



HOSPICE CASA SPERANTEI
FUNDATIA FIECAREI CURA DE VIATA

HELSE BERGEN
Haukeland universitetssjukehus



EUROPRIS

DGRSP

Service public fédéral
Justice

UNIVERSIDADE
BEIRA INTERIOR

BSAFELAB

INNOVATIVE
PRISON SYSTEMS



Saúde mental, envelhecimento e cuidados paliativos nas prisões Europeias

Plano Europeu com recomendações políticas

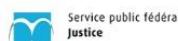
Desenvolvido por
HOSPICE Casa Sperantei Foundation

Programa Erasmus+ – Parceria Estratégica
Projeto No: 2016-1-RO01-KA204-024685



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

anpcdefp



SAÚDE MENTAL, ENVELHECIMENTO E CUIDADOS PALIATIVOS NAS PRISÕES EUROPEIAS

PLANO EUROPEU COM RECOMENDAÇÕES POLÍTICAS

CONTEXTO INTERNACIONAL

Mais de 10,74 milhões de pessoas¹ encontram-se atualmente presas no mundo e, a nível global, a taxa da população reclusa está a aumentar (World Prison Brief, 12^a Edição)². As doenças mentais são particularmente predominantes nas prisões, excedendo significativamente a percentagem de perturbações mentais na população geral (Fazel *et al.*, 2008). Adicionalmente, a população reclusa é um grupo de elevado risco relativamente ao risco de suicídio e de comportamentos de autolesão: as taxas de suicídio nas prisões chegam a ser dez vezes mais altas comparativamente ao observado entre a população geral. Um relatório recente da UNODC refere que o suicídio de reclusos aparenta ser mais frequente na Europa quando comparado com outras regiões, sendo que as taxas de suicídio de reclusos na Europa chegam a representar mais de 13% de todas as causas de mortalidade nas prisões. Embora as intervenções psicossociais e os cuidados de saúde tenham vindo a melhorar nas últimas décadas, os cuidados de saúde mental continuam a ser escassos, exceto para aqueles que apresentem problemas significativamente graves. De facto, apenas uma pequena percentagem dos reclusos com perturbações mentais é detetada e diagnosticada.³

Os problemas de saúde mental são exacerbados com a idade: mais de 20% dos adultos com idade igual ou superior a 60 anos sofre de uma doença mental ou perturbação neurológica (WHO,

¹ Excluindo indivíduos detidos em países onde as autoridades não são reconhecidas internacionalmente, e indivíduos a cumprir prisão preventiva em esquadras policiais (casos em que não são incluídos nos dados estatísticos de publicações nacionais sobre a população prisional). O número total pode, portanto, exceder os 10,74 milhões, sendo provável estar bem acima dos 11 milhões.

² Walmsley, R. (2018). *World prison population list* (12th ed.). London: Institute for Criminal Policy Research. Disponível em http://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/wppl_12.pdf

³ O projeto MenACE procurou focar-se não só nos reclusos inimputáveis (os quais não são responsabilizados pelas suas ações e são sentenciados pelo tribunal a cumprir medidas de segurança em unidades psiquiátricas forenses especializadas) mas também nos reclusos imputáveis (responsabilizados pelas suas ações) portadores de doenças mentais e que se encontram a cumprir pena em estabelecimentos prisionais comuns sem receberem tratamento específico.





2015). A população mundial está rapidamente a envelhecer e a população reclusa acompanha a tendência. No entanto, a taxa de reclusos idosos está a aumentar a um ritmo exponencial, apresentando um crescimento 3 vezes mais rápido que o resto da população reclusa.

A população reclusa mais envelhecida coloca novos e dispendiosos desafios ao sistema penitenciário que, por sua vez, não se encontra adequadamente preparado para lidar com os mesmos. Em primeiro lugar, as condições de stress inerentes à vida em contexto prisional estão associadas a um processo acelerado de envelhecimento, sendo que o quadro geral de saúde dos reclusos é considerado equivalente ao quadro geral de saúde de pessoas não-reclusas 10 anos mais velhas (Maschi *et al.*, 2013). Em segundo lugar, a população reclusa mais envelhecida apresenta necessidades especiais no que diz respeito à saúde física e mental: quando comparados com os seus homólogos na sociedade, a população idosa reclusa tem uma maior incidência de doenças crónicas, incapacidades e problemas de saúde mental (Fazel *et al.*, 2002).

Os cuidados paliativos e o direito à morte com dignidade são considerados direitos humanos fundamentais para os que apresentam uma grande necessidade de tratamentos para a dor. Assim, impedir que estes reclusos tenham acesso a cuidados médicos pode até ser considerado como tortura. Esta temática é ainda mais relevante tendo em consideração que a população reclusa está a envelhecer e que existem ainda atitudes negativas em relação à medida de libertação antecipada por razões de saúde, sendo a sua aplicação escassa (cf. Burles, Peternelj-Taylor, & Holtslander, 2016; Linder & Meyers, 2009). É ainda reconhecido que “existem vários obstáculos à concretização de uma morte digna para os indivíduos em situação de reclusão” (Burles *et al.*, 2016, p. 105).

INTRODUÇÃO

As experiências vividas em diversos países na Europa têm vindo a alertar para os problemas que muitas vezes surgem em contexto prisional, incluindo a dificuldade em recrutar profissionais e a falta de um processo contínuo de educação e formação (ou um processo inadequado). Assim, é recomendado que os serviços de saúde prisionais trabalhem em coordenação com os serviços nacionais de saúde e com os ministérios da saúde, para que seja possível aos serviços prisionais providenciar o mesmo nível de qualidade de cuidados quando comparados com hospitais e centros de cuidados de saúde na comunidade.



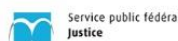
De forma a ocorrer mudança e melhorar o funcionamento das práticas existentes, é necessário que as partes interessadas tenham o conhecimento, a compreensão e as atitudes adequadas sobre o porquê de haver uma necessidade de reforma.

O **Plano Europeu com Recomendações Políticas** foi desenvolvido pela parceria do projeto MenACE com vista a suportar os países que procuram realizar uma reforma no sentido de colmatar as necessidades acima referidas.

Tabela 1. Membros da parceria do projeto MenACE

<i>Instituição</i>	<i>Cidade</i>	<i>País</i>
HOSPICE Casa Sperantei (HCS)	Brasov	Roménia
Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (DGRSP)	Lisboa	Portugal
Administratia Nationala a Penitenciarelor (ANP)	Bucareste	Roménia
De Federale Overheidsdienst Justitie – Le Service Pubic Federal Justice (FOD)	Bruxelas	Bélgica
European Organisation of Prison and Correctional Services (EuroPris)	A Haia	Holanda
Innovative Prison System (IPS)	Lisboa	Portugal
Universidade Da Beira Interior (BSAFE LAB Law Enforcement Justice and Public Safety Lab)	Covilhã	Portugal
Helse Bergen Haukeland University Hospital	Berga	Noruega

O presente documento começa por apresentar recomendações transversais às áreas da saúde mental, envelhecimento e cuidados paliativos em contexto prisional. Posteriormente, são apresentadas propostas específicas que se encontram estruturadas em três capítulos: Saúde mental e prevenção do suicídio, Envelhecimento e Cuidados paliativos. Cada capítulo inclui 3 subcapítulos: recomendações sobre a formação de profissionais que operam em contexto prisional, sobre o enquadramento legal e ainda sobre os serviços / recursos / infraestrutura.



RECOMENDAÇÕES TRANSVERSAIS ÀS ÁREAS DA SAÚDE MENTAL, ENVELHECIMENTO E CUIDADOS PALIATIVOS

- Reconhecer a nova realidade e reforçá-la nas políticas penitenciárias e de saúde pública (aquilo que não é reconhecido não existe e não pode ser adequadamente tratado);
- Melhorar a qualidade dos cuidados de saúde primários em contexto prisional através das seguintes medidas:
 - Desenvolver e articular trabalhos entre os hospitais prisionais e os hospitais locais ou outras instituições externas de tratamento de doenças mentais;
 - Desenvolver e implementar abordagens adaptadas e integradas para encaminhamento, avaliação, diagnóstico e tratamento precoces de reclusos com necessidades especiais (instrumentos de avaliação e programas de tratamento);
 - Melhorar as competências de identificação e gestão de necessidades especiais em contexto prisional através da introdução de instrumentos de avaliação e de triagem cientificamente testados e validados;
 - Desenvolver um sistema “único” de registos de saúde mental envolvendo diferentes instrumentos (triagem, avaliação), resultados de diagnósticos e registos de tratamentos, etc.;
 - Melhorar as capacidades dos profissionais não-médicos que operam em contexto prisional para identificar sintomas e proceder de acordo com os procedimentos definidos (encaminhamento);
 - Implementar programas de telemedicina envolvendo hospitais prisionais e locais ou outras instituições externas, permitindo o intercâmbio de conhecimento entre peritos médicos (de dentro e fora dos serviços prisionais) e assegurando uma redução do transporte de reclusos (reduzindo custos e riscos de segurança elevados);
 - Encaminhar reclusos que sem encontrem doentes para organizações de cuidados de saúde mental externos, locais ou regionais, que possam fornecer tratamento após a libertação ou durante o cumprimento de penas/medidas na comunidade.





I. SAÚDE MENTAL E PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

1. Formação de profissionais que operam em contexto prisional

- 1.1. É necessário providenciar oportunidades de formação sobre o tema da saúde mental a todos os profissionais prisionais, particularmente a guardas prisionais, de modo a auxiliá-los/las a identificar reclusos em risco de desenvolver e/ou a experienciar problemas de saúde mental, e responder adequadamente a essas necessidades;
- 1.2. Deve ser desenvolvido um currículo com módulos específicos para cada categoria de profissionais. Adicionalmente, a formação destinada a profissionais com contacto direto e regular com reclusos deve ser diferente da formação destinada a profissionais com responsabilidades mais técnicas (e.g., clínicos);
- 1.3. Uma comunicação eficaz gera melhor supervisão em qualquer situação, especialmente em contexto prisional. A comunicação com reclusos de forma adequada, mudando padrões de linguagem, tom de voz e linguagem corporal, leva a que a mensagem seja melhor compreendida. Assim, é recomendado que sejam incluídos, em programas de formação, módulos específicos sobre comunicação e psicologia comportamental;
- 1.4. São necessárias diretrizes mais práticas que definam como gerir e abordar reclusos com distúrbios mentais, tal como gerir riscos para a segurança tanto destes reclusos como de outros indivíduos (reclusos e profissionais);
- 1.5. Profissionais que trabalham com reclusos com perturbação de personalidade antissocial devem receber formação, apoio e supervisão adequada (de preferência, externas à equipa onde estão inseridos). Tais práticas ajudam os trabalhadores a lidar mais eficazmente com a angústia emocional e a prevenir o esgotamento;
- 1.6. Guardas prisionais a trabalhar com reclusos devem receber formação especial para saberem não só reconhecer e identificar tentativas de suicídio, mas também saberem diferenciar estas das falsas tentativas e/ou manipulação;
- 1.7. Intervenções com mentores/pares (apoio por parte de outros reclusos) potenciam a saúde e reduzem fatores de risco. No entanto, reclusos que queiram participar neste tipo de intervenções devem passar por um processo de formação adequado (tal como aprender sobre os potenciais riscos).





2. Enquadramento legal

- 2.1. Em primeiro lugar, é necessário rever a legislação de cada país de modo a averiguar se está em conformidade com as normas e padrões europeus, os quais deverão estar refletidos na legislação nacional reguladora de estabelecimentos prisionais. As normas e padrões europeus devem, também, reger todos os aspetos das políticas e regulamentos que são adotados pelos devidos sistemas prisionais;
- 2.2. Os reclusos têm o direito a ser informados sobre tais políticas e regulamentos. Políticas e normas devem ser elaboradas de forma a minimizar a discriminação entre reclusos e devem ser aplicadas adequadamente;
- 2.3. As políticas e estratégias a serem desenvolvidas deverão também incluir questões relacionadas com a continuidade de cuidados de saúde após libertação;
- 2.4. É necessário existir um enquadramento legal que permita o envolvimento da família e de voluntários no processo de reabilitação de reclusos com perturbações mentais (especificamente, aumentar o número de visitas familiares com o apoio de assistentes sociais, contribuindo para reestabelecer laços familiares);
- 2.5. É imperativo introduzir um programa de prevenção do suicídio em cada estabelecimento prisional;
- 2.6. É recomendado que seja introduzido um procedimento/ algoritmo padrão de controlo que avalie o risco de suicídio e de comportamentos de autolesão em meio prisional. Este procedimento deverá também considerar que a dependência de drogas e/ou álcool é um fator que pode aumentar o risco de suicídio;
- 2.7. Alternativas à pena/medida de detenção em estabelecimentos prisionais devem ser elaboradas para os casos de ofensores com problemas de saúde mental.

3. Infraestrutura/serviços/recursos

- 3.1. Devem ser criadas unidades/secções especiais para reclusos com problemas de saúde mental, de modo a separá-los do resto da população reclusa;
- 3.2. As instalações de saúde mental devem ser completamente redesenhadas e devidamente operadas por equipas de profissionais:
 - 3.2.1. Aumentar o número de unidades especializadas destinadas à detenção de reclusos com distúrbios mentais;
 - 3.2.2. Aumentar o número de especialistas de saúde, tendo pelo menos um psiquiatra por unidade;

- 3.2.3. Introduzir o conceito de cela “vazia” – celas especiais para proteção de comportamentos de autolesão - em cada estabelecimento prisional;
- 3.2.4. Assegurar a existência de mais espaços recreativos e áreas para a prática de desporto para reclusos com problemas de saúde mental. Aumentar o número de profissionais para facilitarem tais atividades. Pacientes com distúrbios mentais poderão beneficiar de centros/comunidades terapêuticas específicas, comparativamente às práticas de isolamento em quartos ou unidades especiais;
- 3.3. A saúde mental de novos reclusos deve ser cuidadosamente rastreada, utilizando as melhores práticas disponíveis e os instrumentos de triagem adequados;
- 3.4. Cada centro de serviços de cuidados de saúde deve ser constituído por um enfermeiro/a chefe ou dirigente responsável pela gestão de reclusos idosos. Profissionais que trabalham com esta população devem receber formação sobre como reconhecer sinais de problemas de saúde mental nesta idade;
- 3.5. Prisões com um número significativo de reclusos com debilidades mentais devem explorar a possibilidade de ter esquemas de mentoria/apoio de pares onde outros reclusos, com a devida formação e supervisão, providenciam apoio aos reclusos com problemas mentais.

II. ENVELHECIMENTO

1. Formação de profissionais que operam em contexto prisional

- 1.1. Relativamente a reclusos idosos é preciso considerar que esta população apresenta necessidades especiais que cobrem quatro dimensões – física, psicológica, social e espiritual. Assim, a formação de profissionais (incluindo profissionais de saúde, segurança, terapia psicológica e técnicos de reinserção social) deve cobrir todos os aspetos dos cuidados referidos acima, focando-se mais nas mudanças associadas ao processo de envelhecimento e menos nas estatísticas (por exemplo, formação em geriatria, formação em psicogeriatria, etc.);
- 1.2. De modo a contribuir para uma comunidade coesa de reclusos, é necessário não só promover uma melhor e mais eficaz gestão da população prisional, mas também aumentar a consciencialização sobre o fenómeno de envelhecimento nas prisões e criar oportunidades de formação para reclusos sobre este fenómeno e possíveis respostas aos mesmo.



2. Enquadramento legal

- 2.1. Em primeiro lugar, é necessário definir com clareza, e dentro dos devidos termos legais, os critérios que constituem um “recluso idoso”;
- 2.2. É necessário desenvolver estratégias especiais para reclusos idosos;
- 2.3. Considerando os diversos aspetos que são precisos gerir no que diz respeito à supervisão e cuidados dos reclusos idosos, as políticas e estratégias de gestão devem contar com a contribuição de uma equipa multidisciplinar de especialistas que operam neste contexto;
- 2.4. É necessário a existência de uma legislação estável e consistente que permita aos profissionais, que operam em contexto prisional, trabalhar juntamente com organizações da comunidade, assim como serviços de saúde e de assistência social, de modo a responder a todas as necessidades que os reclusos idosos apresentam. Desta forma, é igualmente possível delinear as condições necessárias para a continuidade de cuidados na comunidade após libertação;
- 2.5. O processo de reintegração na sociedade pode ser extremamente desafiante para todos os reclusos, sendo que para reclusos idosos este pode ser um processo particularmente difícil, uma vez que alguns não desejam voltar para a comunidade. Existem vários aspetos a considerar relativamente a este tópico: reclusos idosos podem não ter família ou ter perdido contacto com a família; podem não querer ser um fardo para a família, ou simplesmente sentem-se em casa dentro da prisão e é lá que encontram os seus grupos de apoio. É importante considerar todas estas questões quando se discute a reintegração de reclusos idosos. É necessário desenvolver e assegurar, juntamente com serviços de saúde mental na comunidade, protocolos/mecanismos compreensivos de continuidade de cuidados, de modo a quebrar o ciclo de libertação-reincidência-detenção.
- 2.6. As políticas e estratégias a ser desenvolvidas devem também considerar os seguintes aspetos:
 - 2.6.1. Medidas alternativas à detenção em meio prisional (por exemplo, uso de dispositivos de monitorização eletrónica, encaminhamento para unidades especiais);
 - 2.6.2. Programas especiais de mentoria/apoio de pares, em que reclusos mais jovens prestam apoio a reclusos idosos;
 - 2.6.3. Um sistema de recompensa para os reclusos mais jovens que escolhem cuidar de reclusos idosos;



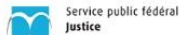


- 2.6.4. Procura de financiamento adicional para permitir aos profissionais que operam em contexto prisional participar, juntamente com reclusos idosos, em terapias ocupacionais/outras atividades;
- 2.6.5. Leis especiais para a proteção dos reclusos idosos;
- 2.6.6. Um enquadramento legal que estabeleça a existência de unidades separadas para reclusos idosos;
- 2.7. É recomendado proceder à revisão e correção de políticas de sentença de reclusos idosos (e.g. desenvolvimento de alternativas à detenção em estabelecimentos prisionais).

3. Infraestrutura/serviços/recursos

- 3.1. É necessário criar alojamento especial para os reclusos idosos que têm de lidar com diversos problemas relacionados com a perda de mobilidade ou com a deterioração mental. É igualmente necessário considerar os diferentes problemas que este grupo de reclusos apresenta, tanto sociais como médicos, incluindo:
 - 3.1.1. Infraestruturas adaptadas para casos de mobilidade reduzida (melhorando os acessos ao mesmo tempo que é mantida a segurança) – aumentar o número de cadeiras-de-rodas e o espaço interior das celas para acomodar as mesmas;
 - 3.1.2. Camas individuais em vez de camas duplas;
 - 3.1.3. Casas-de-banho adaptadas a mobilidade reduzida;
 - 3.1.4. Elevador;
 - 3.1.5. Dieta adaptada às necessidades;
 - 3.1.6. Espaços recreativos;
 - 3.1.7. Botões de pânico para emergências.
- 3.2. Aumentar o número de profissionais que trabalham com reclusos idosos e o número de especialistas geriátricos nos hospitais prisionais;
- 3.3. Aumentar os horários dos médicos nos estabelecimentos prisionais;
- 3.4. Monitorizar, regularmente, reclusos idosos e assegurar que estes não estão a ser vitimizados;
- 3.5. Alguns reclusos idosos irão necessitar apoio social na comunidade. Nos casos em que tal se verifique, os reclusos devem ser regularmente encaminhados para as devidas autoridades de serviços sociais locais para serem sujeitos a uma avaliação de necessidades.





III. CUIDADOS PALIATIVOS

1. Formação de profissionais que operam em contexto prisional

- 1.1. Todos os profissionais que trabalham em unidades clínicas prisionais devem receber formação sobre o conceito geral de cuidados paliativos incluindo:
 - 1.1.1. Conceito de hospício (principais benefícios, incluindo o uso de cuidados paliativos comparativamente ao uso de cuidados curativos);
 - 1.1.2. Perspetiva médica (a abordagem de uma equipa multidisciplinar e métodos específicos de gestão da dor);
 - 1.1.3. Apoio psicológico, social e espiritual para pacientes doentes;
 - 1.1.4. Técnicas de cuidados de pacientes;
 - 1.1.5. Zelo pela família;
 - 1.1.6. Luto e perda;
 - 1.1.7. Questões éticas;
- 1.2. Pode ser útil organizar uma discussão de grupo durante o programa de formação sobre aspetos relacionados com a morte e o processo adjacente ao estado terminal, uma vez que tal prática poderá ajudar os participantes a identificar preconceitos/enviesamentos pessoais. Discussões de grupo permitem aos profissionais ter uma melhor compreensão das próprias opiniões sobre o estado terminal e de como estas se relacionam com a missão de hospício. Adicionalmente, é uma prática importante que leva os profissionais a compreender que as suas opiniões não devem ser impostas aos reclusos que pretendem auxiliar;
- 1.3. Tendo em consideração que as prisões apresentam uma cultura própria bastante única, os reclusos acabam por representar o grupo mais qualificado para fornecer cuidados paliativos e de hospício a outros reclusos. Muitas vezes, os próprios reclusos representam a única estrutura familiar para os reclusos terminais. Assim, é importante encorajar os reclusos a participarem em formações que lhes forneçam as competências necessárias para assegurar que as necessidades (físicas, emocionais e espirituais) de reclusos em estado terminal são colmatadas (apoio a cuidados por parte de pares/mentores).

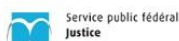


2. Enquadramento legal

- 2.1. Uma vez que a maioria dos reclusos com uma doença crónica estaria sujeita a cuidados de saúde mais adequados na comunidade, é recomendado que, dentro do enquadramento legal relativo a penas e medidas não privativas da liberdade, e aquando da deliberação da sentença, seja considerado a idade do ofensor, a sua saúde física e mental e quais os prospetos de vir a receber os cuidados de saúde adequados dentro da prisão. Assim, é possível assegurar que a sentença aplicada não compreende uma punição desproporcionada;
- 2.2. A legislação relativa à libertação antecipada deve ser revista de forma a permitir que indivíduos diagnosticados com uma doença crónica ou com necessidades de cuidados paliativos (especialmente para aqueles em estado terminal) saiam antecipadamente em liberdade, beneficiando de cuidados paliativos especializados na comunidade ou de cuidados e apoio familiar;
- 2.3. Considerando que os planos de tratamento de cuidados paliativos ou de cuidados durante a fase terminal devem ser iniciados num momento adequado e idealmente precoce aquando do diagnóstico de uma doença terminal, é recomendado que existam e sejam estabelecidos procedimentos de conduta terapêutica para o momento do diagnóstico. Tais planos devem compreender todos os aspetos relacionados com os cuidados fornecidos ao paciente, incluindo alívio da dor, apoio psicológico e emocional e, em casos em que seja apropriado, apoio da estrutura familiar;
- 2.4. Em relação ao bem-estar dos profissionais que trabalham com estas populações, dado trata-se de uma profissão de alto risco, é importante rever e ajustar a idade legal da reforma e/ou o direito a mais dias de férias.

3. Infraestrutura/serviços/recursos

- 3.1. A equipa de cuidados paliativos deve incluir um médico/a, enfermeiro/a, assistente social, psicólogo/a, terapeuta e um conselheiro/a espiritual;
- 3.2. Os estabelecimentos prisionais devem assegurar o tratamento de reclusos em fase terminal com necessidades de cuidados paliativos intensivos num ambiente devidamente adequado, mantendo o recluso sempre atualizado relativamente aos processos. Os benefícios que advêm de manter o recluso num espaço familiar e confortável devem ser igualmente importantes ao processo de garantir a qualidade dos cuidados de saúde prestados e assegurar que os profissionais têm as competências necessárias para cuidar de reclusos;



- 3.3. Nos casos em que não é possível fornecer cuidados paliativos a reclusos com doença crónica ou a reclusos em estado terminal, o estabelecimento prisional deve procurar desenvolver e estabelecer contactos com os hospícios locais de forma a permitir que estes reclusos recebam os devidos tratamentos fora da prisão;
- 3.4. É necessário criar espaços dentro das unidades clínicas prisionais destinadas à promoção de outras atividades terapêuticas, sociais ou ocupacionais (um espaço confortável e um ambiente calmo que ajude os reclusos a distanciarem-se da atmosfera negativa que pode surgir num ambiente destes);
- 3.5. Os estabelecimentos prisionais devem garantir que os planos de tratamento de cuidados paliativos ou de cuidados durante a fase terminal são iniciados num momento adequado e idealmente precoce aquando do diagnóstico de uma doença terminal. Tais planos devem compreender todos os aspetos relacionados com os cuidados fornecidos ao paciente, incluindo alívio da dor, apoio psicológico e emocional e, em casos em que seja apropriado, apoio da estrutura familiar;
- 3.6. Os estabelecimentos prisionais devem trabalhar conjuntamente com a família do recluso, mantendo-os envolvidos nos processos e designar um profissional que auxilie na articulação de procedimentos. É recomendado que tal profissional seja designado, quando possível, aquando do momento do diagnóstico (e não somente após a morte do recluso) sendo o seu papel fundamental enquanto ponto de contacto entre a família e o recluso durante os últimos meses de vida.

