conta de alguns desses impactos tal como são percebidos por cada um dos grupos inquiridos – os reclusos em tratamento de substituição e os técnicos dos estabelecimentos prisionais que com eles contactam directamente.

Num primeiro momento olharemos cada um destes grupos separadamente, até porque os inquiridos, apesar de incidirem sobre o mesmo tipo de variáveis, eram distintos na sua estrutura acabando por não facilitar uma análise conjunta dos resultados.

III-2.2.1. Os Reclusos

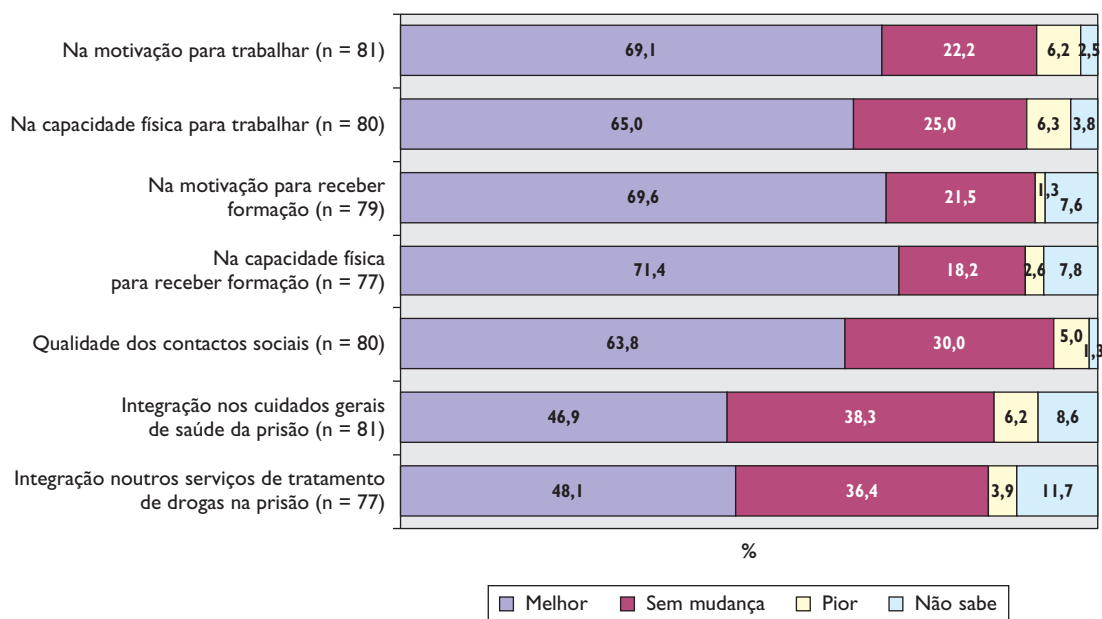
No questionário foi pedido aos reclusos que se pronunciassem sobre os impactos dos tratamentos de substituição ao nível pessoal (nas suas práticas de consumo, nas suas motivações e capacidades, na obtenção de saídas precárias, no seu estado de saúde) e ao nível do próprio ambiente prisional em geral (situações relativas ao consumo e circulação de drogas no EP, ocorrência de comportamentos violentos entre reclusos e entre estes e os guardas prisionais). Procederemos a partir de agora à apresentação e análise dos resultados que o inquirido nos permitiu obter sobre cada uma destas dimensões.

Gráfico 14 – Impactos do Tratamento de Substituição no Consumo de Drogas e noutras Ocorrências a ele Associadas (Reclusos)



Começando pela avaliação dos impactos do tratamento de substituição opiácea no consumo de drogas e noutras ocorrências a ele associadas (cf. Gráfico 14), constatamos que os efeitos positivos são sublinhados sobretudo no que respeita à diminuição dos consumos de drogas (67,9% dos reclusos considera que reduziram), mas também em relação às recaídas (57,5%). Quanto à ocorrência de emergências relacionadas com drogas, são também afirmados os efeitos positivos do tratamento de substituição, mas nota-se já uma grande prevalência do número de reclusos que opta pela resposta “não sei”. Este tipo de resposta ganha expressão no item referente aos abcessos, o que se compreende se atendermos a que nos registos qualitativos, a generalidade dos reclusos declara não existirem consumos injectados no EP, logo esta questão não faria sentido.

Gráfico 15 – Impactos do Tratamento de Substituição nas Motivações e Capacidades dos Reclusos (Reclusos)



Questionados sobre os impactos do tratamento de substituição na sua motivação e capacidade física para trabalhar e frequentar acções de formação, a maioria dos indivíduos refere ter ocorrido uma melhoria. Uma percentagem mais reduzida – que oscila entre os 18,2% e os 25% – afirma não ter sentido quaisquer alterações a este nível e um grupo quase inexpressivo do ponto de vista estatístico afirma ter ocorrido uma diminuição na sua motivação e capacidade física, sobretudo para trabalhar (6,2% e 6,3% respectivamente). Se cruzarmos estes dados com a informação qualitativa recolhida, percebemos que muitos dos indivíduos que compõem este último grupo assumiram ter problemas de saúde (vários são seropositivos e/ou têm hepatite C) que os deixam mais debilitados fisicamente, o que ajuda a compreender o sentido da sua resposta.

No que respeita à variável “qualidade dos contactos sociais”, quase 2/3 dos inquiridos consideram que melhoraram. Ao responderem a este item, os sujeitos

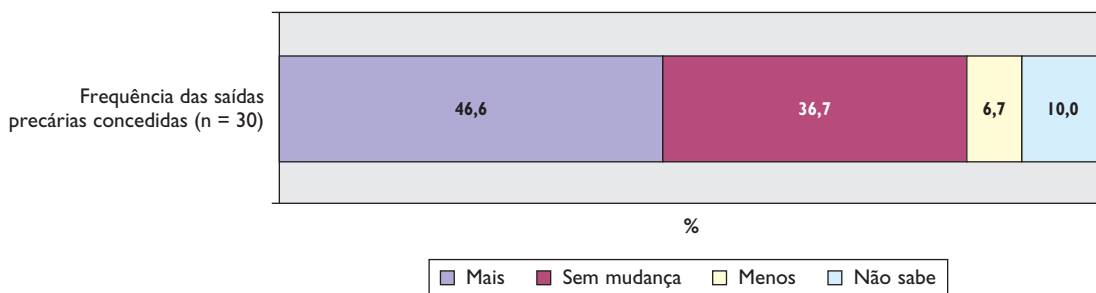
fazem alusão ao tipo de interação que estabelecem com os outros reclusos, com o pessoal técnico mas também com os próprios familiares com quem mantêm contacto:

J. G. de 36 anos, admite melhorias substanciais a este nível e reconhece que “quando a gente anda *enterrado* não passa cartão a ninguém e as pessoas também se retraem (...) Agora olham-me de outra maneira”.

F. P., 31 anos, diz-nos que como já não tem que pensar em “esquemas marados” para consumir, sente-se mais capaz e motivado para trabalhar e para receber formação. Afirma que até sente “prazer em aprender”. As suas relações pessoais melhoraram, têm mais apoio da família, importa-se mais consigo mesmo e “agora o dinheiro até sobra. Dantes não chegava!”.

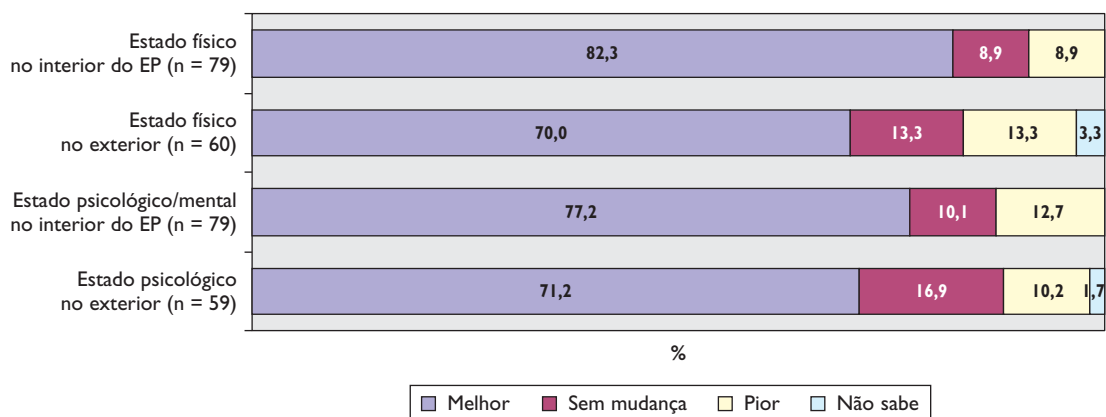
Quanto à integração nos cuidados de saúde e noutros serviços de tratamento de drogas existentes no EP, é já menor a percentagem dos indivíduos que refere a ocorrência de melhorias (para ambos os casos os valores situam-se abaixo dos 50% – 46,9% e 48,1% respectivamente). Ainda assim, esta é a resposta maioritária, seguindo-se o grupo dos que referem não ter constatado qualquer mudança.

Gráfico 16 – Impactos do Tratamento de Substituição na Frequência das Saídas Precárias (Reclusos)



Sobre o impacto do tratamento de substituição na obtenção de saídas precárias, o primeiro aspecto a realçar prende-se com o reduzido número de reclusos que respondeu à questão: apenas 30 num universo de 81 (a maior parte considerou que esta questão “não se aplicava à sua situação”). O Gráfico 16 mostra-nos que apesar do impacto positivo ser sublinhado pela maioria dos respondentes (46,6%), a verdade é que se somarmos a percentagem dos que afirmam não ter ocorrido qualquer mudança (36,7%) com os que consideram que diminuiu a frequência das precárias depois de iniciado o tratamento (6,7%), obtemos valores percentuais muito aproximados.

Gráfico 17 – Impactos do Tratamento de Substituição na Saúde dos Reclusos (Reclusos)



Os dados aferidos através do questionário permitem-nos não só perceber os impactos do actual tratamento de substituição na saúde dos reclusos, mas também compara-los com os sentidos pelos mesmos indivíduos no último tratamento realizado no exterior (naturalmente que esta comparação só é válida para os sujeitos que já estiveram em programas de substituição opiácea fora da prisão, que neste caso correspondem a um universo de 60 indivíduos).

Assim, e tal como evidencia o Gráfico 17, a larga maioria dos inquiridos considera que tanto o actual tratamento como o último realizado na comunidade, produziram efeitos positivos no seu estado de saúde quer físico, quer psicológico. No entanto, comparando as duas situações, verificamos que os efeitos positivos são percentualmente mais expressivos no caso do tratamento feito na prisão do que no realizado na comunidade. É sobretudo ao nível do estado de saúde físico que esta diferença ganha significado: 82,3% dos reclusos considera que o seu estado físico melhorou desde que iniciaram o programa de metadona na prisão, e apenas 70% reconhece o mesmo tipo de efeitos para o tratamento feito no exterior; no caso dos efeitos a nível da saúde mental, a diferença é menos expressiva – 77,2% realçam as melhorias ocorridas na sequência do actual tratamento, enquanto apenas 71,2% o fazem em relação ao último tratamento no exterior.

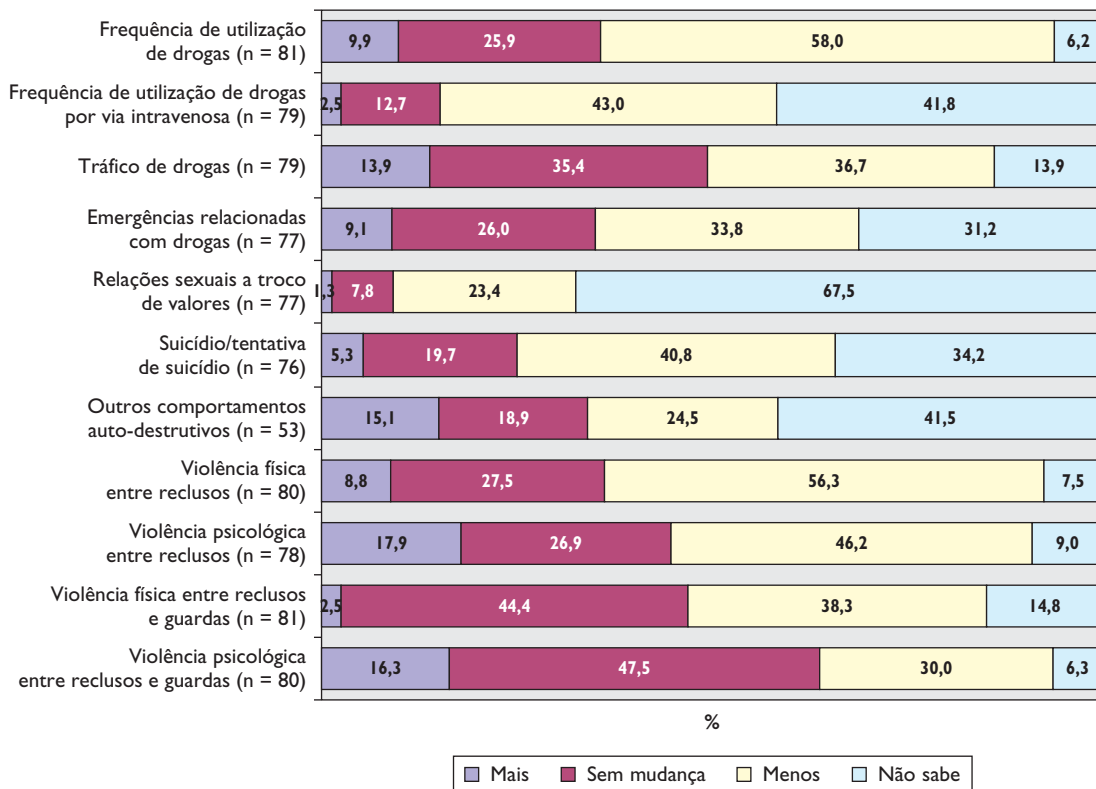
Alguns dos inquiridos concretizam assim os impactos do programa de substituição no seu estado de saúde:

C. M. considera que o programa lhe permite estar em melhor estado físico e psicológico, uma vez que está “mais controlado”, “vive melhor com a família”, tem mais apoio por parte destes, mesmo ao nível financeiro.

D. S. de 27 anos, reconhece que ao longo do tratamento foi ganhando mais vontade de viver, de “levar um dia de cada vez, (...) curtir a vida sem drogas”. A sua força de vontade foi-se fortalecendo.

Para além dos aspectos até aqui focados, foi também pedido aos reclusos que avaliassem os impactos do tratamento de substituição no ambiente prisional em geral. Neste sentido, o questionário aplicado contemplou um conjunto de itens referentes, por um lado, às práticas de consumo e à circulação de drogas nos respectivos EP, e por outro, à ocorrência de actos de violência entre reclusos e entre estes e os guardas.

Gráfico 18 – Impactos do Tratamento de Substituição no Uso e Tráfico de Drogas e nos Comportamentos Violentos (Reclusos)



Quando olhamos para o Gráfico 18, uma particularidade ressalta de imediato: a elevada percentagem de indivíduos que optaram pela resposta “não sei” em determinadas questões como, por exemplo, as que dizem respeito à utilização de favores sexuais como moeda de troca – em que mais de 2/3 dos inquiridos responderam “não sei” – ou as que se referem à “frequência de utilização de drogas por via intravenosa” (41,8%), ou ao “suicídio/tentativa de suicídio” (34,2%) e a “outros comportamentos auto-destrutivos” (41,5%).

Analisando separadamente as questões relativas ao consumo e ao tráfico de drogas, constatamos que o item que mereceu uma avaliação mais positiva por parte dos reclusos foi o referente à **frequência de utilização de drogas** na prisão, que de acordo com 58% dos respondentes terá diminuído; 25,9% consideram que não ocorreu qualquer mudança, 9,9% afirmam que piorou e 6,2% optaram pela resposta “não sei”.

Já quanto à modalidade dos **consumos por via intravenosa**, se a maior parte dos inquiridos continua a afirmar que ocorreram melhorias (43%), a verdade é que a percentagem dos que responderam “não sei” (41,8%) é quase idêntica; 12,7% consideram que não houve qualquer mudança e só uma percentagem residual (2,5%) respondeu que aumentou. No que diz respeito ao **tráfico de drogas dentro do EP**, os valores percentuais dos que afirmam ter diminuído e dos que dizem não ter havido mudança encontram-se muito próximos – 36,7% e 35,4% respectivamente; a proporção de reclusos que responde “não sei” e que refere que o tráfico aumentou é igual (13,9%) Sobre a ocorrência de **emergências relacionadas com drogas**, há uma distribuição muito equitativa dos indivíduos pelas várias possibilidades de resposta, com excepção dos que consideram que há agora “mais” emergências deste tipo, que não vão além dos 9,1%.

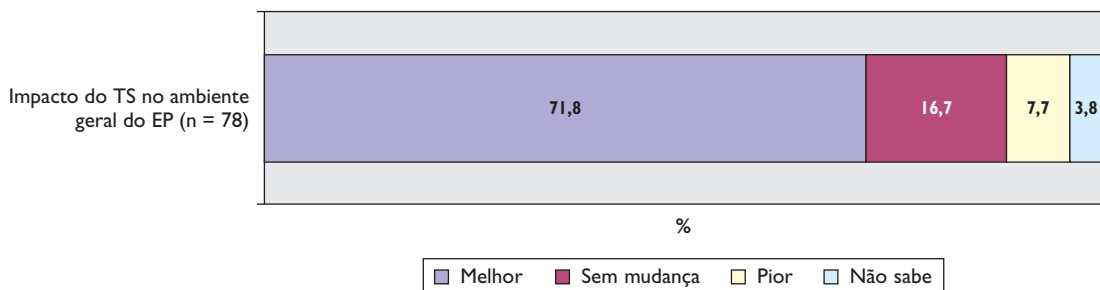
Já vimos que o elevado número de respostas “não sei” em relação à utilização de **favores sexuais como moeda de troca**, impede-nos de extrair uma leitura mais conclusiva a este propósito. No entanto, recorrendo aos nossos registos qualitativos, percebemos que a opção por esta resposta decorre do facto de a maioria dos reclusos afirmar desconhecer a existência deste tipo de práticas no EP.

Quanto ao **suicídio ou tentativas de suicídio**, apesar da resposta maioritária apontar para a diminuição deste tipo de ocorrências (40,8%), não se trata de um valor percentual particularmente expressivo. Se somarmos o número de indivíduos que responderam “não sei” com os que afirmaram não ter ocorrido qualquer mudança a este nível, obtemos uma percentagem muito superior (quase 54%). A proporção de reclusos que considera que estes comportamentos aumentaram desde a implementação do programa de substituição é pouco significativa, não indo além dos 5,3%. No item referente a **outros comportamentos auto-destrutivos**, a opção de resposta prevalecente foi “não sei” (41,5%); cerca de 1/4 dos reclusos considera que ocorreu uma diminuição e 18,9% afirma não ter havido mudança. Encontramos contudo uma percentagem não negligenciável de indivíduos que considera que determinados comportamentos auto-destrutivos aumentaram. Quando se lhes pede que concretizem o tipo de comportamentos a que se referem, surge à cabeça da lista a auto-mutilação.

Olhemos agora para os impactos do tratamento de substituição nos comportamentos violentos ocorridos no interior dos EP. A maior parte dos inquiridos – 56,3% – afirma que a **violência física entre reclusos** diminuiu; esta percentagem desce para 46,2% quando questionamos sobre a **violência psicológica entre reclusos**. No entanto, em ambos os casos esta é, em termos percentuais, a resposta maioritária. O mesmo já não acontece quando analisamos os comportamentos de **violência entre reclusos e guardas prisionais**, em que a maioria dos detidos considera não ter ocorrido qualquer mudança – 44,4% no caso da violência física e 47,5% no caso da violência psicológica. Contudo, quase 1/3 notaram uma diminuição neste tipo de comportamentos. A percentagem dos que referem que a situação se agravou é quase residual no caso da violência física entre reclusos e guardas (2,5%), mas aumenta substancialmente no caso da violência psicológica (16,3%).

Por fim, foi pedido aos reclusos que se pronunciassem, em termos globais, sobre o impacto do tratamento de substituição opiácea no contexto prisional. Como demonstra o Gráfico 19, a grande maioria considera que os efeitos são positivos, sendo relativamente escassa a percentagem dos que respondem que o ambiente prisional se degradou – apenas 7,7%. 16,7% dos inquiridos não notam qualquer alteração.

Gráfico 19 – Impactos do Tratamento de Substituição no Ambiente Prisional em Geral



Os resultados apresentados até aqui traduzem a percepção dos reclusos sobre os impactos do tratamento de substituição no seu bem-estar pessoal e no ambiente prisional em geral. Globalmente, podemos concluir que os efeitos são positivos, para a maioria dos itens considerados. Ao nível pessoal destacam-se as melhorias no estado de saúde sobretudo físico, mas também psicológico; a diminuição no consumo de drogas e de recaídas durante o tratamento; o acréscimo na motivação e na capacidade para exercer algum tipo de actividade – laboral ou formativa – dentro da prisão.

Ao nível do ambiente prisional, os reclusos inquiridos sublinham em particular a diminuição na frequência do uso de drogas e também dos consumos por via intravenosa; referem a menor ocorrência de suicídios e tentativas de suicídio, e destacam a diminuição dos actos de violência sobretudo física, mas também psicológica, entre reclusos.

Contudo, de acordo com os nossos entrevistados, o programa de substituição não parece ter trazido qualquer tipo de mudança assinalável ao nível dos actos de violência entre reclusos e guardas, nem ao nível do tráfico de drogas no interior do respectivo estabelecimento prisional, o que não deixa de suscitar alguma perplexidade sobretudo se consideramos que a grande maioria considera que os consumos decresceram, logo seria de supor que a circulação de droga na prisão tivesse igualmente decrescido.

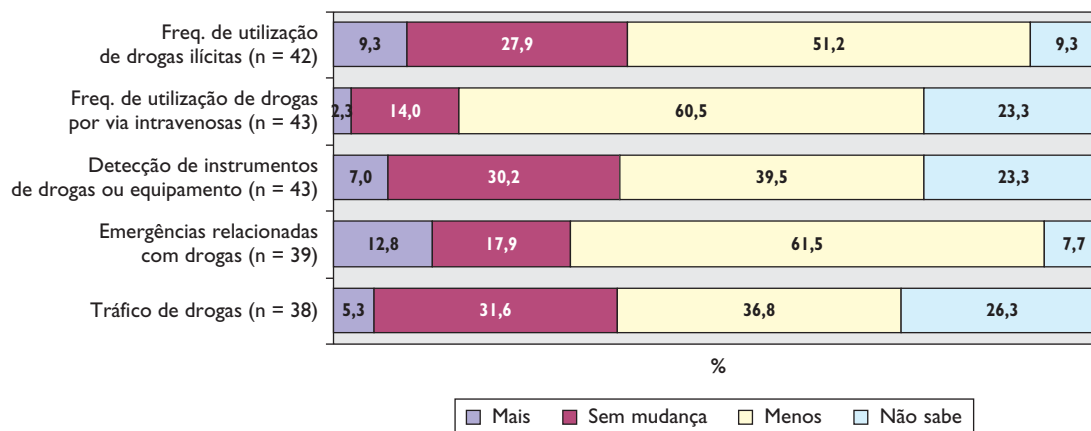
III-2.2.2. Os Técnicos

“Para mim é obvio que o programa é uma aposta ganha. Diminuiu os comportamentos de riscos por parte dos reclusos e ajudou na própria gestão da instituição – é mais fácil conter os reclusos. Também nos permite trabalhar com eles outros temas, fazemos uma espécie de educação para a saúde.” (M. E., enfermeiro)

À semelhança do que aconteceu com os reclusos, também o questionário dirigido aos técnicos incidiu largamente sobre os impactos das terapias de substituição no contexto prisional. Passamos agora à apresentação e análise da informação recolhida junto do pessoal dos EP, para posteriormente tentarmos comparar as percepções de cada um dos grupos inquiridos – reclusos e técnicos – tentando identificar eventuais pontos de convergência e de desencontro.

O gráfico que se segue traduz as opiniões dos técnicos sobre os impactos do programa de substituição no consumo e noutro tipo de ocorrências relacionadas com drogas no interior da prisão. Se é expressiva a percentagem de indivíduos que considera ter havido uma redução na frequência dos consumos, na utilização de drogas por via intravenosa e nas emergências relacionadas com drogas, o mesmo já não acontece no que diz respeito ao tráfico e à apreensão de substâncias e equipamentos/instrumentos de consumo. Nestes dois itens, aproximadamente 1/4 dos inquiridos optou pela resposta “não sei”; dos que emitiram opinião, cerca de metade afirma que se verificou uma diminuição neste tipo de ocorrências e os restantes dividem-se entre os que consideram que a situação se manteve inalterável e – em menor número – os que referem que ela se agravou.

Gráfico 20 – Impactos do Tratamento de Substituição no Uso e Tráfico de Drogas (Técnicos)



C. Q., guarda prisional, 30 anos, refere que diminuiu a frequência do uso de drogas ilícitas; segundo afirma, alguns dos reclusos entram no programa de metadona para poderem poupar dinheiro: “tomam uma dose de metadona de graça, e não têm que gastar tanto dinheiro a consumir heroína”. O consumo por via intravenosa é “praticamente nulo”. Apesar de saber que continua a existir tráfico, não sabe responder sobre a frequência de detecção de instrumentos de drogas.

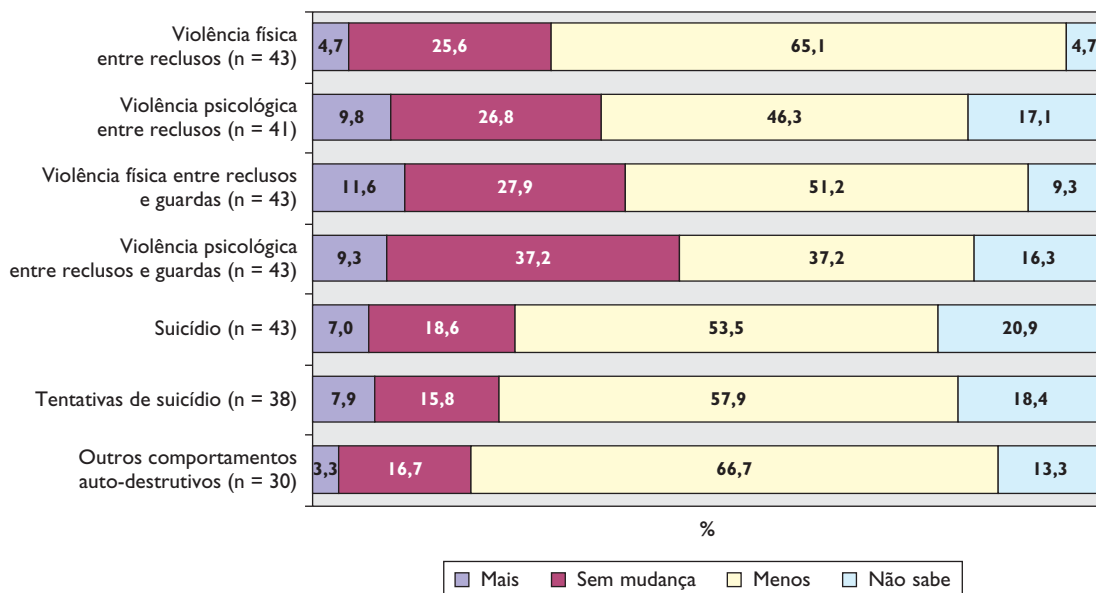
F., 35 anos, guarda prisional: quando questionado acerca das mudanças que o programa de metadona introduziu reporta que a cadeia se libertou de problemas decorrentes do consumo de drogas ilícitas e “(...) inerentes às dependências”, tais como “(...) violência, agressividade, furtos (...)”. Desde a implementação do programa, “o ambiente da cadeia está mais calmo e sereno, e a vida dos reclusos melhor”.

Estes excertos de natureza mais qualitativa pretendem complementar alguns dos dados estatísticos apresentados no Gráfico 20.

Questionados sobre o impacto das terapias de substituição nos comportamentos violentos dentro da prisão, a maior parte do pessoal técnico considera que se verificou uma redução sobretudo ao nível da violência física entre reclusos (65,1%) mas também entre estes e os guardas prisionais (51,2%). Os efeitos positivos são menos notados no que diz respeito à violência psicológica: apenas 46,3% dos inquiridos considera ter havido uma redução deste tipo de práticas entre reclusos; sendo esta percentagem muito inferior no caso da violência psicológica entre reclusos e guardas – existe um empate estatístico entre os que afirmam que diminuiu e os que referem não ter ocorrido qualquer mudança a este nível (37,2% para ambas as respostas).

Os efeitos positivos do tratamento de substituição na diminuição dos suicídios, tentativas de suicídio e outros comportamentos auto-destrutivos – e mais uma vez são referidas sobretudo as situações de auto-mutilação e de patologias fingidas para obtenção de medicação – são também sublinhados pela maioria dos técnicos entrevistados, sendo residual a percentagem dos que consideram ter havido um agravamento deste tipo de comportamentos.

Gráfico 21 – Impactos do Tratamento de Substituição nos Comportamentos Violentos (Técnicos)



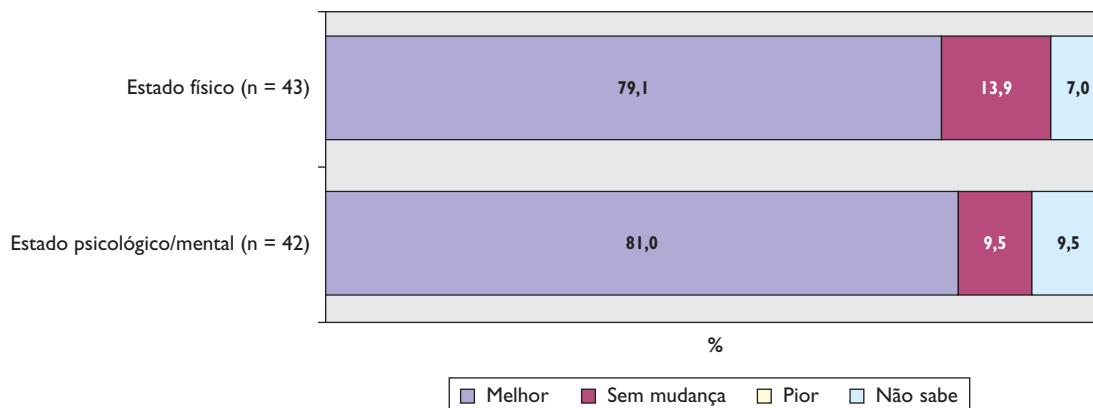
L. G., 45 anos, profissional de saúde, afirma que a violência entre reclusos está directamente relacionada com o facto de se contraírem dívidas; “como consomem menos, contraem menos dívidas, logo diminui a violência”. Refere também uma diminuição nos comportamentos auto-destrutivos: suicídio, tentativas de suicídio e auto-mutilações.

T. M., 30 anos, guarda prisional refere uma diminuição na frequência das agressões e dos actos de violência física e psicológica entre reclusos, mas relaciona este facto com alterações recentemente introduzidas na segurança do estabelecimento prisional – “os presos passam agora menos tempo fora das celas e a videovigilância é mais apertada”. A diminuição dos conflitos físicos entre reclusos e guardas acontece pelas mesmas razões.

É preciso interpretar com cuidado a influência da metadona na redução dos comportamentos violentos. Esta relação não é linear, entrando outros factores em jogo, como a videovigilância ou a alteração do tempo que os reclusos passam dentro das celas. Seria, portanto, importante averiguar de eventuais mudanças nos mecanismos internos de manutenção da ordem, de modo a poder isolar o papel efectivo das terapias de substituição opiácea no clima prisional.

Uma maioria muito expressiva dos técnicos entrevistados avalia como positivos os efeitos do tratamento de substituição tanto no estado de saúde físico dos reclusos (79,1%) como no estado de saúde psicológico (81%). Saliente-se a inexistência de respostas que apontem para uma deterioração do estado de saúde dos reclusos após a integração no programa de substituição.

Gráfico 22 – Impactos do Tratamento de Substituição na Saúde dos Reclusos (Técnicos)



S. R., guarda prisional, sublinha que o tratamento de substituição trouxe melhorias na saúde dos reclusos e sobretudo uma diminuição no risco de contágio das doenças infecciosas. Na sua opinião a metadona é um medicamento que permite apaziguar o sofrimento e a dependência física do recluso toxicodependente.

R., profissional de saúde, diz-nos: “quando a metadona começou, pensava que não iria trazer qualquer mais-valia”. Mas depois começou a apostar no programa. Conclui que introduziu melhorias significativas a todos os níveis. Ao nível da saúde, refere que a metadona influencia positivamente os reclusos para a toma de anti-retrovirais e tuberculoestáticos. São inseridos no programa de substituição para depois tomarem o resto da medicação.⁴⁷

De facto, um dos principais problemas de saúde é o dos infectados com VIH. No caso de Custóias – único EP onde foi possível apurar dados exactos sobre esta realidade – há data das entrevistas, dos 922 reclusos, cerca de 116 (12,6% do total da população prisional) encontravam-se infectados com VIH. Sabemos igualmente que dos 129 indivíduos que integravam o programa de substituição com metadona, 46 eram portadores de VIH, o que dá uma percentagem de 35,7% de reclusos infectados em programa de metadona.

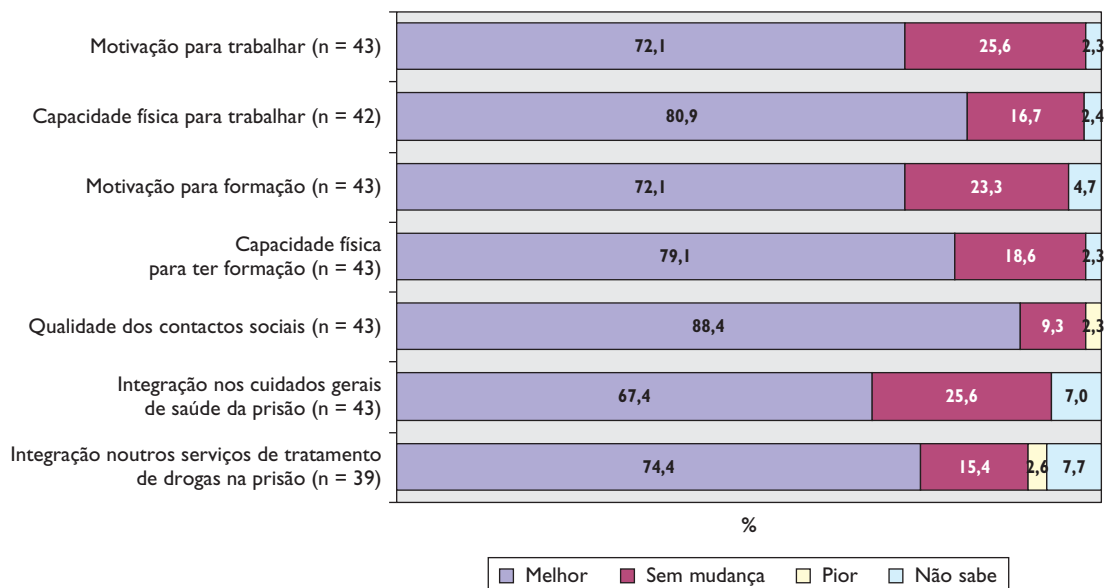
Quanto aos impactos das terapias de substituição opiácea na motivação e na capacidade física dos reclusos para trabalhar e participar em acções de formação, as respostas obtidas indicam que se verificaram melhorias em todos os itens focados. Contudo, o Gráfico 23 mostra-nos que é sobretudo ao nível da capacidade física para o trabalho e para a formação que os efeitos positivos são mais notados.

Em relação ao indicador “qualidade dos contactos sociais”, a grande maioria dos técnicos (88,4%) tem vindo a observar melhorias no comportamento e nas capacidades sociais e relacionais dos reclusos. A este propósito, um dos guardas prisionais com quem falámos sublinha que estão “melhores no trato e na capacidade de diálogo” (AD, 32 anos).

Sobre a integração dos reclusos em metadona nos serviços de saúde e de tratamento existentes nos respectivos EP, a opinião maioritária aponta no sentido de uma evidente melhoria.

⁴⁷ Isto mesmo tínhamos já constatado numa outra investigação (Fernandes, 2007) acerca da adesão de utilizadores de drogas por via intravenosa às terapêuticas anti-retrovirais. Reconhecidas as suas dificuldades de adesão, salientava-se o papel que a metadona desempenhava como ponte entre o indivíduo e a terapêutica anti-retroviral.

Gráfico 23 – Impactos do Tratamento de Substituição nas Motivações e Capacidades dos Reclusos (Técnicos)



Contudo, se conjugarmos estes dados com os elementos qualitativos recolhidos durante as entrevistas, conseguimos obter uma leitura mais completa sobre este tipo de impactos e sobre a sua relação efectiva com o tratamento de substituição. Olhemos então para alguns dos excertos:

A. T., guarda prisional, considera que as melhorias na aparência física dos reclusos, provocadas pelo aumento dos cuidados de saúde e de higiene pessoal, têm impacto na valorização pessoal e na capacidade de traçar e realizar objectivos. Apesar do problema de fundo se manter – a “dependência psicológica de substâncias” – “(...) a imagem muda e isso tem impacto na qualidade das relações. (...) Com a metadona [os reclusos] voltam a encontrar-se.”

Em relação às mudanças nos comportamentos, motivações e capacidades dos reclusos, J. F., técnico na área da saúde, refere apenas melhorias. Contudo, comenta que a motivação para aderir à formação tem a ver com o baixo grau de escolaridade à entrada e “(...) com outros factores sociais (...)”, e que a melhor integração nos cuidados de saúde se relaciona com a obrigatoriedade do tratamento, e não directamente com a implementação do programa.

M. S., 36 anos, guarda prisional, tem dúvidas que as mudanças sugeridas no questionário estejam directamente relacionadas com a metadona. É possível que o aumento das ofertas formativa, recreativa e sanitária tenham tido aqui também um efeito positivo. Por outro lado, a maioria dos reclusos encara o trabalho e a formação como “(...) um passo a caminho da liberdade”, porque acreditam

ser mais fácil conseguir condicionais ou precárias deste modo. Há ainda o factor monetário: um recluso que estude recebe uma bolsa de € 120 e um recluso trabalhador recebe € 50, o que aumenta significativamente a motivação para receber formação ou para trabalhar.

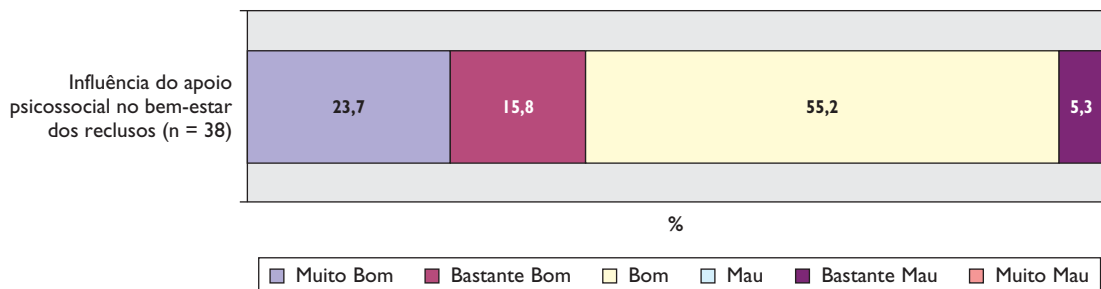
Acredita que há hoje em dia uma melhor integração nos cuidados de saúde e de tratamento de drogas na prisão, mas o que a determina é o facto das consultas de medicina geral serem obrigatórias.

O testemunho destes técnicos espelha a opinião de vários dos profissionais inquiridos, sobretudo no que diz respeito às melhorias verificadas na integração dos reclusos nos serviços de saúde e de tratamento do EP. Simultaneamente, permite-nos uma análise mais rigorosa dos dados estatísticos obtidos, ajudando-nos a compreender que as mudanças positivas ocorridas podem não resultar directa ou exclusivamente da participação dos sujeitos no tratamento de substituição.

Quanto à importância do apoio psicossocial prestado aos reclusos no âmbito do programa de substituição, importa em primeiro lugar referir que nem todos os técnicos entrevistados tinham conhecimento da existência deste tipo de apoio – numa amostra de 43 indivíduos, 2 afirmaram desconhecer esta valência.

Dos que se pronunciaram sobre a influência do apoio psicossocial no bem-estar dos reclusos, a maioria assumiu que é positiva – 55,2% disse que era “bom”, 23,7% “muito bom” e 15,8% “bastante bom”. É praticamente residual a percentagem dos que consideram que o impacto é negativo (apenas 5,3%).

Gráfico 24 – Influência do Apoio Psicossocial no Bem-estar dos Reclusos (Técnicos)



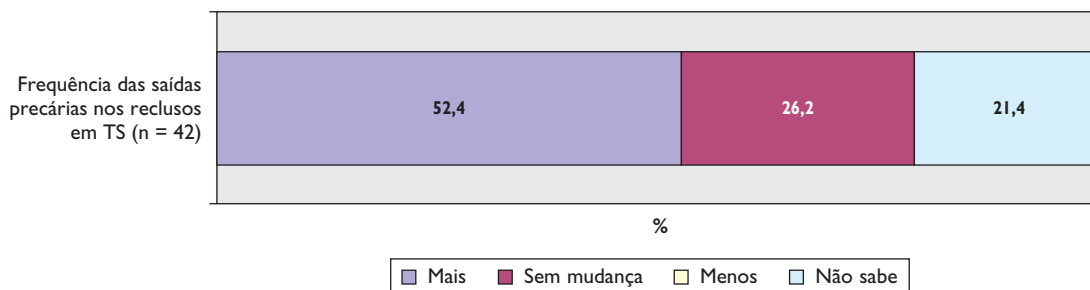
Os técnicos foram também questionados sobre a influência do programa de substituição na atribuição de saídas precárias. Pouco mais de metade (52,4%) considera que a frequência das precárias aumentou para os reclusos em tratamento de substituição; a outra metade divide-se entre os que acham que não houve qualquer alteração (26,2%) e os que optam pela resposta “não sei” (21,4%).

C., guarda prisional, considera que a frequência das saídas precárias não sofreu mudanças com a entrada em vigor do programa de substituição, já que estas dependem do apoio familiar. No entanto, não descarta a hipótese de em alguns

casos o tratamento de substituição ter ajudado à decisão favorável do conselho técnico.

“Não deveria ter influência (...) porque a situação jurídica e o acompanhamento terapêutico são independentes. Contudo, a verdade é que a frequência das saídas precárias a casa aumentou.” (H. C., profissional de saúde)

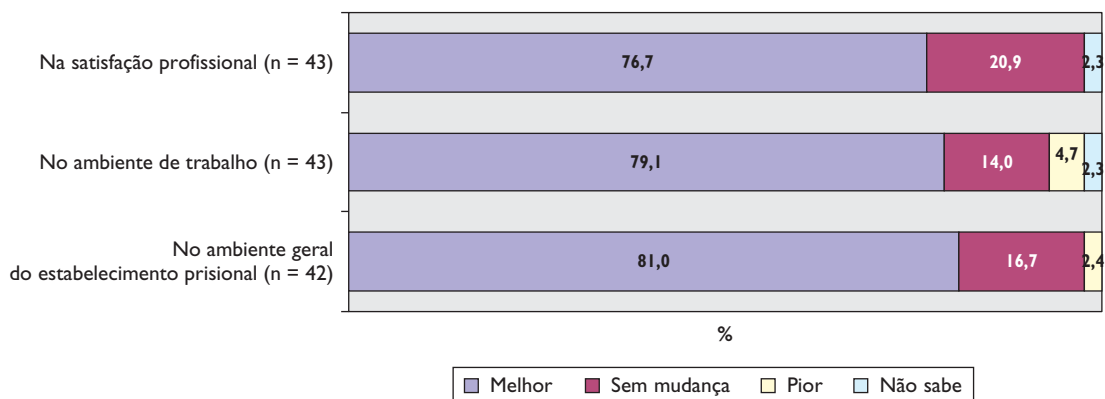
Gráfico 25 – Impactos do Tratamento de Substituição na Frequência das Saídas Precárias (Técnicos)



O pessoal técnico foi ainda questionado sobre o impacto da implementação do tratamento de substituição no seu nível de satisfação profissional, no ambiente de trabalho e no contexto prisional em geral. O Gráfico 26 traduz as respostas obtidas para cada um destes itens e mostra-nos que mais de $\frac{3}{4}$ dos inquiridos consideraram ter havido uma melhoria em termos dos três indicadores considerados.

A percentagem dos que referem não ter ocorrido qualquer alteração na sequência da introdução das terapias de substituição varia entre os 20,9% no caso da satisfação profissional, os 14% ao nível do ambiente de trabalho e 16,7% no que diz respeito ao ambiente prisional em geral. Os impactos negativos são sublinhados apenas em dois destes itens e por uma percentagem quase inexpressiva de indivíduos.

Gráfico 26 – Impactos do Tratamento de Substituição na Satisfação Profissional e no Ambiente Prisional (Técnicos)



Completemos esta informação estatística, uma vez mais com recurso aos nossos registos qualitativos:

L., profissional de saúde, afirma que a implementação do programa não alterou a sua satisfação profissional. No entanto acredita que o ambiente de trabalho e o ambiente geral da prisão melhoraram. Se não houvesse tratamento “(...) provavelmente estaríamos iguais, com problemas de saúde física (por exemplo, tuberculose, hepatite, etc.), psíquica e agressividade entre reclusos. Os reclusos revoltar-se-iam e progressivamente aumentariam os níveis de consumo deteriorando as condições sociais e de saúde na cadeia”.

É frequente no discurso dos técnicos a referência ao programa de substituição enquanto instrumento fundamental na gestão e controle dos reclusos utilizadores de opiáceos:

“Na minha opinião, hoje em dia, seria impossível fazer a gestão dos reclusos se não existissem este tipo de programas dado o elevado número de reclusos toxicodependentes.”
(M., 56 anos, enfermeiro)

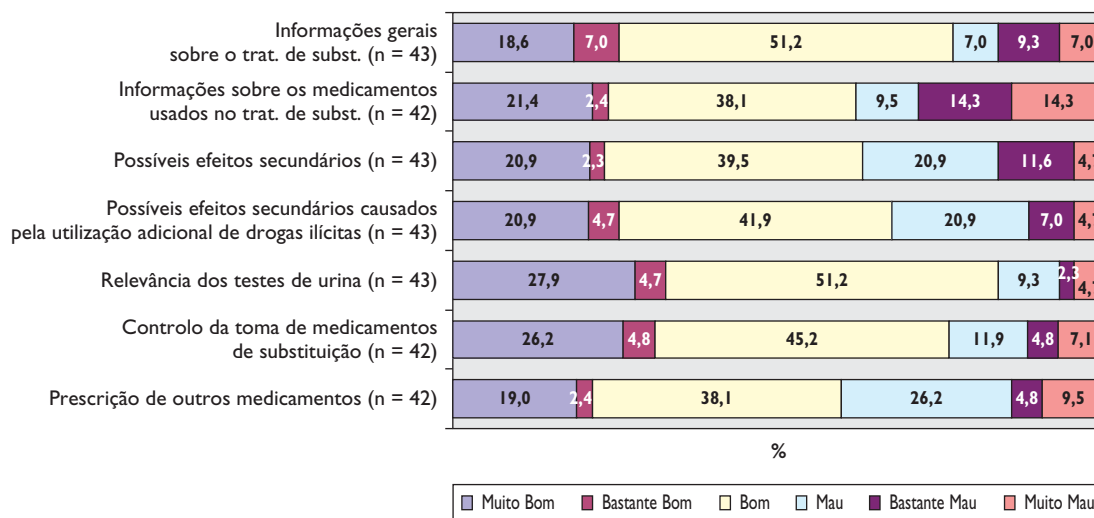
“A população toxicod dependente por vezes é mais difícil de gerir que os restantes reclusos. A metadona e todos os outros comprimidos ajudam na medida em que os controlam quimicamente.” (P., 55 anos, guarda prisional)

R., profissional de saúde, aponta algumas das melhorias ocorridas após a introdução das terapias de substituição na prisão: “ao nível dos serviços clínicos tudo funciona melhor; ao nível da alimentação têm inclusive um nutricionista. Há melhores condições a todos os níveis.” No entanto, assume que só é possível manter estas condições porque os indivíduos em programa de substituição causam “menos lesões”, “menos estragos” na prisão. Estas condições só se mantêm, diz, “porque eles estão adequados”.

Em relação ao grau de informação sobre os vários aspectos das terapias de substituição, a maioria dos técnicos considera-se bem informada (cf. Gráfico 27). Mais de 3/4 dos profissionais considera que dispõe de um bom nível de informação sobre o tratamento de substituição em geral (76,8%), sobre o controlo da toma do medicamento de substituição (76,2%) e sobre a relevância dos testes de urina (83,8%). Os aspectos médicos do programa de substituição opiácea parecem menos bem conhecidos, sobretudo os que dizem respeito às substâncias utilizadas no tratamento (apenas 61,9% dos técnicos afirmam estar bem informados), aos possíveis efeitos secundários que esta pode causar (62,7% bem informados) e à prescrição de outros medicamentos (em que apenas 59,5% dos entrevistados assumem possuir um bom nível de informação).

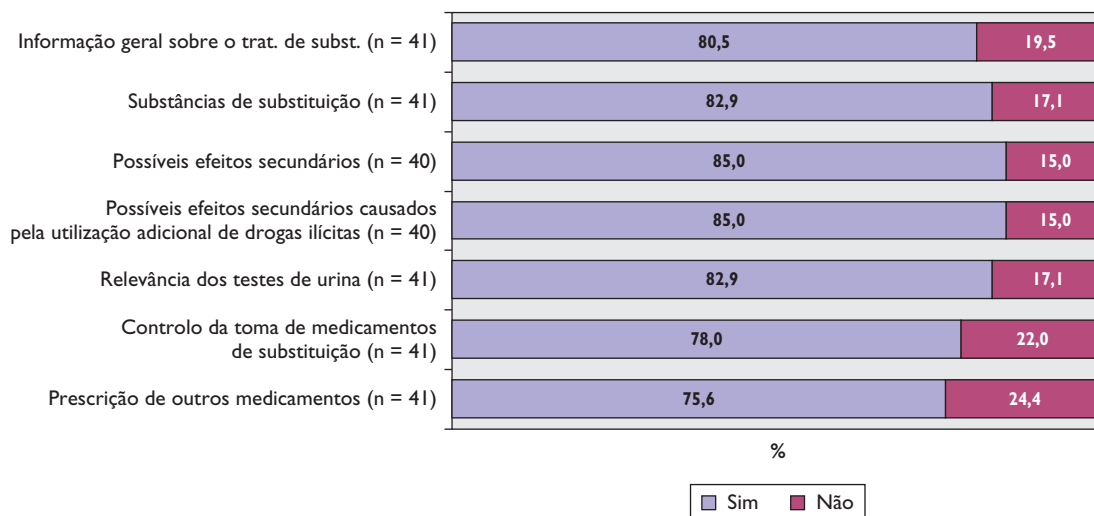
Se analisarmos as respostas obtidas por categoria profissional, constatamos que profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e psicólogos) se sentem bem informados sobre o tratamento. São sobretudo os guardas prisionais que revelam menor grau de informação sobre os vários aspectos do programa de substituição. Exceptua-se aqui a questão da relevância dos testes de urina, uma vez que, tal como os próprios verbalizam, é o único aspecto do tratamento em que estão directamente envolvidos.

Gráfico 27 – Nível de Informação sobre os Diferentes Aspectos do Tratamento de Substituição (Técnicos)



Em todo o caso, e como bem evidencia o Gráfico 28, importa sublinhar a necessidade manifestada pelos vários profissionais de obter informação adicional sobre o programa de substituição opiácea.

Gráfico 28 – Necessidade de Informação Adicional sobre os Diferentes Aspectos do Tratamento de Substituição (Técnicos)



Em síntese, estes dados traduzem a experiência e as representações dos técnicos sobre as terapias de substituição e sobre o seu impacto no bem-estar, nas práticas e nos comportamentos dos reclusos, bem como no próprio ambiente prisional em geral.

Os resultados obtidos permitem-nos concluir que a avaliação que fazem do tratamento de substituição é globalmente positiva. Dos vários indicadores considerados, os que mereceram uma avaliação mais favorável dizem respeito sobretudo ao impacto da metadona no estado de saúde físico e psicológico dos reclusos, e também nas suas competências sociais/relacionais e na motivação e capacidade física que apresentam para trabalhar ou aderir a acções de formação.

A ocorrência de melhorias na integração dos detidos nos serviços de saúde e de tratamento existentes nos EP foi sublinhada por uma larga percentagem dos profissionais inquiridos, mas podemos depreender através dos registos qualitativos que este facto se fica a dever mais à obrigatoriedade das consultas do que a uma motivação intrínseca e genuína por parte dos reclusos em aderirem a este tipo de serviços.

Em relação aos consumos, também sobressaem as mudanças positivas, que se traduzem na diminuição do uso de drogas ilícitas, dos consumos por via intravenosa e das emergências relacionadas com drogas.

Quanto à ocorrência de comportamentos violentos, concluiu-se que é sobretudo ao nível da violência física entre reclusos e dos comportamentos auto-destrutivos (suicídios, tentativas de suicídio e auto-mutilação) que os efeitos positivos são mais notados, ainda que, como já vimos atrás, tais alterações possam não decorrer directa ou exclusivamente da introdução da metadona na prisão.

A implementação do programa de substituição não parece ter produzido impactos assinaláveis ao nível do tráfico de drogas e da apreensão de instrumentos para consumo no interior dos EP. Do mesmo modo, não parecem ter ocorrido alterações significativas em termos da violência psicológica entre reclusos e guardas.

– ACORDOS E DESACORDOS ENTRE TÉCNICOS E RECLUSOS –

Por último, assinalemos o amplo acordo entre os sujeitos das nossas duas amostras no que toca ao objecto da nossa investigação. Com efeito, tanto reclusos como profissionais concordam acerca das vantagens e dos benefícios da utilização da metadona, mostrando-se também de acordo nos pontos em que ela parece, como ainda agora acabamos de ver, não ter produzido mudanças.

Nenhum dos indicadores contemplados na análise mereceu uma avaliação claramente negativa por parte de qualquer um dos grupos. Por regra, os técnicos avaliam de forma mais positiva os efeitos da metadona. No entanto, as diferenças estatísticas são tão diminutas que não nos autorizam a extrair certezas. Os

indicadores em que estas diferenças são mais nítidas são os referentes à obtenção de saídas precárias e às capacidades físicas dos detidos para trabalhar e frequentar acções de formação. A única discrepância com algum relevo encontramos-a a propósito da melhor integração dos reclusos nos cuidados de saúde e noutros serviços de tratamento existentes nos EP, referida por menos de metade dos reclusos, mas por quase dois terços dos profissionais inquiridos.

III-2.3. A Situação Portuguesa Face aos Parceiros Europeus

Em primeiro lugar, é necessário advertir para o seguinte: a comparação dos dados portugueses com os da média dos países parceiros no projecto AGIS tem uma limitação de partida. Se inicialmente, o projecto reunia sete países, o relatório final, da autoria dos parceiros alemães, apresenta médias relativas apenas a cinco desses sete países. Tal circunstância deve-se ao facto das amostras para Itália e Inglaterra serem, respectivamente de 15 e 8 reclusos – descartadas, portanto, por falta de representatividade para efeitos de cálculo de médias.

Encontramos assim no relatório final do projecto uma secção dedicada à análise das particularidades de cada um dos cinco países considerados (Áustria, Alemanha, Portugal, Eslovénia e Espanha). Em termos de perfil socio-demográfico os reclusos portugueses destacam-se por possuírem habilitações escolares inferiores à média e, em termos penais, por cumprirem sentenças mais longas. Têm um percurso mais extenso enquanto consumidores regulares de drogas opiáceas, mas apresentam valores inferiores à média no que diz respeito aos consumos por via intravenosa dentro da prisão.⁴⁸

Provavelmente em conexão com este último indicador, Portugal surge também abaixo da média no que concerne aos comportamentos de risco associados aos consumos injectáveis, tanto em contexto prisional como fora deste (exceptua-se aqui o item referente à “partilha de seringas fora da prisão” em que nos situamos dentro dos valores médios).

Quanto ao programa de substituição, encontramos na amostra nacional algumas especificidades que vale a pena enunciar: é menor a percentagem de reclusos que considera ter sido fácil o acesso ao tratamento na prisão mas, em contrapartida, encontramos valores muito acima da média no que diz respeito ao acesso a apoio psicossocial durante o tratamento e também no que diz respeito à garantia

⁴⁸ No relatório final do projecto, os autores admitem que os valores positivos obtidos por Portugal nos indicadores referentes às práticas de consumo em meio prisional podem ter sofrido um enviesamento decorrente da técnica de inquérito utilizada – a entrevista em vez do questionário auto-administrado adoptado pelos restantes países parceiros. Avança-se com a hipótese de que a presença dos entrevistadores possa ter funcionado como factor inibidor, gerando desconfiança nos reclusos quanto às garantias de confidencialidade e de anonimato das respostas e fazendo-os recear possíveis “represálias” por parte dos responsáveis dos EP. Contudo, se assim fosse, não se perceberia, por exemplo, por que razão declaram tão abertamente os consumos de outras drogas durante a terapia de substituição dentro da prisão...

de confidencialidade quanto à participação no programa de metadona. Os reclusos portugueses apresentam valores muito superiores à média em relação ao consumo de outras drogas durante o tratamento de substituição na prisão – neste indicador distanciamos-nos da média em mais de 20 pontos percentuais.

Portugal é também o país que mais se destaca na avaliação positiva dos efeitos do tratamento de substituição no ambiente geral da prisão e no estado de saúde físico e psicológico dos reclusos, apresentando mais uma vez uma distancia percentual muito significativa face à média apurada para os restantes países parceiros. Os sujeitos que compõem a amostra portuguesa são também os que avaliam de forma mais favorável a influência do apoio psicossocial no seu bem-estar pessoal.

Considerações Finais

Antes do advento das políticas de redução de riscos, a metadona enquanto instrumento de intervenção nos indivíduos com dependência opiácea era controversa. A história da sua utilização em Portugal testemunha-o bem: fomos dos primeiros na Europa Ocidental a instituí-la, quando, em finais dos anos 70, se iniciaram programas de desintoxicação no Centro de Estudos da Profilaxia da Droga, no Porto; mas fomos dos últimos a adoptá-la como política, generalizando-a na rede pública de Centros de Atendimento a Toxicodependentes em meados dos anos 90, e levando às zonas de concentração de utilizadores programas de baixo limiar, através das equipas de rua, em inícios do novo milénio.

Enquanto o modelo medico-psicológico foi hegemónico, a metadona suscitava grande resistência: fornecia-se um opiáceo a quem precisava de abandonar o consumo doutro opiáceo, apostava-se na normalização do indivíduo (a metadona permitia-lhe readquirir os ritmos quotidianos perdidos, desde logo o laboral) em vez de se apostar na sua transformação interior através do processo terapêutico, limitava-se a acção à mudança de identidade do indivíduo de toxicodependente para paciente medico-legal – e, no fim de tudo isto, a metadona convertia-se no novo objecto da dependência. Ao coro de críticas ia respondendo o único Centro que a utilizava, esforçando-se por mostrar como ela funcionava como um instrumento ao serviço do processo clínico, como a normalização dos ritmos quotidianos do toxicodependente era uma condição importante da sua reinserção, sem a qual o processo terapêutico, no isolamento do gabinete, estaria sempre votado ao fracasso...

À margem desta discussão no interior do dispositivo, o mundo cá fora seguia o seu curso e a situação dos heroinodependentes agravava-se: a rede de serviços mostrava-se incapaz de chegar a muitos deles, os que seguiam percursos terapêuticos abandonavam-nos com grande frequência e, quando os terminavam, recaíam quase sistematicamente; um contexto marcado pela censura, pelo interdito e pela perseguição policial conduzia, por outro lado, a práticas de consumo de grande risco, que vieram a traduzir-se na epidemia de hepatites, do VIH e no grande aumento da tuberculose. Entretanto, fruto da perseguição policial nos “bairros das drogas” e do endurecimento da lei penal, cada vez mais consumidores, muitos dos quais toxicodependentes, eram encarcerados num sistema penitenciário que tardou

em reconhecer o problema, permanecendo muito tempo num vazio de respostas para estes novos “clientes”. Todas estas circunstâncias obrigariam a reconhecer a modéstia das respostas do modelo medico-psicológico, abrindo a porta a novas respostas que, no seu conjunto, configurariam a política de redução de riscos e minimização de danos. A metadona tinha, agora, um novo espaço e um novo papel.

Não se pense, porém, que a polémica em seu torno acabou. É questionada, por exemplo, a divisão entre a droga terapêutica e a droga de abuso e denunciado o papel normalizador que é atribuído à droga terapêutica, num acto que mais não visa do que a gestão do conflito social. Vejamos o modo como argumenta a este respeito Philippe Bourgois (2000):

“(...) o termo «bio-poder» de Foucault diz respeito às formas historicamente estabelecidas e institucionizadas de controlo social e disciplinar dos corpos. A definição de manutenção de metadona como «tratamento» configura um exemplo concreto de bio-poder em pleno funcionamento. As autoridades públicas e médicas criaram uma distinção entre heroína e metadona que se constrói essencialmente em torno de categorias morais que têm a ver com o controlo do prazer e da produtividade. O contraste entre a metadona e a heroína ilustra como o sistema médico e judicial disciplinam o uso do prazer, considerando algumas drogas psicoactivas como medicamentos legais e outras como venenos ilegais.”

Continuando a argumentar nesta lógica, chegamos à defesa dos programas de administração de heroína, referendados positivamente em 1997 pela maioria da população suíça e em prática em vários países:

“De facto, a prescrição médica de heroína pode ser entendida como um método extraordinariamente eficiente de controlo social – muito mais eficaz do que a prescrição de metadona. (...) Dentro do paradigma biomédico de procura de soluções tecnológicas rápidas e eficazes para problemas sociais crónicos, a farmacologia da heroína proporciona uma melhor solução social a um custo mais reduzido.” (Ph. Bourgois, 2000)

Em suma, a metadona é posta em causa por uns e adoptada incondicionalmente por outros. No primeiro grupo encontramos dois argumentos diametralmente opostos: os defensores das terapias livres de drogas, assentes no modelo da abstinência, vêem nela um obstáculo ao processo terapêutico; por outro lado, alguns cientistas sociais vêem nos usos de substâncias psicoactivas, legais ou ilegais, fenómenos que integram as práticas que se vêm disseminando e tornando omnipresentes e, nesse sentido, normais, numa vida urbana marcada pelo hiper-consumo e pela banalização das condutas de intoxicação, olhando para a metadona como um instrumento ao serviço dum biopoder normalizador e disciplinador. Quanto aos seus entusiastas, consideram-na um instrumento praticamente indispensável, sobretudo em dependentes com trajectórias que conduzem a quadros de vida de grande desestruturação e consideram-na um elemento central na intervenção em redução de riscos.

E nós, que vemos nela? Circunscrevamo-nos ao que os dados empíricos que apresentámos ao longo deste trabalho nos autorizam a afirmar. E afirmamo-lo dentro dum referencial específico – o contexto prisional – sem pretender generalizá-lo a outros contextos de utilização da metadona.

A nossa investigação mostra que as terapias de substituição com metadona são um recurso importante, tanto para a saúde e o bem-estar dos reclusos como para o clima prisional. Para uma boa parte dos detidos, potencia também as condições para fazer do período do cumprimento da pena um tempo útil para algum investimento na sua formação académica e/ou profissional. Estar em terapia de substituição potencia ainda a assiduidade a outros tratamentos e, em geral, a integração nos serviços clínicos.

Os profissionais que trabalham em contexto prisional avaliam, de um modo geral, positivamente o impacto dos tratamentos de substituição. Em todo o caso, é importante sublinhar a necessidade que manifestam de obter informação adicional sobre os vários aspectos implicados no tratamento de substituição.

Ao longo do texto, fomos levantando algumas questões e problematizando alguns factos. Procuraremos agora, feito o percurso pelo que foi possível extrair dos dados, dar-lhes resposta.

O trabalho reitera um dado recorrente na investigação levada a cabo em prisões: o da grande presença de indivíduos dependentes de drogas e, entre estes, o da quantidade apreciável dos que se encontram infectados com VIH.

Analisando com pormenor o perfil social dos reclusos, reforçamos com os nossos dados a tese do funil penal, que tem feito recair sobre as franjas populacionais mais desfavorecidas a factura das políticas do “combate à droga”. O controle penal e carcerário do crime de tráfico é exercido essencialmente sobre os elos finais da cadeia de distribuição, ao nível dos que trabalham na interface com o consumidor no mercado de retalho, fixado em geral em meios sociais desfavorecidos. Esta forma de levar ao terreno o “combate à droga” não será indesligável dos seus resultados práticos ao nível macro: a oferta de drogas parece imune aos esforços das autoridades para a fazer regredir...

Dos nossos dados ressalta também a diminuição da importância que parecem ter hoje, no meio prisional, os consumos por via intravenosa. Mais uma vez, o meio carcerário reflecte o meio livre, onde a via injectada parece estar em regressão. Tal constatação não deve servir, a nosso ver, para retirar importância às medidas de redução de riscos – porque, tal como diz o slogan, “cada novo caso (de infecção) é um caso a mais”. Por outro lado, a diminuição da importância, em meio livre, da via injectada não deve ser desligada dos resultados alcançados pela política de redução de riscos e minimização de danos, o que mostra a pertinência de a alargar ao meio prisional.

Questionávamos, a certa altura do texto, se a filosofia penal assente na reinserção se encontra em perda. Através unicamente dos nossos dados, a resposta é inconclusiva. Diremos, sim, que as terapias de substituição com metadona são um instrumento inequívoco daquilo a que, no primeiro capítulo, chamamos a gestão do conflito social; mas seria redutor confiná-las a um mero papel de controle do ambiente carcerário. São também um instrumento que, pacificando a vida quotidiana de quem se encontra detido, lhe permite investir em novas tarefas que poderão aproximá-lo mais do ideal reinsersor.

Muito fica ainda por saber: pelas limitações próprias desta investigação, que oportunamente salientámos no capítulo em que falámos da metodologia e no anexo I, pelo pouco que se tem estudado o meio prisional e, em particular, o fenómeno droga no seu interior, e ainda pela natureza própria ao conhecimento científico, que faz de cada investigação um processo que gera mais questões do que aquelas que responde, funcionando, quando visto isoladamente, apenas como uma porta para a investigação seguinte. Mas, por enquanto, é esta a que agora se expõe a quem quiser conhecê-la e, melhor ainda, debatê-la.

Bibliografia

- ABRUNHOSA, Rui (1989), A Prisão: do isolamento à reinserção na comunidade. *Jornal de Psicologia*, vol. 8, n.º 1.
- AEBI, Marcelo F. e DELGRANDE, Natália (2007), *Council of Europe Annual Penal Statistics – SPACE I – 2006*. Estrasburgo: Conselho da Europa. (versão electrónica em URL: http://www.coe.int/t/e/legal_affairs/legal_co-operation/prisons_and_alternatives/statistics_space_i/Rapport%20SPACE%20I_2006_Dec.pdf).
- AGRA, Cândido da (1999), La volonté de savoir sur le crime et la justice au Portugal (1990-1998). In Van Ostrive e Ph. Robert (eds.) *Crime et justice en Europe depuis 1990*. Paris: l'Harmattan.
- BARBOSA, Jorge (2006), *Entre a regulação dos “riscos psicoactivos” e a defesa dos direitos de cidadania – o Serviço Social no seio das políticas de redução de danos*. Lisboa: Faculdade de Ciências Humanas, Universidade Católica Portuguesa (Tese de Mestrado).
- BARBOSA, Fernando (2003), *Psicobiologia da liberdade do criminoso recidivante*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto (Tese de Doutoramento).
- BOURGOIS, Philippe (2000), Disciplining Addictions: the bio-politics of methadone and heroin in the United States. *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 24, n.º 2, pp. 165-195.
- BRUTO DA COSTA, Alfredo (2000), *As exclusões sociais*. Lisboa: Gradiva.
- COSTA, E. Maia (1998), Direito Penal da droga: breve história de um fracasso, *Revista do Ministério Público*, n.º 74, pp. 103-120.
- COSTA, E. Maia (2001), Redução de danos: preconceitos, obstáculos, justificação. *Toxicodependências*, vol. 7, n.º 3, pp. 53-58.
- COMISSÃO DE ESTUDO E DEBATE DA REFORMA DO SISTEMA PRISIONAL (2004), *Relatório da Comissão de Estudo e Debate da Reforma do Sistema Prisional*. Lisboa: Ministério da Justiça. (versão electrónica em URL: <http://www>).

dgpj.mj.pt/sections/politica-legislativa/projectos-concluidos/comissao-de-estudo-e/downloadFile/attachedFile_f0/RelatorioCEDERSP.pdf.

COMISSÃO PARA A ESTRATÉGIA NACIONAL DE COMBATE À DROGA (1998), *Estratégia Nacional de Combate à Droga*. Lisboa.

CUNHA, Manuela Ivone (2002), *Entre o Bairro e a Prisão: Tráfico e Trajectos*. Lisboa: Fim de Século Edições.

CUNHA, Manuela Ivone (ed.) (2008), *Aquém e além da prisão – cruzamentos e perspectivas*. Lisboa: 90 Graus Editora.

FERNANDES, Luís (1991), *Uma topografia urbana das drogas*. Lisboa: Gabinete de Planeamento e Coordenação do Combate à Droga.

FERNANDES, Luís (1998), *Sítio das Drogas*. Lisboa: Editorial Notícias.

FERNANDES, Luís e PINTO, Marta (2002), Do que se tem ao que não há: práticas de investigação e comunidade científica das drogas em Portugal. *Toxicodependências*, vol. 8, n.º 3, pp. 3-10.

FERNANDES, Luís e PINTO, Marta (2004), El espacio como dispositivo de control social: territorios psicotrópicos y políticas de la ciudad. *Monografias Humanitas*, n.º 5, Fundación Medicina y Humanidades, pp. 147-162.

FERNANDES, Luís e PINTO, Marta (2008), Juventude urbana pobre e cidade predatória: o gunga como figura da ameaça. In Manuela Ivone Cunha (ed.) *Aquém e além da prisão – cruzamentos e perspectivas*. Lisboa: 90 Graus Editora.

FERNANDES, Luís (2006), Figuras da vitimação colectiva. *Revista Europeia de Inserção Social*, 1, pp. 57-78.

FERNANDES, Luís (2007), *Viver com a dose diária em Portugal*. Lisboa: Edição da ABRAÇO – Associação de Apoio a Pessoas com VIH/sida.

FERREIRA, Adelino; VICENTE, Margarida e MELO, Raúl (1994), Projecto-Prisões. *Colectânea de Textos Centro das Taipas*, vol. 6, 1994.

GHIGLIONE, Rodolphe e MATALON, Benjamin (1993), *O Inquérito: Teoria e Prática*. Oeiras: Celta Editora.

GRUPO DE TRABALHO JUSTIÇA/SAÚDE (2006), *Plano de Acção Nacional para Combate à Propagação de doenças Infecciosas em Meio Prisional*. Lisboa. (versão electrónica em URL: http://www.idt.pt/media/publicacoes/prisoes/prisoes_infecciosas.pdf).

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2007), *Anuário Estatístico de Portugal 2006*. Lisboa: INE, IP.

KARAM, M. Lúcia (2005), As leis e a política brasileira de drogas. *Comunicação ao I Seminário Nordestino de Redução de Riscos relacionados ao álcool e outras drogas*. Recife, 14-16 Dez.

- KEATING, Maria do Livramento (1997), *Experiência de Apoio e Tratamento a Toxicodependentes Reclusos em Prisões portuguesas. Actas do III Congresso Internacional sobre Toxicodependência – 10.º Encontro das Taipas*, pp. 247-250.
- MATEUS, Rómulo (2003), *Toxicodependência e prisão em Portugal. Revista Ministério Público*, n.º 94, pp. 109-124.
- NEGREIROS, Jorge (1997), *Consumo de drogas nas prisões portuguesas*. Lisboa: Gabinete de Planeamento e Combate à Droga.
- POIARES, Carlos (2001), *Droga, Lei & Saber: Abordagem Psicocriminal. In J. P. Ribeiro e N. Torres (eds.) A Pedra e o charco*. Almada: Íman Edições.
- PROVEDORIA DA JUSTIÇA (2003), *Relatório sobre o sistema prisional 2003*. Lisboa. (versão electrónica em URL: http://www.provedor-jus.pt/restrito/pub_ficheiros/RelPrisoos2003.pdf).
- QUINTAS, Jorge (2006), *Regulação legal do consumo de drogas: impactos da experiência portuguesa da descriminalização*. Porto: Faculdade de Direito da universidade do Porto (Tese de Doutoramento).
- ROMANI, Oriol (2004), *Globalización, anti-globalización y políticas de reducción de daños y riesgos. Cuadernos del Instituto Vasco de Criminología n.º 19*, pp. 91-103.
- SANTOS, Boaventura Sousa et al. (2002), *As tendências da criminalidade e das sanções penais na década de 90 – problemas e bloqueios na execução das penas de prisão e da prestação de trabalho a favor da comunidade*. Coimbra: Observatório Permanente da Justiça Portuguesa/CES (versão electrónica em URL: http://opj.ces.uc.pt/portugues/relatorios/relatorio_7.html).
- SEABRA, Hugo Martinez e SANTOS, Tiago (2006), *Reclusos Estrangeiros em Portugal – esteios de uma problematização*. Lisboa: Observatório de Imigração/ACIME.
- SEMEDO MOREIRA, J. J. (2001), *Estatísticas Prisionais 2000*. Lisboa: Direcção-Geral dos Serviços Prisionais (versão electrónica em URL: <http://www.dgsp.mj.pt/backoffice/uploads/relatorioestatistico/20080130040141rel2000.pdf>).
- SEMEDO MOREIRA, J. J. (2002), *Estatísticas Prisionais 2001*. Lisboa: Direcção-Geral dos Serviços Prisionais (versão electrónica em URL: <http://www.dgsp.mj.pt/backoffice/uploads/relatorioestatistico/20080130030104rel2001.pdf>).
- SEMEDO MOREIRA, J. J. (2003), *Estatísticas Prisionais 2002*. Lisboa: Direcção-Geral dos Serviços Prisionais (versão electrónica em URL: <http://www.dgsp.mj.pt/backoffice/uploads/relatorioestatistico/20080130040113rel2002.pdf>).
- SEMEDO MOREIRA, J. J. (2004), *Estatísticas Prisionais 2003*. Lisboa: Direcção-Geral dos Serviços Prisionais (versão electrónica em URL: <http://www.dgsp.mj.pt/backoffice/uploads/relatorioestatistico/20080130040138rel2003.pdf>).
- SEMEDO MOREIRA, J. J. (2005), *Estatísticas Prisionais 2004*. Lisboa: Direcção-Geral dos Serviços Prisionais (versão electrónica em URL: <http://www.dgsp.mj.pt/backoffice/uploads/relatorioestatistico/20080130040106rel2004.pdf>).

- SEMEDO MOREIRA, J. J. (2006), *Estatísticas Prisionais 2005*. Lisboa: Direcção-Geral dos Serviços Prisionais (versão electrónica em URL: <http://www.dgsp.mj.pt/backoffice/uploads/relatorioestatistico/20080130040102rel2005.pdf>).
- SEMEDO MOREIRA, J. J. (2007), *Estatísticas Prisionais 2006*. Lisboa: Direcção-Geral dos Serviços Prisionais (versão electrónica em URL: [http://www.dgsp.mj.pt/backoffice/uploads/relatorioestatistico/20080129040134Relatorioestatistico2006\[1\].pdf](http://www.dgsp.mj.pt/backoffice/uploads/relatorioestatistico/20080129040134Relatorioestatistico2006[1].pdf)).
- SILVEIRA, Joaquim Pedro Martins *et al.* (2008), Os utentes do Centro de Atendimento a Toxicodependentes de Xabregas e a sua passagem pelo sistema judicial-penal. *Toxicodependências*, vol. 14, n.º 1, pp. 7-16.
- TORRES, Anália e GOMES, Maria do Carmo (2002), *Drogas e Prisões em Portugal*. Lisboa: CIES/ISCTE.
- TORRES, Anália (ed.) (2008), *Drogas e Prisões em Portugal II – Sinopse*. Lisboa: CIES/ISCTE (não publicado).
- WACQUANT, Loïc (2001), *Os condenados da cidade*. Rio de Janeiro: Revan.
- WACQUANT, Loïc (2006), *Parias Urbains*. Paris: Ed. La Découverte.
- WACQUANT, Loïc (2008), Ordering Insecurity: Social Polarization and the Punitive Upsurge. *Radical Philosophy Review*, vol. 11, n.º 1, pp. 9-27.
- WACQUANT, Loïc (2008), O grande salto atrás penal – O encarceramento nos Estados Unidos de Nixon a Clinton. In Manuela Ivone Cunha (ed.) *Aquém e Além da Prisão – cruzamentos e perspectivas*. Lisboa: 90 Graus Editora.

Anexos

Acerca da Metodologia

Neste anexo apresentam-se os dois questionários utilizados na recolha de dados, um destinado aos reclusos, o outro aos profissionais com contacto directo com eles dentro do respectivo estabelecimento prisional. Procede-se também à identificação de algumas dificuldades que tanto estes instrumentos como a selecção da amostra levantaram e que, sem pôr em causa a validade dos dados obtidos, não deixam de ser problemas que toda a investigação, num momento ou noutro do seu processo, acaba por ter de enfrentar.

Enumeram-se a seguir as principais dificuldades metodológicas com que nos fomos deparando, começando por apontar algumas das deficiências detectadas nos instrumentos de recolha de informação – os questionários dirigidos aos reclusos e aos profissionais dos EP.

As falhas aqui assinaladas interferiram não só no processo de aplicação/ preenchimento do inquérito, mas também na fase posterior de codificação e tratamento dos dados, dificultando consideravelmente esta tarefa. Enunciemos então essas falhas:

- Determinadas questões encontravam-se formuladas de forma pouco clara e/ou demasiado extensa, dificultando a sua compreensão por parte dos inquiridos.
- Encontramos algumas questões múltiplas, ou seja, questões que contêm no seu enunciado duas ou mais perguntas. Por exemplo, no questionário aplicado aos reclusos é-lhes perguntado se utilizam outras drogas juntamente com a substância de substituição, sendo-lhes pedido que indiquem quais. Deparamo-nos depois com a seguinte questão: “*O que acontece quando o médico ou outro técnico descobre que utiliza outras drogas?*”. Na verdade, esta pergunta deveria surgir desmembrada em duas: (1) “alguma vez o seu médico ou outro técnico descobriu que utiliza outras drogas?”; (2) “Em caso de resposta afirmativa, o que aconteceu?”. Tal como se

encontra formulada, a questão acaba por induzir uma resposta especulativa por parte dos indivíduos que nunca passaram por esta situação, mas que têm uma opinião sobre o que aconteceria caso fossem descobertos. Confrontamo-nos assim, no momento da análise dos resultados, com uma dificuldade em relação à interpretação das respostas obtidas, uma vez que não sabemos se decorrem de uma experiência efectivamente vivida pelo sujeito (um facto) ou se devem ser interpretadas como uma mera opinião.

- Por outro lado, as questões de opinião apresentadas no questionário surgem muitas vezes formuladas de forma não neutra, ou seja, na sua redacção encontramos implícitos determinados pressupostos. É exemplo disso o seguinte enunciado: *“Como avalia a influência do apoio psico-social no seu bem-estar geral durante o programa de tratamento de substituição?”*. A escala de resposta apresentada contempla as seguintes alternativas: *“muito boa”*; *“boa”*; *“bastante boa”*; *“bastante má”*; *“má”*; *“muito má”*. A pergunta, enunciada nestes termos, contém implícita a ideia de que o apoio psicossocial tem de facto influência no bem-estar do recluso; em segundo lugar, a escala de resposta proposta não inclui uma opção de resposta neutra (*“não tem influência”*, por ex.), o que condiciona a resposta dos sujeitos levando-os a assumir que este tipo de apoio tem influência no seu bem-estar, ainda que tal não corresponda à percepção que têm sobre o assunto.

Este tipo de enviesamento repete-se em quase todas as perguntas de opinião, dado que se questiona sempre os indivíduos sobre os impactos do programa de substituição ou sobre as mudanças que este produziu na prisão, assumindo como adquirido que a metadona mudou a realidade prisional. Contudo, na maior parte das questões, e ao contrário do exemplo que há pouco apresentamos, são propostas escalas de resposta que incluem a alternativa *“sem mudança”* o que, de alguma forma, poderá minimizar os efeitos deste enviesamento não comprometendo a validade dos resultados obtidos.

- Um outro aspecto que importa sublinhar e que dificultou substancialmente o processo de tratamento da informação prende-se com o tipo de escala adoptada nas perguntas fechadas. Nalgumas questões de opinião eram apresentadas escalas de resposta com o seguinte alinhamento sequencial: *“muito bom”*/*“bom”*/*“bastante bom”*/*“bastante mau”*/*“mau”*/*“muito mau”*. Neste tipo de escalas – escalas ordinais – as opções de resposta devem ter uma sequência lógica e uma ordem gradativa (do melhor para o pior ou vice-versa) porque é suposto existir uma relação de ordem entre elas. A formulação não sequencial adoptada no questionário apresenta logo à partida dois inconvenientes: por um lado, corre-se o risco de provocar confusão nos respondentes, uma vez que os termos não têm a esperada sequência lógica e, por outro, dificulta o processo de codificação das respostas e o seu posterior tratamento estatístico.

- No questionário aplicado aos reclusos estão ausentes as questões-filtro⁴⁹. Isto implica que todas as perguntas têm de ser colocadas aos sujeitos ainda que não se apliquem ao seu caso específico ou não façam o menor sentido face às suas anteriores respostas. Como exemplo podemos apontar um bloco de catorze questões que surgem no questionário e que se aplicam unicamente aos reclusos que alguma vez estiveram em tratamento de substituição no exterior. No caso de Portugal, tais situações são evitadas uma vez que o questionário foi aplicado por um entrevistador que, conhecendo previamente esta situação, controlou os seus efeitos.
- Como sabemos, a ordem das questões é importante. Cada questão deve ser interpretada em relação à sua posição no questionário e, portanto, essa posição deve ser cuidadosamente escolhida. (Ghiglione e Matalon, 1993). No caso dos instrumentos que utilizámos, o facto das perguntas abertas surgirem no final do questionário, pode ter induzido nos inquiridos a reprodução de muitos dos aspectos abordados em perguntas anteriores. As perguntas abertas a que nos referimos incidiam sobre os efeitos que teria no contexto prisional a não existência do programa de tratamento de substituição e constatamos que as respostas obtidas, apontavam, na sua larga maioria, para itens já anteriormente focados – o “aumento da violência”, “aumento dos consumos”, das “situações de tráfico”, etc.

Consideramos no entanto que as deficiências técnicas enunciadas foram parcialmente mitigadas pelo facto de termos optado pela administração indirecta do questionário, onde é o entrevistador quem coloca as questões, ao invés do questionário auto-administrado inicialmente previsto pelos parceiros alemães responsáveis pela elaboração dos inquéritos. Ainda assim, e tal como foi sendo referido, o tratamento estatístico dos dados foi bastante dificultado, e importa esclarecer que sempre que os resultados obtidos apresentaram incoerências ou suscitaram dúvidas quanto à sua validade, optamos por não os incluir no texto que agora apresentamos.

Ainda a propósito dos constrangimentos metodológicos, importa aludir às dificuldades sentidas na fase de pesquisa de terreno, mais concretamente no processo de selecção dos indivíduos que constituiriam a nossa amostra.

Se foi difícil manter a aleatoriedade na escolha dos reclusos a inquirir, por condicionamentos relacionados essencialmente com a vontade dos próprios em colaborar e com a sua disponibilidade no momento da entrevista, no caso do pessoal técnico o processo de selecção revelou-se ainda mais complicado. Pretendia-se que a amostra reflectisse as várias valências técnicas e categorias profissionais

⁴⁹ Questões-filtro são aquelas que, tal como o nome indica, se destinam a “filtrar” os indivíduos para os quais certas questões não fazem qualquer sentido ou não são aplicáveis (geralmente adopta-se uma formulação do tipo: “No caso de ter respondido NÃO a esta pergunta, por favor passe para a questão x”).

presentes nos EP estudados, estabelecendo-se como critério obrigatório que todos os entrevistados tivessem contacto directo com os reclusos em tratamento de substituição opiácea. No entanto, sobretudo no caso dos guardas prisionais, foi difícil manter a aleatoriedade da amostra e fazer cumprir os critérios previamente estabelecidos, tendo havido interferência dos superiores (chefes e sub-chefes) no processo de escolha dos indivíduos⁵⁰.

O facto de reportarmos estas dificuldades não põe em causa o espírito de colaboração que as instituições que nos acolheram demonstraram. Visa apenas ser fiel à comunicação do processo de investigação, mostrando as suas vicissitudes. Recusamos a ideia de perfeição que as ciências gostam de projectar de si próprias, como se fossem empreendimentos que não partilham da lógica de todas as outras actividades humanas, com as suas limitações e os seus constrangimentos.

⁵⁰ Num caso específico, chegaram a não permitir que um dos guardas seleccionado fosse entrevistado, alegando como pretexto o seu “mau feitio”.



GAT
Grupo Português de Activistas
sobre Tratamentos de VIH/SIDA
Pedro Santos

Estudo anónimo sobre os tratamentos de substituição na prisão

© WIAD 2007 **Questionário para Reclusos**

Com o apoio da Comissão Europeia, a Universidade de Bremen e o WIAD (Instituto Científico da Associação Médica Alemã), em parceria com 7 países da União Europeia e a Suíça, estão a realizar um estudo sobre o tratamento de substituição de drogas nas prisões. Em Portugal o estudo é levado a cabo pelo GAT (Grupo Português de Activistas sobre Tratamentos de VIH/SIDA). O objectivo deste questionário é investigar o **impacto do tratamento de substituição nos dependentes de opiáceos, nos técnicos das prisões e na organização da prisão**. Este estudo é estritamente voluntário e anónimo. Os seus resultados pessoais não serão transmitidos a ninguém.

Obrigado desde já pela sua colaboração.

-
1. **Que idade tem?** _____ anos
 2. **Sexo:** masculino feminino
 3. **Que habilitações académicas tem?**
 - sem formação específica
 - com formação média (formação curta)
 - formação específica (i.e. com um diploma)
 - com formação superior (instituto superior/grau universitário, i.e., advogado, médico)
 - outro, por favor nomeie _____
 4. **A sua presença actual na prisão é devida a**
 - prisão preventiva
 - sentença juvenil
 - condenação definitiva
 5. **No total quanto tempo passou na prisão EM TODA A SUA VIDA?**
_____ anos / _____ meses
 6. **Há quanto tempo está actualmente na prisão DESDE O PRIMEIRO DIA DE DETENÇÃO ATÉ AGORA (incluindo transferências de outras prisões)?**
_____ anos / _____ meses
 7. **Qual é a duração total da sua sentença actual?**
_____ anos / _____ meses está em prisão preventiva

8. Que idade tinha quando tomou drogas opiáceas (por exemplo, heroína) pela **PRIMEIRA VEZ**?

_____ anos

9. Que idade tinha quando **INJECTOU** drogas pela primeira vez? _____ anos

10. Desde quando usa drogas opiáceas regularmente (numa base diária)?

há _____ anos / _____ meses

11. Desde que está **NA PRISÃO** alguma vez **INJECTOU** drogas? sim não

12. Estava na prisão na **PRIMEIRA** vez que **INJECTOU** drogas? sim não

13. **ALGUMA VEZ** partilhou algum destes instrumentos com outra pessoa?

	Dentro da prisão		Fora da prisão	
	<i>sim</i>	<i>não</i>	<i>sim</i>	<i>não</i>
agulhas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
seringas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
outros utensílios de drogas como filtros, colheres, água, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

As questões seguintes dizem respeito ao **TRATAMENTO DE MANUTENÇÃO** (não desintoxicação), o que significa um **tratamento medicamente assistido para pessoas dependentes de opiáceos que fazem substituição com medicamentos**, tais como como metadona, buprenorfina e outras semelhantes, em doses relativamente estáveis durante um período longo de tempo.

14. Alguma vez fez tratamento de substituição medicamente assistido **FORA** da prisão?

sim não

15. Quanto tempo esteve sob tratamento de substituição **FORA** da prisão?

Ao todo _____ anos / _____ meses

No seu **ÚLTIMO** tratamento _____ anos / _____ meses

Não se aplica

As seguintes questões dizem respeito ao **ÚLTIMO** tratamento de substituição que fez no **EXTERIOR**.

16. Por favor indique a substância usada no seu **ÚLTIMO** tratamento de substituição no **EXTERIOR**.

	<i>sim</i>	<i>não</i>	<i>não sei</i>
Metadona líquida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metadona comprimidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | <i>sim</i> | <i>não</i> | <i>não sei</i> |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Subutex® (Buprenorfina) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Outros, por favor nomeie _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Não se aplica | | | |
- 17. Como avalia a relação entre si e o seu médico em relação ao seu ÚLTIMO tratamento de substituição no EXTERIOR:**
- muito boa boa bastante boa bastante má má muito má
- não se aplica
- 18. Como avalia a relação entre si e outros técnicos de saúde em relação ao seu ÚLTIMO tratamento de substituição no EXTERIOR, foi:**
- muito boa boa bastante boa bastante má má muito má
- não se aplica
- 19. Foi-lhe perguntado que tipo de substâncias de tratamento de substituição preferiria?**
- sim não não se aplica
- 20. Teve alguma influência na dosagem do tratamento de substituição?**
- sim não não se aplica
- 21. Alguma vez o seu tratamento de substituição no exterior foi interrompido?**
- sim não não se aplica
- 22. Se alguma vez o seu tratamento de substituição no exterior foi interrompido, por favor indique porquê:**
- _____
- _____
- não se aplica
- 23. Quando esteve em tratamento de substituição no exterior, usou outras drogas?**
- sim não não se aplica
- 24. Se usou outras drogas juntamente com o tratamento de substituição, que tipo de drogas foram essas?**
- | | <i>sim</i> | <i>não</i> |
|--|--------------------------|--------------------------|
| cannabis/haxixe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| álcool | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| opiáceos/heroína | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| comprimidos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| outros, por favor nomeie _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> não se aplica | | |

25. O que aconteceu quando o médico ou outro técnico descobriu que usava outras drogas para além do tratamento de substituição?

	<i>sim</i>	<i>não</i>
expulsão do programa de substituição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
redução da substância de substituição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
outro, por favor nomeie _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> não se aplica		

26. Teve algum tipo de apoio social e/ou apoio psicológico no programa de tratamento de substituição no exterior (por exemplo, de um psicólogo ou de um assistente social)?

sim não

27. Como avalia a influência do apoio psico-social no seu bem-estar geral, na altura em que fazia o programa de tratamento de substituição?

muito boa boa bastante boa bastante má má muito má

28. Como avalia a mudança no seu estado de saúde dentro do programa de tratamento de substituição na comunidade?

	<i>melhor</i>	<i>sem mudança</i>	<i>pior</i>	<i>não sei</i>
estado físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
estado psicológico/mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
outros, por favor nomeie _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> não se aplica				

As questões seguintes referem-se ao programa de tratamento de substituição que está ACTUALMENTE a fazer NESTA PRISÃO.

29. Que tipo de tratamento de substituição está a fazer ACTUALMENTE dentro desta prisão?

desintoxicação (dias/semanas)

tratamento de manutenção iniciado na prisão (doses diárias num período superior a 30 dias)

continuação do tratamento de substituição já iniciado na comunidade

30. Por favor indique a substância de substituição que está ACTUALMENTE a tomar.

	<i>sim</i>	<i>não</i>	<i>não sei</i>
Metadona líquida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metadona comprimidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subutex® (Buprenorphine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
outras, por favor nomeie _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> não se aplica			

31. Como avalia a dificuldade ou facilidade com que teve acesso ao tratamento nesta prisão?

- muito fácil fácil bastante fácil bastante difícil difícil muito difícil

32. Se foi difícil ter acesso ao programa de tratamento, indique porquê:

- não se aplica

33. Como avalia a relação entre si e o seu médico em relação ao actual tratamento de substituição?

- muito boa boa bastante boa bastante má má muito má

34. Como avalia a sua relação com os restantes técnicos de saúde envolvidos no actual tratamento de substituição?

- muito boa boa bastante boa bastante má má muito má

35. Foi-lhe perguntado que tipo de substância preferiria? sim não

36. O seu tratamento de substituição nesta prisão foi alguma vez interrompido?

- sim não

37. Se o seu tratamento de substituição nesta prisão foi interrompido, por favor indique porquê:

- não se aplica

38. Utiliza outras drogas juntamente com a substância de substituição?

- sim não

39. Se utiliza outras drogas juntamente com a substância de substituição, que tipo de drogas são?

	<i>sim</i>	<i>não</i>
cannabis/haxixe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
álcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
opíáceos/heroína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
comprimidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
outros, por favor especifique _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- não se aplica

40. O que acontece quando o médico ou outro técnico descobre que utiliza outras drogas?

	<i>sim</i>	<i>não</i>
expulsão do programa de substituição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
redução da substância de substituição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
outros, por favor nomeie quais _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> não se aplica		

41. Recebe algum tipo de apoio psicológico ou social no seu programa de tratamento de substituição (por exemplo, de um psicólogo ou assistente social)?

sim não

42. Como avalia a influência do apoio psico-social no seu bem-estar geral durante o programa de tratamento de substituição?

muito boa boa bastante boa bastante má má muito má

43. Sente a sua confidencialidade ser respeitada na prisão em relação ao seu tratamento de substituição?

sim não não sei

44. Na sua opinião PESSOAL, como é que o tratamento de substituição na prisão mudou a frequência das seguintes situações?

	<i>mais</i>	<i>sem mudança</i>	<i>menos</i>	<i>não sei</i>
consumo de drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
abcessos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
emergências relacionadas com drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
recaídas com utilização de drogas ilícitas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
outros problemas físicos, por favor nomeie _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

45. Como é que a sua participação no programa de tratamento de substituição na prisão mudou?

	<i>melhor</i>	<i>sem mudança</i>	<i>pior</i>	<i>não sei</i>
a sua motivação para trabalhar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a sua capacidade física para trabalhar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a sua motivação para receber formação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a sua capacidade física para receber formação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a qualidade dos seus contactos sociais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a integração nos cuidados gerais de saúde na prisão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a sua integração noutros serviços de tratamento relacionados com drogas na prisão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
outros, por favor nomeie _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

46. Pensa que o tratamento de substituição teve alguma influência nos seguintes comportamentos dos PRESOS DA PRISÃO EM QUE ESTÁ? Por favor indique o impacto da mudança.

	<i>mais</i>	<i>sem mudança</i>	<i>menos</i>	<i>não sei</i>
a frequência de uso das drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a frequência de uso de drogas intravenosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tráfico de drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
emergências relacionadas com drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
violência física entre prisioneiros (murros, ataques com armas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
violência psicológica entre prisioneiros (ameaças, <i>bullying</i> , intimidação)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
outros conflitos entre prisioneiros (murros, ataques com armas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ter relações sexuais a troca de valores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
suicídio/tentativas de suicídio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
outros comportamentos de auto-destruição, por favor nomeie _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

47. Pensa que o tratamento de substituição tem alguma influência na relação entre presos e guardas? Por favor indique o impacto da mudança.

	<i>mais</i>	<i>sem mudança</i>	<i>menos</i>	<i>não sei</i>
violência física (murros, ataques com armas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
violência psicológica (ameaças, <i>bullying</i> , intimidação)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
outros conflitos, por favor nomeie _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

48. Como avalia a mudança no seu estado de saúde com a implementação do tratamento de substituição na prisão?

	<i>melhor</i>	<i>sem mudança</i>	<i>pior</i>	<i>não sei</i>
estado físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
estado psicológico/mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
outros, por favor nomeie _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

49. Como avalia o impacto do tratamento de substituição na atmosfera geral da prisão? É...

melhor sem mudança pior não sei

50. A frequência das suas saídas precárias a casa mudou depois de começar o tratamento de substituição?

- mais sem mudança menos não sei não se aplica

51. Na sua opinião PESSOAL, que efeitos pensa que sofreria se a prisão não lhe oferecesse o tratamento de substituição?

52. Que efeitos pensa que a prisão sofreria se não permitisse o programa de tratamento de substituição?

MUITO OBRIGADO PELA SUA AJUDA!

TEM ALGUNS COMENTÁRIOS, INFORMAÇÕES OU OPINIÕES?


GAT

 Grupo Português de Activistas
 sobre Tratamentos de VIH/SIDA
 Pedro Santos

Estudo anónimo sobre os tratamentos de substituição na prisão

 © WIAD 2007 **Questionário para Técnicos**

Com o apoio da Comissão Europeia, a Universidade de Bremen e o WIAD (Instituto Científico da Associação Médica Alemã), em parceria com 7 associações localizadas em países da União Europeia e Suíça, estão a realizar um estudo sobre o tratamento de substituição de drogas nas prisões. Em Portugal o estudo é levado a cabo pelo GAT (Grupo Português de Activistas sobre Tratamentos de VIH/SIDA). O objectivo deste questionário é investigar o **impacto do tratamento de substituição para os dependentes de opiáceos, os técnicos das prisões e a organização da prisão**. Este estudo é estritamente voluntário e anónimo. Os seus resultados pessoais não serão transmitidos a ninguém.

Obrigado desde já pela sua colaboração.

1. **Que idade tem?** _____ anos
2. **Sexo:** masculino feminino
3. **Por favor indique o seu grau académico actual em relação à tarefa que realiza nesta prisão.**
 - sem formação específica
 - com formação média (formação curta)
 - com formação específica (i.e. com um diploma)
 - com formação superior (instituto superior/grau universitário, i.e., advogado, médico)
 - outro, por favor nomeie _____
4. **Qual é o seu nível profissional actual?**
 - oficial administrativo
 - guarda
 - psicólogo
 - assistente social
 - enfermeiro
 - médico
 - outros, por favor nomeie _____

As questões seguintes dizem respeito ao **TRATAMENTO DE SUBSTITUIÇÃO** (excluindo o tratamento de desintoxicação), que significa o **tratamento medicamente assistido para dependentes de drogas opiáceas com substâncias de substituição**, tais como a metadona, buprenorfina, etc.

5. Quanto tempo tem de experiência com tratamentos de substituição em prisões (esta ou outra)?

_____ anos / _____ meses

6. Durante quanto tempo trabalhou em prisões (esta ou outra) sem tratamentos de substituição?

_____ anos / _____ meses

7. Há quanto tempo trabalha nesta prisão desde a implementação do tratamento de substituição?

_____ anos / _____ meses

*Daqui em diante o questionário foca os **efeitos da manutenção dos tratamentos de substituição** nos presos que fazem este tipo de programas.*

8. Por favor avalie o impacto da mudança nos seguintes pontos depois da implementação do tratamento de substituição.

	<i>mais</i>	<i>sem mudança</i>	<i>menos</i>	<i>não sei</i>
na frequência de utilização de drogas ilícitas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
na frequência de utilização de drogas intravenosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
na detecção de instrumentos de drogas ou equipamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
no tráfico de drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nas emergências relacionadas com drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
outras, por favor nomeie _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
na violência física entre presos (murros, ataques com armas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
na violência física entre presos e guardas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
na violência psicológica entre presos (ameaças, intimidações, <i>bullying</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
na violência psicológica entre presos e guardas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
noutros conflitos entre presos _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
noutros conflitos entre presos e guardas _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
no suicídio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nas tentativas de suicídio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
outros comportamentos auto-destrutivos, por favor nomeie _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Como avalia a mudança no estado de saúde dos presos depois da implementação do tratamento de substituição?

	<i>melhor</i>	<i>sem mudança</i>	<i>pior</i>	<i>não sei</i>
estado físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
estado psicológico/mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
outros, por favor nomeie _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Como avalia a mudança nos comportamentos, motivação e capacidades dos presos depois da implementação do tratamento de substituição?

	<i>melhor</i>	<i>sem mudança</i>	<i>pior</i>	<i>não sei</i>
na motivação para trabalhar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
na capacidade física para trabalhar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
na motivação para ter formação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
na capacidade física para ter formação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
na qualidade dos contactos sociais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
outros, por favor nomeie _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
na integração nos cuidados gerais de saúde da prisão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
integração noutros serviços de tratamento de drogas da prisão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Os presos integrados no programa de substituição têm algum tipo de apoio psicológico ou social (por exemplo, de um psicólogo ou assistente social)?

sim não

12. Como avalia a influência do apoio psico-social no bem-estar geral dos presos sob tratamento psico-social?

muito bom bom bastante bom bastante mau mau muito mau
 não se aplica

13. A frequência das saídas precárias a casa dos prisioneiros mudou, desde que começaram o tratamento de substituição?

mais sem mudança menos não sei não se aplica

14. Sente-se informado sobre os seguintes aspectos do programa de substituição oferecido na prisão em que trabalha?

	<i>muito bem</i>	<i>bem</i>	<i>bastante bem</i>	<i>bastante mal</i>	<i>mal</i>	<i>muito mal</i>
informações gerais sobre o programa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
as informações sobre os medicamentos usados no tratamento de substituição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
os possíveis efeitos secundários em geral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
os possíveis efeitos secundários causados pela utilização adicional de drogas ilícitas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a relevância dos testes de urina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<i>muito bem</i>	<i>bem</i>	<i>bastante bem</i>	<i>bastante mal</i>	<i>mal</i>	<i>muito mal</i>
o controlo da toma de medicamentos de substituição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a prescrição de outros medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Deseja ter mais informações sobre o tratamento de substituição na prisão onde trabalha?

	<i>sim</i>	<i>não</i>
informação geral sobre o programa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
as substâncias usadas como medicamentos de substituição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
os possíveis efeitos secundários em geral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
os possíveis efeitos secundários causados pela utilização adicional de drogas ilícitas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a relevância de testes de urina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o controlo da toma de medicamentos de substituição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a prescrição de outros medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Que influências teve a implementação do tratamento de substituição?

	<i>melhor</i>	<i>sem mudança</i>	<i>pior</i>	<i>não sei</i>
na sua satisfação profissional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
no ambiente de trabalho geral da prisão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
no ambiente geral da prisão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Que efeitos pensa que haveria na prisão se não houvesse tratamento de substituição?

MUITO OBRIGADO PELA SUA AJUDA!

TEM ALGUNS COMENTÁRIOS, INFORMAÇÕES OU OPINIÕES?

ROSÁRIO SILVA

Rosário Silva é socióloga licenciada pela Faculdade de Letras da Universidade do Porto. Tem estado ligada a vários projectos de intervenção social e comunitária, tendo desempenhado, entre outras, a função de coordenadora da zona norte do Programa Escolhas (programa de promoção da inclusão de crianças e jovens provenientes de contextos socioeconómicos mais vulneráveis) e o cargo de directora do Centro Nacional de Apoio ao Imigrante do Porto, estrutura pertencente ao Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas, actual Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI, I.P.).

LUÍS FERNANDES

Professor da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. Tem dedicado os seus trabalhos de investigação à expressão do fenómeno droga em contexto urbano. A evolução deste fenómeno conduziu-o à pesquisa sobre o sentimento de insegurança, a marginalidade e a exclusão social. A partir do início dos anos 90 estudou, através do método etnográfico, o universo dos bairros sociais portugueses, que a comunicação social dizia serem o principal topo das drogas. Últimas publicações: *Viver com a dose diária em Portugal* (Edição da Abraço); *Pelo rio abaixo – Crónica duma cidade insegura* (Editora livpsic); *Escrita perecível* (Edições Afrontamento).

-
-
-
-

-
-
-

O que a droga fez à prisão dá conta dos principais resultados duma investigação acerca das terapias de substituição opiácea no sistema prisional português. Elas são o ponto de partida para um percurso pelo seu interior, interrogando alguns aspectos da sua evolução ao longo das últimas quatro décadas. O seu aspecto mais marcante foi sem dúvida o da chegada do fenómeno droga, transportando para o sistema penitenciário muitos dos contornos que já lhe conhecíamos em meio livre e tornando a prisão um controverso objecto de debate público.