



**Bloco de Esquerda**

*GRUPO PARLAMENTAR*

**PROJECTO DE LEI N.º 189/X**  
**ESTABELECE A IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROJECTO-PILOTO**  
**DESTINADO AO COMBATE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS INFECTO-**  
**CONTAGIOSAS EM MEIO PRISIONAL**

**Exposição de motivos**

Portugal, um dos países com os mais baixos índices de criminalidade da União Europeia, bate todos os recordes em encarceramento.

A sobrelotação das prisões portuguesas determina, desde logo, as condições desumanas em que vivem os detidos nas prisões, tema abordado por um estudo da Provedoria da Justiça, divulgado em 2003 e portador de um grande número de propostas para alterar uma situação com contornos muito preocupantes.

Um dos grandes problemas aqui identificados é o das doenças infecto-contagiosas: Ano após ano, os dados disponíveis sobre a prevalência de doenças infecto-contagiosas nas prisões portuguesas tem-nos alertado para a situação alarmante que decorre em meio prisional.

Diz-nos este relatório que os indicadores de saúde pública nas prisões são, no nosso país, alarmantes: 30,6% dos reclusos tem hepatite, 8,5% é seropositivo, 2,1% tem SIDA. Portugal é o país da União Europeia com maior percentagem de pessoas com SIDA nas prisões.

Estes dados são reforçados pelos resultados de um estudo realizado por Anália Torres e Maria do Carmo Gomes em 2002. Sendo certo que a investigação teve por base inquéritos auto-preenchidos, os dados recolhidos levam as autoras a admitir que talvez

«a situação seja ainda mais preocupante do que a que foi claramente assumida pelos reclusos» (Torres e Gomes, *Drogas e prisões em Portugal*, 2002: 55).

Estamos, pois, perante uma situação de extrema gravidade nas prisões portuguesas. A consistência destes valores com a evolução estimada por anteriores estudos, só pode conduzir à conclusão de que as estratégias até aqui tentadas não estão a produzir qualquer resultado. Pelo contrário. Parece haver um aumento continuado da prevalência de doenças infecto-contagiosas nas prisões portuguesas. Há, assim, que avançar urgentemente com novas respostas que possam inverter esta situação.

Saliente-se ainda que não são só estes estudos que chamam a atenção para a questão, começando mesmo a gerar-se um consenso alargado na sociedade portuguesa sobre a necessidade de alterar o funcionamento dos serviços de saúde pública nas prisões, como o comprovam as declarações de então deputado do PSD Jorge Nuno Sá, no debate parlamentar de 24 de Janeiro de 2003: “E quanto à realidade vivida nas nossas cadeias e o que lá se passa? Vamos continuar a ignorar a situação? É preciso, é fundamental, é imperioso mesmo, que se juntem sinergias e não se burocratizem e compliquem as possíveis soluções!”, ideia partilhada pelo Deputado do PS Vitalino Canas, que defendeu, num debate realizado no dia 28 de Fevereiro do mesmo ano, o alargamento do programa de troca de seringas às prisões, salientando que esta medida está incluída no plano nacional de combate à droga e à toxicodependência.

A transmissão de doenças infecto-contagiosas aparece fortemente relacionada com dois tipos de práticas: relações sexuais “inseguras”, e consumo de droga por via endovenosa devido à partilha de seringas/agulhas. A resposta do Serviço de saúde em meio prisional deve, assim, trabalhar sobre estes duas vertentes – informação e disponibilização de meios que propiciem segurança no contacto sexual, e programas de prevenção e medidas de redução de riscos e danos no consumo de droga.

## **I – Prevenção de transmissão de doenças infecto-contagiosas: relações sexuais protegidas**

O estudo de Torres e Gomes indica também que o uso regular de preservativos é reduzido no meio prisional: cerca de metade dos reclusos não se protege de modo sistemático dos riscos de transmissão por via sexual, e se tivermos presentes os números anteriormente apontados da prevalência de doenças infecto-contagiosas na população prisional, este é um dos aspectos mais preocupantes e que exige resposta imediata.

Colocam-se, assim, dois tipos de questões. Por um lado, é fundamental apostar numa maior divulgação de informação em meio prisional dos riscos envolvidos na prática de relações sexuais desprotegidas. Por outro lado, é necessário colocar à disposição dos reclusos – de modo fácil, prático e que não implique constrangimentos ou invasão da privacidade – meios de protecção.

O relatório do Provedor de Justiça de Abril de 1999 alertava já para as deficiências encontradas em diversos estabelecimentos prisionais no que toca à disponibilização regular de preservativos, que tornavam letra morta as disposições da circular n.º 9/DSS/97. O falhanço na aplicação de medidas tão simples, mas tão fundamentais, como a distribuição de preservativos nas prisões, alerta-nos para a necessidade de criar mecanismos de monitorização regular, para que a regra de distribuição de dois preservativos por cada recluso, a cada semana, seja cumprida sem excepções.

Finalmente, a situação de saúde nas prisões e a persistência ao longo do tempo de comportamentos de risco, implica uma alteração no papel da DGSP, que deve passar a intervir mais directamente, e assumir a responsabilidade de produção de materiais de divulgação de práticas seguras, e, em articulação com Ministério da Saúde, fomentar um atendimento médico e de enfermagem que faça também a pedagogia de prevenção primária e educação para a saúde em meio prisional. Estas medidas, previstas na lei 170/99 de 18 de Setembro, deverão ser ampliadas e alargadas, para que se tornem efectivos os seus propósitos.

## **II – Prevenção de transmissão de doenças infecto-contagiosas: prevenção de riscos e redução de danos em consumidores de droga injectada**

Grande parte da população prisional portuguesa foi detida por actos directa ou indirectamente relacionados com droga. Em 2002, o tráfico de droga e os crimes que visavam alcançar meios para consumir droga são os motivos de detenção de cerca de 73% da população prisional portuguesa (Torres e Gomes, *op. cit.*, 2002: 78).

Assim, é certo que droga e detenção prisional têm na sociedade portuguesa uma forte associação, o que faz da droga – tráfico e consumo – um elemento central do quotidiano da vivência prisional.

A situação é preocupante até porque a prevalência do consumo continuado de droga injectável em meio prisional ronda os 30%. Neste segmento, as práticas de risco

mantêm-se: cerca de 35% declara nem sempre usar agulhas novas, e cerca de um quarto dos reclusos admite ter partilhado seringas na prisão. Se tivermos em conta que mais de 90% dos que se declararam seropositivos assumiram consumir de drogas, a relação entre seropositividade e consumo de drogas é preocupantemente forte.

Aqui está pois, o ciclo que é necessário quebrar. Os níveis de prevalência de doenças infecto-contagiosas e de consumo de drogas injectáveis em meio prisional exigem que se criem estratégias multifacetadas de redução de riscos. Não é aceitável que uma pena de prisão possa, muitas vezes, equivaler a uma sentença de morte para os reclusos.

Nesse sentido, é necessário adoptar um conjunto diversificado de medidas. No essencial, todas elas pretendem, por um lado, limitar as possibilidades de contágio de doenças infecto-contagiosas, e, por outro lado, facilitar o acesso e o contacto da população prisional consumidora de droga injectável com o sistema de saúde prisional, e assim, melhorar os seus níveis de saúde e, possivelmente, encaminhar para tratamento.

Em primeiro lugar, como já foi referido, considera-se que as políticas de prevenção primária previstas pelo diploma 170/99 de 18 de Setembro devem ser amplamente reforçadas e aplicadas em todos os estabelecimentos prisionais, para que os exames de despistagens frequentes, o acesso à informação ou a distribuição de preservativos sejam uma realidade.

Em segundo lugar, é urgente implementar um sistema de troca de seringas nas prisões. O argumento das questões de segurança que envolveriam um programa deste tipo não resiste a uma análise cuidada. Como dizia o Provedor de Justiça em 1999, o problema da segurança «não deve ser (...) totalmente inibidor da ponderação de soluções (...). Os números relativos à toxicodependência nas prisões são preocupantes. Os números, por sua vez, relativos à evolução de doenças infecciosas em meio penitenciário, são alarmantes. Estes números associados aos primeiros terão necessariamente de ser objecto de uma reflexão profunda».

Em Espanha, por exemplo, um programa de troca de seringas está em funcionamento há vários anos – de acordo com o Relatório do OEDT/2005, só em 2003 foram distribuídas 18 260 seringas – sem que se coloque qualquer problema de segurança. Pelo contrário, a adopção de diferentes medidas de redução de riscos e a oferta alargada de tratamento permitiu que actualmente os tratamentos de substituição abranjam 18% da população prisional, cerca de 82% dos consumidores de droga detidos. Convém recordar, que a alteração legislativa efectuada no país vizinho só foi

aprovada após a realização de um projecto-piloto e da avaliação positiva dos seus resultados. Enquanto em Portugal tudo continua na mesma, o novo quadro legal do Estado espanhol já teve um resultado: Portugal trocou com este país a nada invejável posição de país com os piores indicadores de HIV nas prisões. É então tempo de adoptar procedimentos semelhantes no nosso país, e proceder à sensibilização e à formação dos trabalhadores do sistema prisional.

Por outro lado, a situação de detenção não pode negar aos direitos mais fundamentais de «igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, seja qual for a sua situação económica e onde quer que vivam», como indica a Lei de Bases da Saúde, que, aliás, estabelece também a necessidade de implementar «medidas especiais relativamente a grupos sujeitos a maiores riscos». Assim sendo, o encarceramento não deve negar ao recluso a possibilidade de proceder à troca de seringas, como qualquer outro cidadão.

A este programa de troca de seringas, deve associar-se a criação de salas de injeção assistida, onde os prisioneiros possam fazer o consumo em condições de higiene e segurança, sob anonimato e acompanhados por técnicos capacitados. A entrega da seringa à entrada do compartimento, e a sua restituição obrigatória à saída, permitirá limitar riscos de agressão, e, simultaneamente, trava a transmissão por via da partilha de seringas

Assim, deverá ser implementado nas prisões um programa de troca de seringas, associado a um projecto-piloto que visa a criação e avaliação do funcionamento de um conjunto de salas de injeção assistida em diferentes estabelecimentos. Nesse sentido, e ao abrigo das normas regimentais em vigor, o grupo parlamentar do Bloco de Esquerda propõe:

Artigo 1.º  
(Objecto)

A presente lei estabelece o quadro de funcionamento de um projecto-piloto de redução de riscos para a saúde pública nos estabelecimentos prisionais.

## Artigo 2.º

(Âmbito)

O projecto-piloto de redução de riscos para a saúde pública nos estabelecimentos prisionais prevê a criação de salas de injeção assistida e de troca de seringas num conjunto seleccionado de estabelecimentos prisionais.

## Artigo 3.º

(Projecto-piloto)

1 - O projecto-piloto de redução de riscos para a saúde pública nos estabelecimentos prisionais será aplicado em quatro estabelecimentos prisionais, localizados em diferentes distritos, a determinar por Portaria do Ministério da Justiça.

2 - Na escolha dos estabelecimentos prisionais referidos no número anterior será dada prioridade aos estabelecimentos com maior incidência de doenças infecto-contagiosas e de toxicodependentes.

3 - Todas as salas de injeção assistida criadas ao abrigo do projecto-piloto dispõem de assistência médica adequada, ao abrigo de um protocolo a celebrar entre os Ministérios da Saúde e da Justiça.

## Artigo 4.º

(Criação de salas de injeção assistida)

1 - Consideram-se salas de injeção assistida as instalações onde seja feito o consumo de estupefacientes por via intravenosa, com sistema de recepção de seringa à entrada do compartimento contra a sua devolução à saída, em condições de controlo sanitário e de higiene.

2 - A criação de salas de injeção assistida nas prisões abrangidas pelo projecto-piloto de redução de riscos para a saúde pública é determinada pelo Ministério da Justiça e a aplicação desta decisão é da competência do Ministério da Saúde, salvaguardando as devidas medidas de segurança.

## Artigo 5.º

### (Condições de utilização das salas de injeção assistida)

- 1 – São interditos quaisquer actos comerciais no interior das salas de injeção assistida.
- 2 - Todos os materiais necessários ao consumo, com excepção da substância estupefaciente, são fornecidos ao utente em condições adequadas de higiene e, após o consumo, ficam em poder do responsável da sala.
- 3 – O incumprimento das normas de segurança da sala por parte do utente impossibilita-o de aceder novamente a estas instalações.

## Artigo 6.º

### (Supervisão das salas de injeção assistida)

- 1 - A supervisão e acompanhamento dos técnicos e do funcionamento das salas de injeção assistida são da responsabilidade do Ministério da Saúde.
- 2 - As infra-estruturas dedicadas ao funcionamento das salas de injeção assistida devem igualmente servir para prestar informações aos toxicodependentes facilitando o encaminhamento voluntário para sistemas de tratamento.

## Artigo 7.º

### (Troca de Seringas)

- 1- O Ministério da Justiça coordena o programa de troca de seringas nos estabelecimentos prisionais, através de protocolos com o Ministério da Saúde.
- 2- A troca de seringas é gratuita, feita sob anonimato e em condições que garantam a redução de riscos entre a população toxicodependente.

## Artigo 8.º

### (Gabinete de apoio)

- 1 – Todos os estabelecimentos prisionais abrangidos pelo projecto-piloto de redução de riscos para a saúde pública dispõem de um gabinete de apoio, supervisionado e acompanhado por técnicos do Ministério da Saúde, o qual coordenará o programa de

troca de seringas e a distribuição gratuita de preservativos, garantindo o respeito pelo anonimato dos utentes.

#### Artigo. 9º

(Coordenação e avaliação do projecto-piloto)

1 — O projecto-piloto é elaborado e executado em conjunto pelos Ministérios da Saúde e da Justiça.

2 — A avaliação do projecto-piloto é realizada dois anos depois do seu início, através de relatório que é submetido à Assembleia da República.

3 - A Comissão Parlamentar da Assembleia da República para a área da Saúde acompanhará este processo e formulará recomendações à tutela.

#### Artigo 10.º

(Regulamentação)

O presente diploma será regulamentado pelo Governo no prazo máximo de 120 dias.

#### Artigo 11.º

(Entrada em vigor)

A presente lei entra em vigor no dia seguinte à aprovação do Orçamento de Estado do ano subsequente.

Palácio de S. Bento, 20 de Dezembro de 2005.

Os deputados do Bloco de Esquerda,