

PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS

Resolução do Conselho de Ministros n.º 46/99

O Governo entende que, mais de 20 anos depois de terem sido criadas em Portugal as primeiras estruturas institucionais vocacionadas para enfrentar o problema da droga e da toxicod dependência, é tempo de adoptar, finalmente, uma verdadeira estratégia nacional de luta contra a droga, na linha do que já sucede em diversos outros países.

Os ensinamentos da experiência destes anos, a consciência das fragilidades e das capacidades existentes, o conhecimento científico entretanto produzido sobre as mais diversas vertentes do fenómeno da droga, a notícia de experiências inovadoras que se vão fazendo noutros países, a noção dos novos desafios lançados pela própria evolução do fenómeno do consumo, a recorrente discussão pública sobre o caminho a seguir e, sobretudo, a constatação da persistente gravidade do problema da droga e da toxicod dependência, a nível nacional e internacional, fazem da elaboração deste documento um imperativo para Portugal.

A estratégia nacional de luta contra a droga pretende ser um instrumento orientador das diversas políticas sectoriais relativas à droga e à toxicod dependência, vocacionado para nortear a actividade dos diferentes organismos da Administração Pública com competência nesta área e servir de referência para a sociedade portuguesa.

Para a sua elaboração, entendeu por bem o Governo convocar o nosso melhor conhecimento científico, confiando a uma comissão de reputados especialistas a tarefa de apresentar ao Governo uma proposta.

Essa comissão, constituída a 16 de Fevereiro de 1998 por despacho do Ministro Adjunto do Primeiro-Ministro [despacho n.º 3229/98 (2.ª série)], entregou ao Governo o relatório final das suas actividades no dia 2 de Outubro passado.

O referido relatório constitui um documento notável e é por isso a base em que assenta muito do essencial da estratégia nacional de luta contra a droga, adoptada pelo Governo através da presente resolução.

É de elementar justiça, pois, prestar o merecido reconhecimento público aos membros da comissão pelo trabalho desenvolvido em tão curto espaço de tempo, reconhecimento esse extensivo a todos quantos — e foram muitos — generosamente lhe prestaram colaboração, a diferentes títulos.

Tendo a comissão declinado, por sua iniciativa, a tarefa adicional que lhe tinha sido solicitada, nos termos do citado despacho, de promover por si mesma, nos termos que tivesse por convenientes, a discussão pública do relatório, o Governo, ouvida a comissão, organizou o processo de discussão pública, por forma a permitir a mais ampla participação possível dos interessados.

Em conformidade, foram enviadas centenas de cópias do relatório da comissão às mais diversas entidades públicas e privadas com intervenção na área da toxicod dependência e, paralelamente, foi o mesmo divulgado através da Internet, tendo daí resultado dezenas de observações escritas sobre as propostas em discussão. Do mesmo modo, foram organizadas audiências públicas de norte a sul do País (Porto, Faro e Lisboa, depois

na Guarda e mais tarde em Évora), todas com a presença de membros da comissão e abertas à participação do público, sendo que as primeiras três foram formalmente integradas no processo de discussão pública.

Paralelamente, tiveram ainda lugar diversas outras iniciativas de debate público do documento, formalmente não integradas no processo de discussão pública, mas cujos contributos puderam, também, ser considerados neste processo decisório, com destaque para o colóquio promovido pela Universidade do Porto e para o inédito seminário organizado pelo Supremo Tribunal de Justiça, ambos contando com a participação de membros da comissão.

No âmbito deste processo de consulta, foi também ouvido o Conselho Nacional da Toxicod dependência, órgão de consulta do Primeiro-Ministro onde se encontram representadas as entidades da sociedade civil interessadas na matéria.

De igual modo, o processo de elaboração da estratégia beneficiou, ainda, da publicação, em Abril de 1998, do relatório da Comissão Eventual da Assembleia da República para o Acompanhamento e Avaliação da Situação da Toxicod dependência, do Consumo e do Tráfico de Droga e da realização do seminário posteriormente organizado pela mesma comissão parlamentar, já em 1999, embora este tivesse ocorrido depois de formalmente encerrada a discussão pública.

Importa, também, sublinhar que a participação do público na discussão da estratégia que agora se apresenta não se confinou aos mecanismos institucionais, tendo extravasado amplamente para a comunicação social, onde foram publicados, sob diversas formas, inúmeros e relevantes contributos, das mais diversas personalidades e instituições, que muito enriqueceram a preparação deste documento e a discussão cívica de uma problemática tão relevante para a sociedade portuguesa.

A estratégia nacional de luta contra a droga é um documento essencialmente voltado para o futuro, que pressupõe a apreciação do passado constante do relatório final da comissão e do já referido relatório parlamentar.

Cinco convicções profundas norteiam a estratégia que a seguir se apresenta.

A primeira convicção radica no reconhecimento da dimensão mundial do problema da droga, que reclama respostas à escala internacional e continental, impõe um reforço da cooperação internacional e determina a articulação da estratégia nacional com as estratégias e políticas supranacionais.

A segunda convicção é uma convicção humanista, que leva em conta a complexidade dos dramas humanos que tantas vezes se traduzem no consumo de drogas e na dependência, que considera o toxicod dependente, no essencial, como um doente, exige a garantia de acesso a meios de tratamento a todos os toxicod dependentes que se desejem tratar, incluindo os que por qualquer motivo se encontrem nos estabelecimentos prisionais, e implica a promoção de condições para uma efectiva reinserção social, bem como a adopção de um enquadramento legal adequado, justo e proporcionado, respeitador dos princípios humanistas em que assenta o nosso sistema jurídico.

A terceira convicção é a de que ao humanismo há que juntar uma atitude pragmática, que permita uma abertura, sem dogmas, à inovação e aos resultados cientificamente comprovados das novas experiências, admitindo soluções que possam, ao menos, reduzir efectivamente os danos para os próprios toxicodependentes, para a saúde pública e para a segurança da comunidade.

A quarta convicção é a de que neste domínio, como em tantos outros, mais vale prevenir do que remediar. E se não haverá melhor prevenção do que a promoção de um verdadeiro e solidário desenvolvimento, importa, sem dúvida, apostar em adequadas políticas específicas de prevenção da droga, que saibam mobilizar as diferentes instituições da sociedade civil e, sobretudo, os próprios jovens.

A quinta convicção, mas certamente não a menos importante, é a de que o reforço do combate ao tráfico ilícito de drogas e ao branqueamento de capitais constitui um imperativo para o Estado de direito que somos, a bem da segurança, da saúde pública e da própria estabilidade das instituições.

Da estratégia nacional de luta contra a droga decorre a necessidade de criar, no âmbito do Ministério da Justiça, um grupo de trabalho encarregue da revisão da chamada «lei da droga», por forma a dar seguimento às orientações aqui fixadas e a ponderar as questões ainda em aberto.

Por outro lado, importa proceder à constituição de um outro grupo de trabalho para a aplicação técnica da «lei da droga», destinado a promover os mecanismos necessários para viabilizar a eficácia das soluções previstas na lei, nomeadamente no que se refere à realização de exames e perícias médicas a toxicodependentes, exames laboratoriais e tratamento em alternativa à pena de prisão. Esse grupo será posteriormente constituído por despacho conjunto dos ministros com competência nesta área.

Assim:

Nos termos da alínea g) do artigo 199.º da Constituição, o Conselho de Ministros resolve:

Aprovar a estratégia nacional de luta contra a droga, anexa à presente resolução e que dela faz parte integrante.

Aprovada em Conselho de Ministros de 22 de Abril de 1999. — O Primeiro-Ministro, *António Manuel de Oliveira Guterres*.

Estratégia nacional de luta contra a droga

Uma parte importante da droga apreendida em Portugal — cerca de 27% das apreensões de heroína em 1997 — provém da longínqua Tailândia, em plena Ásia, bem do outro lado do Mundo ⁽¹⁾.

Outras drogas, sobretudo haxixe, chegam a Portugal vindas do Norte de África, de Marrocos. Outras ainda vêm de mais longe, da África Negra, designadamente de Angola. E outras há que têm origem no Brasil, na Venezuela, na Colômbia e noutros países da América Latina e da América Central. Por outro lado, alguma da droga que circula entre nós, não pouca, é importada de países europeus, incluindo alguns dos nossos parceiros comunitários.

Neste circuito global a partir dos centros de produção, neste trânsito com os mais variados percursos e destinos, a droga faz escalas, usa verdadeiras estações de trans-

ferência e mobiliza intermediários, sobretudo nos países com uma larga fronteira marítima, como também é o caso de Portugal.

A droga atravessa continentes, cruza oceanos, vence fronteiras.

Seria, pois, um erro grosseiro ignorar a dimensão planetária do problema da droga.

Quando Portugal assumiu a responsabilidade de presidir à organização da sessão especial da Assembleia Geral das Nações Unidas, que teve lugar em Nova Iorque, em Junho de 1998, teve ocasião de dirigir em Viena as negociações para a elaboração de uma histórica declaração política, que seria acompanhada por diversos planos de acção e outros documentos sectoriais. Não foi uma negociação fácil. Cada palavra, incluindo as que simplesmente designavam a problemática da droga, foi atentamente examinada e objecto de discussão. O consenso, porém, começou a desenhar-se quando alguém sugeriu que se usasse a expressão «o problema mundial da droga» (*the World drug problem*). O Mundo concordou — teve de concordar — que tinha um problema. O mesmo problema. Um problema em comum.

A presente estratégia nacional de luta contra a droga assenta, por isso, na convicção profunda de que é necessária uma resposta adequada e eficaz da comunidade internacional face ao fenómeno da droga e da toxicod dependência. E de que a nossa estratégia nacional se deve articular com as estratégias e as políticas desenvolvidas no âmbito da Organização das Nações Unidas e da União Europeia. Mais: não é hoje sequer pensável uma estratégia nacional sensata que não inclua como um dos seus pilares a participação activa de Portugal na definição das estratégias e das políticas supranacionais e que não tome como uma das suas prioridades o reforço da cooperação internacional nos diferentes domínios em que se concretizam as respostas face ao problema da droga e da toxicod dependência.

Nada disto pressupõe, porém, o imobilismo das estratégias e das políticas internacionais. Estranho seria, aliás, que numa altura em que, a conselho fundamentado dos especialistas, todos começam a despertar para a necessidade da avaliação das iniciativas promovidas neste campo, a própria estratégia da comunidade internacional escapasse a esse imperativo de avaliação, como se um dogma fosse. E pior seria que não dispusesse da agilidade bastante para se adaptar aos ensinamentos da experiência e dos saberes científicos, bem como à constante evolução do fenómeno da droga, acompanhando de perto as novas tendências que se desenham e que clamam por respostas prontas e adequadas.

Não está em causa, diga-se desde já, o espaço para políticas especificamente adaptadas à realidade portuguesa, visto que o problema da droga, sendo embora universal, não se põe da mesma maneira em todas as latitudes. Nem as estratégias internacionais anulam essa possibilidade de adaptação ou a criatividade na definição e desenvolvimento das políticas. Como não se devem excluir, bem pelo contrário, as iniciativas de âmbito local, territorialmente delimitadas ou particularmente ajustadas a populações e situações específicas.

Aliás, e em rigor, carecendo o País de uma estratégia nacional, ela não dispensa, antes deve estimular, múltiplas acções e iniciativas, enquadradas pela definição coerente de um conjunto de opções. Essa estratégia nacional apresenta-se, assim, como decisiva para assegurar a coordenação dos diferentes organismos da

Administração Pública com competência nesta área e servir de referência para a sociedade portuguesa, mobilizando-a para enfrentar este problema.

Importa, por outro lado, enraizar o desenvolvimento da estratégia nacional de luta contra a droga no conhecimento. O conhecimento dos efeitos das diferentes drogas, das técnicas e circuitos que vão da produção ao tráfico, mas também o conhecimento da expressão concreta e diversificada do fenómeno das drogas e das toxicodependências na sociedade portuguesa. Daí que uma das opções estratégicas a fazer diga respeito, justamente, ao reforço da investigação científica, bem como à constituição de um verdadeiro sistema nacional de informação sobre a droga e a toxicodependência.

Só assim, aliás, se evitará uma atitude social e política meramente reactiva, que se arrisca a degenerar em reaccionária e a ser absolutamente ineficaz, porque alheia às causas profundas do fenómeno e à própria natureza e características dos comportamentos que se exprimem pelo uso e abuso das drogas.

A presente estratégia nacional de luta contra a droga pretende, pois, assentar no conhecimento e não no preconceito, nos princípios e não nos *slogans*, no pragmatismo e não no dogma.

Contudo, embora se enraíze no conhecimento, não deixa por isso a presente estratégia nacional de ser uma estratégia política, naquele sentido mais nobre da política que envolve a feitura de escolhas em ordem ao bem comum.

Assim sendo, a presente estratégia não é, nem poderia ser, um mero produto tecnocrático, que resulte da soma aritmética dos diversos saberes científicos, antes se assume como um conjunto estruturado de verdadeiras opções políticas, definidas a partir do conhecimento disponível da realidade que se pretende transformar.

Uma estratégia que rejeita, por igual, quer a sedução da passividade estratégica — tão conveniente para quem receia a responsabilidade por opções políticas claras —, quer o desnorte de um combate cego que mobiliza todo o aparelho coercivo do Estado para uma investida em que se confundem inimigos e aliados, vítimas e criminosos, doença e doentes.

Finalmente, a presente estratégia de luta contra a droga pretende, também, constituir-se como verdadeira estratégia nacional.

Não porque o Governo através dela se demita das responsabilidades inerentes ao mandato para o qual foi legitimado pelo voto dos Portugueses. Longe disso; a presente estratégia estrutura-se a partir da afirmação clara de princípios, da definição segura de objectivos e do estabelecimento preciso de opções onde, se bem se ajuíza, não faltará nem ousadia e inovação, nem realismo e bom senso.

A vontade do Governo é adoptar uma estratégia verdadeiramente nacional, no duplo sentido que consiste, por um lado, no facto de resultar de um processo amplamente participado, em que tiveram ocasião de intervir, também, as diferentes forças políticas, e, por outro, no facto de esta ser uma estratégia que faz apelo às iniciativas das instituições da sociedade civil e procura mobilizar a sociedade portuguesa, no seu conjunto e sobretudo os jovens, para enfrentar o grave problema da droga.

O Governo, acolhendo a opinião da Assembleia da República, expressa pela Comissão Eventual para o

Acompanhamento e Avaliação da Situação da Toxicodependência, do Consumo e do Tráfico de Droga, abandonou no título deste documento a expressão «combate à droga» — susceptível, no entender dos deputados, de ter uma conotação predominantemente represiva⁽²⁾ —, substituindo-a, porém, na designação da presente estratégia, por «luta contra a droga».

Todavia, o Governo gostaria que a divulgação desta estratégia soasse na sociedade portuguesa como um verdadeiro «toque a reunir» e que ela a todos pudesse mobilizar: as instituições, as famílias e, sobretudo, as mais jovens gerações. É que esta não é uma estratégia neutra. Digamo-lo claramente, sem ambiguidades, nem hesitações: esta é uma estratégia de luta.

CAPÍTULO I

O fenómeno da droga em Portugal e no Mundo

O fenómeno da droga em Portugal

1 — O conhecimento sobre o fenómeno da droga em Portugal

O nível de conhecimento sobre o fenómeno da droga em Portugal é, ainda, insatisfatório, escasseando os dados para uma completa caracterização da realidade.

Na verdade, se a natureza essencialmente clandestina do consumo de drogas ilícitas dificulta, obviamente, o perfeito conhecimento da dimensão e características desse fenómeno, também é certo que não estão suficientemente estabelecidos os respectivos instrumentos de medição, nem as metodologias de recolha de dados e de análise do problema.

Essa escassez de dados sobre o fenómeno do uso/abuso de drogas e da sua evolução é, sem dúvida, um dos mais graves problemas que a presente estratégia nacional de luta contra a droga se dispõe a enfrentar.

A recente criação do Instituto Português da Droga e da Toxicodependência (IPDT) tem, de resto, como um dos seus principais objectivos a racionalização de meios neste domínio — antes dispersos pelo Observatório Vida, do Projecto VIDA, e pelo Gabinete de Planeamento e Coordenação do Combate à Droga —, meios esses que agora se concentram no novo Centro de Informação sobre a Droga e a Toxicodependência, do IPDT.

A este novo Instituto foi cometida, entre outras, a finalidade de recolher, tratar e divulgar dados e informações relativos ao consumo e ao tráfico ilícitos de droga, tendo em vista a constituição de um verdadeiro sistema nacional de informação sobre a droga e a toxicodependência [artigos 2.º, 3.º, alíneas a) e b), e 13.º do Decreto-Lei n.º 31/99, de 5 de Fevereiro].

2 — Síntese dos dados sobre o fenómeno da droga em Portugal

Os dados sobre a expressão actual do fenómeno da droga em Portugal têm vindo a ser compilados e publicados em diversos relatórios e documentos oficiais. Sendo desnecessário reproduzir aqui, mais uma vez, os estudos existentes, valerá a pena recordar os seus principais resultados e extrair deles as conclusões possíveis quanto à dimensão do fenómeno da droga no nosso país.

No que se refere a dados directos sobre os índices de consumo em Portugal, os estudos efectuados apontam, de um modo geral, para valores menos graves do

que na grande maioria dos países ocidentais. É essa a conclusão do estudo internacional feito em 1995 junto dos jovens de 16 anos que então frequentavam o 10.º, 11.º e 12.º anos. «Apenas» 6,5 % desses jovens reconheciam ter pelo menos uma vez na vida experimentado *cannabis*, registando-se um valor muito inferior tanto para a heroína como para o *ecstasy* (0,5 %). Quanto a consumos verificados nos últimos 30 dias, esses índices eram, naturalmente, ainda mais baixos: 3,3 % no caso da *cannabis* e apenas 0,2 % no caso da heroína ⁽³⁾.

Contudo, o número total de consumidores no meio escolar, considerados os mesmos graus de ensino (10.º, 11.º e 12.º anos), nesse mesmo ano de 1995, seria bem superior, ascendendo a 13,81 % para a prevalência de *cannabis* ao longo da vida, 9,55 % nos últimos 12 meses e 4,77 % nos últimos 30 dias. Quanto à heroína, os números registados foram de 1,37 % ao longo da vida e 0,46 % nos últimos 30 dias. No 7.º, 8.º e 9.º anos verificaram-se, na mesma altura, valores mais baixos, com 3,15 % de prevalência de *cannabis* ao longo da vida, 1,94 % nos últimos 12 meses e 1,39 % nos últimos 30 dias, sendo os valores para a heroína, respectivamente, de 0,8 %, 0,33 % e 0,22 % ⁽⁴⁾.

A insuficiência dos dados disponíveis torna ainda mais difícil traçar um quadro comparativo da evolução do fenómeno nos últimos anos.

Em todo o caso, um estudo sistemático efectuado pelo GPCCD na região de Lisboa, junto de 7711 alunos do ensino público, permite concluir que se registou uma estabilização ou ligeira descida nos índices de consumo de drogas ilícitas entre 1992 e 1998. De facto, enquanto em 1992 os valores de consumo de drogas (heroína, haxixe, cocaína e *ecstasy*), em termos de prevalência ao longo da vida, eram de 5,68 % e de 16,18 %, no 3.º ciclo e no secundário diurnos, respectivamente, esses valores caíram em 1998 para 5,20 % e 15,52 %. Do mesmo modo, o consumo de idênticas drogas nos últimos 12 meses era em 1992, nos mesmos graus de ensino, de 3,31 % e 16,18 %, tendo descido para 3,04 % e 11,23 % em 1998. E também o consumo nos últimos 30 dias, que em 1992 era de 2,27 % e 7,1 %, respectivamente no 3.º ciclo e no secundário diurnos, desceu, embora muito ligeiramente, para 2,11 % e 7,03 % em 1998.

Só no ensino nocturno, para os mesmos 3.º ciclo e secundário, registou-se um aumento, também ligeiro, pois aí a prevalência ao longo da vida era em 1992 de 18,02 %, sendo em 1998 de 20,06 %, e a prevalência nos últimos 30 dias era de 6,43 %, tendo subido para 7,01 %. Já o consumo nos últimos 12 meses regista uma descida de 10,35 % para 9,98 % ⁽⁵⁾.

No que se refere às tendências por tipo de droga, o mesmo estudo, para além dos elevados índices de consumo de álcool e tabaco, revela que o consumo de tranquilizantes no meio escolar da Grande Lisboa supera em 1998 o consumo total das chamadas «drogas ilícitas clássicas», fenómeno a que se junta um elevado consumo de medicamentos estimulantes.

Por outro lado, o estudo indica uma descida entre 1992 e 1998 do consumo de haxixe e de heroína, tanto no 3.º ciclo como no secundário diurnos, a par de uma ligeira subida do consumo de cocaína ⁽⁶⁾.

Já no ensino nocturno (3.º ciclo e secundário) terá havido uma relativa estabilização ou pequena subida do consumo de haxixe e uma descida considerável do consumo de heroína e cocaína, mais acentuada quanto à primeira.

Quanto ao consumo de *ecstasy*/MDMA, a sua juventude não permite ainda dados comparativos consistentes. Contudo, ainda o mesmo estudo no meio escolar da Grande Lisboa indicava em 1998 um consumo ao longo da vida de 1,60 %, 2,66 % e 3,26 %, respectivamente para o 3.º ciclo diurno, secundário diurno e 3.º ciclo e secundário nocturnos. Estes valores do consumo de *ecstasy* superam os do consumo de cocaína e heroína nos estudantes do ensino diurno, mas permanecem a enorme distância dos índices de consumo de haxixe ⁽⁷⁾.

Expressiva é a descida verificada na percentagem de amostras positivas nos rastreios toxicológicos efectuados nos três ramos das Forças Armadas, quer junto dos candidatos, quer junto dos próprios militares. Em termos globais, os índices de amostras positivas, que eram de 4,8 % em 1995, caíram para 3,4 % em 1996 e para 2,2 % em 1997 ⁽⁸⁾.

A dimensão do fenómeno da droga é, também, usualmente aferida à luz de indicadores indirectos, os mais importantes dos quais podem ser sumariados da seguinte forma:

- a) Descida contínua do número de primeiras consultas nos centros de atendimento a toxicodependentes (CAT) desde 1996 (9889 em 1996, 9183 em 1997 e 8935 em 1998), dado ainda mais relevante porque se verifica, apesar do substancial aumento do número bruto de consultas ocorrido no mesmo período, em razão do enorme alargamento da rede de atendimento;
- b) 95,4 % dos toxicodependentes em tratamento nos CAT em 1997 eram consumidores de heroína, 11,6 % eram seropositivos ao HIV, 23 % à hepatite B e 21,1 % à hepatite C;
- c) Indícios de uma tendência para a diminuição do número total de toxicodependentes com sida, ocupando estes, no entanto, um espaço proporcionalmente superior no universo de novos casos de sida;
- d) Aumento contínuo das mortes por *overdose*, tendo-se atingido em 1997 os 235 casos, 224 dos quais envolvendo, isoladamente ou não, opiáceos ⁽⁹⁾;
- e) Aumento do número total de presumíveis infractores da lei da droga interceptados pelas autoridades policiais, com sinais de inversão, em 1997 e 1998, da tendência para predomínio, entre estes, de traficantes. Em 1997 os consumidores presumíveis infractores eram já 57,5 %. Estas intervenções das autoridades em 1997 tiveram lugar, sobretudo, em situações que envolviam heroína (48,5 %), haxixe (21,4 %) ou mais de uma droga (23,9 %). As intervenções em casos que envolviam cocaína não excederam os 5,3 % ⁽¹⁰⁾;
- f) O total de condenados por violação da lei da droga tem vindo a aumentar, mas a categoria com maior volume de condenados em 1997 passou a ser a dos consumidores, com 52,2 %, contra 43,6 % de traficantes e apenas 4,2 % de traficantes consumidores. No total, 54,6 % das condenações em 1997 são imputáveis à heroína ⁽¹¹⁾;
- g) A quantidade total de droga apreendida baixou substancialmente em 1998 face ao ano anterior,

sobretudo no que se refere ao haxixe, cujas apreensões desceram abruptamente de 9621 kg em 1997 para 5543 kg em 1998. Algo de semelhante ocorreu com as apreensões de cocaína, que tinham subido entre 1996 e 1997 e desceram fortemente de 3162 kg em 1997 para apenas 621 kg em 1998. O contrário, porém, sucedeu com as apreensões de heroína, que se tinham ficado pelos 57,3 kg em 1997 e que aumentaram em 1998 para 96,5 kg. Por seu turno, a apreensão de *ecstasy* subiu de 525 para 1127 unidades, entre 1997 e 1998. Refira-se, ainda, que o número de operações de apreensão aumentou para todas as drogas, salvo no que se refere ao *ecstasy* (12). Quanto ao tipo de droga transportada pelos presumíveis infractores interceptados pelas autoridades, as percentagens respeitantes à *cannabis* e à cocaína têm-se mantido estáveis desde 1994, enquanto a percentagem relativa à heroína baixou consideravelmente de 78 % em 1995 para 48 % em 1997 (13).

Não raro, os dados disponíveis podem sugerir leituras contraditórias da realidade, sobretudo se considerados isoladamente, devendo, por isso, procurar-se uma leitura integrada dos mesmos.

Nestes termos e sempre sob a reserva que a escassez de informação recomenda, poderão, em síntese, extrair-se três conclusões dos dados disponíveis.

Em primeiro lugar, e apesar da persistente gravidade do fenómeno da droga em Portugal, parece verificar-se, em termos gerais, uma relativa estabilização dos índices de consumo de drogas ilícitas clássicas, senão mesmo uma descida desses valores, mais acentuada para a heroína, acompanhada de uma tendência para uma alteração qualitativa expressa, sobretudo, no preocupante crescimento do consumo de novas drogas sintéticas, designadamente de *ecstasy*.

Em segundo lugar, os dados disponíveis revelam que a heroína é, sem margem para dúvida, a droga de mais nefastos efeitos sociais e sanitários, responsável pela quase totalidade das consultas nos CAT, pelos elevados índices de seropositividade ao HIV e às hepatites, pelo crescente número de casos de toxicod dependentes com sida, pelo desemprego que afecta um número considerável de toxicod dependentes, pela maior parte das intervenções das autoridades junto de presumíveis infractores, pela maioria das condenações por violação da lei da droga e, ainda, pelo contínuo crescimento dos casos de *overdose*. Se o consumo de heroína se poderá dizer, tendencialmente, em decréscimo, não deixa de ser preocupante o aumento da quantidade de heroína apreendida em 1998 e, também, o aumento do respectivo número de apreensões.

Em terceiro lugar, o haxixe continua a ser, de longe, a droga ilícita mais consumida entre nós, não obstante a substancial diminuição da quantidade desta droga apreendida em 1998 (14).

Fenómeno da droga no Mundo

3 — Síntese dos dados sobre o fenómeno da droga no Mundo

O fenómeno da droga permanece grave à escala mundial, tendo o consumo atingido, também, o quotidiano dos países em vias de desenvolvimento e pulverizado

a distinção clássica entre países produtores e países consumidores.

Apesar de — como salienta no seu relatório de 1998 o Órgão Internacional de Controlo de Estupefacientes (OICE), das Nações Unidas — se poder atribuir, em parte, aos tratados internacionais a contenção da expansão do fenómeno da droga, quase eliminando o desvio de drogas do circuito lícito para o circuito ilícito e mantendo o consumo, sobretudo de opiáceos, longe dos níveis do final do século passado, regista-se uma tendência, em certas zonas do Globo, designadamente na América do Norte, para uma expansão do consumo de *cannabis* e, de um modo geral, para uma prescrição excessiva de substâncias psicotrópicas (anfetaminas, barbitúricos, hipnóticos . . .).

Pode dizer-se que em 1998, sobretudo na Europa e nos Estados Unidos da América, prosseguiu o aumento do consumo de drogas sintéticas psicoactivas, como os tranquilizantes benzodiazepinas (*bennies*) e os estimulantes tipo anfetaminas, designadamente o *ecstasy* e outras substâncias do tipo *designer drugs*, que conheceram em 1998 uma expansão planetária sem precedentes. Na Europa, dá-se uma prevalência de novas drogas destinadas a combater os efeitos do *stress* e a depressão, crescendo o número dos consumidores com mais de 65 anos; nos Estados Unidos da América o destaque vai para o uso de drogas — como o estimulante metilfenidato *Ritalin* — destinadas a melhorar a *performance* escolar ou laboral, ou com o intuito de beneficiar o aspecto físico ou atlético ou, mesmo, o desempenho sexual.

Regista-se, também, algum aumento do consumo de opiáceos, sobretudo na Ásia Ocidental e no Leste Europeu, e, em especial, da heroína fumada, particularmente nos Estados Unidos da América.

Por outro lado, constata-se um importante crescimento da utilização médica de morfina e alguma escassez de drogas disponíveis para fins médicos.

Paralelamente, surgem novos desafios para o controlo do circuito das drogas, como a divulgação da concepção e a comercialização de drogas ilícitas por computador, via Internet (15).

Podem descortinar-se, ainda, outras tendências, para além da prevalência do consumo de estimulantes sintéticos (predominantemente recreativo no Ocidente, mas não no resto do Mundo) e da estagnação ou descida do consumo de heroína na Europa, nomeadamente: a expansão e a diversificação de culturas ilícitas; a descentralização das organizações criminosas e o aumento do número de pequenas redes de tráfico, com a consequente fragmentação dos mercados; o uso múltiplo de drogas (com progressiva preferência, também na Europa, por formas de consumo não injectável), e, finalmente, a associação do tráfico de droga a outros produtos, ao crime organizado em geral e às próprias estruturas de certos Estados (16).

No que se refere à União Europeia, verifica-se uma estabilização do consumo de *cannabis*, embora esta permaneça a droga mais consumida, oscilando os índices de consumo entre os 5 % e os 20%-30 % da população e chegando a atingir em certos países quase 40 % dos jovens adultos. O uso recente (últimos 12 meses) ronda os 1 % a 9 % da população adulta e quase 20 % dos jovens adultos.

Em segundo lugar, surgem já as anfetaminas (sucédâneos sintéticos de efedrina), cujo consumo tem vindo a aumentar e a situar-se nos 1%-9% entre os adultos e 16% entre os jovens adultos. Tem ocorrido uma estabilização ou crescimento do consumo de *ecstasy*/MDMA, experimentado por 0,5% a 3% da população adulta. Pouco expressivo é o consumo de cocaína — embora tenha subido ligeiramente nos últimos tempos — e, de um modo geral, o de *crack*. Apesar das tendências divergentes em certos países, regista-se uma estagnação ou diminuição do consumo de heroína, não excedendo os opiómanos 0,2%-0,3% da população da União Europeia. Aliás, em 1998 baixaram, precisamente, as apreensões de heroína e *marijuana*, tendo aumentado as de haxixe, anfetaminas e cocaína.

Por outro lado, o número de *overdoses* estabilizou ou diminuiu na Europa. Também as taxas de sida baixaram, enquanto as taxas do HIV permanecem estáveis ou a diminuir e a prevalência da hepatite C continua elevada.

Se pode falar-se numa estabilização dos índices globais de consumo na Europa Ocidental, já na Europa Central e de Leste se verifica uma tendência para o aumento generalizado dos consumos ⁽¹⁷⁾.

4 — A globalização e a droga

É hoje evidente a dimensão mundial do problema da droga.

Os circuitos que vão da produção à distribuição não conhecem fronteiras e beneficiam da progressiva eliminação de controlos fronteiriços ou barreiras alfandegárias, quer no que se refere à promoção do comércio internacional, quer no quadro do processo de integração económica em certas regiões, como na Europa.

As ligações entre o tráfico de droga e outras dimensões do crime organizado, bem como as suas conexões com o comércio de armas e o terrorismo, ameaçam já, em diversos pontos do Globo, a integridade e a efectiva soberania dos Estados.

A actuação dos traficantes à escala planetária, beneficiando da melhoria dos sistemas de transportes e comunicações e percorrendo os caminhos abertos — ou alargados — pelo processo de globalização, permite, por outro lado, uma importante sofisticação de processos, incluindo a utilização da Internet como veículo para a produção e comercialização de drogas ilícitas, bem como a exploração dos mais imaginativos e complexos expedientes para promover o branqueamento de capitais, nomeadamente a partir dos chamados «paraísos fiscais».

A própria dimensão do negócio ilícito da droga e a sua penetração obscura na economia legal ameaçam a estabilidade das economias e dos mercados financeiros.

De algum modo, a globalização não facilita apenas a circulação da droga e do dinheiro sujo do tráfico, antes constitui o quadro para uma mais intensa aproximação cultural que, se pode envolver a comunicação de valores, envolve, também, a divulgação de antivalores, modas e padrões de conduta nalguns casos favoráveis ao consumo de drogas.

Por outro lado, não pode ignorar-se a complexa interdependência entre os mercados da droga. E isto não apenas porque se torna imperioso considerar os reflexos

que uma qualquer intervenção pontual poderá ter nesse sistema interdependente. Mais do que isso, a interdependência dos mercados da droga revela, também, que só uma acção à escala internacional pode produzir resultados consistentes. Assim sendo, uma estratégia nacional de luta contra a droga, não obstante as características específicas que pode e deve ter, deverá enquadrar-se numa estratégia internacional e contribuir, por todos os meios ao seu alcance, para que essa estratégia seja adequada e eficaz.

A estratégia internacional e as políticas europeias

5 — A estratégia da comunidade internacional

A primeira convenção multilateral sobre o problema da droga remonta a 1912. Trata-se da Convenção Internacional sobre o Ópio, ou Convenção da Haia, elaborada na sequência da primeira conferência internacional sobre drogas, ocorrida em Xangai, em 1909.

O problema do consumo de ópio tinha assumido, convida recordá-lo, proporções gigantescas, sobretudo na China (mais de 10 milhões de opiómanos em 1906, numa população de cerca de 450 milhões de habitantes) — apesar da proibição do consumo vigente desde 1800 —, em consequência da produção massiva de ópio naquele país e do combate às restrições ao comércio dessa droga travado nas famosas Guerras do Ópio, que colocaram frente a frente a China e o Reino Unido e outras potências coloniais interessadas nesse negócio ⁽¹⁸⁾. Quando em 1907 as autoridades chinesas procuraram assegurar a eliminação progressiva da produção de ópio e estabeleceram um acordo com o Governo Britânico (que em 1868 consagrara, finalmente, restrições ao comércio de ópio) tendo em vista uma redução das importações, já as importações de outras proveniências e o alastramento do fenómeno a outros países asiáticos e a algumas potências coloniais europeias revelavam a manifesta insuficiência das soluções de tipo bilateral ⁽¹⁹⁾.

A Convenção de 1912 surge, assim, para responder, sobretudo, ao problema do ópio, considerado, então, praticamente, como o único com verdadeira dimensão internacional, embora se fizesse menção a outras drogas.

Já sob a égide da Sociedade das Nações, as conferências de Génève, em 1925, conduzem a duas novas convenções e à introdução de um sistema de controlo aperfeiçoado, com o estabelecimento de um mecanismo de informações obrigatório e a constituição do Permanent Central Board, antecessor das actuais estruturas de controlo internacional.

Hoje, a atenção do sistema da Organização das Nações Unidas face ao problema da droga passa, sobretudo, pelo Conselho Económico e Social e por uma das suas comissões especializadas, a Comissão de Estupefacientes. O seu dispositivo operativo é o Programa das Nações Unidas para o Controlo Internacional da Droga (PNUCID).

Uma das áreas mais relevantes da acção recente do PNUCID, para além da promoção da cooperação internacional aos mais diversos níveis, prende-se com a promoção do desenvolvimento alternativo, tendo em vista a erradicação de determinadas culturas ilícitas, no quadro de um plano global para a eliminação da produção ilícita de coca e de papoila do ópio.

Cumpre mencionar, ainda, o acompanhamento desta problemática por diversas agências especializadas da

ONU, como é o caso da Organização Mundial de Saúde. Aliás, a questão da droga encontra eco, também, em numerosas convenções multilaterais elaboradas sob a égide da ONU — como a Convenção dos Direitos da Criança — e em vários programas sectoriais das Nações Unidas, como é o caso do recente Programa de Acção Mundial para a Juventude.

Os principais instrumentos jurídicos da estratégia da comunidade internacional são as três convenções internacionais específicas sobre o problema da droga: a Convenção Única sobre Estupefacientes, de 1961, modificada pelo Protocolo de 1972; a Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas, de 1971, e a Convenção contra o Tráfico Ilícito de Estupefacientes e de Substâncias Psicotrópicas, de 1988.

A primeira daquelas convenções visa, essencialmente, limitar a fins médicos ou científicos a produção, fabrico, exportação, importação, distribuição, comércio e uso dos estupefacientes constantes de uma lista anexa à Convenção.

A segunda pretende atingir idêntica finalidade no que se refere às substâncias psicotrópicas, também identificadas por listagem, embora consagrando um sistema de controlo mais ligeiro, adequado ao uso clínico, sob prescrição médica, de muitas dessas substâncias.

Em causa nessas convenções está, portanto, assegurar o controlo de um mercado lícito de drogas.

Por seu turno, a Convenção de 1988 pretende controlar o acesso aos chamados «precursores», produtos químicos essenciais e solventes (susceptíveis de desvio do seu uso industrial e comercial corrente para o fabrico ilícito de drogas), colmatar as lacunas das convenções anteriores e, sobretudo, reforçar o combate ao tráfico ilícito e ao branqueamento de capitais.

É ao abrigo destas convenções internacionais que funciona o OICE, a quem cabe acompanhar a implementação das convenções e zelar pela prossecução dos seus objectivos.

Segundo os dados fornecidos pelo OICE no seu relatório anual referente a 1998, a Convenção de 1961 foi já ratificada por 166 Estados (152 na sua forma modificada pelo Protocolo de 1972), a de 1971 teve 158 ratificações e a de 1988, que logrou entrar em vigor apenas dois anos após a sua adopção, recolheu já 148 ratificações.

Da maior importância são, também, o Esquema Multidisciplinar Completo para as Actividades Futuras de Luta contra o Abuso de Drogas, de 1987, e o Programa Global de Acção. Relevantes são, igualmente, diversas resoluções entretanto adoptadas pelo Conselho Económico e Social, nomeadamente as que fixam adicionais exigências de controlo e informação.

Recentemente, a 20.ª Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre a Droga, realizada em Junho de 1998, em Nova Iorque — e a cujo *comité* preparatório Portugal presidiu — adoptou uma importante declaração política⁽²⁰⁾ onde se afirma o princípio da responsabilidade comum e partilhada dos Estados, superando a velha distinção entre países produtores e consumidores, e se confere uma relevância sem precedentes à vertente da redução da procura, sem prejuízo do combate à oferta que antes tendia a monopolizar todas as atenções. Por outro lado, é notória no documento uma especial preocupação com as novas tendências no consumo de drogas, especialmente no que se refere ao con-

sumo de anfetaminas tipo estimulantes. Esta declaração política consubstancia um compromisso formal dos Estados no sentido da luta contra a droga, especialmente na prossecução dos objectivos e no alcançar das metas emergentes dos diferentes documentos sectoriais adoptados na mesma Sessão Especial.

São seis os documentos sectoriais adoptados.

Em primeiro lugar, a Declaração de Princípios Orientadores sobre a Redução da Procura, que fornece orientações para a elaboração, desenvolvimento e avaliação de estratégias e programas nacionais que visem reduzir a procura de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, estabelecendo-se como meta o ano de 2003 para a criação de novas estratégias neste sector ou para o relançamento das já existentes, por forma a obter resultados significativos até ao ano de 2008.

Em segundo lugar, temos o Plano de Acção contra a Produção Ilícita, Tráfico e Consumo de Estimulantes Tipo Anfetaminas e Seus Precursores, que visa chamar a atenção para o problema do consumo de drogas sintéticas, cujo controlo se mostra particularmente difícil pelo surgimento de novas variedades — as *designer drugs* — alegadamente distintas das já sujeitas a enquadramento legal. Por outro lado, este Plano de Acção aponta para a promoção da redução da procura destas drogas e da informação sobre as mesmas, bem como para a limitação do fornecimento e o reforço do sistema de controlo dos estimulantes tipo anfetaminas e seus precursores. A declaração política fixa em 2003 a meta para a criação e reforço das legislações nacionais e dos programas destinados a dar eficácia ao Plano de Acção.

Em terceiro lugar, foi adoptado um documento sobre «Controlo de precursores», que, na linha das directrizes emitidas sobre a matéria pelo OICE, procura evitar o desvio de certos produtos químicos para a produção ilícita de drogas, sem afectar o abastecimento das indústrias com fins lícitos. Para o efeito, recomenda-se o aperfeiçoamento do controlo do comércio de precursores químicos e da legislação nacional relevante, bem como a troca de informação, a recolha de dados e a intensificação da cooperação internacional. A acção preconizada inclui a preparação de uma lista de substâncias para especial vigilância de operações suspeitas, sobretudo pelos Estados produtores, em conformidade, aliás, com a Resolução do Conselho Económico e Social n.º 1996/29, secção I, de 24 de Julho de 1996. A declaração política fixa em 2008 a meta para a eliminação ou redução significativa da produção ilícita, comercialização e tráfico de substâncias psicotrópicas, incluindo as drogas sintéticas e o desvio de precursores.

Em quarto lugar, a 20.ª Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas adoptou o documento «Medidas para promover a cooperação judiciária», que respeita à extradição, auxílio judiciário mútuo, transmissão de processos penais, outras formas de cooperação e formação, entregas controladas e tráfico ilícito por mar. Este documento visa reforçar a cooperação multilateral, regional, sub-regional e bilateral entre as autoridades judiciais, policiais e administrativas que lidam com organizações criminosas envolvidas em casos de droga e actividades afins, recomendando, também, aos Estados que incentivem a colaboração entre os diversos serviços competentes, incluindo os do sistema de saúde e de segurança social, e que assegurem a necessária formação dos seus recursos humanos. A declaração política prevê

a revisão ou reforço até 2003 da implementação das medidas de cooperação judiciária.

Em quinto lugar, foi aprovado um documento respeitante ao «Branqueamento de capitais», também aqui se sublinhando a importância da cooperação internacional, regional e sub-regional, sobretudo em matéria de troca de informação. Este documento consagra, entre outros, o princípio «conheça o seu cliente» e a regra da notificação obrigatória de operações suspeitas como formas de conferir maior eficácia aos sistemas de controlo, recomendando a declaração política que os Estados que ainda o não tenham feito adoptem até 2003 legislação nacional adequada e programas contra o branqueamento de capitais.

Finalmente, e em sexto lugar, foi aprovado o Plano de Acção sobre Cooperação Internacional em Matéria de Erradicação e Desenvolvimento Alternativo, tendo em vista a erradicação de culturas ilícitas da papoila do ópio, do arbusto de coca e da planta de *cannabis*. Para o efeito, prevê-se o reforço da cooperação internacional no sentido da promoção do desenvolvimento alternativo das populações rurais atingidas pela eliminação dessas culturas e o reforço da vigilância, avaliação e intercâmbio de informação, bem como a adopção de medidas repressivas no controlo das culturas ilícitas. A declaração política fixa o ano de 2008 como meta para a eliminação ou redução substancial do cultivo ilícito do arbusto de coca, da planta de *cannabis* e da papoila do ópio.

São, pois, de extraordinária importância as decisões políticas adoptadas em 1998, na 20.ª Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas.

6 — As políticas europeias e o Conselho da Europa

Deve, nesta sede, deixar-se aqui uma referência à relevância da actividade do Conselho da Europa no desenvolvimento das políticas europeias relativas à droga e à toxicodependência.

Em especial, é notória a importância da Convenção Europeia sobre o Branqueamento, Despistagem, Apreensão e Confisco dos Produtos do Crime, celebrada em 1990 sob a égide, justamente, do Conselho da Europa. Na verdade, boa parte da política prosseguida ao nível da União Europeia em matéria de branqueamento de capitais, incluindo a que se traduziu nos instrumentos jurídicos relevantes acima mencionados, é tributária desta Convenção do Conselho da Europa.

Por outro lado, o Grupo de Cooperação em Matéria de Luta contra o Abuso e o Tráfico Ilícito de Estupefacientes e Substâncias Psicotrópicas (Grupo Pompidou), actualmente presidido pelo Ministro da Justiça de Portugal, constitui um espaço muito importante de cooperação à escala regional, em que muito se empenham a União Europeia e os respectivos Estados membros.

7 — As políticas da União Europeia

A questão da droga tem merecido uma atenção crescente por parte da União Europeia. As sucessivas alterações dos próprios tratados constitutivos têm reforçado as competências comunitárias sobre a matéria, reconhecendo hoje que o combate à toxicodependência é uma questão de interesse comum e que a Comunidade complementará a acção dos Estados membros no sentido

da redução dos danos para a saúde causados pela droga, nomeadamente através da informação e da prevenção (n.º 4 do artigo K.1 do Tratado da União Europeia e n.º 1 do artigo 152.º do Tratado CE).

Note-se, aliás, que também o Acordo de Schengen, se no seu Acto Final consagra o direito de os Estados aderentes prosseguirem a sua própria política nacional relativamente à prevenção e ao combate à toxicodependência, impõe, expressamente, que os Estados assegurem que as suas políticas nacionais não têm quaisquer repercussões nos países que seguem uma política mais restritiva.

As traves mestras das políticas prosseguidas ao nível europeu são, no essencial, as traves mestras da estratégia internacional que tem vindo a ser prosseguida e de que acima se deu sumariamente conta.

São já muitas as intervenções comunitárias em matéria de luta contra a droga e a toxicodependência, devendo mencionar-se aqui as seguintes:

- a) O Plano de Acção Europeu de Luta contra as Drogas, 1990-1995, em conformidade com a decisão do Conselho Europeu de Dublin, em 25-26 de Junho de 1990;
- b) O Regulamento (CEE) n.º 3677/90, do Conselho, de 13 de Dezembro, que estabelece as medidas a adoptar para evitar o desvio de determinadas substâncias para o fabrico ilegal de estupefacientes e de substâncias psicotrópicas;
- c) A Directiva, do Conselho, n.º 91/308/CEE, de 10 de Junho, relativa à prevenção da utilização do sistema financeiro para efeitos de branqueamento de capitais, destinada a combater, nomeadamente, o tráfico de estupefacientes;
- d) A Directiva n.º 92/109/CEE, do Conselho, de 14 de Dezembro, relativa à produção e colocação no mercado de certas substâncias utilizadas na produção ilegal de estupefacientes e de substâncias psicotrópicas;
- e) A resolução do Conselho dos Ministros da Saúde de 16 de Maio de 1989, relativa a uma rede europeia de dados sanitários em matéria de toxicodependência;
- f) O Regulamento (CEE) n.º 302/93, do Conselho, de 8 de Fevereiro, que institui um Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, sediado em Lisboa e dotado de uma Rede Europeia de Informação sobre a Droga e a Toxicodependência (REITOX);
- g) A resolução do Parlamento Europeu de 15 de Junho de 1995 sobre um plano de acção da União Europeia em matéria de luta contra a droga, 1995-1999 (JO, n.º C 166, de 31 de Julho de 1995);
- h) A resolução do Parlamento Europeu sobre branqueamento de capitais de Junho de 1996 (A4-0187/96 e JO, n.º C 198, de 8 de Julho de 1996);
- i) A Acção Comum n.º 96/750/JAI, de 17 de Dezembro, adoptada pelo Conselho, relativa à aproximação das legislações e das práticas dos Estados membros da União Europeia, tendo em vista a luta contra a toxicodependência e a prevenção e combate ao tráfico ilícito de droga (sem prejuízo da política de cada Estado em

matéria de prevenção ou de combate à toxicod dependência e ao tráfico de droga);

- j) O Programa de Acção sobre a Prevenção da Toxicod dependência, 1996-2000, que integra recomendações diversas relativas à informação e à educação e permite financiar projectos de redução de danos (Decisão n.º 102/96);
- k) A Acção Comum n.º 97/396/JAI, de 16 de Junho adoptada pelo Conselho, relativa ao intercâmbio de informações, avaliações de risco e controlo das novas drogas sintéticas, na sequência do Conselho Europeu de Dublin, de 13-14 de Dezembro de 1996;
- l) A acção comum, de 5 de Dezembro de 1997, que cria um mecanismo de avaliação da aplicação e concretização a nível nacional dos compromissos internacionais em matéria de luta contra o crime organizado e a acção comum, de 19 de Março de 1998, que estabelece um programa de intercâmbio, formação e cooperação destinado aos responsáveis pela acção contra a criminalidade organizada (Programa Falcone);
- m) A acção comum que cria uma rede judiciária europeia, adoptada pelo Conselho em 29 de Junho de 1998;
- n) O Plano de Acção contra a Criminalidade Organizada, aprovado pelo Conselho Europeu de Amesterdão em Junho de 1997 (JO, n.º C 251, de 15 de Agosto de 1997);
- o) A Acção Comum n.º 98/699/JAI, de 3 de Dezembro de 1998, adoptada pelo Conselho, relativa ao branqueamento de capitais, identificação, detecção, congelamento, apreensão e perda de instrumentos e produtos do crime;
- p) A recomendação do Parlamento Europeu ao Conselho referente à cooperação europeia no âmbito da sessão extraordinária da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre a droga de 16 de Outubro de 1998 (A4-0211/98), a qual, entre outras recomendações, sugere prioridade aos aspectos sociais do problema da droga, às políticas de redução da procura e à diminuição dos riscos sanitários, solicita ao Conselho, com a assistência do OEDT, que promova a avaliação das convenções da ONU em matéria de estupefacientes, tendo em vista a sua actualização face às novas drogas sintéticas, e pede, também, ao Conselho que reafirme e reforce o seu vínculo às Convenções das Nações Unidas de 1961, 1971 e de 1988.

É por estes instrumentos que, no essencial, passam, portanto, as orientações políticas prosseguidas ao nível da União Europeia.

Um aspecto recorrente é a afirmação da importância da cooperação internacional e das convenções das Nações Unidas, sendo que muitas das acções implementadas se inscrevem, justamente, no quadro da sua implementação.

Especial destaque merecem as acções comuns de 1996 (sobre a aproximação das legislações nacionais), de 1997 (sobre o controlo de drogas sintéticas) e de 1998 (sobre o branqueamento de capitais), bem como o Programa de Acção para 1996-2000 (sobre a prevenção).

CAPÍTULO II

Estratégia nacional: princípios, objectivos gerais e opções estratégicas

Princípios

8 — Princípios

A estratégia nacional de luta contra a droga assenta em oito princípios estruturantes.

1 — Princípio da cooperação internacional — o princípio da cooperação internacional, definido à luz da dimensão mundial do problema da droga, significa a valorização da intervenção de Portugal, no plano internacional e europeu, na definição e concretização de estratégias e iniciativas comuns face ao problema da droga, bem como a articulação das políticas nacionais com os compromissos internacionalmente assumidos. Assim, o princípio da cooperação internacional envolve cinco implicações concretas para a estratégia nacional de luta contra a droga, a saber:

- a) Valorização da participação activa de Portugal na avaliação e definição da estratégia da comunidade internacional face à questão da droga, bem como no desenvolvimento de iniciativas internacionais de cooperação neste domínio, em conformidade, nomeadamente, com o princípio da responsabilidade partilhada;
- b) Harmonização das políticas nacionais com a estratégia internacional adoptada no quadro da Organização das Nações Unidas e com os compromissos internacionais a que, voluntariamente, o Estado Português se encontra juridicamente vinculado;
- c) Valorização da participação activa de Portugal na avaliação e definição da política comum da União Europeia face ao problema da droga, bem como no desenvolvimento das iniciativas comunitárias de cooperação;
- d) Harmonização das políticas nacionais com os instrumentos políticos e jurídicos em vigor no quadro da União Europeia, bem como com os compromissos assumidos ao abrigo do Acordo de Schengen;
- e) Valorização e promoção de iniciativas de cooperação bilateral e multilateral face ao problema da droga e da toxicod dependência, em especial com a Espanha e os países de língua oficial portuguesa, bem como no quadro da cooperação ibero-americana.

2 — Princípio da prevenção — o princípio da prevenção traduz-se na primazia das intervenções preventivas destinadas a combater a procura de drogas, por via das adequadas acções formativas e informativas da comunidade ou de determinados grupos alvo, tendo por implicações concretas:

- a) A promoção de iniciativas de prevenção primária, dentro e fora da escola, especialmente nos espaços e instituições frequentados por adolescentes e jovens, incluindo o meio laboral e as Forças Armadas;
- b) O recurso aos meios de comunicação social para a divulgação de informação e a mobilização da

comunidade para o problema da droga, inclusive mediante a sensibilização dos respectivos profissionais;

- c) A selecção de grupos-alvo e a identificação das suas diferentes características, bem como dos seus potenciais factores de risco ou de protecção;
- d) O conhecimento e a divulgação da perigosidade inerente ao uso ou abuso dos diferentes tipos de drogas e às diversas metodologias do respectivo consumo.

3 — Princípio humanista — o princípio humanista significa o reconhecimento da plena dignidade humana das pessoas envolvidas no fenómeno das drogas e tem como corolários a compreensão da complexidade e relevância da história individual, familiar e social dessas pessoas, bem como a consideração da toxicoddependência como uma doença e a conseqüente responsabilização do Estado na realização do direito constitucional à saúde por parte dos cidadãos toxicoddependentes e no combate à sua exclusão social, sem prejuízo da responsabilidade individual. Deste princípio decorrem várias implicações concretas para a estratégia nacional de luta contra a droga:

- a) Garantia de condições de acesso a tratamento para todos os toxicoddependentes que se desejem tratar, através de uma rede pública nacional de atendimento e prestação de cuidados de saúde, bem como por via da participação financeira, para o tratamento e reinserção social;
- b) Garantia de padrões mínimos de qualidade das instituições prestadoras de serviços na área do tratamento e reinserção social de toxicoddependentes, através de um sistema exigente de licenciamento e fiscalização;
- c) Promoção de incentivos à efectiva reinserção social e profissional dos toxicoddependentes, com a adopção de medidas excepcionais de discriminação positiva;
- d) Adopção de políticas de redução de danos que possam preservar nos toxicoddependentes a consciência da sua própria dignidade e constituir um meio de acesso a programas de tratamento ou de minimização da respectiva exclusão social;
- e) Definição criteriosa do enquadramento legal dos diferentes comportamentos relacionados com o fenómeno das drogas, em obediência aos princípios humanistas que enformam o nosso sistema jurídico, enquanto sistema de um Estado de direito democrático, designadamente os princípios da subsidiariedade ou da *ultima ratio* do direito penal e da proporcionalidade, com os seus corolários, que são os subprincípios da necessidade, da adequação e da proibição do excesso;
- f) Garantia de acesso ao tratamento para os reclusos toxicoddependentes e promoção da medida de tratamento em alternativa à execução de pena.

4 — Princípio do pragmatismo — o princípio do pragmatismo, enquanto princípio inspirador da estratégia nacional de luta contra a droga, complementa o princípio

humanista e determina uma atitude de abertura à inovação, mediante a consideração, sem dogmas ou pré-compreensões, dos resultados cientificamente comprovados das experiências ensaiadas nos diversos domínios do combate à droga e à toxicoddependência e a conseqüente adopção de soluções adequadas à conjuntura nacional e que possam proporcionar resultados práticos positivos. Este princípio implica concretamente:

- a) Promoção de políticas de redução de danos que, ao mesmo tempo que minimizam os efeitos do consumo nos toxicoddependentes e salvaguardam a sua inserção sócio-profissional, possam defender a sociedade, favorecendo a diminuição do risco de propagação de doenças infecto-contagiosas e a redução da criminalidade associada a certas formas de toxicoddependência;
- b) Acompanhamento interessado e crítico das experiências inovadoras em curso noutros países nos diversos domínios do combate à droga e à toxicoddependência, designadamente em matéria de redução de danos e administração terapêutica de substâncias, bem como da avaliação dos respectivos resultados;
- c) Adopção das soluções que se revelem adequadas à conjuntura nacional, considerada a natureza dos problemas com que se defronta a sociedade portuguesa, os meios disponíveis e as prioridades decorrentes da estratégia nacional de luta contra a droga, bem como o disposto nas convenções internacionais.

5 — Princípio da segurança — o princípio da segurança envolve a garantia da protecção de pessoas e bens, nos domínios da saúde pública e da defesa de menores, bem como em matéria de prevenção e repressão do crime, tendo em vista a manutenção da paz e da ordem pública. Do princípio da segurança emergem alguns corolários essenciais:

- a) Combate ao tráfico ilícito, incluindo a aplicação de sanções penais adequadas aos traficantes e aos traficantes-consumidores;
- b) Consagração legal de mecanismos que permitam, em todos os casos, a apreensão de drogas ilícitas pelas autoridades policiais e a prossecução das actividades investigatórias necessárias ao combate ao tráfico;
- c) Manutenção do desvalor legal do consumo e da posse de drogas;
- d) Previsão de sanções diferenciadas por actos que envolvam drogas mais perigosas para a saúde ou cuja aquisição tenda a estar associada a comportamentos ofensivos para bens jurídicos essenciais da comunidade;
- e) Promoção, na mesma linha das implicações do princípio do pragmatismo, de políticas de redução de danos, que possam favorecer a diminuição do risco de propagação de doenças infecto-contagiosas, a redução da criminalidade associada à toxicoddependência ou a integração social e profissional dos toxicoddependentes;
- f) Promoção de medidas especiais de segurança nas escolas e outros locais frequentados por adolescentes e jovens.

6 — Princípio da coordenação e da racionalização de meios — o princípio da coordenação e da racionalização de meios é um princípio organizatório da Administração Pública, envolvendo a exigência de mecanismos que assegurem uma coordenação ou articulação eficaz entre os diversos departamentos, serviços e organismos competentes em matéria de droga e toxicod dependência, bem como a optimização dos recursos, evitando a sobreposição e o desperdício. Deste princípio decorrem as seguintes consequências:

- a) Existência de um sistema de coordenação interdepartamental em matéria de droga e toxicod dependência;
- b) Eliminação das sobreposições de atribuições e competências existentes entre os diferentes organismos do Estado;
- c) Optimização da gestão dos recursos humanos e materiais existentes, incluindo a promoção de iniciativas de formação profissional e de avaliação nesta área;
- d) Coordenação dos financiamentos a conceder a projectos e iniciativas a cargo de entidades privadas e avaliação dos respectivos resultados.

7 — Princípio da subsidiariedade — o princípio da subsidiariedade implica uma distribuição de atribuições e competências que permita que as decisões e as acções sejam confiadas ao nível da Administração mais próximo das populações, salvo quando os objectivos visados sejam melhor realizados a nível superior. Deste princípio decorrem três subprincípios:

- a) O subprincípio da descentralização, que exige o envolvimento das autarquias locais em matéria de toxicod dependência, sobretudo na área da prevenção primária;
- b) O subprincípio da desconcentração, que postula um modelo de estruturação dos organismos da administração central na área da droga e da toxicod dependência que não se esgote em serviços centrais, antes inclua serviços mais próximos das populações, designadamente ao nível regional;
- c) O subprincípio da centralização, que determina a atribuição de responsabilidades à administração central em matéria de luta contra a droga e a toxicod dependência quando isso permita a melhor realização dos objectivos visados.

8 — Princípio da participação — o princípio da participação traduz-se na intervenção da comunidade na definição das políticas relativas à droga e à toxicod dependência, bem como na sua mobilização para os diferentes domínios da luta contra a droga. Do princípio da participação decorrem as seguintes implicações concretas:

- a) Valorização do Conselho Nacional da Toxicod dependência e dos demais mecanismos de participação orgânica e procedimental dos cidadãos, das suas associações representativas e das instituições interessadas na definição das políticas relativas à droga e à toxicod dependência;
- b) Apoio às iniciativas das instituições da sociedade civil nos domínios da prevenção primária, secundária e terciária;

- c) Incentivo ao funcionamento de uma rede de instituições privadas prestadoras de serviços nas áreas do tratamento e reinserção social de toxicod dependentes, por via da comparticipação financeira a conceder às famílias, sobretudo as mais carenciadas;
- d) Sensibilização e mobilização das famílias, dos professores, das escolas, das instituições da sociedade civil, dos profissionais da comunicação social e, sobretudo, dos próprios jovens para a problemática da droga e da toxicod dependência e para o papel de cada um face à questão da droga.

Objectivos gerais

9 — Objectivos gerais

São seis os objectivos gerais da estratégia nacional de luta contra a droga:

- 1.º Contribuir para uma adequada e eficaz estratégia internacional e europeia face ao problema mundial da droga, nas vertentes da redução da procura e da oferta, incluindo o combate ao tráfico ilícito e ao branqueamento de capitais;
- 2.º Assegurar uma melhor informação da sociedade portuguesa sobre o fenómeno da droga e da toxicod dependência e sobre a sua evolução, bem como sobre a perigosidade das diferentes drogas, numa perspectiva de prevenção;
- 3.º Reduzir o consumo de drogas, sobretudo entre os mais jovens;
- 4.º Garantir os meios necessários para o tratamento e a reinserção social dos toxicod dependentes;
- 5.º Defender a saúde pública e a segurança de pessoas e bens;
- 6.º Reprimir o tráfico ilícito de drogas e o branqueamento de capitais.

Opções estratégicas

10 — Opções estratégicas

A estratégia nacional de luta contra a droga, à luz dos seus princípios estruturantes e em conformidade com os objectivos definidos, desenvolve-se a partir de 13 opções estratégicas fundamentais.

1 — Reforçar a cooperação internacional e promover a participação activa de Portugal na definição e avaliação das estratégias e políticas da comunidade internacional e da União Europeia.

2 — Descriminalizar o consumo de drogas, proibindo-o como ilícito de mera ordenação social.

3 — Reorientar a aposta na prevenção primária, mobilizando os jovens, os pais, as escolas, as instituições da sociedade civil e os profissionais da comunicação social e revendo o conteúdo das mensagens e das acções com base na identificação de factores de risco, de factores protectores e das características específicas dos grupos destinatários, garantindo a continuidade das intervenções preventivas, inserindo uma informação rigorosa sobre a perigosidade dos diferentes tipos de drogas lícitas e ilícitas, incluindo as novas drogas sintéticas, e conferindo prioridade às acções dirigidas ao fim da infância e início da adolescência, bem como a populações com comportamentos de risco.

4 — Alargar e melhorar a qualidade e a capacidade de resposta da rede de prestação de cuidados de saúde aos toxicodependentes, tendo em vista assegurar acesso ao tratamento a todos os toxicodependentes que se desistem tratar.

5 — Estender as políticas de redução de danos, nomeadamente através dos programas de trocas de seringas e de administração, em baixo limiar, de medicamentos de substituição, como a metadona, bem como através da instalação de centros especiais de informação e motivação junto de toxicodependentes com comportamentos de risco de particular gravidade.

6 — Promover e incentivar a implementação de iniciativas de apoio à reinserção social e profissional dos toxicodependentes, incluindo medidas excepcionais de discriminação positiva.

7 — Garantir condições de acesso ao tratamento pelos reclusos toxicodependentes e alargar as políticas de redução de danos nos estabelecimentos prisionais, em articulação com os serviços competentes do Ministério da Saúde e as instituições do Serviço Nacional de Saúde.

8 — Garantir os mecanismos necessários para viabilizar a aplicação pelas entidades competentes de medidas como o tratamento voluntário dos toxicodependentes em alternativa à pena de prisão ou a outras medidas sancionatórias.

9 — Incrementar a investigação científica e a formação de recursos humanos no domínio das drogas e da toxicodependência, com especial prioridade à investigação sobre a perigosidade das diferentes drogas e à investigação interdisciplinar sobre o fenómeno do seu consumo em Portugal, e implementar um Sistema Nacional de Informação sobre Droga e Toxicodependência.

10 — Estabelecer metodologias e procedimentos de avaliação das iniciativas públicas e privadas na área da droga e da toxicodependência.

11 — Adoptar um modelo simplificado de coordenação política interdepartamental para o desenvolvimento da estratégia nacional de luta contra a droga, em substituição do Projecto VIDA, a extinguir, e conferir ao Instituto Português das Drogas e da Toxicodependência responsabilidades em matéria de prevenção primária, dotando-o de serviços regionais e da incumbência de dinamizar parcerias com as autarquias locais.

12 — Reforçar o combate ao tráfico de droga e ao branqueamento de capitais e aperfeiçoar a articulação entre as diversas autoridades, no plano nacional e internacional.

13 — Duplicar o investimento público para 32 milhões de contos (ao ritmo de cerca de 10 % ao ano) nos próximos cinco anos, por forma a financiar a execução da estratégia nacional de luta contra a droga, nas áreas da prevenção (primária, secundária e terciária), investigação e formação, em especial, para subsidiar as famílias no quadro do sistema de apoios ao tratamento e à reinserção social dos toxicodependentes e para apoiar as iniciativas de interesse público promovidas pelas instituições particulares de solidariedade social e demais instituições da sociedade civil. Este investimento público contemplará, também, o desenvolvimento de um programa especial de prevenção da toxicodependência nos estabelecimentos prisionais.

CAPÍTULO III

Cooperação internacional

11 — A importância estratégica da cooperação internacional

A primeira opção estruturante da presente estratégia nacional de luta contra a droga aponta para o reforço da cooperação internacional, como corolário lógico do reconhecimento da dimensão mundial do problema da droga.

Uma resposta política eficaz face ao problema da droga carece, efectivamente, de uma concertação ao nível da comunidade internacional e das organizações internacionais de âmbito regional.

Reforçar a cooperação é, pois, uma prioridade.

Mais: a participação activa de Portugal na definição e avaliação das estratégias e das políticas da comunidade internacional e da União Europeia constitui parte integrante e fundamental da estratégia nacional de luta contra a droga.

Portugal, aliás, tem já sido chamado a funções de considerável responsabilidade no contexto da actividade da ONU em relação à questão da droga. Já acima se sublinhou, de modo particular, a importância do facto de Portugal ter presidido ao Comité Preparatório da 20.ª Sessão Especial da Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas, que teve lugar em Junho de 1998, em Nova Iorque.

Desde 1995, Portugal é, também, membro permanente da Comissão de Estupefacientes e um português⁽²¹⁾ é membro do OICE — duas estruturas fundamentais do sistema das Nações Unidas com competências em matéria de droga.

Esta presença de inegável prestígio e relevância política à escala mundial tem permitido a Portugal, em razão da sua posição e da sua experiência, contribuir para o diálogo entre os diferentes países e influenciar o desenvolvimento da estratégia da comunidade internacional, como sucedeu recentemente em Nova Iorque com a valorização da vertente redução da procura.

No âmbito do Conselho da Europa, como já se salientou, Portugal, através do Ministro da Justiça, preside actualmente ao Grupo de Cooperação em Matéria de Luta contra o Abuso e o Tráfico Ilícito de Estupefacientes e Substâncias Psicótropas (Grupo Pompidou).

No quadro da União Europeia, Portugal tem, também, particulares responsabilidades, devido ao facto de Lisboa ter sido escolhida para sede do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT), a agência especializada no âmbito da União Europeia — a que Portugal presidiu entre 1994 e 1997 — que tem por objectivo fornecer informações fiáveis e comparáveis sobre o fenómeno das drogas e das toxicodependências e seus efeitos.

Do mesmo modo, a Federação Europeia das Associações Nacionais e Regionais de Intervenientes em Toxicodependência (ERIT) tem, desde 1998, um técnico português como seu presidente⁽²²⁾.

Registe-se, por outro lado, que a relevância da cooperação internacional se deve traduzir, igualmente, na harmonização das políticas nacionais com a estratégia internacional e com os compromissos internacionais assumidos, bem como com os instrumentos políticos e jurídicos em vigor no quadro europeu.

12 — Organização das Nações Unidas

A Organização das Nações Unidas é o espaço privilegiado para a definição e desenvolvimento da estratégia da comunidade internacional face ao problema da droga.

No futuro, importa manter e intensificar o empenhamento de Portugal no trabalho da ONU referente a esta problemática.

A consciência das suas responsabilidades não impede Portugal de promover a avaliação da estratégia da comunidade internacional e de participar activamente, sem preconceitos, no debate sobre os seus resultados e a sua adequação à permanente evolução do fenómeno da droga e da toxicodependência.

Não se trata de pretender lançar um debate que, em rigor, já existe no seio da comunidade internacional. Nem se trata de precipitar alterações radicais da estratégia que tem vindo a ser prosseguida e que tem congregado os esforços da generalidade dos países do Mundo. Convirá recordar, a propósito, que a mais recente convenção internacional, precisamente a Convenção contra o Tráfico Ilícito de Estupefacientes e de Substâncias Psicotrópicas, data apenas de 1988, tendo recolhido, a um ritmo sem precedentes, o número necessário de ratificações para entrar em vigor escassos dois anos depois, em 1990 — há menos de uma década. No ano passado esta mesma Convenção tinha já obtido 148 ratificações, incluindo a da União Europeia, sendo que nenhum dos Estados aderentes fez até hoje sequer menção de se desvincular dos compromissos internacionais assumidos.

Seja como for, não seria aceitável o imobilismo da estratégia internacional, como se de um dogma se tratasse.

Importa, por isso, que também a estratégia internacional se submeta à avaliação técnica e política a que hoje, reconhecidamente, devem ser submetidas as diversas iniciativas face ao fenómeno da droga e da toxicodependência.

Aliás, a fixação feita em Nova Iorque de um conjunto de metas a atingir até aos anos de 2003 e 2008 exigirá, inevitavelmente, que se faça um balanço dos resultados obtidos em ordem à definição das políticas futuras.

Por seu lado, Portugal empenhar-se-á na prossecução dos objectivos traçados na sessão especial de Nova Iorque e, no âmbito da cooperação, apoiará os esforços a desenvolver nesse sentido por outros países com quem mantém relações privilegiadas, nomeadamente com os países africanos de língua oficial portuguesa.

13 — Conselho da Europa

O Conselho da Europa constitui hoje um importante espaço de cooperação em matéria de droga.

Já acima se recordou, aliás, que foi sob a égide do Conselho da Europa que foi adoptada a importante Convenção Europeia sobre o Branqueamento, Despistagem, Apreensão e Confisco dos Produtos do Crime, de 1990.

A 11.ª Conferência Ministerial, que teve lugar em Tromsø, na Noruega, em Maio de 1997, aprovou uma declaração política e o programa de trabalho do Grupo de Cooperação em Matéria de Luta contra o Abuso e o Tráfico Ilícito de Estupefacientes e Substâncias Psicotrópicas para o triénio de 1997-2000, que norteia a cooperação a desenvolver em diversos domínios, desig-

nadamente em matéria legislativa e judicial, mas também no que se refere à recolha de dados e intercâmbio de conhecimentos e experiências, bem como nas áreas educativo-pedagógica e sanitária, tendo em vista uma abordagem multidisciplinar dos problemas relacionados com o consumo e o tráfico ilícito de estupefacientes e substâncias psicotrópicas.

A presente estratégia nacional de luta contra a droga reafirma a relevância da cooperação internacional no quadro do Conselho da Europa e assume as prioridades constantes do programa de trabalho adoptado para o triénio de 1997-2000.

14 — União Europeia

A dinâmica e as consequências do processo de integração europeia exigem que uma parte importante do esforço de cooperação internacional de Portugal em matéria de droga se desenvolva ao nível da União Europeia.

Na verdade, a eliminação dos controlos fronteiriços intracomunitários, aliada à livre circulação de pessoas e capitais, coloca no quadro da União Europeia desafios específicos no controlo do tráfico e do mercado ilícito de drogas, num contexto de globalização do próprio fenómeno da droga.

Um dos aspectos mais relevantes para efeitos desse controlo e da definição das políticas a nível europeu é a troca de informação.

A cooperação há-de continuar a desenvolver-se a propósito das diferentes políticas relevantes da União Europeia, da protecção da saúde pública à redução da procura, do comércio de precursores às questões económicas e relativas ao branqueamento de capitais, do combate à criminalidade organizada à cooperação aduaneira, policial e judicial. Uma cooperação que deverá continuar a ser prosseguida de modo cada vez mais integrado, no quadro do funcionamento do chamado Grupo Horizontal «Drogas» (transpilar).

Por outro lado, importa que Portugal contribua para a construção de uma política europeia face à droga e à toxicodependência, por forma que a própria União Europeia esteja à altura das suas responsabilidades na definição e desenvolvimento da estratégia da comunidade internacional.

Portugal procurará, também, no quadro da Presidência do Conselho Europeu no 1.º semestre do ano 2000, dar seguimento às preocupações expressas na presente estratégia e conferir a relevância devida à problemática da droga e da toxicodependência.

15 — Cooperação bilateral e com os países de língua oficial portuguesa

Em matéria de cooperação bilateral, Portugal celebrou já diversos acordos internacionais⁽²³⁾.

Importa conferir prioridade às relações com a nossa vizinha Espanha, em razão, sobretudo, da proximidade geográfica e das afinidades do fenómeno da droga nos dois países. Aliás, os dados existentes sobre a proveniência das drogas apreendidas em Portugal revelam que uma parte importante da droga que circula entre nós provém da nossa vizinha Espanha ou encontra-se em trânsito com destino ao mercado espanhol ou a outros países via Espanha. Essa cooperação passa, desig-

nadamente, pelos instrumentos previstos no Acordo Luso-Espanhol sobre Cooperação em Matéria de Luta contra a Droga, de 1987, e da Comissão Mista Luso-Espanhola sobre Cooperação em Matéria de Luta contra a Droga, à qual, na sequência do acordado na sua última reunião, em Maio de 1998, se pretende agora conferir maior operacionalidade, sobretudo nos domínios da prevenção primária, da assistência sócio-sanitária, da reinserção social, da troca de informação, da cooperação internacional e dos controlos fronteiriços.

Do mesmo modo e por razões semelhantes, importa intensificar a cooperação bilateral com Marrocos.

De uma forma geral, é necessário, ainda, assegurar a boa execução dos acordos bilaterais já celebrados e alargar a cooperação neste domínio com os países de língua oficial portuguesa.

Essa cooperação, aliás, tem já, também, expressão num quadro multilateral, através do Acordo de Cooperação entre os Governos Integrantes da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP) para a Redução da Procura, Prevenção do Uso Indevido e Combate à Produção e ao Tráfico Ilícito de Estupefacientes e Substâncias Psicotrópicas, assinado em 18 de Junho de 1997.

16 — Cooperação ibero-americana

Portugal tem-se já empenhado na promoção da cooperação ibero-americana, tanto ao nível bilateral como ao nível multilateral.

No plano bilateral, Portugal tem acordos de cooperação estabelecidos com o Brasil, a Venezuela, a Argentina, Cuba e o Uruguai, participando, ainda, em acções de cooperação com outros países. É o caso do programa internacional de combate à droga no Peru, que envolve a promoção do desenvolvimento alternativo, tendo em vista o abandono da produção da folha de coca e o combate à exclusão social por via da recuperação e reinserção social de crianças e jovens toxicodependentes. Com esse mesmo país firmou-se, também, recentemente, um acordo de cooperação tendo em vista o apoio técnico e financeiro e que inclui a área da redução de danos.

No plano multilateral, cumpre salientar o importante seminário euro-ibero-americano sobre «A cooperação nas políticas sobre a droga e a toxicodependência», promovido pelo Presidente da República, por ocasião da Cimeira Ibero-Americana, que teve lugar na cidade do Porto, em Outubro de 1998. Desse seminário resultaria a Declaração do Porto, de 9 de Outubro, que aponta, justamente, para o reforço da cooperação na área da toxicodependência, nomeadamente ao nível da informação — o que supõe, nomeadamente, a fiabilidade e a compatibilidade dos sistemas informáticos. Por outro lado, preconiza-se uma cooperação que tenha por eixo a cooperação entre as cidades. Na mesma Declaração, realça-se a necessidade de mais recursos para a redução da procura, equilibrando-os com os atribuídos à redução da oferta, bem como o reforço das políticas de redução de riscos e de combate à exclusão social dos toxicodependentes.

A cooperação ibero-americana relativa à droga e à toxicodependência deve ser intensificada no futuro, na linha do preconizado na Declaração do Porto. Importa, também, estabelecer ou reforçar os seus mecanismos, tendo em vista a promoção do intercâmbio de expe-

riências, da formação e do desenvolvimento alternativo. A cooperação ibero-americana pode, e deve, servir de eixo para uma mais alargada cooperação entre a Europa e a América Latina, nomeadamente no quadro do mecanismo de coordenação e cooperação em matéria de droga entre a União Europeia, a América Latina e as Caraíbas, no âmbito do qual se aprovou, na cidade do Panamá, o primeiro Plano de Acção Global em Matéria de Droga.

CAPÍTULO IV

Enquadramento legal

A política legislativa e a droga

17 — O debate público sobre a descriminalização do consumo de drogas

Na sociedade portuguesa, como um pouco por todo o Mundo, tem-se desenvolvido um intenso e rico debate público sobre a problemática do enquadramento legal do consumo de drogas.

Essa discussão, que não é de agora, ganhou uma nova projecção entre nós nos últimos anos.

São de destacar, de entre todas, as iniciativas do Presidente da República no sentido da promoção de uma discussão pública alargada sobre esta questão ⁽²⁴⁾.

Por outro lado, o debate generalizou-se desde que o Governo tomou a iniciativa de nomear uma comissão para elaborar uma proposta de estratégia nacional de combate à droga e, sobretudo, desde que essa comissão apresentou o seu relatório final onde, entre muitas outras, se contava a proposta de descriminalização do consumo privado de drogas, bem como da sua detenção (posse) e aquisição para esse consumo.

São evidentes os méritos desse debate numa sociedade democrática como a nossa.

Importa reconhecer, porém, que nem sempre a apresentação das diversas soluções alternativas ocorre com o necessário rigor terminológico e a suficiente identificação das suas consequências previsíveis, contribuindo para semear na opinião pública algumas confusões — e ilusões.

O natural interesse da comunicação social pelo tema, se tem permitido a divulgação desse debate e a sua abertura à participação das mais diversas personalidades de elevada responsabilidade institucional e projecção pública, bem como de muitos interessados, tem provocado, também, pela incontornável natureza da linguagem própria dos meios de comunicação de massas, alguma simplificação dos termos de uma discussão necessariamente complexa, ao mesmo tempo que, como já tem sido salientado, confere ao enquadramento legal das drogas no direito português uma relevância talvez desproporcionada no contexto da discussão da estratégia a adoptar entre nós face ao problema da droga.

Em todo o caso, não está em causa, evidentemente, que a política legislativa ocupe um lugar importante na presente estratégia nacional de luta contra a droga.

Para uma boa compreensão dessa política legislativa, tal como preconizada na estratégia que aqui se apresenta, será conveniente dar conta daquelas que serão as alternativas teoricamente disponíveis e, do mesmo passo, clarificar a terminologia adoptada, por forma a minimizar os equívocos que a complexidade do tema e a confusão instalada poderiam suscitar.

18 — Proibicionismo e antiproibicionismo: uma dicotomia redutora

As diferentes alternativas que têm sido avançadas, apesar do muito que as distingue, são tradicionalmente reconduzidas a uma de duas matrizes: a matriz anti-proibicionista e a matriz proibicionista.

Esta terminologia, que conserva alguma utilidade e aqui se perfilha por mera comodidade de exposição, não deve ser usada, porém, sem uma prévia advertência de que se trata de uma dicotomia manifestamente redutora e que envolve uma simplificação que pode induzir em erro.

Na verdade, nem as propostas «antiproibicionistas» excluem necessariamente uma regulação que imponha determinadas proibições, nem as propostas «proibicionistas» se esgotam numa vertente puramente repressiva, sobretudo quando, como frequentemente sucede, o quadro sancionatório consagra soluções — como o tratamento de toxicodependentes em alternativa à aplicação de uma pena — bem reveladoras de que as finalidades da proibição se tendem a desligar de propósitos puramente repressivos.

19 — Legalização: as alternativas «antiproibicionistas»

Feita esta advertência, melhor se compreenderá que se encontrem entre as alternativas ditas «antiproibicionistas» não apenas a pura liberalização do consumo e do comércio de drogas — solução ultraliberal que, pode dizer-se, tem tido escassos defensores — e que envolveria a total ausência de regras, que não as do funcionamento livre do mercado, em todo o circuito que vai da produção ao consumo de drogas, mas também a regulação, em que a legalização do consumo está associada à legalização da própria distribuição ou comércio de drogas, seja este confiado, em monopólio, ao Estado ou aberto à intervenção de agentes económicos privados, mediante um regime habitualmente designado de «comércio passivo»⁽²⁵⁾. A ideia de «comércio passivo» passa por regras em matéria de condições de acesso à actividade, licenciamento, localização, horários de funcionamento, proibição de venda a menores, bem como de marcas, insígnias e publicidade, fiscalização, controlo de origem e de qualidade. Tais regras poderiam envolver, ainda, a atribuição do monopólio da venda ou distribuição de drogas às farmácias ou a instituições de saúde, eventualmente sob a condição adicional de receita médica com especificação do tipo de droga e das respectivas quantidades.

Do ponto de vista económico, se a liberalização conduziria, necessariamente, à formação do preço das drogas por força das regras do mercado, no jogo livre da oferta e da procura, conjugado com os efeitos das políticas fiscais que poderiam ter em conta os diferentes graus de perigosidade das diversas drogas — em qualquer caso produzindo preços previsivelmente inferiores aos vigentes num contexto proibicionista, com óbvias vantagens do ponto de vista do combate à exclusão e à criminalidade associada à toxicodependência —, já as modalidades de regulação consentem diferentes regimes económicos, que vão do referido regime liberal, de preços livres com sujeição da venda a tributação, até à distribuição gratuita de drogas pelo Estado aos toxicodependentes, passando por mecanismos de regulação administrativa dos preços, por forma a excluir a distribuição gratuita generalizada e a substituí-la por uma

venda efectiva, a preços controlados, com minimização ou total ausência de lucro para o agente económico.

Em qualquer destas hipóteses, a consagração de um sistema de comércio legal de drogas, com mais ou menos restrições, tem sido apresentada como uma forma de expropriar aos actuais traficantes e suas organizações criminosas um negócio tenebroso de uma dimensão tal e com tão obscuras ramificações que se tornou uma séria ameaça para a segurança e a integridade dos Estados.

No limite, poderá ainda, talvez, qualificar-se como «antiproibicionista» uma solução mais moderada que consistiria numa mera legalização do consumo, em que a licitude do consumo, bem como da detenção e da aquisição para esse consumo — estabelecida em nome da liberdade individual, ou apenas em nome da ideia de que o toxicodependente é um doente que não deve ser punido pela sua doença —, longe de configurar um direito subjectivo dos interessados ou de se materializar numa expressa autorização administrativa ou numa regulação, coexistiria com a proibição do comércio, inviabilizando, na prática, que o acto de compra e venda, obviamente essencial ao consumo, se produzisse no contexto de um mercado não clandestino, com todas as consequências daí decorrentes, nomeadamente do ponto de vista do preço das drogas e da criminalidade associada, mas também, por razões práticas, do ponto de vista do combate ao tráfico.

Bem vistas as coisas, estas três alternativas — mera legalização do consumo, regulação e liberalização —, tradicionalmente rotuladas de «antiproibicionistas», têm em comum um maior ou menor grau de legalização, que pode ir do simples consumo até à totalidade do circuito económico. Mas também é certo que, por isso mesmo, a expressão «legalização» não serve para distinguir entre si as várias soluções «antiproibicionistas», razão pela qual o termo «legalization debate» vem sendo substituído na terminologia da Organização das Nações Unidas por «regulation debate», visto que é essa — a regulação — e não outra a proposta «antiproibicionista» que tem estado, de facto, no centro da discussão.

E note-se, por outro lado, que qualquer dessas alternativas poderia, ainda, ser concebida para todas ou apenas algumas das drogas actualmente consideradas ilícitas e de forma a abranger apenas o consumo «privado» ou também o consumo «público» dessas drogas.

Em rigor, poderia, também, admitir-se um regime misto, que fosse «antiproibicionista» para o consumo propriamente dito e simultaneamente «proibicionista» para a detenção e aquisição de drogas para esse consumo. Contudo, como é óbvio e a experiência de diversos países comprova⁽²⁶⁾, uma tal solução — que se poderia justificar filosoficamente pela afirmação da liberdade individual, «apenas» restringida por imperativos práticos, sobretudo relativos ao combate ao tráfico — responderia, na realidade, à proibição indirecta do consumo, já que é bem evidente que este não poderá razoavelmente efectivar-se sem a detenção ou posse de drogas pelo consumidor. Na verdade, o consumidor interceptado no próprio acto de consumo não seria sancionado pelo acto de consumir, mas poderia sê-lo pela detenção ou posse de drogas, a menos que contasse, como por vezes conta, com a tolerância das autoridades.

Trata-se, pois, sem a menor dúvida, de uma solução de tipo «proibicionista», em que a legalização estrita

do consumo, pela lógica circunscrita ao consumo privado, não teria, em si mesma, qualquer relevância prática ou sequer um interesse simbólico digno de nota.

Não parece, seja como for, que se deva tomar esta solução como verdadeira alternativa, sobretudo face a um quadro legal que já é «proibicionista». Na verdade, a evolução de uma proibição directa para uma proibição indirecta do consumo de drogas surgiria, inevitavelmente, aos olhos da opinião pública como uma alteração da realidade, efectivamente inexistente: a proibição não teria desaparecido, apenas se teria escondido atrás de uma nuvem de alguma hipocrisia. Adiante-se, pois, desde já, que se rejeita o tratamento legal diferenciado do consumo e da detenção de drogas para consumo, pelo que a proibição indirecta do consumo não será considerada no presente documento como uma real alternativa, centrando-se a reflexão sobre a política legislativa no binómio consumo-detenção de drogas.

20 — Ilicitude: as alternativas «proibicionistas»

As principais alternativas «proibicionistas» são, também elas, variadas.

Se o que distingue e é comum às soluções «antiproibicionistas» é o maior ou menor grau de legalização, aquilo que identifica as soluções «proibicionistas» será a ilegalidade ou ilicitude do consumo (directa ou indirecta, via proibição da detenção ou posse) e, por maioria de razão, do comércio de drogas.

Em tese, essa ilicitude pode, também, como é óbvio, aplicar-se a todas ou apenas a algumas das drogas e ao consumo público ou também ao consumo privado.

Na esmagadora maioria dos países e também em Portugal até ao presente, a ilicitude característica do «proibicionismo» concretiza-se num ilícito criminal e, portanto, num modelo de criminalização (directa ou indirecta) do consumo.

Dessa criminalização decorre, por regra, um sistema de penalização ou de sanções penais cujo paradigma são, ao menos entre nós, as penas de prisão e de multa como penas principais típicas, mas que admite, hoje, teoricamente múltiplas outras soluções, que começam na possibilidade de previsão de uma pena de prisão diminuta que praticamente afasta a condenação em prisão efectiva — salvo em certos casos de cúmulo jurídico ou de substituição do pagamento de multa — e que se estendem ao tratamento em alternativa à pena de prisão, à aplicação de outras sanções, como a simples admoestação ou o trabalho em favor da comunidade, aos mecanismos do não exercício da acção penal ou da suspensão provisória do processo, ou do regime de prova ou, ainda, à própria dispensa ou isenção de pena, aí já num cenário de verdadeira criminalização com despenalização.

Noutro plano, poderia ainda conceber-se, como já foi proposto, uma particular formulação do tipo de crime, que, ao invés do actual tipo de crime de perigo abstracto, passaria a configurar-se como crime de perigo concreto (concreto-individual ou concreto-comum), o que vale por dizer que se manteria a criminalização mas o ilícito criminal só se verificaria demonstrada que fosse, em concreto, a efectiva ameaça para um bem jurídico essencial da comunidade (27).

Mas as soluções de tipo «proibicionista» não se esgotam na criminalização. Isto é, a ilicitude não tem de concretizar-se, necessariamente, num ilícito de tipo criminal.

Na verdade, pode conceber-se uma alternativa, como a vigente em Espanha e em Itália, em que a ilicitude se traduz num ilícito de mera ordenação social, cujas infracções configuram contra-ordenações, dando lugar apenas a sanções administrativas, por regra a coima e outras sanções ou medidas acessórias, ou alternativas, aplicadas por autoridades administrativas, sem prejuízo do direito de recurso para os tribunais. Também aqui são admissíveis soluções que poderiam permitir o tratamento de toxicod dependentes ou a adopção de outras medidas em alternativa à aplicação da coima ou de outras sanções administrativas, bem como a aplicação da simples admoestação para casos de menor gravidade ou de primeira infracção, ou mesmo a previsão da dispensa ou isenção de sanção, num cenário a que poderíamos chamar de ilícito de mera ordenação social com despenalização.

21 — As principais alternativas e os conceitos de descriminalização e despenalização

Eis, em suma, as mais importantes de entre todas as alternativas que se deparam na definição da política legislativa da estratégia nacional de luta contra a droga: num quadro «antiproibicionista», a liberalização, a regulação ou a mera legalização do consumo; num quadro «proibicionista», a criminalização ou o ilícito de mera ordenação social.

Já as expressões «descriminalização» ou «despenalização», recorrentes neste debate, não identificam, propriamente, um modelo de enquadramento legal mas, sobretudo, um movimento face a uma situação anterior.

Com efeito, existindo entre nós, neste momento, um modelo de criminalização, a adopção de qualquer outro dos modelos acima referidos corresponderia a um movimento de «descriminalização», ainda que ele fosse apenas parcial.

Esta afirmação, contudo, já não vale para o termo «despenalização». Na verdade, a ocorrer uma transição do nosso modelo de «criminalização» para um outro modelo «proibicionista», como o do ilícito de mera ordenação social, poderia manter-se uma «penalização» directa ou indirecta do consumo, através de sanções administrativas — ao menos utilizando o conceito de «pena» no seu sentido mais amplo, de modo a abranger aquilo a que na doutrina jurídica se designa por «penas não criminais», como aqui especialmente se justifica atento o sentido do termo na linguagem corrente que serve de veículo a esta discussão. Ou seja, não ocorreria nesta hipótese verdadeira «despenalização», senão de grau ou intensidade.

Já se a transição se desse para uma solução legalizadora em qualquer dos modelos «antiproibicionistas», teríamos, aí sim, não apenas uma «descriminalização» mas uma «despenalização» — pois se um comportamento é legal não poderá, obviamente, ser penalizado, seja sob que forma for.

Mas a verdade é que não só pode não haver, como se viu, total despenalização com transição de modelo, desde que o novo modelo seja, ainda, igualmente «proibicionista», como poderia existir um movimento despenalizador no interior do próprio modelo de criminalização. Na verdade, já acima se explicou que são concebíveis situações de criminalização com dispensa ou isenção de pena, justamente chamadas de crimina-

lização com despenalização ou de crime sem pena. Ora, qualquer alargamento dessas situações no direito positivo português, ainda que não acarretasse subversão do modelo global de criminalização, poderia, sem favor, ser rotulado de «despenalização».

Em suma, a «despenalização» não é um exclusivo da transição para modelos «antiproibicionistas», pode ocorrer, ao menos para certas situações, no interior de modelos «proibicionistas», seja num quadro de criminalização, seja num quadro de ilícito de mera ordenação social.

22 — A proposta da Comissão

O que a Comissão para a Estratégia Nacional de Combate à Droga propôs no seu relatório final foi, por unanimidade, a descriminalização do consumo privado de drogas (constantes das tabelas) e, por maioria, a descriminalização da detenção (ou posse) e da aquisição dessas drogas para esse consumo privado⁽²⁸⁾.

Sendo assim, a Comissão sugere um movimento descriminalizador e, conseqüentemente, a alteração do artigo 40.º do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro.

Já acima se explicou, contudo, que a ideia de «descriminalização» não identifica, só por si, o modelo alternativo de enquadramento legal a adoptar, apenas excluindo o modelo actual de criminalização.

Porém, visto que a Comissão não propõe a descriminalização da venda de drogas, que continuaria a constituir crime, resultam, obviamente, excluídos os cenários da liberalização e da regulação do comércio de drogas.

Restariam, portanto, como aparentemente compatíveis com a proposta da Comissão, as alternativas da mera legalização do consumo e da proibição do consumo através do ilícito de mera ordenação social, ambas abrangendo a detenção e aquisição mas restringindo-se ao consumo privado, já que o consumo público permaneceria tipificado como ilícito criminal.

É isto que resulta do texto do relatório final apresentado pela Comissão.

Em todo o caso, não será despiciendo tomar em conta que o parecer jurídico do Prof. Faria Costa, que serviu de referência às conclusões da Comissão sobre esta matéria, expressamente indica que a única alternativa à criminalização da detenção para consumo que pode ser considerada compatível com as convenções internacionais é, justamente, a sua proibição por meio do ilícito de mera ordenação social — argumento que levaria a excluir, liminarmente, o modelo de mera legalização do consumo⁽²⁹⁾.

Recorde-se a conclusão desse parecer: «Sendo certo, porém, que as convenções impõem, isso sim, uma proibição do consumo, no sentido de uma impossibilidade de total liberalização, tal proibição, caso escape às malhas do direito penal — por opção do legislador ordinário, repita-se —, terá de caber ao direito administrativo [. . .], nomeadamente através de um direito administrativo de natureza sancionatória como é o direito de mera ordenação social»⁽³⁰⁾.

E valerá a pena, também, atentar no esclarecimento prestado posteriormente pelo Prof. Daniel Sampaio, justamente um dos membros da corrente que, sobre este ponto, fez vencimento na Comissão: «A Comissão propõe ‘descriminalizar’ o consumo privado, assim como a posse ou aquisição para esse consumo. Isto significa simplesmente que ninguém deverá ser preso por con-

sumir drogas [. . .]. É preciso esclarecer que não se está a propor a ‘legalização’ das drogas, nem a sua difusão liberal, nem se está a diminuir a luta contra o tráfico. Descriminalizar não significa despenalizar»⁽³¹⁾.

Para uma perfeita compreensão dos precisos termos em que se encontra feita a proposta da Comissão, importa, ainda, registar que a Comissão declara no mesmo relatório final que «não defende o isolamento de Portugal nas organizações internacionais ou qualquer atitude de ruptura com as convenções internacionais, embora o parecer solicitado a um professor de Direito sugira que tal confronto não é líquido», pelo que «o Governo, na hipótese de partilhar a opinião maioritária da Comissão, deveria sim procurar apoios conducentes a uma progressiva evolução das posições das instâncias internacionais na direcção desejada»⁽³²⁾.

23 — A lei e a prática: o modelo holandês

Convirá, ainda, ter presente que a abordagem legal desta questão, apesar de ser sem dúvida relevante, não fornece, por si só, uma completa e rigorosa perspectiva sobre o funcionamento dos diferentes modelos. Na verdade, não é raro que se estabeleça uma distância sensível entre aquilo a que os anglo-saxónicos chamam *law in books* e *law in action*, isto é, entre o que está escrito na lei e a experiência prática que ao abrigo dela — ou à margem dela — se desenvolve.

Mesmo nos países — e são, de longe, a maioria — em que as respectivas ordens jurídicas consagram a proibição directa ou indirecta do consumo por via de um modelo de criminalização, encontramos, com os mais diversos fundamentos e recorrendo, por vezes, aos mais imaginativos expedientes, determinadas práticas que — ao arrepio do que aparentemente reclamaria a credibilidade da função dissuasora do direito penal — se materializam numa atitude pragmática de tolerância para com o consumo de drogas ilícitas ou, pelo menos, de algumas drogas ilícitas, sem contudo lhe retirar o carácter de comportamento marginal e, as mais das vezes, clandestino.

Este facto tem sido assinalado, nomeadamente, pelas análises de direito comparado empreendidas pelos organismos competentes da União Europeia⁽³³⁾ e foi motivo de uma recente recomendação do Parlamento Europeu apelando à realização de um estudo com o revelador propósito de verificar se um tal comportamento permissivo é ou não conforme com as convenções internacionais em vigor⁽³⁴⁾.

Peculiar é, deste ponto de vista, o modelo holandês, a propósito do qual se têm gerado não poucos equívocos.

Na verdade, ao contrário do que muitas vezes se afirma, na Holanda a detenção de *cannabis* permanece crime punível com pena de prisão e multa⁽³⁵⁾. A Holanda possui, portanto, um quadro legal «proibicionista», num modelo de criminalização.

Contudo, fazendo uso de um princípio geral do seu sistema jurídico — o princípio da oportunidade no exercício da acção penal, que não vigora entre nós, ao menos nestes termos —, as autoridades holandesas competentes definiram «prioridades» ou «orientações» de que resulta, na prática, e de um modo geral, a não perseguição penal dos possuidores de *cannabis* até uma certa quantidade — 5 g. Esta solução estende-se, ainda, aos conhecidos *coffee shops*, estabelecimentos devida-

mente licenciados e sujeitos a uma regulamentação, essencialmente local, de teor restritivo, a que se junta um conjunto de *guidelines* de âmbito geral, mas cujo alvará é omisso quanto ao mais importante negócio para que de facto estão «autorizados»: a venda de pequenas quantidades — os mesmos 5 g por transacção — de haxixe.

O modelo holandês, portanto, assenta na aplicação do princípio da oportunidade da acção penal, exercido de tal modo que se traduz na tolerância — que alguns, muito impropriamente, designam por «liberalização» — não apenas face ao consumo e posse de pequenas quantidades de *cannabis* mas, também, face à sua aquisição e venda em determinados estabelecimentos, com o intuito, sem dúvida meritório, de obter uma separação dos mercados relativos à chamadas drogas «leves» e «duras».

Com essa separação de mercados esperam as autoridades holandesas alcançar, como a evolução das estatísticas parece já sugerir, uma redução do consumo das chamadas «drogas duras», em resultado da introdução por esta via de uma autêntica barreira à transição de drogas menos danosas para outras com efeitos mais prejudiciais, transição essa muitas vezes fruto, como é hoje reconhecido, da aludida confusão de mercados e agentes.

É importante dizer, porém, como as autoridades holandesas têm explicado que este é um modelo adoptado por razões essencialmente pragmáticas, que não envolve, de modo algum, uma legalização do circuito económico, designadamente das operações de cultivo, produção, importação ou exportação e colocação no mercado. Ou seja: a droga cuja venda é tolerada nos *coffee shops* é de um modo geral oriunda de plantações objectivamente ilegais, algumas existentes a pretexto da produção de sementes para outros fins lícitos. O abastecimento do sistema faz-se, portanto, eminentemente, através de tráfico ilícito, em operações clandestinas com produtores internos ou externos.

A apresentação deste modelo não pode, pois, ser feita com total rigor sem dar conta destes incontornáveis «saltos lógicos» do sistema, que ajudam a explicar, em boa parte, por que é que as respeitáveis farmácias holandesas não surgem na «linha da frente» da comercialização ou por que é que o Estado Holandês não poderia, mesmo que quisesse — e já confessou não querer, ao menos no actual quadro internacional ⁽³⁶⁾ —, assegurar ele próprio a distribuição ou comercialização de *cannabis*.

Feitos estes esclarecimentos sobre as soluções disponíveis e a terminologia adoptada, pode agora dar-se conta da política legislativa preconizada na presente estratégia nacional de luta contra a droga.

24 — Rejeição da legalização unilateral do comércio de drogas

Como ficou já dito, a estratégia nacional de luta contra a droga não pode ignorar a dimensão mundial do problema e a relevância absolutamente vital da cooperação internacional neste domínio. Daí que um dos princípios estruturantes da presente estratégia nacional seja, justamente, o princípio da cooperação internacional, de que decorre, quanto ao que aqui interessa, a articulação da estratégia nacional com a estratégia internacional e com as políticas europeias, bem como a sua harmo-

nização com os compromissos internacionais a que, voluntariamente, o Estado Português se encontra vinculado ⁽³⁷⁾.

Nestas condições, rejeita-se frontalmente a total irresponsabilidade que representaria a adopção unilateral de modelos radicalmente opostos à estratégia da comunidade internacional, nomeadamente a que se encontra vertida nas convenções internacionais que Portugal ratificou.

Por isso, a presente estratégia nacional de luta contra a droga exclui da preconizada política legislativa qualquer mecanismo de legalização unilateral do comércio de qualquer tipo de drogas ilícitas para consumo, seja num modelo de liberalização, seja num modelo de regulação.

De facto, tais modelos contrariam, objectivamente, a estratégia da comunidade internacional e as convenções internacionais em vigor, que se destinam a regular todo o sistema de controlo do funcionamento de um mercado lícito internacional de drogas para fins estritamente médicos ou científicos e a impedir que essas drogas possam ser desviadas desse circuito para o simples consumo. As restrições inerentes a um tal sistema são, pois, manifestamente incompatíveis com a legalização de um mercado paralelo para consumo sem finalidade médica, razão, aliás, pela qual esse modelo, assim desenhado, não tem tido consagração no direito comparado.

De resto, as próprias autoridades holandesas recusam, expressamente, alterar a sua política de mera tolerância da venda de pequenas quantidades de droga «leves» justamente com este argumento ⁽³⁸⁾.

É preciso notar, portanto, que a imediata consequência da adopção unilateral de uma qualquer dessas formas de legalização do comércio para consumo não poderia deixar de ser a desvinculação ou recesso por Portugal das convenções internacionais vigentes sob a égide da Organização das Nações Unidas.

Tal atitude, embora juridicamente viável, seria politicamente insustentável, a vários títulos.

Em primeiro lugar, Portugal perderia de imediato tudo aquilo que permitiu aos sucessivos governos do País, à nossa diplomacia e aos nossos técnicos consolidar ao longo da última década uma posição internacional de inegável prestígio nesta área, expressa na atribuição de invulgares responsabilidades nas mais diversas organizações internacionais, com a inerente possibilidade de influenciar, efectivamente, a evolução da estratégia internacional.

Em segundo lugar, a legalização do comércio por um país isolado constitui um puro absurdo na falta de uma legalização de todo o circuito económico, logo desde a produção ou cultivo das drogas e abrangendo os movimentos transfronteiriços.

Na verdade, estando o mercado lícito internacional sujeito a controlos para garantir que a droga que nele circula não é desviada para o consumo, só restaria ao Estado que optasse pela legalização unilateral do comércio abastecer-se, por si ou através dos agentes económicos autorizados, no mercado negro clandestino ou, em alternativa, reconverter parte importante da sua agricultura e da sua indústria para garantir ele próprio o abastecimento deste mercado, em regime de auto-suficiência. Não será preciso sublinhar a evidência do total absurdo desta ideia.

Em terceiro lugar, a inevitável — e desejada — descida dos preços das drogas decorrente da legalização do comércio não poderia deixar de atrair os toxicod dependentes de outros países, sobretudo no contexto europeu de liberdade de circulação de pessoas. Uma circulação que poderia não se ficar pelo chamado «turismo da *cannabis*», que hoje tanto preocupa as autoridades holandesas, mas que se estenderia aos consumidores das chamadas drogas «duras», se a solução fosse válida também para elas. São evidentes as dramáticas consequências sociais e de saúde pública deste previsível movimento migratório e a ruptura a que levaria todo o sistema português de assistência aos toxicod dependentes, desfazendo esse novo «paraíso das drogas» num verdadeiro pesadelo.

Em quarto e último lugar, a legalização unilateral do comércio de drogas seria dificilmente compatível com a própria integração europeia de Portugal ou, ao menos, como reconhecem as autoridades holandesas, com a adesão ao sistema de eliminação de controlos fronteiriços previsto no Acordo de Schengen. Na verdade, essa posição não seria apenas dissonante da política traçada a nível europeu mas, mais do que isso, constituiria uma verdadeira ameaça para os demais Estados membros da União Europeia, que ficariam ainda mais expostos a indesejados movimentos de importação descontrolada de drogas. Aliás, o Acordo de Schengen, como se salientou no local próprio, se declara a autonomia de cada Estado para definir a sua política neste campo, exige também a ratificação das convenções das Nações Unidas e proíbe, expressamente, os Estados signatários de desenvolverem políticas relativas à droga que prejudiquem as políticas mais restritivas prosseguidas pelos seus parceiros do espaço Schengen.

E é por tudo isto, também, que quando a Comissão das Liberdades Públicas e dos Assuntos Internos resolveu submeter em 1997 ao plenário do Parlamento Europeu uma proposta de recomendação — que aliás não viria, neste ponto, a ser aprovada — no sentido da despenalização do consumo de drogas e da regulação do comércio de *cannabis*, entendeu que tinha de propor também, como fez, a promoção de iniciativas para a revisão das convenções internacionais a que também a própria União Europeia está vinculada «de modo a autorizar (*sic*) as Partes a despenalizarem o consumo de substâncias ilícitas, a regulamentarem o comércio e a produção de *cannabis* e seus derivados[...]»⁽³⁹⁾.

De resto, quase todas as personalidades que em Portugal se manifestaram em favor de sistemas de legalização do comércio de drogas — de todas ou apenas das chamadas drogas «leves» — tiveram, como seria de esperar, o elevado sentido da responsabilidade, que quase sempre passou despercebido na comunicação social, de chamar a atenção para o facto de tal proposta só ser viável «no contexto de uma nova convenção multinacional» (Almeida Santos), ou «não num país isolado, mas em indispensável concertação internacional» (Cardona Ferreira), ou «à escala planetária» (Figueiredo Dias), ou «simultânea em todos os países» ao menos «na Europa» (Victor Cunha Rego), ou «envolvendo vários países» (João Menezes Ferreira), ou «num grande espaço geopolítico, que não poderia ser constituído por um único país com a dimensão de Portugal» (Carlos Rodrigues Almeida).

E é neste mesmo sentido que parece apontar, também, o consenso dos partidos políticos com assento na Assembleia da República.

Sucedo que não existe, ao menos de momento, esse outro quadro internacional sem o qual a legalização do comércio de drogas não poderia deixar de ser uma absurda irresponsabilidade.

Por outro lado, importa ter em conta o provável crescimento do consumo decorrente do aumento da acessibilidade e da própria visibilidade do fenómeno das drogas, mesmo admitindo a tese defendida por alguns economistas de que se trataria aqui de produtos de procura relativamente inelástica, menos sensível às oscilações do mercado. De facto, num cenário de tomada de decisão sobre essa matéria seria necessário considerar os índices de consumo das agora chamadas «drogas lícitas», como o álcool e o tabaco, de modo a avaliar, por contraposição, até que ponto é que a proibição relativa a certas drogas, embora de toda a evidência não elimine os consumos, não contribui para a contenção do seu crescimento.

25 — Rejeição da mera legalização do consumo de drogas

Num contexto de proibição do comércio de drogas para consumo, a legalização desse consumo — que, pelas razões acima apontadas, aqui se considera sempre em conjunto com a legalização da detenção e aquisição — seria, sem dúvida, problemática, apesar das vantagens que poderiam advir de um melhor controlo sanitário dos consumos e da não consideração dos toxicod dependentes como «delinquentes».

Antes do mais, importa notar que parece incontornável o facto de também esta alternativa contrariar as convenções internacionais, que impõem a proibição da detenção para consumo de drogas ilícitas.

Recorde-se que foi esse o sentido do já citado parecer jurídico do Prof. Faria Costa, solicitado pela Comissão para a Estratégia Nacional de Combate à Droga⁽⁴⁰⁾.

E tem de recordar-se, também — agora já não a propósito da legalização do comércio mas do consumo —, que a Comissão das Liberdades Públicas e dos Assuntos Internos chegou a propor ao plenário do Parlamento Europeu uma proposta de recomendação que defendia a alteração das convenções internacionais «de modo a autorizar as Partes a despenalizarem o consumo de substâncias ilícitas»⁽⁴¹⁾.

Mas há, também, considerações de substância a fazer.

Desde logo, é evidente que a legalização do consumo num contexto de proibição do comércio não proporcionaria o acesso legal, ainda que eventualmente condicionado, às drogas, tal como é geralmente preconizado de um ponto vista «antiproibicionista». Seria, pois, uma falsa solução, susceptível de ser acusada de alguma hipocrisia ou de incoerência, na medida em que o consumo, apesar de lícito, não poderia efectuar-se sem o envolvimento com a marginalidade de um mercado clandestino, alimentando um negócio ilegal.

Em segundo lugar, é preciso reconhecer que a mera legalização do consumo implicaria o desaparecimento de qualquer desvalor desse consumo na letra da lei, remetendo a luta contra a droga sobretudo para o campo da prevenção, o que poderia levar a que essa opção fosse vista, ainda que abusivamente, como um sinal às

gerações mais novas de incentivo ou pelo menos de neutralidade em relação ao consumo de drogas.

Em terceiro lugar, essa legalização — a incidir sobre qualquer tipo de drogas — representaria, também, a ausência de um desvalor legal para um comportamento que, sobretudo no caso das chamadas drogas «duras», pode constituir uma efectiva ameaça para a saúde pública da comunidade, nomeadamente em razão do risco de propagação de doenças infecto-contagiosas — para não falar, também, dos elevados custos de todo o sistema de apoio ao tratamento e reinserção de toxicodependentes.

Em quarto lugar, legalizar o consumo mantendo a proibição da produção e do comércio não teria qualquer efeito significativo sobre os preços das drogas — que permaneceriam inflacionados, sobretudo no caso das chamadas drogas «duras», como a heroína⁽⁴²⁾ — permanecendo, por isso, o consumo dessas drogas tendencialmente associado à insegurança pública, por via da criminalidade que invade os tribunais e as prisões e que constitui, para muitos, a única forma de alimentar a dependência que cresce na proporção inversa da inserção social e profissional com que é compatível.

Em quinto lugar, a mera legalização do consumo, ainda que apenas «privado», poderia prejudicar, na prática, a protecção dos interesses dos menores.

Em sexto lugar, uma tal solução, se poderia tornar mais atractiva a aproximação dos toxicodependentes ao sistema de tratamento e de apoio à ressocialização, impediria, também, o funcionamento dos mecanismos coercivos que, em determinadas situações, impulsionam, justamente, essa aproximação.

Mas há mais: é que, em sétimo lugar, a mera legalização do consumo afectaria gravemente o combate ao tráfico ilícito, na medida em que as autoridades deixariam de poder perseguir expeditamente ao menos o pequeno tráfico, na incerteza de poderem proceder às respectivas apreensões ante a alegação óbvia de que se trataria sempre de droga para consumo.

É certo que nem todos estes argumentos valem para todas as drogas. Todavia, a introdução de uma distinção entre os diferentes tipos de drogas por forma a excluir algumas da proibição iria colidir com as convenções internacionais em vigor, para além de exigir, sem dúvida, uma criteriosa avaliação científica dos respectivos efeitos.

Daí que importe acompanhar e promover a investigação científica sobre a perigosidade das diferentes drogas, não apenas tendo em vista a intervenção de Portugal na definição das estratégias internacionais e europeias sobre a matéria, mas também a benefício das políticas de prevenção e da própria política legislativa interna, como adiante se dará conta.

Mas sempre convirá acrescentar que a mera legalização do consumo das chamadas drogas «leves», desligada da legalização do comércio, em nada contribuiria, ao contrário do que tantas vezes se diz, para a separação de mercados entre drogas «leves» e «duras», separação essa que poderia estancar a transição do consumo de umas para outras. Bem pelo contrário, sem a legalização do comércio, ou ao menos a tolerância selectiva das autoridades ao funcionamento desse comércio — como no modelo holandês —, a mera legalização do consumo manteria ambos os mercados mergulhados, como hoje estão, na mesma clandestinidade.

Em qualquer caso, deve sublinhar-se que a «alternativa» da mera legalização do consumo de qualquer tipo de drogas ilícitas não o chega a ser de facto em razão de ser contrária às convenções internacionais ratificadas por Portugal, de que decorre, como se fez notar, a exigência de proibição da detenção e aquisição de drogas ilícitas para consumo, por forma a tratar tais condutas como infracções.

26 — Solução legal adoptada: a descriminalização do consumo e sua proibição como ilícito de mera ordenação social

A estratégia nacional de luta contra a droga opta pela descriminalização do consumo de drogas e pela sua proibição como ilícito de mera ordenação social, com a consequente alteração do artigo 40.º do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro. Essa opção respeita não apenas ao consumo propriamente dito mas também à detenção (posse) e aquisição para esse consumo. Já o cultivo para consumo, porque se alia perigosamente ao tráfico, justifica a manutenção de uma sanção de tipo criminal.

Na verdade, a criminalização e a consequente mobilização do aparelho judicial devem estar, sobretudo, ao serviço do combate ao tráfico ilícito de drogas e ao branqueamento de capitais.

A opção pela descriminalização do consumo de drogas decorre, essencialmente, do princípio humanista, que é um dos princípios estruturantes da presente estratégia e que exige o respeito pelos princípios humanistas fundamentais do nosso sistema jurídico, nomeadamente os princípios da subsidiariedade ou última *ratio* do direito penal e da proporcionalidade, com os seus corolários que são os subprincípios da necessidade, da adequação e da proibição do excesso.

De facto, a criminalização não se justifica por não ser meio absolutamente necessário ou sequer adequado para enfrentar o problema do consumo de drogas e dos seus efeitos, sem dúvida nefastos.

Nem a defesa da saúde pública, nem a salvaguarda da segurança pública quando mediatamente ameaçada, nem mesmo a protecção da saúde dos consumidores menores têm necessariamente de fazer-se criminalizando os consumidores de drogas pelo simples facto de consumirem, possuírem, deterem ou adquirirem drogas exclusivamente para o seu consumo. Pelo contrário, esses desideratos podem ser suficientemente alcançados, com não menos eficácia, através da criminalização do tráfico, que sempre diminui a acessibilidade, aliada à proibição administrativa, por via do ilícito de mera ordenação social, do consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, bem como da sua detenção e aquisição para consumo — tudo isto em complemento de reforçadas políticas públicas preventivas e de redução de danos.

E a esta panóplia de instrumentos há ainda que juntar o regime autónomo sancionador da condução automóvel sob a influência de certas drogas, tal como recentemente consagrado, e reforçado, na revisão do Código da Estrada.

Também não se mostra necessário criminalizar a detenção e a aquisição de drogas ilícitas para consumo só para viabilizar o combate ao tráfico pelas autoridades policiais. Na verdade, esse propósito fica integralmente salvaguardado no quadro de um regime sancionador como o ilícito de mera ordenação social, pelo que a

descriminalização também desse ponto de vista se impõe — não tanto por imperativos de coerência lógica face à descriminalização do consumo mas, sobretudo, porque também ela se revela desnecessária na existência de uma alternativa não menos eficaz.

Na verdade, no quadro do ilícito de mera ordenação social podem as autoridades policiais proceder à identificação dos suspeitos, apreender a droga e desenvolver as investigações necessárias ao desencadear de uma perseguição penal dos traficantes, inclusive nos casos de detenção de droga para efeitos de tráfico.

Que fique claro: não se trata de legalizar ou sequer de despenalizar, ao menos no sentido amplo do termo. Trata-se de substituir a proibição através de um ilícito criminal, pela proibição através de um mais adequado ilícito de mera ordenação social.

A prisão ou a multa — que, recorde-se, é a sanção mais frequentemente aplicada aos consumidores — não têm constituído a resposta adequada ao problema do mero consumo de drogas.

Por outro lado, como a experiência revela, não se mostra que a sujeição do consumidor a procedimento criminal, com todas as suas consequências, constitua o meio mais adequado e eficaz de intervenção, seja nos casos de primeiras infracções ou de consumidores ocasionais, para os quais se tem revelado excessivo, e por isso desproporcionado, mobilizar todo o sistema de reacção penal, seja no caso de toxicodependentes, para os quais se deve privilegiar a prioridade ao tratamento em alternativa à aplicação de sanções, que pode e deve ser consagrada no âmbito do ilícito de mera ordenação social.

Pelo contrário, em muitos casos o contacto com o sistema judicial e, por vezes, com os próprios estabelecimentos prisionais, aliado ao correspondente estigma social e, em certos casos, ao próprio registo criminal dessas situações, produz efeitos prejudiciais à desejada recuperação e, sobretudo, à ressocialização dos toxicodependentes.

De tudo isto se conclui pela desproporção que representa a tipificação como ilícito criminal do simples consumo de drogas, bem como da detenção e aquisição de drogas para consumo. Além disso, a opção pelo ilícito de mera ordenação social potencia, pela sua própria natureza, uma mais profunda utilização de certas manifestações do princípio da oportunidade, permitindo introduzir um sistema sancionatório mais flexível com vista a um melhor tratamento processual do caso concreto.

Por outro lado, a não intervenção do direito penal permitirá criar um espaço próprio para a intervenção de um sistema de controlo administrativo através do ilícito de mera ordenação social e da consequente atribuição de competência para aplicação de sanções e medidas às autoridades administrativas, de modo a favorecer a necessária intervenção das entidades competentes na área da prevenção (primária, secundária e terciária), com ganhos evidentes de eficácia, racionalização e optimização de meios.

Esta solução, para além de aliviar os tribunais de um número considerável de processos por consumo de droga, com vantagens para o funcionamento da justiça em geral, permitirá, ainda, que o consumidor possa surgir numa posição processual distinta do arguido por tráfico e beneficiar de medidas de protecção adequadas,

se for caso disso — com nítida demarcação de estatuto relativamente à situação actual —, o que contribuirá para uma maior celeridade e eficácia da investigação e reforço da prova relativa a processos por crime de tráfico.

No actual contexto, a manutenção de uma proibição constitui, todavia, um imperativo, por diversas razões, a começar por todas aquelas que atrás se invocaram contra a mera legalização do consumo⁽⁴³⁾. Com efeito, sem a proibição legal seria de prever um aumento do consumo, sobretudo entre os menores, decorrente de uma maior acessibilidade e da ausência de um desvalor legal desse consumo. Por outro lado, sem a ilicitude da detenção (posse) de drogas resultaria, na prática, gravemente prejudicado o combate ao tráfico.

Em qualquer caso, a previsão de um ilícito sempre se impõe à luz das convenções internacionais, nos termos das quais o Estado Português está vinculado a proibir a detenção e aquisição de drogas ilícitas para consumo. Assim sendo, o ilícito administrativo constitui não apenas a solução mais adequada num contexto de proibição do comércio deste tipo de drogas mas também a única alternativa à criminalização que se mostra compatível com as convenções internacionais em vigor.

Recorde-se que é justamente essa a conclusão do já referido parecer jurídico do Prof. Faria Costa⁽⁴⁴⁾.

Finalmente, importará dizer que, como se explicou, a opção pela descriminalização, substituindo-a pelo ilícito de mera ordenação social, é conforme com a proposta feita pela Comissão para a Estratégia Nacional de Combate à Droga.

O que aqui se deve realçar é que não se trata de o Estado impor abusivamente aos cidadãos comportamentos saudáveis mas, sobretudo, de, respeitando as convenções internacionais, conservar o desvalor legal que possa dissuadir comportamentos potencialmente prejudiciais para a saúde e a segurança públicas, bem como para a saúde dos menores e, ao mesmo tempo, deixar intocados os mecanismos que permitem às autoridades intervir onde a autoridade dos educadores já não chega e, sobretudo, perseguir eficazmente o tráfico.

27 — Conformidade da solução legal adoptada com a Constituição

A descriminalização preconizada está em perfeita conformidade com a Constituição portuguesa, que aliás rejeita, de um modo geral, imperativos constitucionais de criminalização.

Como é entendimento corrente, mesmo a tutela dos direitos fundamentais constitucionalmente protegidos, incluindo aqueles direitos, liberdades e garantias que beneficiam de um regime mais exigente, a ponto de não poderem ser suspensos nem em situação de estado de sítio ou de estado de emergência (artigo 19.º, n.º 6, da Constituição), não tem, necessariamente, que ser feita por via do direito criminal.

A ponderação sobre a intervenção do direito penal é, pois, remetida para o legislador ordinário, não sem que ele deva atender nessa ponderação aos princípios e regras constitucionais.

Alguns, inclusivamente, têm visto nessa liberdade do legislador ordinário, consentida pela Constituição, o fundamento para restringir a situações excepcionais a faculdade de as convenções internacionais consagrarem

novos imperativos criminalizadores, facultade essa que ficaria reservada para os casos em que a criminalização é verdadeiramente indispensável para o objectivo nuclear visado. Mas sempre se pode responder que sendo tais convenções infraconstitucionais, não deixam de ser, também elas, obra do legislador ordinário, que de alguma forma exerce a sua liberdade conformadora ao decidir da vinculação internacional do Estado.

O problema, aliás, costuma ser colocado justamente do ângulo oposto, em que se pergunta se é conforme à Constituição criminalizar na lei o consumo de drogas, na medida em que, para alguns, isso poderia colidir com os princípios da autonomia da pessoa ou da liberdade individual e, sobretudo, com o direito à reserva da intimidade da vida privada e familiar (artigo 26.º, n.º 1, da CRP) e à inviolabilidade do domicílio (artigo 34.º da CRP), tal como devem ser interpretados à luz da Declaração Universal dos Direitos do Homem. A esse propósito, é uso recordar outros valores com dignidade igualmente constitucional a que a criminalização visaria responder, como é o caso do direito à saúde (artigo 64.º da CRP), justificando-se, então, a criminalização pela conseqüente ponderação desses valores constitucionais conflitantes.

A resposta claramente dominante vai, pois, no sentido de não extrair da Constituição, ao menos neste caso, nem uma proibição de criminalizar, nem uma proibição de descriminalizar, razão pela qual a opção estratégica feita se ajusta perfeitamente ao direito constitucional português.

Mas se alguma coisa houvesse que retirar da Constituição nesta matéria seria, bem mais facilmente, o imperativo de descriminalizar em razão da raiz constitucional dos princípios estruturantes do nosso Estado de direito democrático, como sejam os princípios da liberdade e, em especial, os princípios da proporcionalidade e da subsidiariedade do direito penal.

28 — Conformidade da solução legal adoptada com o direito internacional

Uma questão, sem dúvida pertinente, é a de saber se a descriminalização preconizada colide ou não com as convenções internacionais a que Portugal se encontra vinculado, posto que é, também, opção estratégica assumida harmonizar as políticas internas com a estratégia internacional vertida nesses compromissos.

Importa tirar todas as ilações das convenções internacionais em vigor.

A já referida Convenção Única de 1961 sobre Estupefacientes, modificada pelo Protocolo de 1972, limita-se, quanto ao que aqui nos interessa, a possibilitar às Partes a proibição da detenção de estupefacientes que não se destinem a fins de investigação médica ou científica (artigo 2.º, n.º 5) e a obrigá-las a adoptar as medidas legislativas «necessárias» para limitar a esses fins a mesma detenção de estupefacientes [artigo 4.º, alínea c)]. Quanto ao tráfico, mais adiante se prescreve a criminalização sob reserva das respectivas disposições constitucionais [artigo 36.º, n.º 1, alínea a)], coerente com a regra da proibição da detenção que seja instrumental ao tráfico, sob pena de idêntica criminalização [artigos 33.º e 36.º, n.º 1, alínea a)].

Já quanto à detenção para consumo, sendo embora controverso se estará subordinada ao regime de auto-

rização (previsto no artigo 33.º), o qual remeteria imediatamente para o direito administrativo, certo é que não está necessariamente sujeita a condenação ou sanção penal, podendo em alternativa, ou cumulativamente, as Partes submeter as pessoas envolvidas a medidas de tratamento ou afins [artigo 36.º, n.º 1, alínea b)]. Contudo, a detenção não deixa aí de configurar uma «infração», donde se conclui que tanto pode corresponder a um ilícito criminal, como a um mero ilícito administrativo.

É neste sentido que se pronuncia o referido parecer do Prof. Faria Costa, onde se diz a propósito da Convenção de 1961: «se é inequívoca a visão do consumo como uma situação perniciosa — atitude ou comportamento absolutamente indesejável e que deve ser combatido em tantas frentes —, não se impõe como uma decorrência inequívoca da vontade das Partes, expressa no texto normativo da Convenção, um seu sancionamento criminal, ficando a intervenção do direito penal dependente da sua efectiva necessidade e eficácia. A proibição do consumo, sem dúvida imposta — sublinhe-se de novo — [...] não exigirá necessariamente a sua criminalização, podendo ser remetida a outros ramos do direito, máxime o direito administrativo. (45)»

Nestes termos, a opção estratégica adoptada não é apenas conforme com a Convenção de 1961, porque esta admite a não criminalização do consumo (no sentido de detenção e aquisição para consumo), é também conforme com a Convenção porque, exigindo ela a proibição da detenção e aquisição para consumo, tal proibição existe na opção feita por meio de um ilícito administrativo, como é o ilícito de mera ordenação social.

Do mesmo modo, a Convenção sobre as Substâncias Psicotrópicas, de 1971, assenta na lógica da proibição de utilização de substâncias psicotrópicas, excepto para fins científicos ou médicos ou salvo receita médica [artigos 7.º, n.º 1, alínea a), e 9.º, n.º 1], tendo em vista não apenas combater o tráfico mas, também, prevenir e combater o abuso dessas substâncias.

E, de modo análogo à Convenção de 1961, prevê-se a criminalização do tráfico [artigos 22.º, n.º 1, alínea a), e 21.º], enquanto para a detenção e aquisição para consumo se admitem alternativas à condenação ou sanção penal.

Contudo, também na Convenção de 1971 se não afasta a exigência de uma proibição, como explica o Prof. Faria Costa no mesmo parecer: «a letra da lei mostra-nos que, podendo o consumo implicar a prática de condutas que caibam na alínea anterior — que se refere ao tráfico —, se o intuito do agente não for utilizar a substância para o seu próprio consumo, poderá existir tráfico; este modelo de construção da norma explicar-se-á facilmente pela intenção de evitar os espaços vazios de punição». É mais adiante: «Em resumo, porque o disposto na Convenção sobre as Substâncias Psicotrópicas denota grandes semelhanças com o previsto na Convenção Única sobre Estupefacientes, diremos apenas que o uso de substâncias psicotrópicas se deve limitar às utilizações médica ou científica, pelo que quer o tráfico quer o consumo daquelas substâncias se apresentam como indesejáveis. No entanto, também aqui estas duas realidades são tratadas de forma distinta: quanto ao tráfico, parece impor-se a criminalização; relativamente ao consumo, a ideia fulcral é a de tratamento e reintegração social, referindo-se mesmo a possibilidade de

não condenação que, como vimos, se não confunde com a de não aplicação de uma pena», no mais remetendo para o que acima se transcreveu a propósito da Convenção de 1961 ⁽⁴⁶⁾.

Em suma, a opção estratégica de descriminalizar o consumo de drogas, bem como a posse, detenção e aquisição para esse consumo, substituindo-a pela sua proibição através do ilícito de mera ordenação social, é conforme à Convenção de 1971, nos mesmos termos em que o é face à Convenção de 1961.

Toda esta questão, contudo, tem um novo enquadramento desde a entrada em vigor da Convenção das Nações Unidas contra o Tráfico Ilícito de Estupefacientes e Substâncias Psicotrópicas, de 1988, norteadada pelo propósito de reforçar o combate ao tráfico ilícito e ao branqueamento de capitais, controlar o acesso aos chamados «precursores» (substâncias necessárias ao fabrico dos estupefacientes e substâncias psicotrópicas) e colmatar lacunas das Convenções de 1961 e de 1971.

Uma das vertentes mais importantes da Convenção de 1988 é, justamente, a enunciação das condutas que as Partes devem qualificar como infracções penais. Retoma-se, assim, o dever de criminalização do tráfico, especificando-se, porém, o dever de criminalizar a detenção que seja instrumental a esse tráfico [artigo 3.º, n.º 1, alínea a)].

Já as questões relacionadas com o consumo surgem tratadas no n.º 2 do mesmo artigo 3.º, que importa transcrever: «sob reserva dos princípios constitucionais e dos conceitos fundamentais do respectivo sistema jurídico, as Partes adoptam as medidas necessárias para tipificar como infracções penais no respectivo direito interno, quando cometidas intencionalmente, a detenção, a aquisição ou o cultivo de estupefacientes ou substâncias psicotrópicas para consumo pessoal em violação do disposto na Convenção de 1961 modificada e na Convenção de 1971».

É pacífico que desta disposição não se retira, de modo algum, qualquer obrigação de criminalizar o próprio consumo das drogas a que se referem as tabelas anexas às mencionadas convenções internacionais. Mas não parece, também, facilmente contestável que da mesma norma resulta, ao invés do que sucedia, ao menos de modo explícito, nas convenções anteriores, a regra da criminalização da detenção e aquisição de drogas para consumo.

O problema reside no alcance desta regra ou, de outro prisma, no alcance das excepções que expressamente limitam o âmbito dessa regra.

Com efeito, como se conclui da simples leitura do preceito, a obrigação de adoptar «as medidas necessárias para tipificar como infracções penais» a detenção e a aquisição de drogas — já que o problema se não põe aqui quanto ao cultivo — só existe quando a isso se não opuserem os princípios constitucionais ou os conceitos fundamentais dos sistemas jurídicos de cada uma das Partes signatárias da convenção.

Ora, se, como vimos, não existirão, talvez, obstáculos constitucionais insuperáveis à criminalização da detenção e aquisição de drogas para consumo ou mesmo à sua previsão em sede de tratados internacionais, já essa criminalização colide, como se explicou, com «conceitos fundamentais do nosso sistema jurídico», que se exprimem pelos acima referidos princípios da subsidiariedade ou *ultima ratio* do direito penal e da proporcionalidade,

cujos corolários são os subprincípios da necessidade, da adequação e da proibição do excesso.

E em abono deste entendimento mais uma vez se pode invocar o parecer do Prof. Faria Costa sobre o problema da criminalização da detenção para consumo na Convenção de 1988: «diversamente do que sucede quanto ao tráfico, não existe uma obrigatoriedade absoluta de criminalização, pois ela pode ser afastada desde que conflite com os princípios constitucionais ou com os conceitos fundamentais do sistema jurídico interno [...] Saliente-se que cremos constituir um dos conceitos fundamentais do nosso direito penal o princípio da subsidiariedade ou *ultima ratio* da sua intervenção. Pelo que, em regra, terá de caber ao legislador ordinário ajuizar da idoneidade do direito penal para combater o consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas — e a criminalização de tal comportamento só deverá ocorrer se, para além de necessária, for eficaz no combate ao mesmo» e à protecção do bem jurídico subjacente à proibição do consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas que «só poderá ser a saúde pública» ⁽⁴⁷⁾.

É certo que idênticos princípios, afinal corolários do princípio da liberdade, são partilhados — e, portanto, seriam invocáveis — por outros Estados de direito, o que poderá, sem dúvida, prejudicar a possibilidade de ao abrigo da referida norma internacional se alcançar uma efectiva harmonização ou uniformidade de soluções legislativas no direito interno das Partes. Mas tem de reconhecer-se que é a própria norma que não impõe essa uniformidade, antes admite, expressamente, soluções divergentes ao abrigo de princípios como os que manifestamente existem no nosso sistema jurídico.

Decorre do exposto que a disposição internacional em causa — e terá sido esse o compromisso político internacionalmente possível — não retirou ao legislador dos Estados signatários a faculdade de, ponderando os conceitos fundamentais do respectivo sistema jurídico, optar por não criminalizar a detenção e aquisição de drogas para consumo. É essa ponderação soberana que resulta feita na presente estratégia nacional de luta contra a droga. E isto, como terá ficado claro, não apenas por argumentos de coerência lógica face à descriminalização do próprio consumo — argumentos esses que não permitiriam, só por si, assegurar uma compatibilidade da opção em causa com as convenções internacionais. Mas, sobretudo, porque a criminalização da posse, detenção e aquisição de drogas para consumo colide, no entendimento que se perfilha, com princípios basilares da nossa ordem jurídica.

A conclusão a extrair, portanto, é afinal aquela que com exemplar clareza sustentou o Prof. Faria Costa: «as Convenções da ONU que vinculam o Estado Português não impõem a criminalização do consumo de estupefacientes ou substâncias psicotrópicas. Assim sendo, tal criminalização apresenta-se como uma opção para o legislador ordinário». E logo acrescenta: «Sendo certo, porém, que as convenções impõem, isso sim, uma proibição do consumo, no sentido de uma impossibilidade de total liberalização, tal proibição, caso escape às malhas do direito penal — por opção do legislador ordinário, repita-se — terá de caber ao direito administrativo [...], nomeadamente através de um direito administrativo de natureza sancionatória como é o direito de mera ordenação social» ⁽⁴⁸⁾.

Em suma, a opção estratégica de descriminalizar o consumo de drogas, bem como a detenção e aquisição para esse consumo, não colide com as convenções internacionais a que Portugal se encontra vinculado, sendo que a substituição dessa criminalização pelo ilícito de mera ordenação social corresponde à obrigação internacional de estabelecer no direito interno uma proibição dessas condutas, coisa que não sucederia com qualquer das alternativas que preconizam a sua legalização, sejam elas a liberalização, a regulação ou mesmo a mera legalização do consumo.

E, como resulta do exposto, já se vê que não pode objectar-se, sequer, contra a opção feita que ela prejudicaria o alegado compromisso internacional de permitir uma prática de actuação das autoridades repressivas, que não as inibisse de chegar até aos canais do tráfico, visto que estabelecendo-se, como se preconiza, a proibição da detenção e aquisição por meio do ilícito de mera ordenação social em nada se reduz a margem de manobra na penetração nos circuitos de distribuição e, portanto, no combate ao tráfico.

Nestas condições, sendo a opção estratégica preconizada inteiramente conforme às convenções internacionais, não há motivo para fazer a sua concretização depender de «apoios conducentes a uma progressiva evolução das posições das instâncias internacionais na direcção desejada», por forma a evitar a «ruptura com as convenções internacionais», como prudentemente sugerido pela Comissão para a Estratégia Nacional de Combate à Droga⁽⁴⁹⁾, sugestão essa que, segundo o voto de vencido de dois dos seus membros, «parece limitar-se, *na prática*, a recomendar que o Governo de Portugal anime a discussão internacional desta matéria»⁽⁵⁰⁾.

Do mesmo modo, não parecem existir riscos de «isolamento de Portugal nas organizações internacionais»⁽⁵¹⁾, já que a substituição da criminalização pelo ilícito de mera ordenação social tem tradição no direito comparado, incluindo em Estados membros da União Europeia bem próximos de nós, como já de seguida se dará conta.

29 — A solução legal adoptada e o direito comparado

Não será este, obviamente, o local próprio para uma extensa exposição sobre o enquadramento legal das drogas no direito comparado. Mas justifica-se deixar aqui algumas notas sobre a matéria.

A generalidade dos países ocidentais consagram, como é sabido, a criminalização da detenção e aquisição de drogas para consumo e, diversos deles, também do próprio consumo.

Se na maior parte dos casos essa criminalização corresponde à previsão de variáveis penas de prisão ou multa, também é certo que nem sempre a essa criminalização corresponde a efectiva previsão e aplicação de uma pena. Isto em resultado de uma tolerância pragmática das autoridades ou do exercício do princípio da oportunidade, mas também por força de mecanismos vários, sobretudo em casos de primeira infracção ou de menor gravidade, como o não exercício da acção penal, a suspensão provisória do processo, o regime de prova, a dispensa de pena ou a isenção de pena.

Por outro lado, as sanções clássicas de prisão ou multa, que tendem a poder ser cada vez mais frequen-

temente substituídas pelo tratamento dos toxicodependentes, coexistem hoje com outras penas com dimensão pedagógica, como sucede com a simples advertência ou a pena de trabalho em favor da comunidade.

Em todo o caso, sem menosprezo pelos dados referentes à aplicação prática da lei e dos seus mecanismos, o quadro que se recolhe do direito comparado é — tanto quanto é possível sumariar em poucas palavras — de uma generalizada consideração como ilícito criminal da detenção e aquisição de drogas para consumo, e por vezes, também, do próprio consumo.

Em diversos países esta via foi recentemente reforçada em importantes documentos de orientação política.

No texto introdutório à estratégia norte-americana para o controlo das drogas (The National Drug Control Strategy, 1997) o Presidente Bill Clinton foi claro: «We will continue to oppose all calls for the legalization of illicit drugs [. . .] the current drug legalization movement sends the wrong message to our children.»

Não foi menos explícito o Governo Britânico: «The Government continues to reject legalisation or 'descriminalisation' because of the risks of wider use and the need to send a strong anti-drugs signal to young people in particular [. . .] the Government considers that the case for change has not been made. It therefore remains strongly opposed to the legalisation of cannabis or any other drug controlled [. . .]»⁽⁵²⁾.

Nem mesmo a própria Holanda admite, no actual contexto, introduzir alterações à sua legislação. E são muito elucidativas as razões invocadas: «there must be a danger that legalisation, irrespective of how it was carried out, would increase the availability of the drugs in question (hard drugs) and act as signal to young people that such drugs were not so harmful after all [. . .] The Government is not prepared to take that risk. There are other arguments against legalisation too. After any form of legalisation it is probable that prices on the legal and any remaining illegal markets for hard drugs in the Netherlands would be considerably lower than in neighbouring countries. In such situation it is inevitable that the 'drug tourism', which is already so bitterly resented by the governments of neighbouring countries and indeed by local authorities in the Netherlands, would increase [. . .] Nor do we consider it desirable for all coffee shops to be closed, but the complete legalisation of the sale of cannabis would be equally undesirable [. . .] experts in the field of international criminal law are of the opinion that the international agreements ratified by the Netherlands leave no scope whatsoever for legalising the sale of drugs for recreational purposes [. . .] Legalisation would require the Netherlands not only to denounce the UN conventions in question, but also the Schengen Agreement [. . .] the government does not believe it would be acting responsibly if it were to go it alone and legalise the supply of soft drugs while neighbouring countries did not»⁽⁵³⁾.

Por outro lado, não teve sequência, como é sabido, o relatório elaborado em França por iniciativa de Simone Veil, ao tempo do governo Balladur, e que ficou conhecido pelo nome do presidente da comissão que o redigiu, Roger Henrion. Recorde-se que o relatório Henrion recomendou a descriminalização do uso da *cannabis* e apontava, também, para a futura regulação do seu comércio. Bem pelo contrário, a Comissão Interministerial de Luta contra a Droga e a Toxicodepen-

dência, sob a presidência de Alain Juppé, adoptou em 1995 um programa governamental que insistia na componente repressiva (a par da vertente preventiva, sanitária e de redução de danos), limitando-se, no essencial, a dar sequência ao plano governamental de luta contra a droga apresentado em 1993 — antes ainda do relatório Henrion — por Édouard Balladur⁽⁵⁴⁾.

Na mesma linha o Governo Federal Alemão não acolheu a proposta de um Estado federado no sentido da venda de *cannabis* nas farmácias⁽⁵⁵⁾.

Refira-se, a propósito, que em Abril de 1988 a Organização de Unidade Africana (OUA) considerou e rejeitou a ideia de descriminalizar ou legalizar a *cannabis* e pediu ao PNUCID um plano especial de erradicação.

Neste quadro, porém, dois países europeus sobressaem porque tiveram a ousadia de ir mais longe, explorando um caminho respeitador das convenções internacionais vigentes: optaram pela descriminalização, mantendo embora a proibição através do ilícito de mera ordenação social. Foi o que sucedeu em Espanha e em Itália.

Em Espanha, a posse de droga para consumo próprio está sujeita a sanções meramente administrativas, o mesmo sucedendo com a detenção e o consumo em lugares públicos. A tais infracções administrativas pode ser aplicada não apenas a sanção pecuniária — multa ou, entre nós, coima — mas também a suspensão da licença de condução de veículos com motor até três meses e a retirada da licença de porte de arma.

Em Itália, desde 1990 e em termos mais alargados depois do referendo de 1993, a detenção e aquisição de droga para uso pessoal é também passível de sanção administrativa, que em certos casos pode ser de mera advertência. O regime legal inclui incentivos ao tratamento dos toxicodependentes, cuja recusa injustificada pode dar lugar a sanções adicionais. As sanções, naturalmente transitórias, podem incluir a proibição de frequentar certos locais públicos, obrigação de exercício de actividade não remunerada em favor da comunidade ou apreensão de veículos⁽⁵⁶⁾.

A descriminalização e proibição da posse e aquisição de drogas ilícitas para consumo através do ilícito de mera ordenação social tem, pois, paralelo no direito comparado em países membros da União Europeia e signatários das convenções internacionais celebradas sob a égide da Organização das Nações Unidas.

30 — Orientações para a revisão da lei da droga: a criminalização do incitamento ao consumo

A descriminalização e conseqüente proibição pelo direito administrativo do consumo de drogas ilícitas, bem como da detenção e aquisição para esse consumo, recairá, indistintamente, sobre o consumo público e privado, fundamentalmente por cinco razões:

Em primeiro lugar, porque, como já se fez notar, a proibição da detenção e aquisição de drogas para consumo, ainda que «privado», é imposta pelas convenções internacionais a que Portugal está vinculado.

Em segundo lugar, porque, apesar de qualquer proibição ter diminuto efeito sobre o consumo verdadeiramente «privado», não desapareceu o interesse na conservação do desvalor legal desse consumo, tendo em conta, entre outras razões, a protecção de menores.

Em terceiro lugar, porque o consumo «público»,

podendo embora constituir, em determinadas situações, um grave incitamento ao consumo, não carece de ser criminalizado autonomamente como tal, ao contrário do que pareceu à Comissão para a Estratégia Nacional de Combate à Droga⁽⁵⁷⁾ e outros têm também sustentado, ao menos para as chamadas drogas «duras».

De facto, não se adoptando a distinção entre consumo «público» e «privado», resultará que deve ser dado cumprimento ao disposto no artigo 3.º, n.º 1, alínea c), subalínea iii), da Convenção de 1988, nos termos do qual deverá ser tipificado como infracção penal «o facto de incitar ou instigar publicamente outrem, por qualquer meio, [...] a usar ilicitamente estupefacientes ou substâncias psicotrópicas», cabendo à apreciação casuística das situações de consumo, incluindo do consumo dito «público», avaliar do preenchimento do referido tipo legal de crime. E pode até ser que determinadas situações que poderiam cair numa definição de consumo «privado» devam, em certas circunstâncias, configurar um incitamento ao consumo. Como será de admitir que algumas situações por vezes consideradas de consumo «público» não configurem verdadeiro incitamento.

Em qualquer dos casos, o consumo, ainda que em função das circunstâncias do caso concreto não configure incitamento ao uso, e portanto não constitua crime, não deixará de estar abrangido pela proibição administrativa, o que sempre permitirá a intervenção das autoridades.

Em quarto lugar, porque seriam sem dúvida problemáticas as consequências da distinção de regimes entre a detenção e aquisição para consumo «privado» e para consumo «público», na medida em que deixaria às autoridades chamadas a intervir a ingrata tarefa de discernir os motivos dessas condutas, frustrando-se, em muitas situações, os propósitos da proibição enquanto instrumento preventivo do chamado consumo «público».

Finalmente, porque assim se evita uma distinção complexa e certamente dúbia entre o que é «público» e o que é «privado», distinção, aliás, não desprovida de um certo carácter falacioso, já que não poderia deixar de se permitir a fruição em público — com a conseqüente exibição pública dos efeitos das drogas — apesar de a lei remeter o acto de consumo para a intimidade privada.

31 — Orientações para a revisão da lei da droga: as chamadas drogas «leves» e «duras»

A proibição pelo ilícito de mera ordenação social abrangerá, também, o conjunto das tradicionalmente chamadas drogas ilícitas, sejam elas rotuladas de «duras» ou «leves».

Trata-se, mais uma vez, como já atrás se explicou, de uma incontornável conseqüência das convenções internacionais vigentes, que remetem para uma proibição cujo âmbito não pode depender desta distinção.

Já neste documento se deu conta, porém, de todo o interesse que esta questão merece, a ponto de fazer parte de uma das opções estratégicas proclamadas o acompanhamento do debate internacional e o aprofundamento da investigação científica sobre a matéria. E isto, como se disse, não apenas para efeitos da participação activa de Portugal na definição das estratégias da comunidade internacional e da União Europeia, mas também para efeitos da política legislativa, de que aqui se cuida.

É já hoje evidente que as drogas não são todas iguais nos seus efeitos para a saúde e nas consequências sociais do seu consumo. Este ponto é, aliás, particularmente valorizado na estratégia de prevenção adoptada, constituindo, de resto, condição de credibilidade da mensagem que há-de animar as acções preventivas.

Ora, não pode o Estado ignorar na sua política legislativa aquilo que apregoa na sua política de prevenção.

Por isso, o novo quadro legal deve conter sanções administrativas diferenciadas em função da perigosidade inerente ao consumo das diferentes drogas, ponderados os demais factores relevantes para a fixação da moldura sancionatória, sem prejuízo do reconhecimento e divulgação dos efeitos nefastos de todas as drogas.

De resto, a fixação de sanções diferenciadas — por exemplo no caso da *cannabis* e seus derivados, haxixe e *marijuana* —, para além de coerente com as mensagens em sede de acções preventivas, poderá contribuir, também, em certa medida, para desencorajar a transição para drogas mais perniciosas.

32 — Orientações para a revisão da lei da droga: as sanções administrativas

O quadro sancionatório a adoptar por meio do ilícito de mera ordenação social não poderá deixar de ter presente o princípio humanista que enforma a presente estratégia nacional de luta contra a droga. Isto implica, naturalmente, a fixação de sanções verdadeiramente adequadas às pessoas e às situações em causa.

Ora, é fora de dúvida que a sanção característica do ilícito de mera ordenação social — a coima, aplicada por uma autoridade administrativa — sendo uma sanção de tipo pecuniário, não será, muitas vezes, a medida ajustada aos casos de consumo de drogas ou da sua detenção e aquisição para consumo. É manifesto que, sobretudo no caso de toxicod dependentes, a espiral de destruição frequentemente provoca uma dramática delapidação do património pessoal e familiar, quando não mesmo a ruptura com os meios de obtenção lícita de sustento, pelo que uma sanção pecuniária, para além de deslocada por não promover a recuperação de quem dela precisa, tenderia a ser meramente virtual.

E o problema também não se resolveria por meio do recurso às sanções acessórias previstas no regime quadro das contra-ordenações, muitas delas desajustadas da situação de que aqui cabe tratar.

Só que nada disto prejudica o mérito da opção pelo ilícito de mera ordenação social e muito menos ressuscita vantagens do modelo criminalizador. Bem pelo contrário, cumprirá recordar, sumariamente, a muito mais flagrante desadequação da pena de prisão prevista na nossa actual lei da droga — ainda que raramente aplicada de modo efectivo aos consumidores — e a natureza, na prática igualmente pecuniária, da pena de multa hoje vigente, com a agravante de poder ser substituída por prisão efectiva em caso de não pagamento.

O que se preconiza é um regime contra-ordenacional especial, em que, para além da coima, em vez dela ou subsidiariamente a ela, ou no quadro da suspensão do processo de contra-ordenação, se preveja a aplicação de outras medidas mais apropriadas.

Desde logo, a desintoxicação e o internamento em comunidade terapêutica, no caso de toxicod dependentes, como alternativa de sanções administrativas.

A ideia, aliás, já foi expressamente defendida entre nós⁽⁵⁸⁾.

As sanções administrativas, principais ou acessórias, devem ser equacionadas na linha da experiência espanhola ou italiana, admitindo outras que se revelem apropriadas, posto que compatíveis com o alcance das garantias processuais próprias do ilícito de mera ordenação social e com os limites constitucionais. E não pode excluir-se, também, o arquivamento ou a dispensa de sanção administrativa em certas situações, pois que se elas se admitem em sede de ilícito criminal, por maioria de razão se deverão admitir, para situações idênticas, no ilícito administrativo.

Por outro lado, deve consagrar-se como sanção acessória, ou no quadro de regulamentação administrativa própria, a medida de suspensão da licença ou da autorização de funcionamento dos estabelecimentos públicos onde se verifique, de forma reiterada ou ostensiva, a prática da contra-ordenação de consumo de drogas ilícitas.

Mas muitas das soluções já hoje constantes do regime geral das contra-ordenações conservarão pertinência no caso presente. É o caso da admoestação, que poderá ter lugar para primeiras infracções ou casos de menor gravidade. É o caso, também, das sanções acessórias de perda de objectos pertencentes ao agente e, eventualmente, da própria inibição de exercício de certas actividades profissionais.

E não parece necessário, sequer, reforçar especialmente os poderes legais das autoridades policiais e fiscalizadoras, pois no quadro do regime geral do ilícito de mera ordenação social se encontram já os mecanismos suficientes para a intervenção necessária à investigação dos factos, à garantia da ordem pública e à perseguição do tráfico, incluindo a identificação pelas autoridades administrativas e policiais do respectivo agente, bem como a apreensão provisória e posterior perda de objectos utilizados na prática de contra-ordenações, sobretudo quando perigosos, ainda que não possa haver lugar a procedimento contra o agente ou que não lhe seja aplicada uma coima.

Por outro lado, recorde-se que a eficácia das sanções administrativas poderá sempre beneficiar da já existente tipificação como ilícito criminal da desobediência a ordem legítima emanada de autoridade competente.

Mais do que uma adaptação, nos termos referidos, do regime jurídico do ilícito de mera ordenação social, a solução preconizada exigirá uma adaptação do aparelho administrativo que vier a ser incumbido de zelar pela sua aplicação, atenta a relevância e complexidade social do problema do consumo de drogas e da toxicod dependência.

33 — Outras alterações legislativas

A revisão da chamada «lei da droga» (Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, rectificado e republicado a 20 de Fevereiro do mesmo ano), decorrente da opção de descriminalização de que acima se deu conta, deverá constituir uma oportunidade para considerar um conjunto de outras alterações ao mesmo diploma, designadamente as que têm sido sugeridas por diferentes personalidades e autores, às quais se juntam, agora, propostas da Comissão para a Estratégia Nacional de Combate à Droga⁽⁵⁹⁾.

Especial consideração deverão merecer as possibilidades seguintes:

- a) Confirmar, por disposição expressa, a licitude da prescrição médica de drogas autorizadas, nomeadamente drogas de substituição;
- b) Proibir a utilização como prova de consumo de estupefacientes ou substâncias psicotrópicas para efeitos de investigação do respectivo ilícito, dos resultados das perícias ou exames médicos, bem como da prova recolhida para caracterização do estado de toxicodependência;
- c) Eventual revisão dos elementos do crime de tráfico ou das suas consequências legais, ponderando, especialmente, os que se prendem com os conceitos de detenção, posse, transporte, oferecimento, cedência, empréstimo e compra em conjunto;
- d) Redefinir a figura do traficante-consumidor, nomeadamente tendo em conta os casos em que este não destina, em exclusivo, o produto da droga traficada ao alimentar da sua toxicodependência, mas reserva uma parte para satisfazer necessidades básicas de subsistência.

A aplicação da lei

34 — Promover a aplicação dos mecanismos previstos na lei da droga

Os dados disponíveis sobre a aplicação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, a actual lei da droga, constam dos relatórios oficiais que têm vindo a ser publicados e foram sumariados no relatório da Comissão ⁽⁶⁰⁾.

Se é verdade que esses dados permitem confirmar que são muito poucos os consumidores condenados em prisão efectiva pelo crime de consumo, permitem, também, concluir que, em diversos aspectos, a aplicação da lei não corresponde ainda aos objectivos visados pelo legislador, sendo pouco utilizados os mecanismos que pretendiam garantir uma adequação do regime legal à situação específica em que se encontram os toxicodependentes e à natureza dos ilícitos praticados.

Desde logo, o instituto da suspensão provisória do processo, que substituiu a figura do não exercício da acção penal, raramente é utilizado ⁽⁶¹⁾.

Do mesmo modo, é extremamente restrito o recurso à suspensão de execução da pena mediante a obrigação de tratamento voluntário do toxicodependente, seja em casos de consumo, seja em caso de outros crimes, em flagrante contraste com o confessado propósito do legislador de o contacto com o sistema formal da justiça servir para mobilizar os utensílios jurídicos «no máximo da sua valência, para que o toxicodependente ou o consumidor habitual se liberte da escravidão que o domina, mediante os incentivos adequados do tratamento e da reabilitação». O mesmo sucede com a obrigação de tratamento como injunção complementar de outra medida.

Igualmente diminuta é, também, a utilização do chamado «regime de prova».

Por outro lado, sendo a pena de multa a mais aplicada aos toxicodependentes, verifica-se o reduzido número de casos em que é aplicada a simples admoestação dos consumidores ou a dispensa de pena (em 1997 estas soluções foram aplicadas, no total, em 240 casos, distribuindo-se de forma quase igualitária num universo

de 2238 casos). E mais rara ainda é a pena de prestação de trabalho a favor da comunidade (não mais de oito penas deste tipo em todo o ano de 1997).

Evidentemente, este quadro sofrerá alterações uma vez que se proceda à preconizada descriminalização do consumo, bem como da detenção e aquisição para consumo.

Mas não só isso não afectará a pertinência de muitos destes mecanismos na lei da droga — por exemplo no que se refere ao tratamento em alternativa de pena a aplicar aos traficantes-consumidores —, como a não resolução dos problemas que estão na origem destes bloqueios acabará por se reflectir no insucesso de soluções análogas a consagrar no novo regime do ilícito de mera ordenação social.

Importa, antes do mais, assegurar a sensibilização dos aplicadores do direito, promovendo as necessárias acções de formação, em colaboração com o Centro de Estudos Judiciários e a Ordem dos Advogados.

Mas importa, também, garantir os meios e os procedimentos necessários ao bom funcionamento destes mecanismos.

Neste aspecto, é absolutamente crucial a nova cláusula já consagrada no Decreto-Lei n.º 72/99, de 15 de Março, sobre o sistema de apoios ao tratamento e reinserção social de toxicodependentes, já que aí agora se exige que «as unidades privadas de saúde só podem celebrar convenções, nos termos do presente diploma, desde que se disponibilizem, com menção expressa na própria convenção, para aceitar toxicodependentes que se encontrem em cumprimento de medidas tutelares, de penas substitutivas de prisão, bem como em tratamento ou internamento impostos em processo penal, de liberdade condicional, ou de outras medidas flexibilizadoras da pena de prisão» (cf. artigo 5.º, n.º 2).

Complementarmente, deverá dotar-se os tribunais com uma lista actualizada das instituições para onde podem ser encaminhados toxicodependentes para tratamento.

35 — Perícias ou exames médicos

Outro problema a resolver — e que é da maior importância para uma boa aplicação da lei — é o da dificuldade de realizar, ao menos com a devida celeridade, as perícias ou exames médicos necessários à determinação do estado de toxicodependência, que tendem a ser substituídos em julgamento pela mera convicção do julgador, assente, sobretudo, na confissão do arguido ou na demonstração documental de que o mesmo está sujeito a tratamento médico.

Esta situação, que se fica a dever, sobretudo, à escassez de serviços de saúde pública especialmente habilitados e disponíveis para realizar estes exames, é agravada pelas dificuldades de articulação que ainda persistem, a que se junta a pressão no sentido de reduzir a morosidade dos processos — a qual tende a afastar procedimentos que não sejam minimamente expeditos.

O crescimento da rede de prestação de cuidados de saúde aos toxicodependentes permite, agora, superar este problema.

Importa, antes do mais, delimitar melhor, à luz dos conhecimentos científicos disponíveis, os casos em que verdadeiramente se justificará a determinação do estado de toxicodependência por via de um exame médico deste tipo — por exemplo, será de reanalisar os casos em que

seja de presumir inimputabilidade ou imputabilidade diminuída, bem como os casos de aplicação de medida de internamento — ou, ao menos, fixar as condições em que o mesmo poderá ser dispensado por indicação de um perito.

Por outro lado, na falta de suficientes instituições locais do sistema de saúde devidamente habilitadas para este tipo de serviços, deverão reforçar-se os meios ao dispor dos peritos médicos dos tribunais e alargar a sua intervenção neste tipo de casos.

A isto haverá que juntar a consagração legal da possibilidade de solicitação directa de exames a instituições de saúde da área de residência do toxicodependente, devendo dotar-se os tribunais com uma lista destas instituições.

36 — Grupo de trabalho para a aplicação técnica da lei da droga

Para assegurar uma boa aplicação dos mecanismos previstos na lei da droga e ponderar as formas concretas de superar os bloqueios existentes, deverá ser criado um grupo de trabalho para a aplicação técnica da lei da droga, com a duração máxima de dois anos.

Este grupo, que submeterá as suas propostas ao Ministro da Justiça, deverá debruçar-se, nomeadamente, sobre a problemática dos exames e perícias médicas a toxicodependentes, dos exames laboratoriais e do acesso a estabelecimentos, públicos e privados, para tratamento de toxicodependentes em alternativa de pena ou de outras medidas.

Na composição deste grupo, convirá que estejam representados, a nível elevado, as magistraturas, judicial e do Ministério Público, os institutos de medicina legal, a Direcção-Geral dos Serviços Prisionais, o Instituto de Reinserção Social e o Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência (SPTT).

CAPÍTULO V

Prevenção

As estratégias preventivas

37 — Prevenção: reduzir a procura de drogas

O modelo de prevenção em geral adoptado pelas ciências psicossociais apoia-se, em grande parte, numa perspectiva de saúde pública, englobando três níveis clássicos: prevenção primária, prevenção secundária e prevenção terciária.

A prevenção primária — conceito inicialmente utilizado pelos técnicos de saúde pública — refere-se ao conjunto de intervenções que têm como objectivo intervir sobre as causas das doenças, possibilitando, assim, que estas não se cheguem a manifestar.

A prevenção secundária diz respeito ao diagnóstico precoce e imediato tratamento de uma determinada afecção, pressupondo a detecção rápida dos sintomas ligeiros das doenças e a aplicação de uma terapêutica eficaz.

A prevenção terciária relaciona-se com a interrupção de um processo patológico e com o esforço para evitar que dele decorra uma perda de capacidades (total ou parcial) que impeça o indivíduo de se integrar na sociedade após o fim da perturbação em causa.

Recentemente, tem-se vindo a assistir, sobretudo na área psicossocial, à substituição das expressões

«prevenção secundária» e «prevenção terciária» por termos mais precisos, como «tratamento» e «reabilitação/reinserção».

É, também, habitual distinguir, no âmbito da prevenção primária, a prevenção inespecífica da prevenção específica, consoante a acção preventiva se dirige às variáveis que estão na origem de um conjunto de comportamentos de risco ou toma como alvo privilegiado, quando não único, o próprio consumo de substâncias ou a passagem do uso ao abuso.

Mas no caso das toxicodependências não é raro fazer uso da palavra «prevenção» sem recorrer a qualquer adjetivação. Neste sentido, a prevenção engloba todas as iniciativas que, apoiadas em princípio numa estratégia global de actuação e em pressupostos teóricos sólidos, visam reduzir a procura das diferentes drogas.

Não obstante este sentido amplo que pode ter o termo «prevenção», importa, em termos operacionais, distinguir e tratar separadamente as suas diferentes dimensões, cuidando-se neste capítulo, de forma especial, da prevenção primária.

A prevenção pode ser considerada como um conjunto de estratégias destinadas a criar e manter estilos de vida saudáveis, englobando o envolvimento das comunidades, das suas instituições e dos seus sistemas ⁽⁶²⁾.

Deste ponto de vista, a prevenção compreende a difusão de informação sobre o problema da droga (ex.: campanhas nos meios de comunicação social), a garantia de informação e educação sobre o modo de atingir e manter a saúde em geral, o desenvolvimento de actividades alternativas saudáveis (ex.: desportos e dança) e a existência de um contexto de políticas promotoras de saúde. Assim, os programas preventivos do uso/abuso de drogas devem cobrir uma vasta série de temas, desde, obviamente, a informação sobre as drogas, a saúde e a sua promoção até à capacidade de tomar decisões e resolver problemas, passando pela valorização das competências de comunicação, pelo reforço das resistências à pressão negativa do grupo, pela apresentação de alternativas ao uso de drogas e pela afirmação da identidade e auto-estima.

38 — A prevenção e a complexidade das causas da procura de drogas

Visando a prevenção, em última análise, reduzir a procura de drogas, importa identificar as causas prováveis dessa procura, para poder agir sobre elas.

Apesar de todas as incertezas do conhecimento actual sobre a matéria, é hoje claro que a clássica dicotomia saúde-doença se revela redutora para traduzir a complexidade do problema. Na verdade, verifica-se uma forte e progressiva tendência para levar em linha de conta múltiplas variáveis, incluindo as que dizem respeito a características de ambientes restritos (microcontextos) e de sistemas sociais (macrocontextos).

A maioria dos modelos preventivos conceptualiza o consumo como o resultado de um processo complexo, em que interagem factores relacionados com o «perfil biológico» do indivíduo e outros originários das influências sócio-culturais e trajectos pessoais e interpessoais específicos que participam na construção da identidade.

O que se pretende com uma abordagem preventiva é, de uma forma geral, reduzir a vulnerabilidade do indivíduo relativamente a condições susceptíveis de aumentar os riscos de utilização de drogas e ou do desenvolvimento de dependência.

Daí que os objectivos do trabalho preventivo no terreno possam obedecer a uma dupla perspectiva: facilitar a aquisição de competências e ou promover mudanças ambientais, nos sistemas e estruturas sociais (63).

Em concreto, as intervenções preventivas assumem o objectivo de modificar alguns dos factores intrapessoais que favorecem o consumo de drogas ou de alterar circunstâncias situacionais e sociais específicas, por forma a facilitar a aquisição pelos destinatários de um sistema de respostas que permitam responder com o não consumo aos diversos tipos de solicitações.

39 — Identificar factores de risco e factores de protecção

Embora a investigação sobre o uso/abuso de drogas não seja completamente conclusiva, é possível identificar um conjunto de variáveis relacionadas com os principais factores susceptíveis de influenciar o início dos consumos e que deverão ser tidos em conta na formulação das estratégias preventivas.

Importa, antes do mais, identificar os factores de risco que os estudos epidemiológicos e a experiência clínica têm permitido associar ao consumo de drogas. Trata-se de factores de fragilidade preexistentes ou ligados a acontecimentos negativos nas narrativas de vida dos indivíduos consumidores de drogas que aumentam a probabilidade de ocorrência de comportamentos que comprometem a saúde — tal como entendida pela Organização Mundial de Saúde e, portanto, nas suas vertentes biológica, psicológica ou social.

Por outro lado, é essencial não esquecer que existem, também, factores protectores, observáveis em indivíduos que não apresentam os mesmos comportamentos quando sujeitos a idênticas situações de risco.

O desenvolvimento humano saudável resultaria, assim, de um equilíbrio entre factores de risco e factores de protecção.

A nível individual, podem considerar-se como factores de risco os seguintes:

- a) Insucesso escolar e abandono precoce da escola;
- b) Comportamentos violentos e anti-sociais com início na infância, nomeadamente persistência de atitudes contra a lei e a ordem;
- c) Experimentação de drogas em idade precoce;
- d) Pouca resistência à pressão do grupo na adolescência e frequência sistemática de grupos juvenis onde existe abuso de álcool e outras drogas (o grupo pode constituir um factor de vulnerabilidade, se existe experimentação e uso frequente de drogas, ou um factor protector, se veicula valores contrários ao uso ou abuso de drogas);
- e) Baixa auto-estima.

A nível familiar, os mais importantes factores de risco serão os seguintes:

- a) Precariedade económica do agregado familiar, com carências de habitação e emprego estáveis;
- b) Famílias desagregadas ou em ruptura, com marcadas dificuldades de comunicação;
- c) Ausência de suporte emocional dos adultos em relação às crianças, com falta de carinho e envolvimento afectivo desde a primeira infância;
- d) Expectativas irrealistas face ao desempenho dos mais novos.

A nível escolar, podem indicar-se os factores de risco seguintes:

- a) Estabelecimentos de ensino incorrectamente dimensionados e com más instalações (ex.: falta de instalações desportivas e de lazer);
- b) Escolas com mau clima escolar, nomeadamente ausência de regras e conflitos permanentes;
- c) Pouca participação estudantil.

Os factores protectores mais frequentemente salientados na literatura científica são os seguintes:

- a) Boa auto-estima, crenças de auto-eficácia, capacidade de resolução de problemas, competências de relacionamento interpessoal e expectativas de sucesso realistas;
- b) Famílias com intimidade, envolvimento afectivo, padrões de comunicação claros e fronteiras nítidas [em que a colaboração intrafamiliar se dá num contexto de interdependência, por contraponto a um hiperenvolvimento ou hiperdistanciamento (64)] e famílias sem história de consumo de tóxicos;
- c) Escolas promotoras do envolvimento dos alunos nas actividades, sendo os estudantes ouvidos nas tomadas de decisão e valorizada a sua competência em diversas áreas;
- d) Comunidades activas nos programas de prevenção, fomentando a discussão do problema e a utilização de estratégias para o resolver.

40 — Conhecer a evolução do fenómeno do consumo de drogas

A definição de estratégias preventivas supõe, por outro lado, conhecer a expressão actualizada do fenómeno do consumo de drogas.

Na verdade, registam-se sensíveis evoluções nas características da dependência de tóxicos que não podem deixar intocadas as acções de prevenção.

É o que hoje sucede com as novas tendências do consumo, na direcção do uso e abuso de anfetaminas, a partir da difusão do *ecstasy*, distribuído sobretudo em discotecas e em festas *rave*.

Por outro lado, é necessário procurar conhecer o diferente sentido que podem ter os comportamentos assumidos pelos diferentes grupos, mesmo quando esses comportamentos são objectivamente idênticos: o que motiva o consumo de haxixe por adolescentes provavelmente não será o mesmo que motiva esse mesmo consumo por intelectuais de meia-idade; o uso da cocaína pode ter explicação no facto de ser, em certos meios, um «produto de eleição» ou constituir aí uma «muleta química» ou pode ser apenas uma mera «droga de escape» durante os tratamentos da dependência de heroína por antagonistas.

Só um vasto e preciso estudo epidemiológico, não existente ainda em Portugal, permitirá identificar correctamente os diversos «perfis dos utilizadores de drogas», sem ceder à tentação de generalizações abusivas.

41 — Adaptar as estratégias de prevenção aos destinatários

A intensidade do programa preventivo, as componentes em que se divide e os resultados que pretende

obter têm de ser definidos previamente e adaptados aos seus diferentes destinatários.

As populações com baixo nível de risco devem ser alvo de intervenções sobretudo de carácter informativo, visando a promoção do desenvolvimento psicossocial dos indivíduos.

Pelo contrário, as populações com alto nível de risco, em função da sua maior vulnerabilidade ao uso de drogas, por factores intrínsecos ou extrínsecos, deverão ser previamente estudadas e alvo de intervenções preventivas mais intensas e adequadas às dificuldades detectadas (ex.: adolescentes de bairros degradados onde predominam o desemprego, consumos tóxicos e a desagregação familiar).

42 — Qualidades essenciais das acções preventivas

É possível sumariar algumas das qualidades essenciais que devem marcar as acções preventivas.

Em primeiro lugar, as acções preventivas devem, sempre que possível, ser marcadas pela proactividade, isto é, devem preceder o aparecimento do problema que se pretende prevenir, o que pressupõe a prévia identificação de unidades alvo junto de determinado grupo de indivíduos que possam ser caracterizados como uma população em risco.

Em segundo lugar, as acções preventivas devem pautar-se pelo princípio da focalização, ou seja, devem ser dirigidas a determinadas populações ou sistemas sociais «saúáveis» ou «em risco», envolvendo, de preferência, grupos de indivíduos definidos a partir da observação das modificações dos sistemas sociais.

Em terceiro lugar, as acções preventivas devem ser marcadas pela intencionalidade, de modo a fortalecer a adaptação psicológica dos indivíduos ainda não afectados.

Em quarto lugar, as acções preventivas devem ter em conta o princípio da continuidade, que dê espaço para debates esclarecedores em pequenos grupos, que permita compreender a evolução do crescimento e a trajectória pessoal dos seus destinatários e que facilite a articulação com a intervenção a cargo de outras estruturas, para além de viabilizar a inflexão atempada das estratégias cuja execução mostrou serem ineficazes.

Finalmente, as acções preventivas devem sujeitar-se à sua avaliação, entendida como o conjunto de procedimentos destinados a examinar os efeitos das estratégias preventivas, de modo a testar a sua eficácia.

43 — A avaliação dos programas de prevenção

A avaliação dos programas de prevenção do abuso de drogas é essencial para a transmissão de experiências e para a análise dos resultados, permitindo, por essa via, melhorar a qualidade das intervenções.

O lugar da avaliação é, aliás, central na presente estratégia nacional de luta contra a droga, merecendo um especial desenvolvimento a propósito da temática da investigação e, sobretudo, da chamada investigação/intervenção.

Sem prejuízo, portanto, de adiante se voltar ao tema, convirá aqui dizer que essa avaliação deverá responder às seguintes perguntas básicas ⁽⁶⁵⁾:

Qual a natureza e a dimensão do problema?
Que intervenções são susceptíveis de afrontar o problema?

Que grupo alvo se pretende atingir com a intervenção?

A intervenção atinge de facto o grupo alvo?

A intervenção está a ser executada de acordo com o plano delineado?

A intervenção é eficaz?

Há que distinguir dois tipos de avaliação: a avaliação dos resultados, também chamada avaliação sumativa, e a avaliação do processo, ou avaliação formativa ⁽⁶⁶⁾.

A avaliação sumativa pretende determinar se os indivíduos que estiveram na intervenção preventiva apresentam ou não taxas mais baixas de consumo no pós-teste do que os sujeitos que não participaram na acção e se as atitudes em face das drogas se tornaram claramente menos positivas nos membros do grupo experimental, levando a uma menor intenção de consumir drogas.

A avaliação formativa, que diz respeito à execução da acção preventiva, descreve as actividades do programa que foram planeadas e as que foram efectivamente realizadas.

Na ausência de correctos instrumentos de avaliação do fenómeno das toxicodependências, as políticas de prevenção deparam-se com inúmeras dificuldades. Mas a sua passagem à prática é de instante importância: talvez em nenhuma outra área seja tão verdadeiro o velho aforismo «mais vale prevenir do que remediar».

44 — Prioridades nas estratégias de prevenção primária

A política de prevenção primária deve articular-se com os objectivos gerais da presente estratégia nacional de luta contra a droga e as opções que a norteiam.

Importa, pois, dar seguimento à opção estratégica de reorientar a prevenção primária por forma a mobilizar os jovens, os pais, as escolas e as instituições da sociedade civil e a rever o conteúdo das mensagens e das acções com base na identificação de factores de risco, de factores protectores e das características específicas dos grupos destinatários, garantindo a continuidade das intervenções preventivas, inserindo uma informação rigorosa sobre a perigosidade dos diferentes tipos de drogas lícitas e ilícitas, incluindo as novas drogas sintéticas e conferindo prioridade às acções dirigidas ao fim da infância e início da adolescência e a populações de risco.

O foco das acções preventivas deve, na verdade, dirigir-se essencialmente para o fim da infância (9/10 anos) e início da adolescência (12/13 anos), tendo em atenção os factores de vulnerabilidade já descritos anteriormente. Isto não invalida que o trabalho preventivo se deva iniciar no seio da família por ocasião dos anos pré-escolares e continue durante a escolaridade.

Devem merecer especial atenção na definição das estratégias preventivas os jovens que abandonam o sistema escolar sem concluírem a escolaridade, os filhos dos toxicodependentes, os jovens que pertencem a minorias com problemas de integração e os imigrantes.

Por outro lado, o próprio conteúdo das mensagens preventivas deve ser repensado.

A informação relativa às drogas tem de evitar os perigos da banalização e da diabolização. Para isso, importa recusar a desvalorização dos riscos que os consumos pressupõem e, ao mesmo tempo, rejeitar a culpabili-

zação e a discriminação dos toxicodependentes. A credibilidade das mensagens preventivas junto dos seus destinatários depende, em boa parte, da atenção ao contexto e à população alvo a que se dirigem e à consideração dos toxicodependentes não como meros «objecto problema» mas como cidadãos com deveres, direitos e um problema grave a resolver.

É fundamental, também, que as mensagens preventivas façam realçar as consequências dramáticas do estado de dependência, a começar pela modificação da própria relação do utilizador com o produto, que é inerente à dependência, salientando a consequente polarização totalitária de todos os interesses do utilizador na substância, com marcado prejuízo do seu relacionamento interpessoal.

Não obstante, constitui, sem dúvida, condição essencial de credibilidade das mensagens preventivas o esclarecimento dos diferentes graus de perigosidade das várias drogas, incluindo nesse esclarecimento não apenas as actuais drogas ilícitas mas outras substâncias psicoactivas susceptíveis de provocar dependência, por forma a evitar generalizações facilmente detectáveis pelos destinatários como falsas. Por exemplo, não deve falar-se de «droga» no singular, colocando no mesmo plano a heroína e o haxixe.

Por outro lado, esse esclarecimento deverá ter em conta as novas tendências em matéria de consumo, o que significa uma especial atenção às novas drogas sintéticas, como a metilendioximetanfetamina (MDMA ou *ecstasy*), cujo uso é crescente em Portugal, sobretudo em festas particulares, nas discotecas e no âmbito da chamada «cultura *rave*», contando com a inadvertida publicidade através da «informação» dos meios de comunicação social.

As respostas na área da prevenção deverão, ainda, assegurar uma intervenção integrada pela abordagem global das diversas vertentes dos comportamentos de risco: sanitária (doenças sexualmente transmissíveis, tratamento face ao consumo de substâncias), escolar (abandono e insucesso), criminal (aumento da criminalidade relacionada com as drogas) e social (deterioração do tecido social associada ao consumo, sobrecarga da segurança social). Essa intervenção integrada deverá favorecer, também, a racionalização de meios, na linha do que se procurou com o Protocolo de Cooperação entre o Governo e a Câmara Municipal do Porto, denominado «Contrato Cidade».

No que se refere ao modo de transmitir as mensagens preventivas, deve ter-se em conta que os jovens são os mediadores mais eficazes junto dos outros jovens. É, por isso, da maior importância privilegiar o trabalho com jovens devidamente sensibilizados para o problema e preparados pela frequência de acções de formação.

Por outro lado, importa investir fortemente no trabalho de rua, de um modo flexível e móvel, de forma a garantir uma relação com os jovens no seu meio habitual. Esta acção é, aliás, prioritária para muitos utilizadores de droga que não frequentam a escola nem aparecem nos centros de tratamento.

Estruturas organizativas da prevenção primária

45 — Um novo modelo organizativo

A determinação das estruturas organizativas da prevenção primária obedece ao princípio da coordenação e da racionalização de meios.

A coordenação, porém, deve estabelecer-se não apenas ao nível das diferentes intervenções em sede de prevenção primária, mas, também, entre as diversas vertentes da prevenção — primária, secundária e terciária — que, de algum modo, se complementam. Por outro lado, essa coordenação há-de envolver, ainda, a necessária articulação das intervenções nos planos da redução da procura e do combate à oferta.

Assim sendo e porque as estruturas de coordenação do desenvolvimento da estratégia nacional de luta contra a droga extravasam, como se vê, o plano da prevenção primária e mesmo o da prevenção em sentido amplo, dessas estruturas se dará conta em capítulo próprio.

Por seu turno, o objectivo de racionalização de meios passa aqui pela atribuição de responsabilidades de direcção e execução em matéria de prevenção primária ao Instituto Português da Droga e da Toxicodependência, recentemente criado, o qual será dotado de delegações regionais que permitam uma maior proximidade com os problemas e as populações.

No entanto, as responsabilidades do IPDT não prejudicam o princípio de que a resposta pública aos problemas levantados pelo fenómeno da droga e da toxicodependência deverá ser assegurada pelos serviços sectoriais que com ele directamente se confrontam, sobretudo no âmbito dos Ministérios da Educação, da Saúde, da Justiça, do Trabalho e da Solidariedade, da Administração Interna e da Defesa Nacional, bem como do departamento responsável pela política de juventude, os quais deverão progressivamente incluir nas suas estratégias e actividades respostas à realidade social que se traduz pelo consumo e tráfico de drogas.

Contudo, em conformidade com o proclamado princípio da subsidiariedade, preconiza-se uma progressiva transferência de responsabilidades na área da prevenção primária para as autarquias locais, designadamente para os municípios, incluindo na promoção do planeamento e da articulação local das intervenções dos serviços da administração. Para isso, prevê-se, numa primeira fase, o estabelecimento de parcerias entre os municípios interessados e a administração central, através do IPDT e das suas delegações regionais, com recurso aos instrumentos de financiamento previstos na lei.

Do modelo organizativo aqui sumariamente exposto decorre a necessária transferência para o IPDT das funções de execução e coordenação da prevenção primária que têm sido exercidas pelo Projecto VIDA.

46 — A extinção do Projecto VIDA e a redistribuição das suas competências

O Projecto VIDA, criado em 1987, desempenhou um papel extremamente importante na coordenação e na execução das políticas de prevenção em Portugal nos últimos anos. Contudo, e apesar de ter sido sujeito a quatro reestruturações em menos de 12 anos (1990, 1992, 1996 e 1998), a experiência revelou as insuperáveis limitações do seu modelo orgânico para a eficaz prossecução das tarefas a desenvolver neste campo. Limitações essas que contribuíram, sem dúvida, para a avaliação feita da sua actividade no relatório da Comissão para a Estratégia Nacional de Combate à Droga ⁽⁶⁷⁾.

O Projecto VIDA, recorde-se, tem, ainda hoje, estrutura semelhante à de um «alto-comissariado», sendo dirigido por um «coordenador», assistido por uma

comissão interdepartamental. O Projecto VIDA está dotado dos recursos próprios de um gabinete equiparado ao de subsecretário de Estado (um adjunto e uma secretária pessoal), a que acrescem núcleos coordenadores distritais, funcionando junto dos governos civis e integrando quase sempre um único coordenador, com a missão de articular, a partir da reunião de um plenário de representantes, os serviços da administração central com implantação local.

É uma estrutura excessiva para coordenar e insuficiente para executar.

Excessiva para coordenar, na medida em que a coordenação pode efectuar-se por via de uma estrutura mais simplificada e mais próxima do nível político, como adiante se verá.

Insuficiente para executar, porque o desenvolvimento da prevenção primária exige outro modelo orgânico e outro tipo de meios, como os que agora se procura concentrar no IPDT.

Aliás, a estrutura orgânica do Projecto VIDA revelou-se insuficiente para assegurar, por meios próprios, algumas tarefas previstas na lei, a que se vieram juntar as iniciativas lançadas no âmbito da prevenção primária e que nem sempre lograram impedir zonas de sobreposição e, portanto, de gestão menos racional de meios.

Na prática, o Projecto VIDA foi procurando suprir as suas limitações institucionais pela contratação «a recibo verde» de mais de duas dezenas de colaboradores, sem com isso obter, apesar do esforço meritório de todos, a estabilidade que as missões prosseguidas exigiam. Limitações particularmente evidentes ao nível dos núcleos distritais, onde escasseiam os recursos humanos e abundam os problemas logísticos, problemas a que acresce o da compatibilização dos quotidianos profissionais dos representantes dos diversos serviços com o papel a desempenhar por cada um deles no respectivo núcleo.

Não deve, no entanto, menosprezar-se o mérito de muitas das realizações levadas a cabo no âmbito do Projecto VIDA, nem ignorar-se o serviço prestado à comunidade por aqueles que nele colaboraram ao longo de mais de uma década.

Em rigor, não se trata tanto de extinguir uma estrutura, mas de adoptar um mais adequado modelo orgânico — que, no plano da prevenção primária, passa, essencialmente, por um verdadeiro instituto público, o IPDT, e por parcerias com as autarquias locais — por forma a permitir melhorar a eficácia da resposta e até alargá-la a áreas até aqui ainda carecidas, como as da prevenção primária na comunidade, da formação, da investigação e da informação sobre a droga e a toxicodependência, bem como a relativa à cooperação internacional.

A extinção do Projecto VIDA e dos respectivos núcleos distritais, aliada à transferência das suas funções, no âmbito da prevenção primária, para o novo Instituto, não teve, contudo, que ocorrer em simultâneo com a criação do IPDT, justamente porque a relevância do trabalho em curso não se compadece com o vazio orgânico e de responsabilidades.

O caminho, contudo, é claro: a extinção do Projecto VIDA deverá ocorrer logo que esteja implementado um novo modelo de coordenação política e que as delegações regionais do IPDT possam suceder, nesta área

da prevenção primária, aos actuais núcleos distritais do Projecto VIDA, assim se evitando a existência do referido vazio que só poderia ser prejudicial à luta contra a droga.

47 — A coordenação interdepartamental no âmbito da prevenção primária

Um dos princípios estruturantes da presente estratégia nacional é, como se disse, o da coordenação.

Apesar das responsabilidades confiadas ao IPDT no âmbito da prevenção primária, já acima se sublinharam as competências neste domínio dos diferentes serviços sectoriais no respectivo quadro específico de intervenção.

É, pois, necessário assegurar a articulação, coerência e complementaridade destas diferentes intervenções em matéria de prevenção primária.

Pelas razões já apresentadas, das estruturas competentes para promover esta coordenação se tratará mais adiante.

48 — O papel do Instituto Português da Droga e da Toxicodependência

Ao IPDT ficam reservadas, para além de outras, importantes responsabilidades em matéria de prevenção primária, na linha do que foi já consagrado no diploma legal que procedeu à sua criação. Essas responsabilidades dizem respeito, sobretudo, à intervenção primária na comunidade — onde se incluem, por exemplo, as campanhas nacionais de sensibilização —, a qual deve ser complementada pela intervenção preventiva dos serviços sectoriais, quando existam. O apoio à actividade e à formação dos profissionais desses serviços é outra das relevantes incumbências do IPDT.

Nos termos da lei, o IPDT tem como um dos seus fins «promover junto dos jovens e da população em geral a prevenção do consumo de drogas». Em conformidade, entre as suas atribuições contam-se as de «promover a intervenção na comunidade, tendo em vista a prevenção do consumo de droga e a redução dos factores de risco» e «desenvolver instrumentos de apoio à intervenção preventiva na comunidade e de avaliação de projectos e programas» [v. artigos 2.º e 3.º, alíneas e) e f), do Decreto-Lei n.º 31/99, de 5 de Fevereiro].

Para este efeito, o IPDT foi dotado de uma Direcção de Serviços de Intervenção na Comunidade (artigo 14.º), que inclui uma Divisão de Programas e Projectos e uma Divisão de Formação (artigo 14.º, n.º 2). A esta Direcção de Serviços cabe, entre outras tarefas, coordenar e promover a actividade do IPDT no âmbito da prevenção primária, apoiar os profissionais dos diferentes serviços sectoriais e organizações privadas que actuem nessa área, preparar ou mesmo assegurar acções de formação dirigidas a esses agentes, desenvolver e apoiar programas e projectos no âmbito da prevenção primária e coordenar a atribuição dos respectivos apoios financeiros ou outros (v. artigo 14.º, n.º 1).

À Direcção de Serviços de Intervenção na Comunidade incumbe, também, assegurar o funcionamento de um serviço de atendimento telefónico e aconselhamento na área das toxicodependências [artigo 14.º, n.º 1, alínea j)], no seguimento da experiência da Linha Aberta, criada em 1987 e mais tarde designada «Linha

Vida», a qual vinha sendo assegurada pelo Projecto VIDA.

É ainda a esta Direcção de Serviços que caberá planificar e apoiar a actividade das delegações regionais do IPDT em matéria de intervenção na comunidade, tendo em vista a prevenção do consumo [artigos 14.º, n.º 1, alínea b), e 18.º], em consequência do subprincípio da descentralização que constitui corolário do princípio da subsidiariedade.

49 — O papel das autarquias locais

O princípio da subsidiariedade que norteia a presente estratégia nacional implica uma distribuição de competências que, em certa medida, pode conduzir a processos de descentralização. Essa descentralização é, de resto, geralmente considerada da maior importância nas acções de prevenção, de modo que a sua organização possa ocorrer localmente, perto das populações alvo a atingir.

A ideia de grupos de coordenação locais e regionais, assegurando redes integradas, já foi mesmo sugerida pelo Comité Económico e Social da União Europeia, no seu Parecer CES n.º 51/95, sobre «prevenção contra o abuso de drogas».

De algum modo, os próprios núcleos distritais do Projecto VIDA procuraram já dar resposta a este tipo de preocupação, estabelecendo mecanismos de coordenação e articulação da acção local dos diferentes serviços da administração central, que para o efeito se fazem representar nos chamados plenários de núcleo distrital. A estas juntam-se, ainda, estruturas de nível concelhio com envolvimento das câmaras municipais.

Contudo, isto não chega.

Não basta, na verdade, procurar uma concertação dos serviços da administração central para a organização e execução das acções preventivas de incidência local. Do que se trata é de estimular o próprio empenhamento autárquico, promovendo o envolvimento das câmaras municipais e, até, das juntas de freguesia na prevenção do consumo de drogas e da toxicod dependência ⁽⁶⁸⁾.

É preciso, pois, que as autarquias locais assumam, progressivamente, mais responsabilidades em matéria de prevenção primária.

Os passos a dar nessa direcção devem, no entanto, ser firmes e seguros.

São conhecidas as limitações financeiras das autarquias e a sua generalizada impreparação em recursos humanos e meios técnicos nesta área.

Como é sabido que são ainda embrionários os conselhos locais de acção social previstos, no âmbito da denominada «rede social», na Resolução do Conselho de Ministros n.º 197/97 e cuja vocação transcende, em muito, este domínio da prevenção primária ⁽⁶⁹⁾.

Assim, a presente estratégia nacional de luta contra a droga faz a opção de promover o empenhamento autárquico na prevenção primária, estruturando-o, ao menos numa 1.ª fase, a partir de parcerias entre as autarquias locais interessadas e a administração central, representada pelo IPDT, por via das respectivas delegações regionais.

Essas parcerias, a regular por protocolo, são instrumentos que apresentam a desejável flexibilidade e que definirão, à medida das necessidades efectivas de cada caso, um modelo de colaboração e articulação, bem

como de planeamento e execução de intervenções adequadas aos problemas locais. Do mesmo modo, poderão fixar, em termos ajustados a cada uma das situações, os mecanismos pertinentes de financiamento, nos termos da lei geral, recorrendo, nomeadamente, à figura do acordo de colaboração ou, se apropriado, do próprio contrato-programa (v. Decretos-Leis n.ºs 77/84, de 8 de Março, e 384/87, de 24 de Dezembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 157/90, de 17 de Maio).

50 — A prevenção no meio escolar

Como se disse, as responsabilidades do IPDT no âmbito da prevenção primária não excluem, de modo algum, as responsabilidades dos serviços sectoriais.

Entre eles avultam os serviços do Ministério da Educação, a quem cabe a decisiva tarefa de promover a prevenção no meio escolar.

Essa tarefa tem sido desenvolvida, desde 1990, pelo Projecto Viva a Escola (PVE), como projecto piloto de prevenção primária de toxicod dependências em meio escolar, desde 1993 integrado no mais vasto Programa de Promoção e Educação para a Saúde (PPES), que conduziu à constituição da Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde ⁽⁷⁰⁾.

De referir é, também, o Projecto Férias, através do qual tem sido possível promover a divulgação de estilos de vida saudáveis e desenvolver acções de formação.

Particularmente meritório tem sido o Projecto PATO (Prevenção de Álcool, Tabaco e Outros), destinado a crianças do 1.º ciclo do ensino básico e da responsabilidade do Projecto VIDA. Este Projecto, implementado no ano lectivo de 1994-1995, desenvolve-se em quatro anos e assenta em protocolos celebrados entre o Projecto VIDA, o PPES, a Escola Técnica Psicossocial de Lisboa e a Associação Arisco.

É da maior importância o desenvolvimento da intervenção preventiva nas escolas e a revisão das suas orientações à luz das opções da presente estratégia nacional de luta contra a droga, designadamente neste capítulo da prevenção. A generalização dos programas de prevenção para a saúde, a revisão dos currículos escolares e a formação dos professores são vectores de especial relevância.

Importa, também, assegurar a sua boa articulação com o IPDT, especialmente ao nível do planeamento e da formação de recursos humanos. Como é importante garantir uma eficaz colaboração no terreno entre o dispositivo implementado pelo Ministério da Educação e os serviços locais do Ministério da Saúde, na linha da Resolução do Conselho de Ministros n.º 34/95, de 10 de Agosto. A articulação com o Ministério da Saúde para a promoção da Rede de Escolas Promotoras de Saúde mostra-se, também, crucial, bem como a colaboração com o Ministério da Administração Interna, na linha do Projecto Escola Segura.

51 — O papel dos serviços sectoriais

Para além da já referida intervenção dos serviços do Ministério da Educação no meio escolar, são de salientar as especiais responsabilidades de outros serviços sectoriais, no quadro dos seus espaços de intervenção.

É o caso do SPTT, do Ministério da Saúde, dotado de centros de informação e acolhimento (CIAC), como

estruturas adstritas às suas delegações regionais e destinadas à informação, sensibilização e formação na área das toxicodependências.

É o caso, também, do Instituto Português da Juventude (IPJ), que deverá desempenhar um importante papel na dinamização de projectos juvenis de prevenção das toxicodependências, na linha do que sucede com o programa «Haja saúde» ou através da abertura, nos locais mais carenciados, de espaços de prevenção inespecífica onde possam ocorrer, igualmente, acções de formação. O IPJ deverá, ainda, contribuir para a promoção de actividades de prevenção «jovem a jovem», com o apoio técnico do IPDT.

Nesta linha, os serviços do Ministério do Ambiente estão particularmente vocacionados para a participação em programas de promoção e divulgação de estilos de vida saudáveis, em contacto com espaços naturais, cabendo aqui um papel muito particular às áreas protegidas.

Do mesmo modo, é de realçar a relevância da intervenção primária que pode e deve continuar a ser desenvolvida pelos serviços do Ministério da Defesa Nacional, por ocasião do seu contacto com muitos jovens integrados nas Forças Armadas, na sequência do Programa de Prevenção e Combate à Droga e ao Alcoolismo nas Forças Armadas, criado em 1988.

Na mesma linha, importa prosseguir e desenvolver o trabalho de prevenção primária, sobretudo de formação e informação, já iniciado no âmbito das autoridades policiais.

Finalmente, uma palavra para a Direcção-Geral dos Serviços Prisionais, do Ministério da Justiça, para sublinhar que não é menos importante a prevenção primária nos estabelecimentos prisionais. Sobre o papel deste organismo se falará adiante mais desenvolvidamente.

52 — A prevenção em meio laboral

Compreende-se que não haja um serviço especificamente encarregue da prevenção das toxicodependências em meio laboral, onde predomina uma grande heterogeneidade de situações.

Mas é certo que a prevenção em meio laboral suscita problemas próprios, que devem ser encarados. Esses problemas, que revestem especial complexidade naquelas empresas em que se desenvolve uma actividade onde o consumo de drogas ilícitas possa ameaçar gravemente interesses colectivos relevantes, são hoje um desafio incontornável no mundo do trabalho.

Se a questão deve ser referida nesta sede, a propósito das estruturas organizativas da prevenção, é para sublinhar que este é um domínio a que o IPDT deverá dar, também, atenção.

Em especial, cumpre criar condições para a formação dos gestores e dos quadros médios e superiores das empresas no sentido de os preparar para incidências da droga e da toxicodependência no meio laboral e de os sensibilizar para o apoio de que carecem os trabalhadores toxicodependentes.

Deve aqui registar-se, porém, que este é um terreno em que as responsabilidades pertencem, sobretudo, à sociedade civil e, de modo especial, aos agentes económicos empregadores. E não apenas no que se refere à promoção da prevenção primária e da formação — com o necessário apoio dos organismos públicos com-

petentes, sobretudo do IPDT —, mas também no encaminhamento dos trabalhadores toxicodependentes para tratamento e seu posterior reenquadramento profissional.

Deve realçar-se, neste domínio, as experiências desenvolvidas no quadro das Forças Armadas através dos programas que ali têm vindo a ser implementados.

Por outro lado, importa garantir nas empresas o integral respeito pelos direitos fundamentais dos trabalhadores toxicodependentes à reserva da intimidade da sua vida privada, assegurando a necessária confidencialidade dos dados pessoais referentes à sua situação clínica, designadamente nos procedimentos justificativos de faltas para consultas médicas. Nesta linha, poderá revelar-se necessário a criação de um normativo respeitante ao controlo do consumo de drogas nas empresas.

Refira-se, finalmente, que a Organização Internacional do Trabalho tem sustentado a relação entre a problemática da droga e os princípios de igualdade de oportunidades e de tratamento consagrados na Convenção contra a Discriminação em Matéria de Emprego.

53 — O papel das instituições particulares de solidariedade social e das organizações não governamentais

A prevenção primária não é tarefa exclusiva da Administração Pública. É uma tarefa nacional, no sentido em que importa mobilizar para ela a sociedade civil e as suas instituições.

Existem já muitas iniciativas meritórias neste campo.

Importa, contudo, envolver cada vez mais as instituições particulares de solidariedade social e as organizações não governamentais neste trabalho.

Para isso, é importante que continue a existir um sistema de apoios a iniciativas da sociedade civil, devidamente enquadrado por um planeamento selectivo, na linha do chamado «Programa Quadro Prevenir», definido de harmonia com a presente estratégia nacional de luta contra a droga.

Mas não é menos importante, como se salienta noutra local, sujeitar essas iniciativas à adequada avaliação de processos e resultados e extrair dessa avaliação as consequências necessárias, nomeadamente quanto à concessão de apoios futuros.

CAPÍTULO VI

Tratamento

54 — A importância estratégica do tratamento dos toxicodependentes

A garantia do acesso a tratamento de todos os toxicodependentes que se desejem tratar é uma prioridade absoluta na presente estratégia nacional de luta contra a droga.

O princípio humanista em que se funda a estratégia nacional, a consciência de que a toxicodependência é uma doença e o respeito pelas responsabilidades do Estado na realização do direito constitucional à saúde por parte de todos os cidadãos justificam esta opção estratégica fundamental e a consequente mobilização de meios para lhe dar o devido seguimento.

Acresce que o tratamento configura, ainda, uma forma de prevenção — a prevenção secundária —, con-

tribuindo, pois, para reduzir os consumos, proteger a saúde pública e, em certos casos, proteger a segurança de pessoas e bens.

55 — A evolução da ideia de tratamento

Quando se desenhou na sociedade portuguesa uma política de intervenção face ao fenómeno das toxicodependências, foi genericamente assumido que a abstinência do consumo de drogas constituía o objectivo último da acção dos intervenientes nesta área, fosse na prevenção primária, desencorajando o início dos consumos, ou na prevenção secundária, ajudando os consumidores a parar os seus consumos. O tratamento dos toxicodependentes consistia, portanto, num conjunto de intervenções visando a paragem de todos os consumos tóxicos.

Numa 1.ª fase, valorizava-se muito a dependência em relação às substâncias e a desabituação, imaginando que a extinção da dependência física conduziria, automaticamente, à resolução do problema. No entanto, rapidamente se percebeu que esta concepção do tratamento era extremamente limitada e que só uma intervenção levando em conta os aspectos psicológicos e a integração familiar, social e laboral poderia conduzir a uma abstinência duradoura.

De uma forma ou de outra, mantinha-se a perspectiva radical do tratamento, considerando a abstinência como uma meta a atingir de forma absoluta em todos os casos.

A consciência de que tal objectivo não era atingível por muitos toxicodependentes, definitiva ou provisoriamente, mas que no entanto era possível alcançar outras transformações capazes de melhorar a esperança e qualidade de vida e promover uma melhor integração social, levou a valorizar outras intervenções que não conduzem obrigatoriamente à paragem definitiva dos consumos.

Nesta óptica, passaram a ser considerados novos objectivos terapêuticos, como a diminuição dos consumos, a alteração da via de administração das substâncias, a redução dos comportamentos de risco, a melhoria da saúde física e psicológica e do funcionamento social/laboral/familiar, a redução da actividade criminal e a passagem da dependência a consumos ocasionais.

Da mesma forma, os tratamentos por substituição, sobretudo com metadona, que no seu início eram considerados apenas como uma via para atingir a abstinência, passaram a ser aceites como programas terapêuticos de manutenção, de carácter eventualmente definitivo, mas que podem constituir, em certos casos, ponto de partida para a libertação de qualquer dependência.

Esta forma de encarar o tratamento aproxima-se das estratégias de redução de danos, mas nem por isso a ideia de abstinência é abandonada como uma possibilidade real. Aliás, as estratégias de redução de danos não raras vezes constituem os primeiros passos rumo a processos terapêuticos que ambicionam a paragem dos consumos. Trata-se, apenas, de admitir que a abstinência ou o seu desejo não podem constituir-se em condições obrigatórias para a prestação dos cuidados necessários.

Por outro lado, sendo a heroína a substância causadora da dependência que motiva cerca de 95% dos pedidos de ajuda aos serviços especializados, as estruturas terapêuticas desta área foram especialmente adap-

tadas ao tratamento de heroínómanos; também foi em relação à heroína que as terapêuticas psicofarmacológicas mais se desenvolveram. É verdade que as gravíssimas consequências sanitárias e sociais da heroína justificam que ela continue a estar no centro das atenções. No entanto, não se deve esquecer a emergência da utilização das novas drogas de síntese, nomeadamente o *ecstasy*/MDMA, a utilização banalizada do haxixe, o uso da cocaína em determinados meios sociais, a sua utilização crescente em associação com a heroína e, ainda, o abuso de psicofármacos, já para não falar dos novos e preocupantes padrões juvenis de consumo de álcool. Embora seja, indubitavelmente, a heroína a substância que mais danos pessoais e sociais provoca na comunidade, importa, também, procurar intervenções terapêuticas adequadas às outras substâncias.

56 — A diversidade dos métodos de tratamento e o princípio da responsabilização de técnicos qualificados

O tratamento de toxicodependentes, embora tenha registado progressos nos últimos anos, é difícil e não permite ortodoxias sectárias ou certezas absolutas.

Existe uma grande diversidade de modelos de intervenção, sobretudo nas comunidades terapêuticas, mas também nas outras estruturas assistenciais. Desde as desabituações físicas, realizadas em ambulatório ou internamento, às psicoterapias de diversos modelos, individuais ou de grupo, à terapia familiar, aos internamentos de longa duração em comunidade terapêutica, passando pela utilização de fármacos antagonistas (naltrexone) ou agonistas (metadona e LAAM), várias são as combinações possíveis.

A diversidade dos métodos de tratamento é enriquecedora, logo, de manter, sendo necessário favorecer o diálogo entre os diversos modelos.

Em todo o caso, deve aqui dizer-se que o estabelecimento de critérios de admissão fundados em posturas ideológicas ou religiosas dos toxicodependentes pode dificultar o seu processo de maturação e individualização, quando não mesmo configurar, em determinados casos, uma chocante exploração da situação de particular vulnerabilidade em que os toxicodependentes se encontram.

Perante a inevitável diversidade dos modelos de tratamento, o que importa, em termos gerais, é assegurar requisitos mínimos de qualidade dos serviços prestados, nomeadamente através da responsabilização de pessoal técnico qualificado.

Este tipo de exigência foi já reforçada no novo regime jurídico do licenciamento, funcionamento e fiscalização do exercício da actividade das unidades privadas que actuem na área da toxicodependência (Decreto-Lei n.º 16/99, de 25 de Janeiro), devendo agora ser objecto de controlo pelas autoridades competentes em sede de licenciamento e fiscalização, de modo a não admitir a prestação de serviços por entidades que não reúnam um conjunto de requisitos básicos de qualidade.

Por outro lado, importa promover, também, a avaliação dos resultados dos diferentes programas de tratamento.

57 — Promover a avaliação dos diversos programas

É necessário promover a monitorização, a médio e longo prazos, dos resultados alcançados pelos diferentes

programas de tratamento, sejam eles promovidos por serviços públicos ou por unidades privadas.

Nesta avaliação — a que adiante se fará mais desenvolvida referência a propósito da investigação — apresenta-se como vantajoso recorrer a entidades externas, como as universidades, vocacionadas para esse tipo de tarefas.

A avaliação reveste-se, porém, de considerável complexidade.

Desde logo, é sabido que o percurso dos toxicodependentes passa, muitas vezes, por várias tentativas de tratamento, intercaladas com recaídas mais ou menos graves e prolongadas. Muitos deles acabam por alcançar os seus objectivos depois de ensaiarem diversos modelos terapêuticos. Mesmo quando o corolário das diversas intervenções se traduz em êxito final, muito difícil será avaliar o contributo de cada uma delas para aquele resultado. A avaliação individualizada da eficácia dos diversos programas e modelos é, em grande parte, dificultada por este facto.

Acresce que uma apreciação comparada se mostra frequentemente enganadora, atentas as diferenças quanto ao tipo de população assistida nos diversos modelos e aos respectivos critérios de admissão.

A avaliação, em todo o caso, é uma tarefa necessária, devendo para o efeito convocar-se o conhecimento científico disponível.

58 — Garantir o acesso ao tratamento

A garantia do acesso ao tratamento para todos os toxicodependentes que se desejem tratar implica o desenvolvimento de uma política global, em múltiplas direcções.

Nos últimos anos a capacidade de resposta do sistema foi extraordinariamente alargada, sendo mesmo superadas as metas ainda há bem pouco fixadas neste domínio pela Assembleia da República (Lei n.º 7/97, de 8 de Março).

O crescimento dessa capacidade de resposta não assentou, apenas, no enorme investimento feito na rede pública, sobretudo na extensão a todos os distritos do País da rede de CAT ⁽⁷¹⁾ do SPTT ⁽⁷²⁾, que passaram de apenas 23 e 9 extensões em 1995 para 36 e 9 extensões em 1999.

Hoje o número de lugares em comunidades terapêuticas convencionados pelo Estado, através do SPTT, ascende a 1050, quando era de 184 em 1995, há apenas quatro anos. Contando com os 34 outros lugares em comunidades terapêuticas do Estado, verifica-se um total de 1084, que excede a meta de 1000 camas fixada pela Assembleia da República. A estas haverá ainda que juntar 644 lugares não convencionados em comunidades terapêuticas privadas.

O total de camas em clínicas de desabituação, por seu turno, ascende já a 104 (55 convencionadas e 49 estatais), o que ultrapassa, também, a meta de 100 camas estabelecida pelo Parlamento.

A garantia de meios de tratamento passa também, como se vê, pelo aumento da oferta através de unidades privadas, sobretudo no que se refere a internamentos de longa duração em comunidades terapêuticas. Naturalmente, só poderá falar-se de verdadeira acessibilidade por parte dos toxicodependentes desde que esta oferta esteja abrangida por convenções, por forma a assegurar

a comparticipação pelo Estado no custo dos serviços prestados.

Desse ponto de vista, reveste-se de especial significado o novo sistema de apoio ao tratamento e da reinserção social dos toxicodependentes, norteado pelo propósito de promover as condições de acessibilidade, deslocando para a equidade e a eficácia de resposta do sistema as atenções que numa fase anterior se tiveram de centrar no alargamento das infra-estruturas (Decreto-Lei n.º 72/99, de 15 de Março).

Em primeiro lugar, o novo sistema veio conduzir à actualização substancial do montante das comparticipações — cujo limite máximo passou, no que se refere às comunidades terapêuticas, para 132 contos por toxicodependente, quando era de apenas 72 em 1991. Quanto ao remanescente do custo total do tratamento (20%), que deve ser suportado pelo próprio toxicodependente, convirá agilizar os procedimentos que levam à intervenção dos centros regionais de segurança social em casos limite, verificados certos pressupostos relacionados com a situação financeira dos toxicodependentes ou das suas famílias.

Em segundo lugar, deve destacar-se o facto de o novo regime legal ter passado a admitir a possibilidade de, verificadas certas condições, serem abrangidas entidades com fins lucrativos. Em todo o caso, esta vertente privada do sistema de tratamento continuará, certamente, a assentar, sobretudo, no meritório trabalho das IPSS.

Importa, ainda, estudar a possibilidade de alargar a comparticipação actual no que se refere aos tratamentos por via de certas modalidades terapêuticas mais dispendiosas, como é o caso da utilização de fármacos antagonistas (naltrexone).

Quanto à rede de CAT, já acima se deu conta do seu extraordinário crescimento nos últimos anos. A necessidade do seu futuro alargamento deve, agora, aferir-se à luz de uma consideração global das estruturas afectas ao tratamento de toxicodependentes, que leve em conta os meios disponíveis no sector público e no sector privado. Especial atenção deverá merecer a particular incidência do problema da droga em certas regiões e as suas características específicas, sobretudo ao nível demográfico e cultural, nomeadamente pesando a capacidade de envolvimento das famílias e das estruturas comunitárias no próprio processo de tratamento.

Mais importante afigura-se, hoje, o problema das listas de espera que ainda subsistem em diversos CAT, sobretudo nas regiões mais densamente povoadas e onde o problema da droga se faz sentir com mais intensidade. Eliminar as listas de espera nos CAT é um imperativo para a presente estratégia nacional de luta contra a droga. Para tanto importa, sobretudo, assegurar uma mais racional gestão dos meios disponíveis e reforçar os recursos humanos e os meios materiais ao dispor do SPTT, procurando superar as dificuldades de mobilizar profissionais para esta área.

É necessário, ainda, aumentar, por via de convenções, o número de lugares disponíveis nas comunidades terapêuticas, sobretudo na Região Norte e, particularmente, para menores, grávidas, mães com filhos pequenos e casos de duplo diagnóstico.

Por outro lado, importa envolver todo o sistema de saúde — e não apenas o SPTT — no tratamento dos toxicodependentes.

Desde logo, os médicos de família devem assumir um papel de primeira linha na informação e apoio às famílias e no tratamento, ou encaminhamento para tratamento, dos toxicodependentes, necessitando para isso de ter acesso à formação adequada. Aliás, um número crescente de médicos de família começa já a considerar as toxicodependências como um verdadeiro problema de saúde da população. A sua intervenção, por via de um diagnóstico precoce e do consequente aconselhamento, pode ser decisiva para combater a actual situação de recurso tardio às estruturas de tratamento.

Por outro lado, os próprios hospitais e centros de saúde devem envolver-se mais neste trabalho. Há hospitais psiquiátricos e departamentos de saúde mental hospitalares que têm já consultas para toxicodependentes e até programas de substituição, aceitando mesmo um certo número de internamentos. Mas há, ainda, muito a fazer neste campo.

Para além da participação dos hospitais psiquiátricos e departamentos de psiquiatria dos hospitais gerais, importa que este problema tenha resposta adequada ao nível das maternidades e serviços de obstetrícia, dos serviços de doenças infecto-contagiosas e de ortopedia. Para tanto, é necessário capacitar os técnicos para a colaboração no tratamento destes doentes.

No caso das Forças Armadas, o tratamento de toxicodependentes tem já sido assegurado pelas estruturas próprias do Ministério da Defesa Nacional, com destaque para a Unidade de Tratamento Intensivo de Toxicodependências e Alcoolismo (UTITA), do Hospital de Marinha, em Lisboa.

59 — Tratamentos de substituição

Sem prejuízo da prioridade que deve continuar a dar-se, obviamente, aos tratamentos livres de drogas, em ordem à abstinência do consumo de drogas, há situações limite, que devem aferir-se numa triagem correcta, em que se justifica considerar a inclusão em programas terapêuticos de substituição, como sucederá nos casos em que a múltiplas tentativas de tratamentos livres de drogas correspondem consecutivos insucessos.

As toxicodependências configuram, aliás, uma doença de evolução complexa e, se nem sempre é possível curar, é sempre imperioso tratar ou cuidar dos doentes. Nesse sentido, há que aproveitar todos os contactos para tentar diminuir os prejuízos físicos ou psicológicos, mesmo quando os consumos se mantêm.

A aproximação às estruturas de saúde permite, por outro lado, facultar informação séria sobre os riscos envolvidos e sobre a forma de os evitar ou minimizar. Permite, ainda, o rastreio de doenças infecto-contagiosas, o seu acompanhamento ou vacinação quando adequada, a divulgação e facilitação dos meios de protecção relacionados com as doenças sexualmente transmissíveis e a gravidez indesejada.

Não se trata, como por vezes se imagina, de «condenar» definitivamente o doente à «substituição de uma dependência por outra», mas de constituir uma plataforma de equilíbrio físico, psicológico, social e familiar que poderá até permitir novas tentativas em programas livres de drogas.

Nos últimos anos assistiu-se a um significativo alargamento dos programas com tratamentos de substituição, que abrangem hoje mais de 4000 toxicodependentes.

Praticamente todos os CAT têm programas de metadona ou LAAM, contando com o apoio de centros de saúde e hospitais na respectiva administração. Nesta linha, teve recentemente início um programa experimental de administração de metadona nas farmácias, resultante de um acordo do SPTT com a Ordem dos Farmacêuticos e a Associação Nacional das Farmácias. O número de lugares em programas de substituição e a respectiva difusão geográfica no território nacional são ainda muito inferiores às necessidades, razão pela qual a presente estratégia nacional de luta contra a droga assume a opção de estender os programas de tratamento com drogas de substituição, alargando e diversificando os locais de administração, sem prejuízo de um rigoroso controlo pelas entidades competentes e por técnicos de saúde habilitados.

Quanto ao uso de heroína em programas terapêuticos especiais, de âmbito necessariamente restrito, importa recusar atitudes de experimentalismo voluntarista e acompanhar com a melhor atenção — e sem preconceitos — o desenvolvimento e os resultados das experiências em curso noutros países, sobretudo na Suíça, bem como a avaliação que delas se espera por parte da Organização Mundial de Saúde e por outras entidades idóneas. Em todo o caso, para além de ser necessário avaliar a adequação dessas experiências à natureza dos problemas que se vivem no nosso país, os elevados investimentos necessários à sua prossecução — designadamente no apoio médico, social e psicológico prestado aos doentes incluídos nesse tipo de programas — desencorajam, à partida, que elas sejam consideradas uma prioridade em Portugal, pelo menos enquanto outros programas devidamente testados e de resultados reconhecidamente positivos não tenham sido suficientemente desenvolvidos entre nós.

60 — Atendimento a grupos com comportamentos de risco

Uma das preocupações que deve nortear o aperfeiçoamento do sistema de prestação de cuidados de saúde aos toxicodependentes é a garantia de programas especialmente dirigidos a grupos específicos ou populações com comportamentos de risco.

A diversidade das situações dos toxicodependentes exige respostas variadas, adaptadas a cada caso. É necessário que essas respostas estejam acessíveis para que se possa afirmar que cada toxicodependente tem, de facto, o tratamento adequado.

Grupos particulares de doentes têm, ainda, extremas dificuldades em encontrar respostas adequadas ao seu caso. Por exemplo, são ainda escassos os programas específicos de atendimento para toxicodependentes com sida ou para grávidas toxicodependentes, que apenas existem em Lisboa, no Porto e em Coimbra. O problema agrava-se quando há necessidade de recorrer a comunidades terapêuticas. Já acima se registou a necessidade de mais lugares em comunidades terapêuticas para menores, grávidas, mães com filhos pequenos e casos de duplo diagnóstico, designadamente toxicodependentes com patologia mental associada. É urgente alargar a capacidade de resposta para doentes nestas situações.

Mais adiante se referirá a necessidade de resposta adequada para os toxicodependentes sem abrigo, designadamente através de centros de abrigo ou centros de

noite, e de equipas de apoio social directo, bem como para o tratamento de toxicod dependentes reclusos ou em alternativa à aplicação de sanções.

61 — Articulação entre serviços

A articulação dos serviços do SPTT com os centros de saúde, hospitais gerais e psiquiátricos, departamentos de psiquiatria, centros regionais de segurança social, centros de emprego, Instituto de Reinserção Social, estabelecimentos prisionais e escolas é muito importante para o bom funcionamento de todo o sistema de tratamento e reinserção social dos toxicod dependentes.

Esta articulação tem registado importantes progressos e revela-se essencial a vários níveis, nomeadamente no caso do acompanhamento de toxicod dependentes com patologia orgânica associada (sida, hepatites, tuberculose), no acompanhamento da gravidez e na implementação de programas de substituição com metadona.

Por outro lado, é decisiva a colaboração de todos os serviços públicos, bem como das unidades privadas que prestam serviços nesta área, para a instalação do sistema nacional de informação sobre a droga e a toxicod dependência, a cargo do Instituto Português da Droga e da Toxicod dependência.

CAPÍTULO VII

Redução de danos

62 — A importância estratégica da redução de danos

O princípio do pragmatismo, que nesta estratégia nacional complementa o do humanismo, determina o reconhecimento da importância das políticas de redução de danos, também chamadas de redução de riscos.

Convirá, antes do mais, clarificar em que é que consistem as políticas de redução de danos e os objectivos que visam atingir.

63 — Conceito de redução de danos

As expressões «redução de danos» ou «redução de riscos» designam as políticas que visam eliminar ou minimizar os danos, ou os riscos, causados pelo consumo de drogas, em todas as situações, mesmo quando o consumo se mantém. A ideia está bem expressa na afirmação de E. Buning e G. Van Brussel: «Se um consumidor de drogas (homem ou mulher) não consegue ou não quer renunciar ao consumo de drogas, deve-se ajudá-lo a reduzir os danos que causa a si mesmo e aos outros.»

A ideia, entenda-se, não é desistir do tratamento dos toxicod dependentes e muito menos decretar genericamente a sua condição de «incuráveis». Trata-se, isso sim, de estruturar um novo tipo de intervenção nas toxicod dependências, complementar das estratégias de prevenção e de tratamento/reinserção.

Não pode, pois, confundir-se a circunstância de o objecto específico destas políticas não ser propriamente dirigido «contra» o consumo de drogas, com um qualquer tipo de alheamento ou sequer menosprezo quanto aos efeitos próprios do consumo dessas substâncias. Do que se trata é de, em certas situações limite, prescindir da abstinência como objectivo imediato e necessário,

por forma a assegurar uma intervenção quando o consumo de drogas se apresenta como um dado de facto incontornável. E se essa intervenção é, numa primeira análise, inspirada por uma atitude eminentemente pragmática, não é menos verdade que responde, também, à preocupação ética de respeitar e promover os direitos dos toxicod dependentes.

64 — Objectivos específicos das diferentes políticas de redução de danos

As políticas de redução de danos tiveram o seu principal impulso e começaram a desenvolver-se com alguma autonomia em torno do objectivo de prevenir o risco de propagação de doenças infecto-contagiosas, em especial a contaminação pela sida e pelas hepatites B e C, que decorre de certas práticas de consumo e de outros comportamentos de risco mais ou menos frequentes em determinados grupos de toxicod dependentes.

Mas as políticas de redução de danos visam, também, prevenir a marginalização social e a delinquência.

De facto, embora muitos toxicod dependentes se mantenham bem integrados, pelo menos de um ponto de vista exterior, a dificuldade de compatibilizar a toxicod dependência com a frequência escolar ou com o emprego, quando não mesmo com os laços familiares e sociais, precipita frequentemente uma exclusão que, constituindo em si mesma um problema social, tende a gerar no toxicod dependente uma espiral destruidora da consciência da sua própria dignidade e a dificultar o seu tratamento e recuperação.

Por outro lado, a necessidade de dinheiro, cada vez mais dinheiro, para alimentar o ritmo dos consumos, começando por agravar a ruptura dos laços sociais, sobretudo com familiares e amigos, remete, por vezes, os toxicod dependentes para a criminalidade, com todas as consequências que daí decorrem para si mesmos e para a segurança da comunidade.

Para além destes objectivos essenciais, as políticas de redução de danos têm, ainda, sido utilizadas como forma de promover e facilitar o relacionamento dos toxicod dependentes com as estruturas de saúde. E isto não apenas para divulgar práticas sanitárias protectoras junto de um grupo que apresenta comportamentos de risco mas, também, para criar condições que permitam motivar os toxicod dependentes para programas de tratamento.

Em certos países, existem já políticas de redução de danos directamente destinadas a promover uma menor adulteração pelos traficantes das substâncias utilizadas, sobretudo no caso das drogas injectáveis e das drogas ingeridas, nomeadamente LSD e *ecstasy*/MD/MA por forma a reduzir os riscos para a saúde dos consumidores, como é o caso dos riscos de abscessos, lesões venosas e mesmo *overdoses*. Neste sentido, são promovidos estudos periódicos sobre a qualidade das substâncias do mercado negro e há laboratórios que, a pedido, informam sobre a qualidade das drogas que lhes são entregues para análise.

Há, hoje, uma considerável variedade de políticas de redução de danos.

Os programas de troca de seringas serão, talvez, os mais conhecidos de entre todos os que se enquadram neste tipo de políticas. Visam, sobretudo, salvaguardar a saúde pública e minimizar os danos para a saúde dos

toxicodependentes por via do combate ao risco de propagação de doenças infecto-contagiosas inerente à partilha de seringas contaminadas. Mas estes programas combatem, também, a marginalização social, contribuindo para aumentar as probabilidades de acesso a cuidados médicos e a apoio social (73).

Por outro lado, a consciência das más condições sanitárias em que, na maior parte dos casos, os toxicodependentes se injectam — e que são responsáveis por abcessos e outros acidentes — levou ao desenvolvimento, em certos países europeus, de medidas tendentes a promover boas práticas de injeção, quer pela difusão de informação, quer pelo ensino e facilitação de locais protegidos, os chamados *shooting-rooms*, isto é, instalações em que os toxicodependentes se podem injectar em condições higiénicas, dispondo de material esterilizado e assistência de técnicos de saúde. Em todo o caso, importa registar que a maior parte das experiências existentes neste campo não se destinam a garantir aos toxicodependentes a possibilidade de injectar sempre em boas condições, mas visam apenas o ensino de uma boa prática, tendo por isso horários e capacidades muito limitados.

A difusão deste tipo de programas será responsável pela ligação que muitos precipitadamente estabelecem entre as políticas de redução de danos e o consumo por via injectável. Contudo, de uma forma geral, as políticas de redução de danos podem ser chamadas a prevenir riscos inerentes a qualquer tipo de drogas, bem como a todas as formas e graus de consumo. Por essa razão, aliás, estas políticas dirigem-se não apenas aos toxicodependentes mas a todos os consumidores de drogas, ainda que meramente ocasionais. Hoje, por exemplo, assumem um especial relevo as questões ligadas às novas drogas de síntese.

Os programas de administração de medicamentos de substituição em baixo limiar, entre nós sobretudo metadona, constituem, também, um exemplo típico de políticas de redução de danos.

Estes programas visam atingir, praticamente, todos os objectivos normalmente prosseguidos pelas políticas de redução de danos: substituindo uma droga injectável por medicamento activo por via oral, reduz-se o risco de propagação de doenças infecto-contagiosas; substituindo uma droga geradora de uma dependência de efeitos anti-sociais por uma substância cujos efeitos são compatíveis com a manutenção da frequência escolar, do emprego e dos laços familiares e sociais, combate-se a exclusão social dos toxicodependentes; substituindo uma droga de preço exorbitante e que reclama múltiplos consumos por um medicamento distribuído gratuitamente e que exige menos consumos, afasta-se a criminalidade geradora de marginalização e insegurança pública. Por outro lado, através da administração controlada de medicamentos de substituição, previne-se o risco de adulteração da qualidade das substâncias consumidas e de *overdose*. Finalmente, estes programas geram contactos vários dos toxicodependentes com as estruturas de saúde, possibilitando a prevenção de outros comportamentos de risco, sobretudo no que se refere a cuidados de higiene e relações sexuais, para além de criarem não apenas condições mas oportunidades de transição para programas de tratamento livres de drogas.

65 — Redução de danos e tratamento

Apesar de a evolução para verdadeiros programas de tratamento poder ser proporcionada pela administração de medicamentos de substituição, como os programas de administração de metadona de baixo limiar, não se deve confundir programas de redução de danos com programas de tratamento.

Os programas de tratamento incluem intervenções psicoterapêuticas e, ou, sócio-terapêuticas que constituem uma ajuda importante no processo de recuperação, enquanto os programas de redução de danos, embora não se devam limitar à administração de medicamentos de substituição, incluem, essencialmente, uma intervenção social e sanitária.

Assim, é indispensável que estejam disponíveis verdadeiros programas de tratamento para quem o desejar. Por outro lado, é importante que quem está incluído em programas de redução de danos conheça os seus objectivos limitados, saiba da existência dos programas de tratamento e a eles tenha acesso facilitado.

66 — Experiências de redução de danos em Portugal

Só na segunda metade dos anos 80 se começou a exprimir a preocupação com a redução de danos em Portugal, com a realização de rastreios em relação a doenças de contágio por via endovenosa ou sexual. Pela mesma altura, iniciou-se a informação sistemática sobre a prevenção, o fornecimento ou facilitação de acesso a preservativos e a promoção de uma atitude compreensiva e colaborante por parte dos farmacêuticos no que à venda de seringas dizia respeito.

Em Coimbra iniciou-se, em Maio de 1993, uma intervenção mais dinâmica, intitulada «*Stop sida*», com a criação de um *kit* — com seringa, preservativo e informação — a ser distribuído ou trocado nas farmácias, a existência de trabalho de rua e a criação de um centro de aconselhamento (*drop in*), mais tarde chamado «Centro Laura Ayres».

Em Outubro de 1993, a Associação Nacional de Farmácias e a Comissão Nacional de Luta contra a Sida implementaram um programa de troca de seringas nas farmácias («Diz não a uma seringa em segunda mão») de todo o País, que constitui a mais importante e eficaz medida de redução de danos até hoje iniciada entre nós.

Iniciaram-se, também, outras iniciativas de apoio médico e social em bairros de tráfico e meios de prostituição. Os gabinetes de apoio (*boutiques*), por exemplo, são serviços de apoio a toxicodependentes de carácter social e sanitário, que fornecem habitualmente alimentação, banho, lavagem de roupas, rastreio de doenças e cuidados de enfermagem ou mesmo consultas médicas, mas que não se reclamam do tratamento das toxicodependências. Os centros de abrigo (*sleep in*), por seu lado, são, também, serviços de apoio que fornecem dormida e outras valências de carácter social ou sanitário mas que, normalmente, encerram durante o dia.

Para os chamados «arrumadores» foram iniciados no Porto, enquadrados pelo Contrato Cidade, programas específicos de reinserção social, complementados por um programa de substituição por metadona de baixo limiar. Trata-se de programas de administração de metadona sem exigência de regularidade de frequência ou

paragem de consumos tóxicos, mas coadjuvados por medidas de apoio social e sanitário.

Na mesma linha, tem sido desenvolvido no Algarve (Quarteira) um programa junto de prostitutas, tendo em vista a motivação para programas de tratamento da toxicodependência.

No Casal Ventoso, foi feito o lançamento, em 1996, de uma importante operação integrada — que envolve a Câmara Municipal de Lisboa, o Governo, serviços da administração central, autoridades policiais, o Gabinete de Reconversão do Casal Ventoso e o Gabinete de Apoio do Centro Social do Casal Ventoso —, operação essa que incluiu, também, medidas de redução de danos, designadamente um programa de administração de metadona de baixo limiar, acompanhado da construção de um centro de abrigo, um centro de acolhimento, equipas de rua e outras acções de apoio médico e social, incluindo um vasto programa de realojamento.

Existe, ainda, embora a dar os primeiros passos, uma colaboração entre os CAT e os centros de diagnóstico pneumológico (CDP) em relação à difusão da tuberculose entre os toxicodependentes.

Quanto aos programas de administração controlada de metadona já acima se deu conta da experiência desenvolvida em Portugal, que tem conhecido enorme desenvolvimento nos últimos anos (74).

67 — Reforçar as políticas de redução de danos

Importa, antes do mais, aperfeiçoar a informação, tornando-a mais rigorosa e específica e salientando a possibilidade de contaminação através da utilização comum não apenas das seringas mas também da própria água, dos recipientes (colheres e caricas), de filtros e algodões. Por outro lado, é importante a construção de barreiras psicológicas que dificultem a passagem à forma injectável ou que promovam a passagem do consumo endovenoso ao consumo fumado. A divulgação dos resultados de análises às drogas apreendidas, com especial relevo para as drogas de síntese, pode contribuir, também, para prevenir situações de risco acrescido em função da respectiva composição. Finalmente, devem acautelar-se os riscos de más interpretações da informação, como por exemplo o erro de deduzir da fragilidade do VIH que as seringas voltam a ser seguras algum tempo depois de utilizadas por, pretensamente, o VIH ter sido destruído pela exposição ao ar.

Em qualquer caso, a construção de mensagens preventivas eficazes supõe conhecer melhor as práticas dos toxicodependentes. Tal objectivo implica a utilização das etnometodologias e a colaboração descomplexada com os próprios toxicodependentes ou suas organizações, quando existam.

É necessário, também, promover a instalação de centros especiais de informação e motivação junto de toxicodependentes com comportamentos de risco de particular gravidade.

Por outro lado, importa prosseguir o programa de troca de seringas, assegurando a cobertura de todo o território nacional. A recente revisão da composição dos *kits* eliminou muitos dos problemas que se punham nesse campo mas não são de excluir outros aperfeiçoamentos, sobretudo no que se refere à articulação com outros programas, onde tal se revelar necessário. São de estudar, também, processos alternativos de troca, seja atra-

vés de distribuidores automáticos, seja pela atribuição, em certas localidades, de responsabilidades nesta área a outras entidades, a começar pelas estruturas de saúde.

Uma das mais importantes prioridades estratégicas assumidas em matéria de redução de danos é o alargamento dos programas de administração controlada de medicamentos de substituição, nomeadamente metadona, de forma a garantir a admissão a todos os que constituem indicações para essa modalidade terapêutica.

No caso específico das grávidas toxicodependentes, importa garantir a articulação destes programas com as maternidades e serviços de obstetria.

São igualmente necessários novos programas de administração de metadona de baixo limiar, para fazer face a situações mais graves, sobretudo, para já, na Grande Lisboa e no Grande Porto, mas também em Setúbal e no Algarve.

Outros programas de redução de danos devem, também, ser prosseguidos.

Desde logo, programas integrados de tratamento de substituição e de medicação antiviral ou tuberculostática. Depois, programas gratuitos e acessíveis de rastreio de hepatites, sida e tuberculose. E ainda programas destinados a promover e facilitar o acesso dos toxicodependentes às consultas de planeamento familiar a meios contraceptivos.

Noutra linha, importa promover acções dirigidas a populações específicas.

Para este efeito, são da maior importância as equipas de rua, a realizar por técnicos com formação adequada, nomeadamente em etnometodologias, junto das zonas de consumo, dos toxicodependentes sem abrigo, dos chamados «arrumadores», dos pertencentes a minorias, da população que se prostitui e dos frequentadores de *raves* e discotecas *after-hours*, com a finalidade de promover comportamentos de redução de danos, nomeadamente informando sobre estruturas sanitárias e sociais de apoio, fornecendo preservativos e seringas, ou incitando a cuidados sanitários e de higiene, bem como ao rastreio de doenças infecto-contagiosas e a outras medidas, incluindo, nos casos em que tal se revele adequado, o encaminhamento para programas de administração de metadona de baixo limiar ou, quando possível, para programas de tratamento.

Do mesmo modo, importa proceder à criação de gabinetes de apoio (*boutiques*) e centros de abrigo (*sleepin*) junto às zonas com maior número de consumidores, mobilizando, para o efeito, a colaboração das autarquias locais e de instituições da sociedade civil, com o necessário apoio técnico e financeiro.

Numa óptica de prevenção, mas ainda num quadro de redução de riscos, importa sensibilizar e preparar os médicos de família para a promoção de apoio coordenado aos filhos de toxicodependentes, que envolva pediatras, psicólogos e departamentos de saúde mental infantil e juvenil, de forma a poderem ser tomadas, em devido tempo, as medidas que forem consideradas necessárias. Quando se mostrar ajustado à especial gravidade do caso concreto, haverá, naturalmente, que equacionar a possibilidade de recorrer à figura da adopção.

Do mesmo modo, importa que a prevenção contribua para preservar a integração social, apoiando a manutenção dos estudos ou do emprego, por via da promoção

nas escolas e nas empresas de uma atitude mais tolerante para com os consumidores e direccionada para o incentivo ao tratamento.

Finalmente, diga-se que deve evitar-se que os programas de redução de danos contribuam para criar uma imagem social de subestimação dos efeitos das drogas, gerando a ideia falsa de que o consumo das drogas é inofensivo ou de que a abstinência não é uma meta desejável. Para esse efeito, as políticas de redução de danos devem desenvolver-se por programas integrados, de que conste uma informação rigorosa e onde não falte a educação para a saúde e a prevenção ⁽⁷⁵⁾.

Quanto às entidades competentes para a prossecução das políticas de redução de danos, para além das óbvias responsabilidades das estruturas do SPTT e do envolvimento das farmácias, importa aprofundar a mobilização de outras estruturas de saúde e, em certos casos, também da Direcção-Geral dos Serviços Prisionais, dos organismos competentes da segurança social, das autarquias locais, das instituições particulares de solidariedade social e de outras instituições da sociedade civil de reconhecida idoneidade e prestígio, como a Cruz Vermelha e a AMI.

CAPÍTULO VIII

Os estabelecimentos prisionais e a toxicodependência

68 — Os crimes de droga e o número de reclusos

Muitos reclusos estão no sistema prisional por crimes relacionados com a droga. Os dados disponíveis quanto ao número de reclusos condenados por crimes de droga para os anos de 1993 a 1997 são, respectivamente: por tráfico, 1237, 1432, 1606, 2157 e 3123; por tráfico-consumo, 179, 197, 215, 238 e 268; por consumo, 36, 12, 10, 14 e 42.

É certo, por outro lado, que a maioria dos condenados a cumprir pena de prisão efectiva por crimes directamente relacionados com a droga não são meros consumidores ou traficantes-consumidores. Todavia, importa ter presente que na população condenada, essencialmente por crimes contra o património, uma percentagem muito significativa indica que a motivação desse crime é a toxicodependência.

De um modo geral, pode dizer-se que tem vindo a verificar-se um relativo aumento da aplicação da pena de prisão efectiva no âmbito da lei da droga, que em 1993 representava 3,6% das penas aplicadas, em 1996, 9,4%, e em 1997, 6,1%.

Em 1993, a pena mais aplicada aos traficantes-consumidores era a de prisão efectiva (38,3%); em 1994, houve um acréscimo na aplicação de prisão efectiva, cifrada em 43,7% das condenações, tendência que se mantém em 1995 (46%), sofrendo uma ligeira diminuição em 1996 (41,7%) e sendo de 30,7% em 1997. Desenvolve-se, agora, a tendência para a suspensão da pena de prisão. Já no caso de traficantes, a aplicação da pena de prisão efectiva é dominante, seguida da prisão suspensa, tendo sido mantido em cerca de 70% o índice de aplicação daquela nos últimos três anos ⁽⁷⁶⁾.

O que se passa é que a percentagem real de condenados por consumo de drogas é superior à dos condenados por tráfico, situando-se a dos traficantes-consumidores em cerca de 5%. Dizendo de outro modo:

pelo consumo de droga praticamente não se vai para a cadeia, mas o risco de uma condenação por consumo é maior do que por tráfico.

Se compararmos o número de reclusos condenados por crimes de droga com o número total de reclusos condenados, verificamos que, de 1993 a 1997, a percentagem varia entre 21,3% em 1993, 30,2% em 1994, 30% em 1995, 28,8% em 1996 e 36,5% em 1997.

Sendo certo que a população prisional global passou de 11 332 reclusos no ano de 1993, para 14 634 em 1997 e que entre aquelas datas os reclusos por crimes de droga passaram de 1526 para 3653, é evidente que os reclusos por crimes de droga contribuíram, numa fatia significativa, para o verificado aumento da população prisional.

Quanto ao excessivo recurso à prisão preventiva, parece resultar evidente do facto de esta ser muitas vezes aplicada mesmo quando o arguido tem em curso um programa de tratamento de toxicodependência e a prisão preventiva pode legalmente ser dispensada ⁽⁷⁷⁾.

69 — Tratamento de toxicodependentes reclusos

Os indicadores disponíveis no sistema judicial e, em particular, no sistema prisional evidenciam a existência de um número elevado de reclusos toxicodependentes, somando-se a este problema altas incidências de doenças infecciosas, especialmente hepatites, sida e tuberculose.

O tratamento e reinserção social de reclusos toxicodependentes era já em 1996 uma das preocupações do Governo, inscrita no Programa de Acção para o Sistema Prisional (Resolução do Conselho de Ministros n.º 62/96, de 29 de Abril), através de um Plano Nacional de Saúde para os Estabelecimentos Prisionais.

Neste sentido, durante os últimos anos, verificaram-se progressos importantes na área da prestação de cuidados de saúde nos estabelecimentos prisionais, quer através da instalação e, ou, melhoria de estruturas e equipamentos, quer do recrutamento de pessoal de saúde.

E foi também para responder àquela preocupação que o Ministério da Justiça alargou e diversificou as estruturas e programas de tratamento da toxicodependência em meio prisional:

A «ala G» (comunidade terapêutica) no Estabelecimento Prisional de Lisboa, criada em 1992, viu duplicada a sua lotação, tendo acontecido o mesmo com a Casa de Saúde das Caldas da Rainha;

Foram criadas alas/unidades livres de droga nos Estabelecimentos Prisionais de Lisboa (ala A), Leiria, Porto e Santa Cruz do Bispo, estando prevista, a curto prazo, a entrada em funcionamento da unidade instalada no Estabelecimento Prisional de Tires. Estas alas/unidades são «zonas diferenciadas e protegidas», onde funcionam programas desmedicalizados de cariz psico-sócio-terapêutico;

Foram instalados programas de substituição com metadona nos Estabelecimentos Prisionais de Lisboa e do Porto;

Incentivou-se, na dimensão local, a articulação com os serviços de saúde especializados, exteriores à DGSP (centros de atendimento a toxicodependentes). Neste sentido e de acordo com as

realidades locais, a articulação visa a intervenção especializada dos técnicos dos CAT junto dos reclusos toxicodependentes e a garantia de continuidade, em meio prisional, de tratamentos iniciados no exterior, nomeadamente com terapêuticas de substituição ou de antagonistas;

Desenvolveram-se acções de cooperação com instituições particulares de solidariedade social em alguns estabelecimentos prisionais, por forma a, nomeadamente, alargar o apoio ao tratamento dos reclusos toxicodependentes;

Alargou-se o âmbito de aplicação do Regime Aberto Voltado para o Exterior (RAVE), podendo ser utilizado para efeitos de tratamento da toxicoddependência em meio livre.

O tratamento e ressocialização dos toxicodependentes presos é um imperativo para a presente estratégia nacional de luta contra a droga, expresso na opção estratégica de assegurar a todos os toxicodependentes presos o acesso a meios de tratamento idênticos aos disponíveis fora do meio prisional, opção essa que se inspira no princípio humanista que norteia esta mesma estratégia.

Considera-se prioritário aproveitar o tempo de permanência na prisão para promover o tratamento, com a possibilidade de aceder a qualquer modalidade terapêutica considerada indicada.

Importa, por isso, garantir a continuidade e o alargamento dos programas em meio prisional, nomeadamente desabituação com apoio psicofarmacológico, tratamento com antagonistas, terapêuticas de substituição e programas sócio-terapêuticos.

Mas importa, também, implementar os mecanismos que permitam o recurso a modalidades de tratamento que tenham implicações no regime prisional, nomeadamente o internamento em comunidades terapêuticas e o ingresso em unidades residenciais de reinserção.

Para o bom desenvolvimento destas orientações estratégicas, será criado, no âmbito do Plano Nacional de Saúde para os Estabelecimentos Prisionais, um programa especial de prevenção da toxicoddependência, nas vertentes da prevenção primária, secundária e terciária, contando com o envolvimento dos Ministérios da Justiça e da Saúde, a orçamentar por rubrica própria financiada pelas verbas afectas à prossecução da presente estratégia nacional.

70 — Políticas de redução de danos nos estabelecimentos prisionais

Face às actuais características dos indivíduos que ingressam nas prisões (número elevado de toxicodependentes, alta incidência de doenças infecciosas, nomeadamente sida, hepatites e tuberculose) e atendendo, ainda, aos seus comportamentos e à sua grande mobilidade (em 1998 entraram no sistema prisional 6732 reclusos e saíram 6497), podemos considerar a população prisional como de alto risco e, por isso, alvo prioritário de uma política de redução de danos.

Daí que nos últimos anos se tenha iniciado uma política de redução de danos nos estabelecimentos prisionais, em que se destacam algumas acções: facilitação e promoção do acesso a preservativos e lixívia, programas de educação para a saúde dirigidos à população reclusa, módulos de formação específicos dirigidos ao pessoal de vigilância e técnico.

Ainda nesta perspectiva, a DGSP instalou dois programas de substituição com metadona nos Estabelecimentos Prisionais de Lisboa e do Porto, com carácter experimental. A avaliação destes programas, feita em articulação com o SPTT, aponta para o ano de 1999 o alargamento do número de doentes a integrar e para a instalação de dois novos programas, no Estabelecimento Prisional de Tires e num estabelecimento prisional de condenados.

Também se tem dado continuidade a outras medidas, difundidas com carácter de obrigatoriedade, como o rastreio à entrada e, ou, periódico de doenças infecto-contagiosas. Nos estabelecimentos prisionais de maior dimensão têm-se posto em funcionamento consultas de infecciologia e no hospital prisional aumentou-se o número de horas de consulta desta especialidade.

Importa continuar a implementar este tipo de medidas.

Quanto à troca de seringas nas prisões, assunto de especial complexidade e que não se resume apenas a questões de segurança, importa, conforme recomendado pela Comissão para a Estratégia Nacional de Combate à Droga (78), estudar as experiências existentes noutros países, bem como as implicações legais dessa solução, tendo em vista uma decisão política sobre a matéria, onde se deverá tomar em conta, naturalmente, a opinião já expressa por membros da referida Comissão e pelo Provedor de Justiça, nas suas recomendações, de 1996 e 1999, bem como o parecer da Comissão Eventual para o Acompanhamento e Avaliação da Situação da Toxicoddependência, do Consumo e do Tráfico de Droga, da Assembleia da República (79).

71 — Articulação dos serviços prisionais com os serviços de saúde

A passagem do toxicodependente pela cadeia, quando se torna irremediável perante a gravidade do crime praticado, pode constituir uma oportunidade única de apelar ao tratamento.

Assim, é imprescindível articular na área da toxicoddependência os serviços de saúde em geral, exteriores aos serviços prisionais, sejam públicos ou privados, com os serviços de saúde da Direcção-Geral dos Serviços Prisionais, hoje dotada de estruturas com um maior grau de autonomia.

Aliás, a necessidade desta articulação foi já assumida pela referida Resolução do Conselho de Ministros n.º 62/96, de 29 de Abril, que aponta para a colaboração do SPTT, por intermédio dos CAT. Neste sentido é de realçar a articulação que já se vai estabelecendo e que permite o acesso de reclusos toxicodependentes a programas de tratamento, com carácter ambulatorio, em funcionamento nos CAT, quer através da presença de técnicos dos CAT nos estabelecimentos prisionais, quer deslocando os reclusos às consultas no exterior.

Nesta matéria e ainda no seguimento da resolução referida, foi celebrado, a 21 de Março de 1997, um protocolo entre os Ministérios da Justiça e da Saúde, onde se consagra a colaboração da Direcção-Geral dos Serviços Prisionais com as administrações regionais de saúde, visando a prestação de cuidados de saúde em geral e com o SPTT na área das toxicoddependências.

O recente alargamento da concessão de regime aberto voltado para o exterior para efeitos de tratamento de

toxicodependentes vem, também, na mesma linha e conta para a sua concretização com uma maior oferta de programas em meio livre e com a implementação de mecanismos que possibilitem, realmente, o recurso a modalidades de tratamento que tenham implicações no regime prisional.

72 — Articulação dos serviços prisionais com o Instituto de Reinserção Social

É necessário melhorar a articulação do Instituto de Reinserção Social com a Direcção-Geral dos Serviços Prisionais, sendo de adoptar mecanismos e procedimentos de cooperação concreta.

Aliás, a articulação do Instituto de Reinserção Social com os próprios tribunais e com outros serviços da Administração Pública é absolutamente vital para a boa prossecução das suas finalidades, neste caso ao serviço da ressocialização dos toxicodependentes⁽⁸⁰⁾.

Em especial, importará clarificar melhor o alcance das missões próprias do Instituto de Reinserção Social face às que são específicas do Serviço Nacional de Saúde ou da Direcção-Geral dos Serviços Prisionais.

Refira-se, a propósito, que importa, também, zelar pela efectiva utilidade dos relatórios produzidos pelo Instituto de Reinserção Social para instrução dos processos.

73 — Promoção de estudos

É necessário, nesta área, prosseguir ou lançar estudos que permitam, além do mais, conhecer cada vez melhor, por um lado, a realidade quantitativa — e nesta, a distinção entre o número de processos e o número de infractores ou arguidos não deixa de ser importante — que leve a saber com rigor quantos toxicodependentes se encontram nas prisões e quais os que praticaram crimes de droga ou com esta conexos.

Mas, por outro lado, são também da maior importância os estudos que permitam conhecer as fórmulas mais eficazes de aproveitar o período de prisão para tratar e reabilitar os toxicodependentes.

CAPÍTULO IX

Reinserção social

74 — A reinserção social como prevenção

Não é por acaso que a reinserção social dos toxicodependentes é entendida como prevenção terciária. É que a ressocialização previne, de facto, o consumo de drogas, na medida em que contribui para evitar uma «recaída», quando não mesmo para minimizar a conjuntura social que determinou o início ou o agravamento dos consumos.

Em rigor, não há tratamento sem reinserção social, de tal modo o êxito do processo de reabilitação/tratamento está intimamente condicionado pela ressocialização, familiar e profissional, do toxicodependente.

Não pode, pois, tomar-se a ressocialização como uma etapa posterior ao tratamento, como se fosse possível curar primeiro e só depois reinserir. Bem pelo contrário, a reinserção faz parte do tratamento e este nunca está completo sem ela.

75 — A exclusão social e as medidas de descriminação positiva

Para uma estratégia nacional de luta contra a droga verdadeiramente inspirada por um princípio humanista, promover a reinserção social dos toxicodependentes é, necessariamente, um imperativo. É preciso, pois, superar a tendência para considerar este um vector menor ou até dispensável na luta contra a droga.

Para tanto, importa, antes do mais, identificar a diversidade dos problemas que se colocam neste campo.

Desde logo, é necessário ter em conta que a exclusão social dos toxicodependentes se traduz muitas vezes em formas de isolamento social pouco reconhecidas como efectivos factores de marginalização.

De facto, em Portugal muitos toxicodependentes conseguem até conservar o seu emprego, continuar a estudar ou permanecer em casa dos familiares. Contudo, vivem frequentemente um verdadeiro isolamento social em resultado do abandono de todos os amigos não toxicodependentes e, em muitos casos, da substituição das suas relações de amizade por relações funcionais de cumplicidade em torno do consumo de drogas. Experimentam, por isso, uma profunda solidão quando param os seus consumos.

Daí que a dificuldade mais generalizada no processo de ressocialização dos toxicodependentes seja a criação de novas amizades fora dos ambientes propícios à recaída, o que exige o reaprender de outros tipos de relacionamento.

Noutros casos, também frequentes, não é possível, ou não é sequer benéfico, o regresso a casa dos pais após a saída de uma comunidade terapêutica, carecendo então os toxicodependentes de um apoio residencial enquadrado, como os chamados «apartamentos de reinserção», durante um período preparatório visando a sua plena autonomia.

Há, também, outros toxicodependentes sem formação profissional e experiência de emprego, com uma escolaridade variável, que necessitam sobretudo de formação profissional. Esta poderá ser feita nos centros de formação profissional do IEFP, em instituições privadas com o apoio de bolsas de formação ou em instituições de formação profissional para toxicodependentes ou pessoas com dificuldades especiais de reinserção.

Mas há ainda casos de extrema exclusão social, de toxicodependentes sem domicílio, completamente separados das famílias, sem emprego, com habilitações escolares limitadas, nenhuma formação ou experiência profissional e aptidões sociais muito reduzidas. Estes recorrem com frequência a crimes contra o património, à prostituição ou a simulacros de actividade profissional (os chamados «arrumadores») para subsistir e alimentar os consumos.

Para estes, é necessário um maior envolvimento das estruturas de suporte social, por vezes para os ajudar a suprir as necessidades básicas (alimentação e alojamento), programas de formação profissional adequados à sua instrução e capacidades e uma intervenção global de apoio à reorganização da sua vida, com acompanhamento, também, na procura e manutenção de emprego.

É frequentemente neste grupo de toxicodependentes em extrema exclusão social que se encontram os ex-reclusos, em que às dificuldades gerais de ressocialização se juntam as inerentes ao estigma social que ainda se

alia a esse passado prisional. São situações que, normalmente, carecem de um acompanhamento adaptado à condição própria dos toxicodependentes ex-reclusos.

Finalmente, alguns toxicodependentes, particularmente nos casos de duplo diagnóstico — em que uma depressão grave ou uma psicose coexiste com a toxicodependência —, podem necessitar de um apoio ainda maior, que passa por situações de emprego protegido, por empresas de reinserção e por residências.

Já se vê que a superação dos problemas que se colocam à reinserção social dos toxicodependentes exige a adopção de medidas adequadas à diversidade das situações de exclusão e que, em alguns casos, configuram uma verdadeira descriminação positiva. A não ser assim, nem a ressocialização se alcança, nem o tratamento se conclui, nem a «recaída» no consumo de drogas se previne.

76 — As estruturas de apoio à reinserção social

É, sem dúvida, necessário reforçar as estruturas de apoio à reinserção social, não obstante o esforço feito nesta área nos últimos anos.

Essas estruturas, na medida em que o tratamento se prolongue até à efectiva ressocialização, incluem, com o apoio do Ministério da Saúde, os centros de dia, em que os toxicodependentes aprendem a organizar a sua vida e desenvolvem competências sociais, hábitos de ocupação e trabalho e actividades pré-profissionalizantes e as comunidades terapêuticas, que incentivam os mesmos valores através de programas específicos e da vida comunitária em geral.

Por outro lado, temos como estruturas específicas, apoiadas pelo Ministério do Trabalho e da Solidariedade, os apartamentos de reinserção social⁽⁸¹⁾, que constituem um meio intermédio entre a vida na comunidade terapêutica e a autonomia completa, dado tratar-se de residências temporárias destinadas a apoio a toxicodependentes que se confrontam com problemas de reinserção social, familiar, escolar ou profissional, designadamente após a saída de unidades de tratamento, estabelecimentos prisionais, centros tutelares ou de outros estabelecimentos da área da justiça. Nesta linha, devem referir-se, também, as instituições de formação profissional, em número muito reduzido, que disponibilizam cursos suportados de forma especial, atendendo à população a que se destinam. A estas estruturas juntam-se, ainda, as chamadas equipas de intervenção directa ou equipas de rua, nas quais se fez um grande investimento nos últimos anos⁽⁸²⁾, e que são unidades de intervenção directa junto de populações toxicodependentes e suas famílias, bem como, de uma forma geral, junto de comunidades afectadas pelo fenómeno da toxicodependência com o objectivo de fomentar a integração dos toxicodependentes em processos de recuperação, tratamento e de reinserção social, através de acções articuladas de sensibilização, orientação e encaminhamento.

Estas acções são desenvolvidas por instituições privadas, sob a orientação técnica da Direcção-Geral da Acção Social, através dos centros regionais de segurança social e serviços sub-regionais.

A intervenção nesta área de um conjunto de instituições privadas revela-se cada vez mais importante, tendo sido alargados os mecanismos destinados a permitir-lhes desenvolver actividades de reinserção de toxi-

codependentes através do Programa Quadro Reinserir, do Projecto VIDA.

Papel importante na reorganização das relações sociais dos toxicodependentes em recuperação é o desempenhado pelos grupos de auto-ajuda, designadamente os promovidos pelos Narcóticos Anónimos.

A estas estruturas específicas haveria, ainda, que juntar as iniciativas gerais dirigidas aos ex-reclusos, da responsabilidade do Instituto de Reinserção Social e a articulação nesta área entre o Ministério da Justiça e o Ministério da Saúde, ao abrigo do já referido protocolo de 21 de Março de 1997.

Por outro lado, o programa em curso nas Forças Armadas contempla a reinserção sócio-profissional dos militares objecto de tratamento, sob o acompanhamento da UTITA, com o envolvimento dos familiares, sendo incentivada a frequência de grupos de auto-ajuda.

77 — Prioridades para a reinserção social dos toxicodependentes: o Programa Vida Emprego

O panorama do sistema de apoio à reinserção social dos toxicodependentes foi profundamente alterado, e reforçado, com o recente lançamento do Programa Vida Emprego, da iniciativa do Projecto VIDA e do Instituto de Emprego e Formação Profissional.

Este Programa foi criado e regulado através da Resolução do Conselho de Ministros n.º 136/98, de 4 de Dezembro.

Trata-se de um mecanismo de apoio ao emprego de ex-toxicodependentes, respondendo, assim, a uma das mais importantes exigências de uma ressocialização efectiva.

O Programa Vida Emprego inclui um conjunto vasto de medidas específicas de apoio à formação profissional, ao estágio e à integração sócio-profissional, bem como, de um modo geral, de apoio ao emprego e ao auto-emprego de toxicodependentes. Esse conjunto de medidas inclui, entre outras:

- a) Um subsídio mensal a atribuir aos estagiários ex-toxicodependentes;
- b) A comparticipação nos encargos com um orientador de estágio e um tutor encarregue do acompanhamento personalizado;
- c) Um prémio financeiro para as empresas que, findo o estágio, optem pela contratação destes estagiários e se comprometam a manter o posto de trabalho pelo menos por quatro anos;
- d) Subsídios às entidades empregadoras para comparticipação nos encargos com a remuneração e a segurança social dos trabalhadores admitidos ao abrigo deste Programa;
- e) A comparticipação nas despesas de investimento e funcionamento iniciais com a constituição de empresas promovidas por ex-toxicodependentes.

O Programa Vida Emprego constitui, assim, um instrumento essencial para a prossecução da opção estratégica de promover e incentivar a implementação de iniciativas de apoio à reinserção social e profissional dos toxicodependentes. Daí que uma das mais relevantes prioridades neste domínio seja, justamente, assegurar o seu bom desenvolvimento no terreno.

78 — O sistema de apoios e outras prioridades para a reinserção social dos toxicod dependentes

A concretização da opção assumida na presente estratégia nacional de luta contra a droga em matéria de reinserção social não se esgota, naturalmente, no Programa Vida Emprego.

Desde logo, há que ter em conta a necessidade de prevenir a própria desinserção, por via da promoção, em articulação com as escolas e as empresas, do acesso precoce dos toxicod dependentes a tratamento. Mas há outras prioridades específicas no que se refere à promoção da ressocialização.

Em primeiro lugar, importa assegurar o pleno aproveitamento do sistema de apoios ao tratamento e à reinserção social dos toxicod dependentes, recentemente regulado pelo Decreto-Lei n.º 72/99, de 15 de Março.

Este sistema aplica-se aos serviços prestados por unidades privadas, com ou sem fins lucrativos, e estrutura-se em geral, como acima se explicou, a partir de três orientações fundamentais: o Estado financia as famílias dos toxicod dependentes e não as instituições que lhes prestam serviços, privilegia a promoção da equidade no acesso aos serviços e comparticipa, verificadas certas condições, nos encargos com os serviços prestados por unidades privadas ainda que com fins lucrativos.

No quadro deste novo regime jurídico estão previstos acordos de cooperação a celebrar entre o Estado, através dos centros regionais de segurança social, e as instituições privadas, os quais se destinam à contratualização das condições de financiamento e de comparticipação do Estado em actividades que, no âmbito do apoio à reinserção social de toxicod dependentes, se desenvolvem por meio de equipas de intervenção directa ou equipas de rua e de apartamentos de reinserção social [v. artigos 2.º, alínea a), e 10.º a 14.º do Decreto-Lei n.º 72/99, de 15 de Março].

Podem ainda, quando isso se justifique, ser celebrados acordos de cooperação para outras respostas inovadoras de apoio ou reinserção social, como sucede com o Centro de Acolhimento aos Sem-Apoio.

A estes apoios há que juntar os que, através de subsídios com carácter eventual, é necessário conceder a toxicod dependentes isolados ou às suas famílias, para comparticipação nas despesas de utilização de unidades de tratamento ou inerentes ao tratamento ambulatório.

Em segundo lugar, é necessário promover o apoio ao desenvolvimento de grupos vários de auto-ajuda, capazes de integrar a diversidade psicossocial dos toxicod dependentes.

Em terceiro lugar, importa criar incentivos que facilitem o desenvolvimento de uma rede de clubes e colectividades recreativas e culturais, ou outras organizações juvenis, que se disponham a desempenhar um papel activo na integração de toxicod dependentes em recuperação.

Em quarto lugar, em complemento do Programa Vida Emprego, há ainda lugar para o desenvolvimento de experiências de emprego protegido em serviços públicos, autarquias e empresas e de apoio à criação de empresas de reinserção, vocacionadas para responder a situações mais graves.

Finalmente, será ainda necessária a criação de residências permanentes, inspiradas nos modelos de comunidades terapêuticas e apartamentos de reinserção social, para toxicod dependentes com doenças ou defi-

ciências (v. psicóticos) que dificultem, de forma definitiva, a sua plena inserção social.

CAPÍTULO X

Combate ao tráfico e ao branqueamento de capitais

Combate ao tráfico ilícito de drogas

79 — Reforçar o combate ao tráfico ilícito de drogas

O reforço do combate ao tráfico é uma opção estratégica fundamental para Portugal.

As dramáticas consequências do tenebroso negócio do tráfico ilícito de drogas, empreendido tantas vezes por verdadeiras organizações criminosas, e que atinge não apenas a vida dos jovens mas também a vida das famílias e a saúde e segurança da comunidade, são de tal modo chocantes que se torna um imperativo mobilizar todos os esforços para combater o tráfico com redobrada determinação⁽⁸³⁾.

No caso de Portugal, esse combate é particularmente difícil em razão da nossa extensa costa marítima, a que se junta a eliminação de controlos fronteiriços internos no quadro do processo de integração europeia. Mas esses desafios terão de ser enfrentados, por um lado, com o reforço dos meios disponíveis e, por outro, com o recurso a novas metodologias de controlo.

Entre as acções a empreender estarão, decerto, algumas das previstas no Livro Branco apresentado pelo Grupo de Planeamento em 1995 e que ainda não tiveram plena realização, nomeadamente em matéria de reforço da vigilância e dos meios disponíveis, mas também da coordenação entre as autoridades.

Contra a criminalidade organizada, na qual se inclui o grande tráfico de droga, é decisiva a *intelligence*, para a qual a cooperação internacional se reveste da maior importância.

Do mesmo modo, importa assegurar o bom funcionamento de modernos equipamentos de telecomunicações, complementado pela oportuna e completa exploração da informação recolhida, através de especialistas em vários domínios, sob a devida coordenação.

Em todo o caso, a óbvia necessidade de reforçar o controlo selectivo das fronteiras aéreas, marítimas e terrestres (nomeadamente através do sistema LAOS), com recurso aos meios técnicos adequados, não pode fazer descurar o combate ao chamado «pequeno tráfico», que deverá merecer toda a atenção das autoridades policiais.

Finalmente, importa ter presente que o reforço dos mecanismos específicos de combate ao tráfico em nada afecta a utilidade da adopção de outros dispositivos de natureza essencialmente preventiva⁽⁸⁴⁾.

80 — Um combate integrado

O combate ao tráfico deve ser feito de forma integrada.

O desenvolvimento de um combate integrado ao tráfico supõe, em primeiro lugar, a valorização da participação de cada uma das entidades competentes no seu campo específico de actuação.

Mas, sobretudo, a ideia de um combate integrado exige a consonância desse combate com os objectivos gerais visados na luta contra a droga, nomeadamente no que se refere ao encaminhamento, nos termos da

lei, dos toxicodependentes para tratamento, ainda que envolvidos no chamado «pequeno tráfico».

81 — A importância da coordenação

O sucesso no combate ao tráfico ilícito de droga depende, em boa parte, de uma boa coordenação entre as diversas autoridades com competência nesta área.

Por essa razão, este é um dos domínios em que mais se faz sentir na presente estratégia nacional de luta contra a droga o princípio da coordenação e da racionalização de meios, que a inspira.

Aliás, as convenções internacionais referem a necessidade de cada Estado signatário se dotar de um sistema interno de coordenação das actividades repressivas⁽⁸⁵⁾.

Do mesmo modo, a 20.ª Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas recomendou aos Estados que incentivem «uma estreita colaboração entre todos os serviços competentes, tais como alfândegas, guarda costeira e polícias, assegurando que lhes seja dada a necessária formação»⁽⁸⁶⁾.

Os esforços no sentido da coordenação levaram à celebração, em 19 de Janeiro de 1995, de um protocolo entre as diversas forças policiais e aduaneiras com vista à sua acção nacional e regional.

Mais recentemente, foi constituída a Unidade de Coordenação e Intervenção Conjunta Nacional (UCICN), integrando a Polícia Judiciária, a GNR, a PSP, a DGAIEC e o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras.

82 — O Grupo de Planeamento

Entre nós, a coordenação vem sendo institucionalmente assegurada, desde 1976, através da representação das autoridades competentes em matéria de combate ao tráfico no Grupo de Planeamento, antes integrado no extinto Gabinete de Planeamento e de Coordenação do Combate à Droga e recentemente transferido para o IPDT.

Este órgão, regulado pelo ainda vigente Despacho Normativo n.º 134/83, de 17 de Junho, tem por atribuições planear as actividades preventivas e repressivas dirigidas contra o tráfico ilícito de drogas e colaborar na definição dos objectivos da luta contra a droga.

Esta articulação das intervenções no plano do controlo da procura e do combate à oferta é da maior importância. Daí que seja vital a existência de uma estrutura como o Grupo de Planeamento.

A problemática da futura inserção orgânica do Grupo de Planeamento será abordada mais adiante, a propósito das estruturas de coordenação da presente estratégia nacional de combate à droga.

83 — Optimização dos recursos

Importa, também, assegurar na actuação dos órgãos de polícia criminal o pleno aproveitamento da capacidade e dos meios dos diversos organismos.

Um esforço particular deve ser feito no bom aproveitamento dos meios disponíveis da Brigada Fiscal da GNR ou das informações disponíveis na DGAIEC, em resultado dos seus contactos internacionais ou das ligações internacionais dos seus sistemas informáticos. Do mesmo modo, é necessário enquadrar melhor a IGAE nesta nova área de actuação, quer quanto ao controlo

do mercado lícito de droga quer, especialmente, no que toca ao combate ao branqueamento de capitais.

Contudo, não poderá negligenciar-se a necessidade de proceder ao reforço dos meios ao dispor dos órgãos de polícia criminal, nomeadamente em matéria de recursos técnicos, como é o caso dos necessários aparelhos de raios X para controlo de contentores e objectos similares.

Importante, também, é dotar o Laboratório de Polícia Científica da Polícia Judiciária com as condições necessárias para passar a determinar o princípio activo da droga apreendida.

84 — Meios de prova

O uso de registos mecânicos não autorizados, designadamente fotografias ou material áudio-visual, na investigação de processos por tráfico de droga — por exemplo quando se filma ou fotografa o afluxo de pessoas a certo local de venda —, apesar de geralmente aceite pelos tribunais, pode ser motivo de alguma controversia jurídica⁽⁸⁷⁾.

Daí que seja conveniente, a bem da certeza jurídica de todos e das próprias autoridades, consagrar expressamente em próxima alteração legislativa aquela que é já a interpretação dominante da nossa jurisprudência sobre esta matéria.

85 — Controlo de estimulantes tipo anfetaminas e seus precursores

Em face do moderno consumo de drogas sintéticas, a 20.ª Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas, em Junho de 1998, aprovou, como atrás se disse, um Plano de Acção contra a Produção Ilícita, Tráfico e Consumo de Estimulantes Tipo Anfetaminas e Seus Precursores.

Uma das dificuldades no combate à produção e ao tráfico neste campo é o surgimento de novas drogas — as *designer drugs* —, que procuram escapar ao enquadramento legal estabelecido.

Recorde-se que a mesma sessão especial da Assembleia Geral da ONU aprovou um documento sobre «Controlo de precursores», que aponta para novas metodologias de fiscalização das substâncias de uso comercial frequente. E porque a todo o momento surgem substâncias não incluídas nas tabelas de precursores, é recomendada uma lista especial de vigilância, enquanto o controlo formal não for instituído, preconizando-se a alteração da incriminação.

86 — Cooperação judiciária

Importante é, também, o documento aprovado em Nova Iorque sobre «Medidas para promover a cooperação judiciária» e que respeita à extradição, auxílio judiciário mútuo, transmissão de processos penais, outras formas de cooperação e formação, entregas controladas e tráfico por mar.

Nele se faz apelo ao uso das modernas tecnologias de comunicação e outras, a fim de agilizar tal cooperação.

É patente a preocupação de uma maior cooperação não apenas entre os serviços de detecção e repressão como entre «as autoridades judiciárias». Com efeito, um maior envolvimento das magistraturas em realiza-

ções e reuniões internacionais, de carácter não apenas teórico como pragmático, será da maior utilidade.

Registe-se, ainda, o relevo dado à «adopção de medidas tendentes a reforçar a cooperação entre o sistema de justiça penal, sistemas de saúde e de segurança social, com vista a reduzir o consumo e os problemas de saúde que lhe estão associados».

Perpassa ao longo de todo o documento a vantagem da celebração de protocolos, acordos ou tratados entre os Estados de modo a reforçar a cooperação judiciária.

Ainda numa preocupação de modernidade, incitam-se os Estados membros a considerar o «uso do telefone e vídeo para recolha de testemunhos ou declarações, desde que essas tecnologias sejam seguras e estejam de acordo com o direito interno e recursos disponíveis», assim como, numa outra vertente, se apela à introdução de medidas de protecção para juízes e magistrados do Ministério Público, testemunhas e membros das forças de repressão, em casos de tráfico ilícito de droga, sempre que as circunstâncias o justifiquem.

Combate ao branqueamento de capitais

87 — Reforçar o combate ao branqueamento de capitais

O combate ao branqueamento de capitais, neste caso em consequência do tráfico ilícito de drogas, é um necessário prolongamento do combate a esse tráfico.

Acresce que a dimensão do fenómeno do branqueamento de capitais à escala internacional constitui, hoje, uma reconhecida ameaça para a integridade, confiança e estabilidade dos próprios sistemas financeiros e comerciais, quando não do próprio sistema constitucional e democrático dos Estados.

Daí que a presente estratégia nacional de luta contra a droga assuma a opção estratégica de reforçar o combate ao branqueamento de capitais oriundos do tráfico ilícito de drogas.

Entre nós, esse reforço não passará tanto por novas medidas legislativas mas, essencialmente, por uma maior eficácia dos sistemas de controlo e dos mecanismos de cooperação internacional.

88 — A criminalização do branqueamento de capitais

A lei portuguesa já criminaliza o branqueamento de capitais e permite às autoridades identificar, localizar e congelar ou apreender os bens provenientes do tráfico ilícito de drogas, conforme o disposto na Convenção das Nações Unidas contra o Tráfico Ilícito de Estupefacientes e Substâncias Psicotrópicas, de 1988, e recomendado no documento «Luta contra o branqueamento de capitais», adoptado 10 anos depois, na 20.ª Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas, em Junho de 1998. O nosso regime legal assegura, também, a transposição da Directiva do Conselho n.º 91/308/CEE, de 10 de Junho.

Entre nós a incriminação de branqueamento não se confina aos bens ou produtos provenientes do tráfico ilícito de estupefacientes, substâncias psicotrópicas e precursores, mas estende-se aos que sejam resultado de outros crimes igualmente graves, incluindo a corrupção e outra criminalidade económica.

Por outro lado, as obrigações de colaboração com o sistema judiciário não recaem apenas sobre as instituições financeiras e equiparadas, mas também sobre

diverso tipo de empresas, como as concessionárias da exploração de jogo, de mediação imobiliária ou de compra de imóveis para revenda, bem como todas aquelas que comercializem bens de elevado valor unitário.

Do mesmo modo, a lei vigente já permite, verificados certos pressupostos, o acesso a contas bancárias por ordem da autoridade judiciária competente (v. Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, rectificado e republicado a 20 de Fevereiro do mesmo ano).

Em todo o caso, serão de ponderar eventuais aperfeiçoamentos na lei de modo a adaptá-la à diversidade e à constante evolução dos mecanismos criminosos de branqueamento de capitais.

89 — A questão da inversão do ónus da prova

A questão da inversão do ónus da prova no que se refere ao crime de branqueamento de capitais tem sido alvo de alguma controvérsia.

Na verdade, as dificuldades sentidas na demonstração da prática de elementos do crime principal, a montante do crime de branqueamento, bem como dos próprios elementos típicos deste, muitas vezes ocorridos fora do território nacional, trouxeram para a ordem do dia a possibilidade de recorrer nestas situações a um mecanismo que habitualmente se designa de «inversão do ónus da prova», como forma de forçar os suspeitos a fazerem prova da origem lícita dos seus bens.

A ideia, norteadada pelo meritório propósito de reforçar a eficácia do combate ao branqueamento de capitais, encontrou já eco em convenções internacionais, mas sempre sem prejuízo dos princípios constitucionais vigentes nos diversos Estados signatários dessas convenções.

Sucedem que a adopção de um tal mecanismo na legislação portuguesa, como na da generalidade dos Estados de direito, iria, forçosamente contrariar o princípio constitucional da presunção de inocência, consagrado no artigo 32.º, n.º 2, da Constituição Portuguesa e de que decorre o princípio *in dubio pro reo* (88).

Em todo o caso, o tema, tal como colocado pela Comissão para a Estratégia Nacional de Combate à Droga, merece um estudo mais aprofundado, nomeadamente à luz do direito comparado (89).

Em especial, será útil analisar a constitucionalidade e a pertinência de mecanismos utilizados noutros países não para estabelecer, mesmo como questão prejudicial de natureza civil, a culpabilidade ou a inocência de uma pessoa para efeitos criminais, mas a estabelecer, no quadro de um processo cível especial, a origem lícita ou ilícita de um determinado bem, para efeitos, designadamente, de comprovação da propriedade dos capitais ou bens entretanto apreendidos ou identificados em processo penal.

Não obstante todas as diferenças, terá utilidade estudar, neste contexto, o grau de similitude desses mecanismos com outros já admitidos no nosso direito positivo.

É o caso da possibilidade de envio para meios cíveis da discussão sobre a propriedade de bens apreendidos por se suspeitar que representam produto de um crime ou de conversão ou transformação, quando surge um terceiro a invocar a constituição, de boa fé, de direitos sobre esses bens (artigos 17.º, n.º 5, do Decreto-Lei n.º 325/95, de 2 de Dezembro, e 36.º-A do Decreto-Lei n.º 15/93, na redacção que lhe foi dada pela Lei n.º 45/96, de 3 de Setembro).

É o caso, ainda, da discussão cível sobre a regular propriedade da herança jacente, quando o Estado pretende contestar a legitimidade dos que se apresentam como candidatos à sucessão (artigo 1132.º do Código de Processo Civil).

90 — Melhorar a eficácia do sistema de controlo do branqueamento de capitais

Importa melhorar substancialmente a eficácia do sistema de controlo do branqueamento de capitais, no quadro de programas como os previstos na Convenção das Nações Unidas contra o Tráfico Ilícito de Estupefacientes e Substâncias Psicotrópicas, de 1988, e que deverão ser implementados até 2003, conforme estabelecido na declaração política aprovada na 20.ª Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas, em Junho de 1998 e tendo em conta a Resolução n.º 5 (XXXIX), de 24 de Abril de 1996, da Comissão de Estupefacientes.

Nos termos do documento «Luta contra o branqueamento de capitais», aprovado na referida sessão especial, é necessário assegurar a plena aplicação do princípio «conheça o seu cliente», responsabilizando os agentes económicos e financeiros pela identificação e verificação dos requisitos relevantes dos respectivos clientes, bem como pela notificação obrigatória às autoridades de informações sobre os movimentos financeiros suspeitos.

Para tanto, importa reforçar a confiança e a comunicação entre as autoridades e as entidades possuidoras de informações relativas a operações suspeitas.

Como sucede cada vez mais noutros países, especial atenção deverão merecer, obviamente, as operações feitas ao abrigo do regime especial das chamadas «zonas francas» ou «*off-shores*».

Por outro lado, é necessário dar à informação recolhida um tratamento mais consistente e útil para o desenvolvimento das acções de investigação.

Atendendo à natureza das operações de branqueamento de capitais e à sua frequente complexidade técnica, importa assegurar, ainda, que as tarefas de investigação — sobretudo a cargo da Polícia Judiciária — sejam confiadas, nestes casos, a pessoal especializado, garantindo-se uma boa articulação entre os departamentos encarregues da perícia investigatória do branqueamento e os responsáveis pela investigação dos principais crimes de que ele resulta, quando não seja possível proceder à desejável junção dessas tarefas num mesmo departamento.

91 — Desenvolver a cooperação internacional

Conforme foi reconhecido no documento «Luta contra o branqueamento de capitais», adoptado na 20.ª Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas, em Junho de 1998, «só através da cooperação internacional e através do estabelecimento de redes de informação bilaterais e multilaterais, tais como o Grupo Egmont, que permitirão aos Estados o intercâmbio de informação entre as autoridades competentes, será possível combater eficazmente o problema do branqueamento de capitais».

A própria Convenção das Nações Unidas de 1988 já constitui, aliás, importante expressão dessa cooperação internacional neste domínio.

O PNUCID, por seu turno, lançou em Outubro de 1996 um importante programa mundial de combate ao branqueamento de capitais.

Noutro plano, o Grupo de Acção Financeira Internacional (GAFI), criado pelo G7 em 1989, tem protagonizado relevantes esforços de cooperação nesta área, sendo de realçar as 40 recomendações por si adoptadas em 1990 e que foram actualizadas em 1996.

Outras organizações internacionais têm aprofundado, também, a cooperação em matéria de combate ao branqueamento de capitais.

A Convenção Relativa ao Branqueamento, Detecção, Apreensão e Perda dos Produtos do Crime, adoptada em 1990 sob a égide do Conselho da Europa e ratificada por Portugal pelo Decreto do Presidente da República n.º 73/97, de 13 de Dezembro, fornece um quadro de cooperação da maior importância para Portugal e cujos compromissos se assumem como parte integrante da presente estratégia nacional. Já se salientou, de igual modo, a importância da cooperação no quadro do Conselho da Europa, cuja actividade releva também no domínio do branqueamento de capitais.

Importa, sobretudo, harmonizar procedimentos e assegurar a troca expedita de informações entre os diversos Estados em relação a operações financeiras suspeitas.

CAPÍTULO XI

Investigação e formação

Investigação sobre drogas e toxicodependências

92 — A importância estratégica da investigação científica

O incremento da investigação científica constitui uma das mais relevantes opções estruturantes da presente estratégia nacional de luta contra a droga.

Só uma aposta no conhecimento da complexidade das causas e da diversidade das expressões do fenómeno das drogas e das toxicodependências pode permitir uma atitude que não seja meramente reactiva e fundamentar decisões políticas mais lúcidas e eficazes. Daí o destaque que se entendeu dar à investigação científica no quadro desta estratégia nacional⁽⁹⁰⁾.

Há muito a fazer neste campo.

Quando se realizou a Conferência de Viena, já na segunda metade da década de 80, em 1987, o conhecimento existente sobre o fenómeno das drogas era, ainda, de um modo geral escasso, disperso e inconsistente, não resultando da aplicação de métodos verdadeiramente científicos, norteados por quadros teóricos estabelecidos, designadamente interdisciplinares.

Não espanta, portanto, que essa Conferência tenha recomendado aos países da ONU um esquema multidisciplinar articulador de múltiplas iniciativas e entre elas «institutos de estudos superiores, centros de investigação dos grandes estabelecimentos escolares». E quanto à prevenção, dizia-se claramente: «seria preciso intensificar a investigação científica».

Desde então — e não passou muito mais de uma escassa dezena de anos — são crescentes os sinais de interesse pela investigação científica nesta área, tanto ao nível das universidades como das próprias estratégias dos Estados, como, ainda, ao nível europeu.

Não será este o lugar próprio para inventariar as investigações realizadas ou pendentes, discutir as suas metodologias ou dar conta dos resultados dos estudos feitos nas mais diversas áreas⁽⁹¹⁾.

O que aqui importa clarificar é o que se espera exactamente da investigação científica nesta área e de que modo se concretiza a opção estratégica de incrementar essa investigação, tendo em conta aquele que é o dispositivo nacional de investigação sobre drogas e toxicodependências.

93 — Investigação administrativa e académica

O dispositivo nacional de investigação sobre drogas e toxicodependências reparte-se em duas grandes categorias: a investigação administrativa e a investigação académica.

A investigação administrativa é a desenvolvida pelos organismos oficiais do «combate à droga» e pelos serviços de prevenção e tratamento das toxicodependências.

Em razão do relativo desinteresse das universidades, a investigação administrativa tem predominado, devendo-se-lhe, de um modo geral, os estudos mais sistematizados sobre a matéria, sobretudo no que se refere à descrição epidemiológica e da intervenção, menos no que tem que ver com a explicação do fenómeno das drogas. Os estudos epidemiológicos, como os estudos de carácter estatístico do então GPCCD, tendem a descrever a dimensão e caracterização do fenómeno, sob o ponto de vista sócio-demográfico, quer através do método dos indicadores indirectos, quer através dos inquéritos em meio escolar. Os estudos de avaliação, por seu turno, tendem a descrever o funcionamento e a eficácia dos serviços ou, como sucedeu com os estudos iniciados em 1991 pelo SPTT, a caracterizar, do ponto de vista sócio-demográfico, a população em tratamento.

A investigação académica é a que se desenvolve nos centros de investigação das universidades.

Em rigor, poderiam distinguir-se três tipos de investigação académica: a investigação conducente aos graus de mestre e doutor (largamente predominante), a investigação apoiada pela Fundação para a Ciência e Tecnologia e a investigação encomendada, seja pelos dispositivos oficiais de «combate à droga» ou seja pelas autarquias, pela Comissão Europeia, pelo Conselho da Europa ou por outras instituições públicas ou privadas interessadas no esclarecimento de aspectos específicos.

A investigação académica, investindo sobretudo na investigação fundamental, ocupa-se predominantemente da explicação, da interpretação e dos métodos descritivos não epidemiológicos. Muito secundariamente se ocupa da intervenção. Em todo o caso, é notório o alargamento das áreas científicas interessadas na produção de conhecimentos. Hoje predominam as ciências psicológicas e do comportamento, em especial as disciplinas clínicas (psicologia clínica, psicopatologia, psicanálise), contrastando com o relativo distanciamento do pólo biologia/farmacologia/toxicologia e do pólo ciências sociais/criminais.

94 — As missões da investigação científica e a convocação dos saberes

O conhecimento científico das drogas, estabelecendo relações objectivas e o significado histórico-social das drogas, é absolutamente necessário para permitir decisões esclarecidas e consequentes, apesar de estas não se resumirem a conclusões técnicas. As sábias estratégias de gestão social do uso das drogas constituem-se na

interpenetração das esferas culturais: na abertura da ciência para a ética e a justiça; na abertura da justiça e da ética para a ciência.

Mas se o conhecimento científico deve auxiliar a preparação e fundamentação das decisões políticas, isto não significa que os critérios de organização da investigação sobre drogas estejam condenados à dispersão por uma multiplicidade de questões particulares, suscitadas a propósito da necessidade de enfrentar problemas concretos. Pelo contrário, é preciso não perder de vista que a ciência das drogas constitui um campo interdisciplinar específico e unitário, com a sua própria racionalidade teórica ou lógica integradora.

O que se pede à investigação sobre as drogas é, afinal, o que se pede de outros saberes: descrever os fenómenos, explicá-los, interpretá-los e organizar os conhecimentos produzidos em função das condições de existência e do desenvolvimento humano.

Os dispositivos da investigação, que se desejam estáveis, não-de desenvolver-se, portanto, a partir de três grandes linhas, logicamente articuladas: a descrição, a explicação/interpretação e a investigação/intervenção.

A descrição ou observação do fenómeno da droga procura responder às seguintes questões: qual a dimensão actual do fenómeno? (a tradicional pergunta, «quantos são»?); qual a sua dinâmica temporal? (tem aumentado ou diminuído?); quem são os actores das drogas? (consumidores ocasionais, regulares, toxicodependentes, consumidores-traficantes, traficantes. . .); quais são os padrões de uso? (tipos de drogas, estilos de vida, dinâmicas individuais, grupais, sociais); qual a sua dinâmica espacial? (dimensões ecossociais e sócio-demográficas).

Diga-se, desde já, que esta é uma questão crucial. Precisamos de saber mais sobre o fenómeno da droga e sobre a sua evolução.

Já a explicação e a interpretação do fenómeno das drogas há-de ser mais plurifacetada. De acordo com a chamada «lei do efeito», a explicação, neste domínio, implica a conjugação de três macrovariáveis: as substâncias, os indivíduos e os contextos.

Significa isso mobilizar o conhecimento nas áreas da biologia das drogas e das toxicodependências, dos estudos neurobiológicos e neurofarmacológicos e dos estudos de desenvolvimento embrionário. E Portugal dispõe de condições para significativos avanços na explicação dos processos biológicos das dependências, visto que conta com departamentos de investigação de grande qualidade e com cientistas que têm desenvolvido projectos de investigação cujos resultados são internacionalmente conhecidos.

Como significa mobilizar a investigação das ciências psicológicas e do comportamento, para lá mesmo da psiquiatria, da psicopatologia e da psicologia clínica, com a sua abordagem clássica da dependência como toxicodependência. Não sendo hoje homogénea a investigação nas ciências psicológicas e do comportamento sobre drogas e existindo linhas de ruptura investigatória que superam o paradigma etiológico e patológico, importa valorizar as diferentes áreas de estudo em que se desdobra a vasta literatura das ciências psicológicas e do comportamento, nomeadamente a psiquiatria, a psicanálise, a psicologia cognitivo-comportamental e os estudos psicossociológicos — estes mostrando (sobretudo por via de métodos etnográficos e biográficos, mas também por

recurso a teorias sistémicas e à terapia familiar) que subjacentes aos comportamentos de consumo existem estruturas de vida diferentes. Não se trataria, pois, essencialmente, de um fenómeno de patologia individual ou social, mas um problema a interpretar na dramática da vida quotidiana à luz de uma verdadeira psicologia ecossocial.

Esta mobilização dos vários saberes diz ainda respeito às próprias ciências sociais, que hão-de contribuir para explicar/interpretar o fenómeno das drogas enquanto factor social, analisar os contextos sócio-culturais e sócio-históricos do consumo de substâncias psicoactivas e estudar a vertente económica do fenómeno, em especial os mercados das drogas e os seus actores. Para estas grandes questões estão vocacionadas a sociologia, a etnologia e a antropologia cultural, bem como a própria economia.

Não pode esquecer-se, neste contexto, a investigação sobre a relação entre as drogas e outros fenómenos conexos, designadamente do foro sanitário (comportamentos, doenças infecto-contagiosas...) e criminal. Esta última reveste-se de particular relevância — para a comunidade, para a Administração Pública, para o legislador e para o aplicador da lei —, até porque os estudos têm vindo a desfazer algumas ideias estabelecidas sobre a natureza da relação entre o consumo de drogas e a prática de delitos, permitindo concluir com segurança que «nem todas as drogas estão associadas ao crime, nem todos os crimes associados às drogas»⁽⁹²⁾.

95 — Investigação e intervenção: a importância estratégica da avaliação

Outro vector da investigação científica nesta área é o binómio investigação-intervenção, que se reveste de grande acuidade.

Sendo muito recentes as preocupações neste domínio, é hoje reconhecido que, para além de uma adequada fundamentação científica, os programas de intervenção não podem dispensar uma metódica e rigorosa avaliação dos seus resultados, devendo as opções sobre os programas futuros ter em conta essa avaliação.

Na verdade, face às insuficiências do conhecimento sobre o fenómeno das drogas e das toxicodependências e à constante evolução da própria expressão desse fenómeno, não é possível dar por consolidadas «soluções» que não passam, verdadeiramente, de tentativas.

Mas são necessárias algumas cautelas quando se fala de avaliação, até para evitar que se pretenda avaliar programas que, pela sua própria natureza, não obedecem sequer à primeira de todas as condições para uma efectiva avaliação: a possibilidade da própria avaliação. Com efeito, há programas que não são, tal como foram desenhados, avaliáveis.

Há, de facto, o risco de se confundir com avaliação a simples determinação do valor de um programa através da recolha de opiniões dos próprios participantes ou da emissão de um «juízo» feito por um actor do próprio sistema (a chamada avaliação interna) ou de um sistema exterior (a chamada avaliação externa). Um «juízo» que, muitas vezes, se baseia mais em suposições e jogos de opinião do que em factos — e não está excluído que assim seja mesmo quando tal «juízo» provém do exterior.

Bem pelo contrário, a avaliação do valor de um programa deve preferencialmente resultar dos factos, tal

como estabelecidos pela aplicação dos respectivos instrumentos avaliadores, os quais hão-de constar de um dispositivo avaliador programado por um especialista avaliador.

Uma efectiva avaliação deverá assentar, pois, numa metodologia rigorosa.

Para tanto, convirá que a própria concepção do programa preveja os respectivos instrumentos de avaliação (ex.: uma escala de medida de comportamentos e atitudes relativas às drogas, aplicada antes e depois da realização do programa, de modo a poderem ser comparados os dados dos quais a eficácia do programa pode ser inferida). E, para que isso seja possível, é necessário que a equipa que concebe e aplica um programa de intervenção inclua um especialista com experiência de avaliação, capaz de definir os métodos que melhor se adaptam à avaliação de um dado programa.

Estes dispositivos de auto-avaliação não excluem, todavia, a utilidade das avaliações externas, mas a sua pertinência deverá resumir-se, sempre que possível, a estimar o valor do próprio dispositivo avaliador constante do programa.

Outra área importante neste binómio investigação/intervenção é a dos estudos comparativos dos diversos programas de intervenção, ao nível da prevenção, tratamento, redução de danos ou ressocialização. Tais estudos são ainda escassos e seria desejável que pudessem aplicar metodologias que permitissem comparar a eficácia diferencial de cada modelo face a outros que perseguem o mesmo objectivo.

Importa, de igual modo, construir e experimentar instrumentos e metodologias cientificamente válidos — a começar pelos próprios instrumentos de diagnóstico — não apenas na componente patológica do consumo das drogas, ainda dominada pela experiência da abordagem clínica, mas recorrendo, também, a instrumentos que permitam diagnósticos diferenciais das várias categorias de toxicodependências.

96 — Uma investigação interdisciplinar

Resulta do que atrás se disse que o consumo das drogas não é compreensível, nem explicável, sem o concurso de vários saberes.

A interdisciplinaridade é, pois, fundamental na investigação sobre as drogas e as toxicodependências.

É certo que Portugal dispõe de metodologias científicas sólidas, que se foram desenvolvendo em diferentes instituições, como, por exemplo, os inquéritos em meio escolar, o método sagital, as etnometodologias e os resultados obtidos pelo Observatório Permanente de Segurança na cidade do Porto.

É tempo, agora, de os diferentes esforços desenvolvidos autonomamente em torno das diversas metodologias se congregarem sob o signo do espírito interdisciplinar, tendo em vista uma descrição mais objectiva, complexa e rigorosa do fenómeno das drogas em Portugal, conjugando as metodologias necessárias para responder aos desafios identificados pela política de controlo das drogas.

97 — Prioridades da investigação científica

Quanto às prioridades da investigação científica são de privilegiar, como acima se disse, os estudos interdisciplinares em geral, convocando sobretudo a biologia,

a farmacologia, a toxicologia, as neurociências, a psicologia, as ciências do comportamento, a etnologia, a sociologia, a economia e a criminologia. Este facto confere especial relevância à investigação do método interdisciplinar, ou seja, à prévia construção — por pura investigação teórica — de modelos ou métodos que permitam integrar os dados vindos das diferentes disciplinas.

Quanto ao objecto dos estudos sobre o fenómeno das drogas propriamente dito, a presente estratégia nacional de luta contra a droga assume cinco tipos de estudos prioritários, que visam consubstanciar a formulação de verdadeiras escolhas, sem prejuízo da relevância e do mérito de outras linhas de investigação⁽⁹³⁾.

Vejam essas cinco prioridades.

Em primeiro lugar, os estudos descritivos do fenómeno da droga, que nos permitam medir e caracterizar com maior rigor a dimensão actual desse fenómeno e as suas flutuações no tempo, para o efeito aliando aos métodos tradicionais (inquéritos e indicadores indirectos) outros de carácter quantitativo ou qualitativo. Para uma mais perfeita descrição do fenómeno, importará, também, estabelecer metodologias de recolha alargada de dados no contexto da construção de um verdadeiro sistema nacional de informação sobre droga e toxicodependência.

Em segundo lugar, os estudos explicativos e interpretativos do fenómeno da droga, que permitam operacionalizar empiricamente a consensual «lei do efeito», acima referida, isto é, que analisem as diversas variáveis que são as substâncias, o individuo e o seu contexto. Neste quadro, é necessário estudar as relações entre tipos de drogas, tipos de comportamentos individuais e tipos de contextos envolventes.

Em terceiro lugar, os estudos sobre a perigosidade das diferentes drogas, incluindo as novas drogas sintéticas, que auxiliem as políticas de prevenção e tratamento, mas que contribuam, também, para a definição fundamentada da política externa e da política legislativa em relação a esta matéria.

Em quarto lugar, os estudos sobre iniciativas de experimentação social, em especial quanto à instalação dos chamados *shooting rooms* e quanto à administração terapêutica ou controlada de heroína, mas também as relativas à troca de seringas nos estabelecimentos prisionais, de modo a obter uma descrição dessas experiências e a analisar cientificamente a necessidade, a viabilidade e as condicionantes técnicas, económicas e legislativas da sua eventual experimentação em Portugal.

Em quinto lugar, os estudos sobre as metodologias de avaliação de programas, por forma a permitir a avaliação dos programas de prevenção, tratamento, redução de danos e reinserção social levados a cabo em Portugal, incluindo os mais importantes de entre aqueles que tiveram lugar nos últimos 10 anos.

98 — Recursos humanos: uma comunidade científica estável

Uma das mais gritantes dificuldades que urge superar é a falta de uma comunidade científica estável no domínio das drogas. Raros cientistas consagram a sua carreira universitária a este tema, até porque muitas vezes o relativo desinteresse das universidades apenas permite investigações episódicas, a propósito da obtenção de graus académicos ou de encomendas por instâncias do Estado.

Este é um desafio que aqui se lança às próprias universidades.

No quadro da chamada «investigação administrativa», importa, sempre que possível, introduzir, nos termos legais, a carreira de investigação científica na orgânica dos serviços públicos onde a produção do conhecimento científico sobre drogas se desenvolve de forma sistemática. É para essa solução que aponta já a Lei Orgânica do recentemente criado Instituto Português da Droga e da Toxicodependência (v. Decreto-Lei n.º 31/99, de 5 de Fevereiro).

99 — O papel do IPDT e o Sistema Nacional de Informação sobre Droga e Toxicodependência

Uma das mais importantes tarefas cometidas ao Instituto Português da Droga e da Toxicodependência é a de, ao nível da Administração Pública, congregar e potenciar a investigação científica sobre o fenómeno das drogas e das toxicodependências.

Ao conferir-lhe essa responsabilidade, através do Decreto-Lei n.º 31/99, de 5 de Fevereiro, fez-se já aplicação do princípio da racionalização de meios, visto que se procedeu à junção num mesmo organismo de funções que estavam distribuídas pelo antigo GPCCD e pelo Observatório Vida.

Vale a pena citar aqui o preâmbulo do referido diploma: «A criação do IPDT permite concentrar e valorizar meios até aqui dispersos no que se refere à recolha e tratamento de dados e de informação sobre a droga e a toxicodependência. Esta avaliação permanente da evolução do fenómeno da droga e a produção de conhecimentos aprofundados sobre esse fenómeno são uma das mais relevantes tarefas cometidas ao IPDT, atenta a sua utilidade para a definição de políticas adequadas face ao problema da droga e da toxicodependência. De referir, ainda, são as incumbências do IPDT nas até aqui tão carecidas áreas da formação e da promoção de investigação nesta área.»

Em especial, constitui atribuição do IPDT «recolher, tratar e divulgar dados, informação e documentação técnico-científica na área da droga, nomeadamente relativa ao consumo e ao tráfico de estupefacientes, substâncias psicotrópicas e precursores» [artigo 3.º, alínea a), do mesmo decreto-lei].

Esta tarefa articula-se com outra essencial de que o IPDT está incumbido: «instituir e assegurar o funcionamento de um sistema nacional de informação sobre droga e toxicodependência» [artigo 3.º, alínea b)].

Finalmente, cumpre ao IPDT «promover e estimular a investigação, por forma a favorecer a produção de conhecimento avançado sobre o fenómeno da droga e da toxicodependência» [artigo 3.º, alínea g)], conhecimento avançado esse que versará, naturalmente, todos os domínios, incluindo os que se prendem com os métodos de intervenção e avaliação.

Para a prossecução destas atribuições o IPDT foi dotado de um Centro de Informação sobre a Droga e a Toxicodependência, cujo director é equiparado a subdirector-geral, cabendo a esse Centro, dotado de três divisões, desenvolver um conjunto de actividades, de que aqui se destacam a recolha de dados, mediante metodologias adequadas, a promoção de estudos e o

apoio à investigação científica, nomeadamente por meio de protocolos com instituições universitárias (cf. artigo 13.º do Decreto-Lei n.º 31/99, de 5 de Fevereiro).

100 — Algumas orientações para o financiamento da investigação

O problema dos recursos da investigação científica ultrapassa, naturalmente, o âmbito da presente estratégia.

O que aqui importa é, sobretudo, sublinhar a necessidade de superar a natural tendência para uma lógica de curto prazo na gestão dos meios financeiros da investigação e conferir sustentação financeira, também, a projectos de investigação fundamental de longo termo, que efectivamente poderão conduzir à construção e corroboração de modelos explicativos sólidos.

Por outro lado, importa que na consideração dos projectos, sobretudo pela Fundação para a Ciência e Tecnologia, seja tida em conta a especificidade da investigação sobre as drogas e as toxicodependências, sempre que possível através da previsão de uma área cuja natureza epistemológica se adapte aos projectos relativos a este campo interdisciplinar.

Formação em drogas e toxicodependências

101 — A importância estratégica da formação

A luta contra a droga faz-se, sobretudo, com pessoas. É, por isso, absolutamente essencial promover uma formação adequada dos recursos humanos nesta área.

A necessidade de formação sistemática no domínio das drogas e das toxicodependências tem sido objecto de preocupação desde a 2.ª metade da década de 80, quer por organizações internacionais, quer pelas associações dos profissionais deste domínio, quer ainda pelos serviços do Estado.

A Convenção de Viena, de 1987, recomendou a criação de cursos de pós-graduação e a introdução de temas relacionados com o álcool e outras drogas nos planos de curso dos profissionais de saúde.

Recentemente, em Junho de 1998, a 20.ª Sessão Especial de Assembleia Geral das Nações Unidas sobre Drogas recomendou: «Os Estados devem dar especial atenção à formação dos decisores políticos e profissionais envolvidos no desenvolvimento de programas, nas suas vertentes de planeamento, execução e avaliação das estratégias de redução da procura.»

Por seu turno, os técnicos de diferentes países têm vindo a criar associações, visando o intercâmbio de experiências e a promoção de uma formação técnico-científica.

Para além da necessidade de aprofundarem os seus conhecimentos, os profissionais de intervenção em toxicodependências são confrontados com as carências de formação dos mais diversos actores sociais: pais, jovens, professores dos diferentes graus de ensino, instâncias de controlo social (policias, guardas prisionais, técnicos de reinserção social, magistrados), profissionais de saúde e de comunicação social.

A urgência da formação tornou-se evidente aos olhos de todos.

102 — Tipos de formação

Com a formação visa-se instruir e esclarecer, através da transmissão de conhecimentos, aqueles que, por dife-

rentes formas, têm de gerir e controlar no seu quotidiano (profissional ou outro) o problema das toxicodependências. Do que trata, pois, é de criar conhecimento crítico sobre o fenómeno das drogas e conceber formas e métodos de intervenção em estreita ligação com o conhecimento produzido. Mas a formação envolve, também, uma aprendizagem do conjunto dos processos que a experiência da intervenção sobre as drogas foi estabelecendo, em ordem ao «saber fazer com arte».

Já se vê, portanto, que formação e investigação estão profundamente ligadas: a qualidade da formação depende dos conhecimentos existentes. Mas estes apoiam-se, por sua vez, na qualidade da formação científica que os produziu.

Pode falar-se, mesmo, em formação científica para designar a aprendizagem de métodos científicos susceptíveis de produzirem conhecimento sobre o fenómeno das drogas. Este tipo de formação, ao mesmo tempo produtora de conhecimento, é prioritária, tendo em conta os reduzidos conhecimentos de que dispomos sobre o fenómeno das drogas.

Em obediência ao princípio da diferenciação, a formação em drogas e toxicodependências não é homogênea, mas diferencial segundo funções e níveis de aprofundamento.

Os tipos de formação podem dividir-se em duas grandes categorias: a formação geral e a formação específica.

A formação geral consiste na transmissão de conhecimentos gerais sobre drogas e toxicodependências junto de todo o actor social empenhado que, não intervindo directamente no domínio das drogas e das toxicodependências, não pode alhear-se de um problema social que a todos diz respeito.

A formação específica consiste na produção e aprendizagem de conhecimentos e treino de competências em modelos conceptuais, metodologias de investigação e em metodologias e técnicas de intervenção em drogas e toxicodependências. Pela própria definição, a formação específica aplica-se às actividades profissionais que, tangencial ou permanentemente, se ocupam de drogas e toxicodependências. Esta formação específica pode ainda dividir-se em duas subcategorias: a formação técnica e a formação técnica especializada e pós-graduada.

A formação técnica é a formação complementar vocacionada para a aquisição de conhecimentos e treino de competências para a intervenção em drogas e toxicodependências. Este tipo de formação ocorre na passagem de uma formação académica ou de outra actividade profissional para o exercício de uma actividade profissional no domínio das drogas e das toxicodependências. Compreende uma formação inicial (que se acrescenta à formação básica académica) e a assimilação, mais ou menos crítica, da «cultura» dos serviços onde o técnico exerce a sua actividade profissional. E compreende, também, a formação contínua dos técnicos que não disponham de formação especializada ou pós-graduada. A primeira, a formação inicial, em princípio incluirá uma componente teórico-prática e um período de trabalho supervisionado por um ou mais especialistas. A formação contínua, por seu turno, poderá adoptar a fórmula de uma parte teórico-prática, outra de trabalhos específicos, seguida de um relatório de síntese. Importante é que seja devidamente planeada, tendo em conta as carências de formação e a necessidade de melhorar

a prestação de serviços à comunidade, e que ocorra de modo sistemático.

Já a formação técnica especializada e pós-graduada compreende a actualização e tradução de conhecimentos científicos, tendo em vista o enquadramento teórico da prática, bem como a aprendizagem mediante a avaliação — que deve ser sistemática — da experiência profissional exercida em espírito de equipa. É, afinal, a aprendizagem que visa o competente exercício profissional nos diferentes domínios específicos das drogas. Esta formação organiza-se em duas direcções possíveis: uma de análise, outra de intervenção. A primeira, vocacionada para a aprendizagem da metodologia da investigação científica e para a integração do conhecimento científico nas práticas, é organizada segundo as exigências de um curso de mestrado e decorre predominantemente em contexto universitário. A segunda, vocacionada para a especialização numa dada área de intervenção, é a aprendizagem baseada predominantemente na experiência e cultura técnica dos serviços.

103 — Princípios para a formação em drogas e toxicodependências

A planificação da formação em drogas e toxicodependências deverá reger-se por um conjunto de princípios básicos:

- Definição clara e precisa das finalidades específicas que, no seu conjunto, deverão convergir para uma maior qualidade e eficácia dos serviços;
- Diferenciação dos tipos e níveis de formação em função dos objectivos;
- Integração dos diferentes tipos de formação;
- Racionalização dos meios;
- Interdisciplinaridade, tendo em conta as múltiplas dimensões e a natureza sistémica do fenómeno das drogas;
- Formação e actualização contínuas;
- Comunicação entre unidades de formação nacionais e internacionais, designadamente europeias;
- Ética profissional, visto a lógica do serviço dever sobrepor-se à lógica do ganho e do interesse.

104 — Prioridades na formação

A prioridade das prioridades em matéria de formação é impulsionar a existência de uma formação básica ou inicial em drogas e toxicodependências nos planos de curso das licenciaturas que conduzem a áreas profissionais que frequentemente se confrontam com estes problemas (por exemplo, nos diversos cursos de Medicina, Farmácia, Enfermagem, Psicologia, Ciências da Educação, Sociologia, Serviço Social, Direito e Comunicação Social). Salvo raras excepções, as universidades portuguesas não tomaram ainda consciência desta grave lacuna da formação académica. O problema, aliás, põe-se em não menor acuidade no quadro dos cursos técnicos em áreas relevantes em matéria de toxicodependências (por exemplo, na formação dos técnicos psicossociais, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas).

A insuficiência da preparação dos actuais profissionais confere particular urgência ao lançamento de planos de formação dirigidos a profissionais de saúde, professores, forças de segurança, animadores sociais, profissionais da comunicação social e outros possíveis intervenientes, tendo em vista facultar uma melhor compreensão, ainda que gené-

rica, do problema da droga e da toxicodependência e preparar esses profissionais para uma intervenção ou um encaminhamento mais eficazes.

Uma terceira prioridade é quebrar o isolacionismo disciplinar e profissional por via da criação, sobretudo no quadro da formação técnica contínua, de programas de formação interdisciplinares, não pela mera justaposição de intervenções mas pela composição, em efectivo trabalho de equipa, de diferentes actos profissionais em modelos coerentes. Na verdade, apesar de a formação profissional em drogas e toxicodependências exigir a diferenciação e a especialização, não implica menos a comunicação entre os diferentes saberes, métodos e práticas. Sem perda da experiência, dos interesses e da contribuição de cada um dos sistemas interessados na formação especializada, é possível e desejável organizar uma formação de matriz predominantemente transversal e que crie condições para a constituição de um tão necessário sistema de comunicação entre a comunidade científica e a comunidade dos profissionais de intervenção em drogas e toxicodependências. Aliás, o planeamento de acções de formação em torno de novos problemas concretos (ex.: as drogas sintéticas), novos modelos conceptuais ou diferentes metodologias (de diagnóstico e de intervenção) obriga à convergência dialogante dos diferentes actores deste tipo de intervenções.

Finalmente, importa implementar um dispositivo de formação geral, que possa planear e estruturar a formação dirigida a determinados sectores da população.

105 — Racionalização dos meios

O princípio da racionalização de meios, que é um dos princípios estruturantes da presente estratégia nacional, reveste-se de especial importância em matéria de formação.

Na verdade, a experiência demonstra que a dispersão redundante em dispêndio e má qualidade, não obstante a necessidade de experiências locais com a necessária qualidade técnica.

Importa, pois, assegurar uma harmoniosa conjugação dos recursos existentes.

Aliás, a articulação entre faculdades e universidades já é permitida e recomendada na lei geral relativa aos mestrados. Melhor será, portanto, investir numa concentração de esforços — ao abrigo, por exemplo, de protocolos de colaboração — para alcançar soluções de maior exigência e qualidade, ao mesmo tempo favorecendo a interdisciplinaridade e o intercâmbio científico e técnico.

Esta racionalização de meios só terá a ganhar com a constituição de mecanismos organizadores e reguladores da formação em drogas e toxicodependências, tanto nos serviços públicos especializados em drogas e toxicodependências como nas universidades com efectiva experiência de produção de conhecimentos neste domínio.

106 — Estruturas organizativas da formação

Responder às necessidades de formação, tipificando-a em função dos objectivos, racionalizando meios, organizando planos curriculares, exige a constituição de um dispositivo permanente de formação.

Esse dispositivo passa agora, essencialmente, pelo recém-criado IPDT, que tem, justamente, como uma

das suas atribuições, para além das acções de formação geral no quadro da intervenção na comunidade, «apoiar a formação dos profissionais que intervêm na área da droga e da toxicod dependência» [artigo 3.º, alínea *h*], do Decreto-Lei n.º 31/99, de 5 de Fevereiro].

O IPDT foi para isso dotado de uma Divisão de Formação, integrada na Direcção de Serviços de Intervenção na Comunidade, a qual terá por incumbência apoiar os profissionais dos diferentes serviços sectoriais e organizações privadas que actuem na área da prevenção primária e preparar, acompanhar, apoiar ou assegurar as acções de formação dirigidas a esses profissionais [artigo 14.º, n.º 3, alínea *b*)].

É, pois, em colaboração com a unidade de formação do IPDT que os serviços deverão organizar a formação técnica dos respectivos profissionais.

No que se refere à formação técnica especializada e pós-graduada, a essa colaboração deverá acrescer uma especial responsabilidade da unidade de formação do IPDT na organização da formação teórico-prática, para o efeito mobilizando os recursos existentes, nomeadamente os mestres em toxicod dependências.

Fundamental será, também, a colaboração entre a unidade de formação do IPDT e as universidades, tendo em vista a necessária actualização geral do conhecimento científico.

Por outro lado, também a formação pós-graduada e de mestrado, a cargo das universidades, carece da colaboração dos serviços, designadamente no que se refere às condições que tornem exequíveis os trabalhos de elaboração das teses. Do mesmo modo, é necessário utilizar os mecanismos legais que possam permitir o apoio dos serviços ao acesso dos seus próprios técnicos a estes meios de qualificação profissional.

Chegou o tempo da aliança comunicacional entre as universidades e os serviços.

CAPÍTULO XII

Sociedade civil

107 — A participação da sociedade civil na luta contra a droga

A estratégia nacional de luta contra a droga não está apenas vocacionada para nortear a actividade da Administração Pública mas também para servir de referência para a sociedade civil e as suas instituições, mobilizando-as para a luta contra a droga.

Por essa razão, um dos princípios estruturantes da presente estratégia nacional é, justamente, o princípio da participação.

O problema da droga é, na verdade, um problema da sociedade no seu conjunto, que só pode ser enfrentado com o esforço empenhado de todos.

Antes de ser um problema do Estado — como sem dúvida será —, o problema da droga é um problema humano, vivido no interior de cada pessoa, de cada família, de cada escola, de cada empresa, de cada grupo, de cada relação interpessoal. E é aí, onde muitas vezes o Estado não pode nem deve chegar, que importa agir.

Mobilizar as pessoas, as famílias, a sociedade civil no seu conjunto e as suas instituições e, sobretudo, mobilizar os jovens é, pois, um imperativo assumido pela estratégia nacional de luta contra a droga.

Essa mobilização supõe, porém, a informação e a formação sobre a problemática das drogas e das toxicod dependências, a promover pelos organismos competentes do Estado, em sede de prevenção primária, com a colaboração, sempre que necessário, das universidades. Mas uma tal mobilização só será conseqüente se existirem sistemas de apoio às iniciativas das instituições da sociedade civil de reconhecido interesse público, aferido à luz da presente estratégia nacional.

A concretização do envolvimento da sociedade civil desdobra-se em quatro níveis: a participação na definição das estratégias para a droga e a toxicod dependência, a prevenção primária, o tratamento e a reinserção social.

108 — A participação na definição das estratégias para a droga e a toxicod dependência

Sendo o problema da droga e da toxicod dependência um problema da comunidade, importa que ela participe na formulação das estratégias públicas sobre esta matéria.

Daí que na elaboração da presente estratégia nacional de luta contra a droga se tenha já assegurado mecanismos de participação dos cidadãos, através de um processo de discussão pública.

Importa, para além disso, utilizar, a propósito da definição das linhas de força das diferentes políticas, outras formas de participação, designadamente de participação orgânica ou institucional, sem prejuízo, naturalmente, do interesse que poderá ter, também aí, a participação procedimental. Especial relevância, neste quadro, deve dar-se à valorização do Conselho Nacional da Toxicod dependência.

109 — A sociedade civil e a prevenção primária

O envolvimento da sociedade civil é decisivo para o sucesso da prevenção primária.

Para além da sensibilização da comunidade em geral, importa, muito em especial, consciencializar os jovens do papel que podem e devem ter junto dos outros jovens.

Relevante é, também, a mobilização dos agentes educativos — especialmente pais e professores — e dos «líderes de opinião».

Mas a intervenção estruturada da sociedade civil na prevenção primária terá lugar, sobretudo, através de iniciativas a cargo de associações e outras instituições privadas que trabalhem na área da droga e da toxicod dependência ou que, por qualquer razão, lidem com populações com comportamentos de risco.

Já se disse, a propósito da prevenção primária, da importância dessas iniciativas e do apoio que deverão ter no quadro de um programa como o Programa Quadro Prevenir, tendo em conta as prioridades definidas e a avaliação dos respectivos resultados.

Uma palavra, ainda, para os meios de comunicação social. Numa sociedade de informação como a que entra neste terceiro milénio, os meios de comunicação social podem desempenhar um papel fundamental na divulgação de informação verdadeiramente esclarecedora sobre as drogas e as toxicod dependências, contribuindo para a sensibilização da comunidade e para uma projecção mais alargada da prevenção primária. Assim sabiam os seus profissionais estar à altura desta responsabilidade social.

110 — A sociedade civil e o tratamento dos toxicodependentes

O tratamento dos toxicodependentes não tem de ser assegurado, exclusivamente, por meios da rede pública de cuidados de saúde.

Pelo contrário, é de importância vital assegurar a continuidade da intervenção na área do tratamento das muitas instituições particulares de solidariedade social que, de há muito, se vêm dedicando a este serviço à comunidade.

Essa intervenção é, de facto, essencial para garantir uma suficiente extensão da rede de cuidados de saúde aos toxicodependentes, sem a qual não será possível assegurar acesso a tratamento a todos os toxicodependentes que se desejem tratar.

Pela mesma razão, a comparticipação pública deve poder beneficiar, também, os tratamentos de toxicodependentes que tenham lugar em unidades privadas, ainda que com fins lucrativos, desde que verificados determinados pressupostos, como os recentemente definidos no já mencionado novo sistema de apoios ao tratamento e reinserção social de toxicodependentes (Decreto-Lei n.º 72/99, de 15 de Março).

111 — A sociedade civil e a reinserção social

As iniciativas da sociedade civil são, também, da maior importância para favorecer a reinserção social dos toxicodependentes.

Por isso, o sistema previsto no Decreto-Lei n.º 72/99, de 15 de Março, regula, também, os apoios a prestar a programas e actividades de instituições privadas no domínio da reinserção social de toxicodependentes.

Do mesmo modo, programas, como o Programa Quadro Reinsereir, constituem um instrumento adicional para incentivar iniciativas de associações e outras instituições da sociedade civil.

Foi, também, para assegurar o necessário incentivo da sociedade civil, em especial dos agentes económicos empregadores, que se criou o Programa Vida Emprego, regulado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 136/98, de 4 de Dezembro.

É preciso compreender, porém, que, em última análise, a reinserção social estará sempre, por definição, nas mãos da própria sociedade. É, sem dúvida, tarefa do Estado sensibilizá-la para esse facto e assegurar os apoios ou incentivos necessários. Mas é responsabilidade de todos adoptar a atitude humanista sem a qual não haverá condições para uma efectiva reinserção social dos toxicodependentes.

CAPÍTULO XIII**Estruturas de coordenação****112 — A importância estratégica da coordenação**

Um dos princípios estruturantes da presente estratégia nacional é, como se disse, o da coordenação e racionalização dos meios.

Na verdade, as condições de sucesso da presente estratégia nacional de luta contra a droga passa, necessariamente, por uma coordenação integrada do seu desenvolvimento, conforme, aliás, decorre das mais recentes decisões da Assembleia Geral das Nações Unidas.

Não há, de facto, alternativa à coordenação.

De resto, os modelos ensaiados nos diversos países, apesar das diferenças que os distinguem, tendem a convergir para a inevitável inclusão de instâncias que assegurem a coordenação interdepartamental.

E a coordenação não é apenas um imperativo óbvio de uma boa gestão de meios, é, sobretudo, uma condição elementar de coerência e eficácia da acção política relativa à droga e à toxicodependência.

É fundamental assegurar, por um lado, a coordenação no desenvolvimento das políticas de prevenção — primária, secundária e terciária — que se revestem da natureza necessariamente horizontal. Por outro, há que articular as políticas de prevenção e de redução de danos e, de um modo geral, as que se referem ao controlo da procura com as dirigidas ao combate à oferta. Finalmente, deve assegurar-se uma efectiva coordenação da cooperação internacional nesta área, nas suas diversas frentes.

113 — Estruturas de coordenação

É necessário um sistema de coordenação política do desenvolvimento da estratégia nacional de luta contra a droga que seja simples e eficaz.

Essa coordenação deverá ser assegurada pelo próprio Primeiro-Ministro, naturalmente com faculdade de delegação noutro membro do Governo ou equiparado, sendo para o efeito assistido por uma instância formal onde estarão representados os serviços dos diversos ministérios com intervenção nesta matéria.

A coordenação deverá assegurar a prossecução da presente estratégia nacional em três níveis distintos.

Em primeiro lugar, por via da articulação interministerial das políticas prosseguidas pelos diversos ministérios competentes em matéria de luta contra a droga (sobretudo nas áreas da educação, saúde, justiça, juventude, trabalho e solidariedade, administração interna, defesa, economia e finanças) e da sua tradução em orientações superiores para os serviços.

Em segundo lugar, através da promoção da articulação da acção/intervenção directa dos serviços, a nível nacional, regional e local, tendo em vista a concertação das acções nos diferentes domínios e a introdução dos acertos que a prática recomenda, articulação essa que deverá ser assegurada, como já se disse, com base numa estrutura/instância formal simples e flexível, onde estejam directamente representados, ao nível máximo, os responsáveis pelos serviços.

Em terceiro lugar, assegurando, em articulação com o Ministério dos Negócios Estrangeiros, a coordenação da representação portuguesa a nível internacional em matéria de luta contra a droga.

Até à implementação, por diploma próprio, deste novo sistema de coordenação interdepartamental, o Projecto VIDA assegurará, neste período de transição, a coordenação do desenvolvimento da presente estratégia nacional, como decorre das suas atribuições e competências legais.

114 — O futuro do Grupo de Planeamento

O espaço próprio para a articulação das intervenções nos planos do controlo da procura e do combate à oferta

é, como já se disse, o Grupo de Planeamento, actualmente integrado no IPDT, devendo aprofundar-se esta sua vocação.

A Comissão para a Estratégia Nacional de Combate à Droga não se considerou habilitada a propor em alternativa um outro modelo concreto de coordenação⁽⁹⁴⁾.

Em consequência, o referido Grupo de Planeamento permanecerá, por agora, integrado no IPDT e aí continuará a prosseguir as suas actividades.

Contudo, não é por acaso que este órgão surge apenas referido nas disposições finais da Lei Orgânica do IPDT (artigo 24.º do Decreto-Lei n.º 31/99, de 5 de Fevereiro). Isto acontece porque se justifica proceder a uma reflexão própria sobre a definitiva localização institucional desta estrutura.

Nessa reflexão importa ter em conta que não basta assegurar a coordenação entre os órgãos de polícia criminal competentes na área do combate ao tráfico de droga, mas também proporcionar mecanismos de articulação com as restantes estruturas de luta contra a droga.

CAPÍTULO XIV

Meios financeiros

115 — Evolução do investimento público em matéria de luta contra a droga

O investimento financeiro afecto à luta contra a droga, no que se refere a verbas orçamentadas para o Programa Nacional de Prevenção da Toxicodependência — Projecto VIDA, mais do que duplicou de 1995 para 1998, tendo subido de 7 213 360 contos para 15 006 500 contos⁽⁹⁵⁾.

Estas verbas, que se distribuem pelos vários ministérios envolvidos no Projecto VIDA, foram elevadas em 1999 para 16 655 761 contos, o que representa um aumento de 130,9 % face a 1995 e de 10,9 % em relação ao ano anterior.

Uma parte importante deste aumento deve-se, importa recordá-lo, ao crescimento da comparticipação pelo Estado no tratamento e reinserção social dos toxicodependentes. Os encargos financeiros anuais para suportar as convenções com comunidades terapêuticas, clínicas de desabilitação e centros de dia ascendem a quase 2 milhões de contos.

116 — Meta financeira

A presente estratégia nacional de luta contra a droga preconiza a duplicação do investimento público nos próximos cinco anos, por forma a atingir a verba de 32 milhões de contos no ano de 2004, o que representa um ritmo de crescimento da ordem dos 10 % ao ano.

Este investimento destina-se a financiar a execução da estratégia nacional de luta contra a droga, nas áreas da prevenção (primária, secundária e terciária), investigação e formação. Por exemplo, há que subsidiar as famílias no quadro do sistema de apoios ao tratamento e à reinserção social dos toxicodependentes, custear as despesas com o tratamento de toxicodependentes através da rede pública, suportar o desenvolvimento do Programa Vida Emprego e apoiar as iniciativas de interesse público promovidas pelas instituições particulares de solidariedade social e demais instituições da sociedade civil.

Este investimento público contemplará, também, o desenvolvimento de um programa especial de prevenção da toxicodependência nos estabelecimentos prisionais.

Revisão da estratégia nacional de luta contra a droga

A presente estratégia nacional de luta contra a droga preconiza para si mesma a avaliação que exige das diferentes intervenções em matéria de drogas e toxicodependências.

Assim, esta estratégia nacional deverá ser revista, pelo menos, dentro de cinco anos, no ano de 2004, revisão essa que deverá ter em conta a avaliação externa da sua execução, global e sectorial, a promover por entidade competente, independente dos serviços, com base num trabalho continuado de observação e análise da intervenção desenvolvida, atenta a relevância das diferentes áreas de intervenção e a evolução dos indicadores/resultados que sejam considerados pertinentes.

⁽¹⁾ Segundo os dados da Polícia Judiciária, cf. *Droga — Sumários de Informação Estatística — 1997*, GPCCD, Lisboa, 1998, p. 15.

⁽²⁾ Cf. *Situação e Avaliação do Problema da Droga em Portugal*, relatório da Comissão Eventual para o Acompanhamento e Avaliação da Situação da Toxicodependência, do Consumo e do Tráfico de Droga, Assembleia da República, Lisboa, 1998, p. 27.

⁽³⁾ V. *ESPAD: Projecto Europeu para Estudo do Alcool e Outras Substâncias em Meio Escolar, Inquérito a Alunos do Ensino Secundário: Portugal (1995)*, Lisboa, GPCCD, 1997.

⁽⁴⁾ Fonte: GPCCD, 1996, in *Situação e Avaliação do Problema da Droga em Portugal*, relatório cit., pp. 32 e 33.

⁽⁵⁾ V. *Estudo de Prevalência do Consumo de Substâncias Psicoactivas Lícitas e Ilícitas*, GPCCD, Lisboa, 1998.

⁽⁶⁾ Os valores obtidos no secundário diurno, por exemplo, indicam, quanto ao haxixe, uma descida entre 1992 e 1998 de 15,86 % para 14,74 % ao longo da vida, de 11,86 % para 10,54 % nos últimos 12 meses e de 7 % para 6,32 % nos últimos 30 dias. Para a heroína, a descida foi de 1,63 % para 0,49 % ao longo da vida, e de 1,05 % para 0,23 % nos últimos 30 dias. Já para a cocaína houve, como se disse, pequenos aumentos, de 1,32 % para 1,65 % ao longo da vida, de 0,95 % para 1,18 % nos últimos 12 meses e de 0,42 % para 0,50 % nos últimos 30 dias.

⁽⁷⁾ V. *Estudo de Prevalência*, cit., p. 2. Sobre o perfil dos consumidores de *ecstasy*, v. estudo efectuado junto de escolas universitárias e discotecas de Coimbra, IREFREA, 1996, in *Relatório sobre o Fenómeno da Droga e a Acção do Governo, 1995-1997*. Junho de 1998, p.13.

⁽⁸⁾ Cf. *Relatório sobre o Fenómeno*, cit., p. 9.

⁽⁹⁾ V. *Droga — Sumários de Informação Estatística, 1997*, GPCCD, 1998, pp. 49-50. Nesta matéria, porém, a informação disponível não permite conclusões inteiramente seguras.

⁽¹⁰⁾ Cf. *Relatório sobre o Fenómeno*, cit., pp. 28 e segs.

⁽¹¹⁾ Cf. *idem*, pp. 32-33, e *Prevenção e Repressão do Tráfico, Evolução da Situação entre 1987-1997*, GPCCD, Grupo de Planeamento, Lisboa, Julho de 1998, p. 13.

⁽¹²⁾ V. *Relatório Anual, 1998*, Polícia Judiciária, DCITE, Unid. Estatística. É muito discutida a relevância destes dados, seja em que sentido for, como indicadores relevantes da evolução do consumo de drogas. Com efeito, muitos vêem neles, sobretudo, um indicador da eficácia das autoridades policiais num determinado período. Mais interessante será uma análise plurianual que leve em conta o número de apreensões e as quantidades médias por apreensão, bem como o tipo de drogas apreendidas e os elementos que possam determinar o mercado final a que efectivamente se destinam.

⁽¹³⁾ Fonte: *Actas do Grupo de Planeamento*, GPCCD, 1996-1997.

⁽¹⁴⁾ Poderá, também, subscrever-se o que sobre a efectiva expressão do fenómeno da droga sustentou a Comissão para a Estratégia Nacional de Combate à Droga: «É preciso, por exemplo, afirmar com clareza que: a generalidade dos jovens não abusa de drogas; muitas dessas drogas não matam; nem todos os que usam e abusam de drogas cometem crimes; os utilizadores pertencem a grupos sociais e étnicos dos mais diversos. Também sabemos que, na generalidade, os portugueses nunca experimentaram qualquer substância ilegal e que a maioria dos que o fizeram não passou da utilização ocasional. Predomina o uso recreativo, apenas uma pequena minoria se torna toxicodependente» (v. relatório da Comissão, p. 5).

(15) Sobre estas tendências, v. *Report of the International Narcotics Control Board for 1998*, OICE, Nações Unidas, Nova Iorque, 1999.

(16) V. *World Drug Report*, 1998, pp. 10-14.

(17) Cf., sobre os dados referentes à Europa, *Annual report on the state of the drugs problem in the European Union — 1998*, OEDT (EMCDDA).

(18) 1839-1842 e 1856-1860, da primeira dessas guerras resultaria o Tratado de Nanquim e a concessão de Hong-Kong e da segunda o Tratado de Tien-Tsin, servindo ambos os Tratados para garantir o prosseguimento do comércio de ópio.

(19) Sobre a história e o balanço das estratégias da comunidade internacional, v. o relatório do OICE para 1998, *Report*, cit.

(20) V. *Luta contra a Droga — Estratégias das Nações Unidas*, GPCDD, 1998, pp. 17 e segs., onde se podem encontrar, também, os demais documentos aprovados na mesma sessão especial.

(21) Trata-se do procurador-geral-adjunto Dr. Lourenço Martins.

(22) Trata-se do director do Centro das Taipas, Dr. Luís Patrício.

(23) Cf. Decreto do Governo n.º 22/87, de 25 de Junho, que aprova o Acordo com a Espanha sobre Cooperação em Matéria de Luta contra a Droga; Decreto n.º 4/92, de 22 de Janeiro, que aprova o Acordo com o Brasil para Redução da Procura, Combate à Produção e Repressão ao Tráfico Ilícito de Drogas e Substâncias Psicotrópicas; Decreto n.º 10/95, de 28 de Abril, que aprova o Acordo com a Venezuela sobre Prevenção, Controlo, Fiscalização e Repressão do Consumo Indevido e Tráfico Ilícito de Estupefacientes e Substâncias Psicotrópicas; Acordo Bilateral de Cooperação entre a República Portuguesa e a República de Angola no Domínio do Combate ao Tráfico Ilícito de Estupefacientes, Substâncias Psicotrópicas e Criminalidade Conexa, aprovado, para ratificação, pela Resolução da Assembleia da República n.º 8/97 e ratificado pelo Decreto do Presidente da República n.º 8/97, ambos publicados no *Diário da República*, 1.ª série-A, de 28 de Fevereiro de 1997; o Acordo de Cooperação Jurídica e Judiciária com Angola, aprovado, para ratificação, pela Resolução da Assembleia da República n.º 11/97 e ratificado pelo Decreto do Presidente da República n.º 9/97, ambos de 4 de Março (não contendo, embora, regras específicas, constitui um instrumento também aplicável neste âmbito); Decreto n.º 66/97, de 30 de Dezembro, que aprova o Convénio com a Argentina sobre Prevenção do Uso Indevido e Repressão do Tráfico Ilícito de Estupefacientes e de Substâncias Psicotrópicas. No ano de 1998 foram assinados mais dois acordos neste mesmo domínio de luta contra a droga e precursores: com Cuba, em 8 de Julho, e com o Uruguai, em 20 de Julho.

(24) «Já tive ocasião de referir a minha disponibilidade para apoiar em Portugal um debate sério sobre as diferentes abordagens no combate à droga. Devo preocupar-me com todos os cidadãos e os seus problemas, e isso compreende os utilizadores de drogas. Estou convicto que sem lesarmos directamente o narcotráfico, na sua dimensão económica, não conseguiremos avançar. Por isso, estou aberto à discussão de todas as perspectivas, incluindo as não proibicionistas, e ao aprofundamento de experiências praticadas noutros países, às vezes condenadas sem uma análise detalhada» (discurso do Presidente da República, Dr. Jorge Sampaio, na sessão de abertura do III Congresso Internacional sobre Toxicodependência — X Encontro das Taipas, FIL, 3 de Abril de 1997, in *Portugueses*, vol. II, INCM, Lisboa, 1998, p. 427). A iniciativa do Presidente da República se deve, também, a realização, em Junho de 1997 do importante seminário «Droga: situação e novas estratégias», cujas actas se encontram publicadas.

(25) O conceito de «comércio passivo» foi desenvolvido por Francis Caballero e visa combater o incitamento à produção, venda e consumo de drogas, nomeadamente através do estabelecimento de um monopólio nacional neste domínio e da fixação de uma regulamentação da actividade, complementada por uma política de preços e uma taxa-ção proporcional à perigosidade social da droga comercializada, bem como por uma informação clara ao consumidor (cf. Lourenço Martins, «Direito internacional da droga: sua evolução», in *Droga: Situação e Novas Estratégias*, INCM, 1998, pp. 142-143). Posteriormente, muitas têm sido as versões da ideia de «comércio passivo», mas todas convergem num conjunto de regras restritivas do acesso à actividade e do comércio de drogas. Aqui, porque se trata da exposição do modelo de regulação, abordar-se-ão apenas os aspectos jurídicos relevantes da teoria do «comércio passivo».

(26) V., por exemplo, Dinamarca, Alemanha, Holanda, Áustria, Irlanda, Reino Unido e Bélgica [cf. *Annual report on the state of the drugs problem in the European Union — 1998*, OEDT (EMCDDA), pp. 79-81].

(27) V. Figueiredo Dias, «Uma proposta alternativa ao discurso da criminalização/descriminalização das drogas», in *Droga: Situação e Novas Estratégias*, actas do seminário promovido pelo Presidente da República, INCM, 1998, p. 109.

(28) V. relatório da Comissão, 1998, pp. 74-75.

(29) No relatório final da Comissão chega-se mesmo a invocar, expressamente, o parecer do Prof. Faria Costa para sustentar que «não é líquido» o confronto entre a posição adoptada pela maioria da Comissão e as convenções internacionais, o que, à luz desse mesmo parecer, só será verdade se a descriminalização for acompanhada da proibição da detenção para consumo como ilícito de mera ordenação social, (v. p. 74).

(30) V. anexo v ao relatório da Comissão, in «Anexos», 1998, p. 123.

(31) In *Notícias Magazine*, ed. de 18 de Outubro de 1998, p. 3.

(32) V. relatório da Comissão, p. 74.

(33) V. *Annual report*, cit., OEDT, pp. 77-78.

(34) Cf. recomendação do Parlamento Europeu ao Conselho referente à cooperação europeia no âmbito da sessão extraordinária da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre a droga. Recomendação n.º 11, de 6 de Outubro de 1998, referência A4-0211/98.

(35) Cf. *Annual report*, cit., OEDT, p. 78, e A. G. Lourenço Martins, *A Droga e o Direito*, Editorial Notícias, 1994, p. 208.

(36) Cf. *Drugs Policy in The Netherlands*, 1995, pp. 16-17.

(37) Recorde-se que não se trata, nem de longe, de pressupor o imobilismo dessa estratégia internacional, cuja evolução recente — na linha do reforço da redução da procura onde antes predominava a repressão da oferta — tem, aliás, a marca de Portugal, enquanto país organizador da já referida 20.ª Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas. Quanto às linhas de força da nossa política externa, já foram expostas as consequências precisas da opção estratégica assumida de — na linha dos corolários do princípio da cooperação internacional atrás enunciado e do objectivo geral de contribuir para estratégias e políticas adequadas a nível internacional e europeu — Portugal participar activamente na avaliação e na definição das estratégias internacionais e europeias face ao problema da droga e da toxicoddependência.

(38) «Experts in the field of international criminal law are of the opinion that the international agreements ratified by the Netherlands leave no scope whatsoever for legalising the sale of drugs for recreational purposes [...] Legalisation would require the Netherlands not only to denounce the UN conventions in question, but also the Schengen Agreement» (cf. *Drugs Policy in The Netherlands*, 1995, p. 17).

(39) Cf. recomendação n.º 12 da proposta de recomendação do Parlamento Europeu ao Conselho referente à harmonização das legislações dos Estados membros em matéria de estupefacientes, apresentada pela deputada Aglietta e outros, in 1.º Relatório da Deputada Hedy d'Ancona, da Comissão das Liberdades Públicas e dos Assuntos Internos, de 11 de Novembro de 1997, referência A4-0359/97.

(40) V. anexo v ao relatório da Comissão, in «Anexos», p. 123.

(41) Cf. recomendação n.º 12 da proposta de recomendação do Parlamento Europeu ao Conselho, cit., referência A4-0359/97.

(42) «A relação droga-crime não é simples e linear, mas complexa e múltipla [...] contrariamente à ideia comum, nem todas as drogas estão associadas ao crime, nem todos os crimes associados às drogas. Não existe uma associação geral, como vulgarmente se crê. As matérias que entram na composição do mundo droga-crime são: do lado das substâncias, fundamentalmente a heroína e a cocaína. As 'drogas leves' não entram nesta composição, são substâncias psicoactivas, praticamente desproblematizadas» (Centro de Ciências do Comportamento Desviante da Universidade do Porto; cf., especialmente, *Droga-Crime: Relatório de Síntese do Programa de Estudos Interdisciplinares sobre a Experiência Portuguesa*, Cândido M. M. da Agra, 1996).

(43) V. supra n.º 25.

(44) V. anexo v ao relatório da Comissão, in «Anexos», p. 123.

(45) Anexo v ao relatório da Comissão, in «Anexos», 1998, pp. 115-117.

(46) Cf. idem, pp. 119-120.

(47) Cf. idem, pp. 122 e 123.

(48) Cf. idem, p. 123.

(49) Relatório da Comissão, p. 75.

(50) Cf. idem, p. 91.

(51) Cf. idem, p. 75.

(52) *Tackling Drugs Together — A Strategy for England, 1995-1998*, 1995, p. 55.

(53) Cf. *Drugs Policy in The Netherlands*, 1995, pp. 16-17.

(54) Para uma perspectiva recente da situação em França, v. Sylvie Geismar-Wieviorka, *Nem Todos os Toxicómanos São Incuráveis*, Ter-ramar, 1998, especialmente pp. 177 e segs.

(55) V. relatório do OICE para 1997.

(56) Sobre a experiência espanhola e italiana, v. Lourenço Martins, *Droga e Direito*, Editorial Notícias, 1994, pp. 207-209.

(57) V. relatório da Comissão, p. 74.

(58) «Uma política orientada para a classificação do consumo de droga como ilícito de mera ordenação social responde adequadamente às instituições ético-sociais dominantes, que se manifestam contra a licitude do consumo mas não clamam pela aplicação de sanções privativas da liberdade. Não se ignora, contudo, que as próprias sanções

pecuniárias (coimas) são ineficazes, em regra, quanto a toxicodependentes. Por isso, elas deveriam ser utilizadas como 'estímulo' ao tratamento: a coima deveria ser substituída, em todos os casos, pelo tratamento voluntário do toxicodependente, que consistiria, por exemplo, na sua apresentação periódica ou em internamento em estabelecimento da especialidade. Estando em causa consumidores ocasionais, as coimas poderiam ser substituídas, com a concordância do visado, por regras de conduta (semelhantes às previstas no artigo 281.º do Código de Processo Penal), tendentes a evitar a reincidência, como a proibição do exercício de certas actividades ou de frequência de determinados locais» (cf. Rui Carlos Pereira, *O Consumo e o Tráfico de Droga na Lei Penal Portuguesa*, separata da *Revista do Ministério Público*, n.º 65, Lisboa, 1996, p. 71).

(59) V. relatório da Comissão, especialmente pp. 82-84.

(60) Onde se podem encontrar, também, os resultados de um muito oportuno questionário que a Comissão entendeu fazer junto do Ministério Público (relatório da Comissão, pp. 56-67 e anexo III).

(61) Entre 1989 e 1995 cifrou-se em 1% das acusações deduzidas, algumas vezes, porém, mediante a injunção de aceitação de tratamento de desabituação ou de abstenção de consumo de drogas (cf. *A Suspensão Provisória do Processo Penal — Análise Estatística do Biénio 1993-1994*, GEP MJ, 1997).

(62) Neste sentido, S. Keplin, «Drug Prevention with Young People: Defining the Model and Evaluating Effects», *Journal of the Institute Health Education*, 1996, 34(4), pp. 1-7.

(63) Neste sentido, J. Negreiros, «Prevenção e desenvolvimento psicológico: elaboração, aplicação e avaliação de um modelo relativo ao álcool e drogas», dissertação de doutoramento, Faculdade de Psicologia do Porto, 1988.

(64) V. M. Fleming, *Família e Toxicodependência*, Porto, Edições Afrontamento, 1995.

(65) Cf. Kroger *et al.*, OEDT, 1997.

(66) V. J. Negreiros, «Considerações gerais sobre as actividades de prevenção do abuso de drogas em Portugal», comunicação pessoal, 1998.

(67) Pp. 122-124.

(68) As autarquias locais foram mesmo consideradas uma «frente de luta» pela Comissão Eventual da Assembleia da República, que sublinhou a sua importância em diversos domínios, designadamente na área da reinserção social (v. *Situação e Avaliação do Problema da Droga em Portugal*, relatório da Comissão Eventual, cit., Assembleia da República, pp. 35, 68 e 244).

(69) Embora a Comissão para a Estratégia Nacional de Combate à Droga tenha entendido que estas estruturas, presididas pelo presidente da câmara municipal, poderiam constituir a sede organizativa local da estratégia preventiva nacional face ao problema do consumo de drogas, contando para o efeito com o apoio logístico das delegações distritais do Instituto Português da Juventude e com o apoio técnico, a tempo inteiro, de um coordenador da área psicossocial, dotado da necessária formação e pertencente aos quadros do Instituto Português das Drogas e das Toxicodependências, o qual funcionaria como garante da assunção da estratégia global de prevenção (v. relatório da Comissão, pp. 26-29). Deve ter-se em conta, porém, que as delegações regionais do recém-criado IPDT estão ainda em vias de constituição e que este organismo dificilmente poderia assegurar, através de técnicos seus a tempo inteiro, a coordenação dos referidos conselhos a constituir em todos os mais de 300 municípios do País. Como não parecem existir condições para assegurar que em todos esses órgãos, por muito que pudessem funcionar como unidades flexíveis, se possam fazer representar, ao nível que certamente se desejaria e com a operacionalidade necessária a este tipo de intervenções, todos os serviços sectoriais competentes da administração central.

(70) V. Ministério da Educação, *Programa de Promoção e Educação para a Saúde — Relatório Síntese: 1994-1996*, Lisboa, PPES, 1997.

(71) Onde são prestados cuidados compreensivos e globais a toxicodependentes, utilizando as modalidades terapêuticas mais adequadas, em regime ambulatório. Alguns CAT dispõem de «extensões», unidades de menor dimensão, onde se deslocam equipas que aí asseguram consultas. Em três CAT (Porto, Santarém e Lisboa) funcionam, também, centros de dia, unidades onde se desenvolvem actividades de natureza ocupacional e ou sócio-profissional, em regime ambulatório. Em todos os CAT existem serviços de apoio à família e em alguns deles programas especializados em terapia familiar.

(72) Criado em 1990 pelo Decreto-Lei n.º 83/90. No SPTT foram integrados os Centros de Estudos e Profilaxia da Droga (CEPD) do Norte, Centro e Sul, criados em 1976 na dependência da Presidência do Conselho de Ministros, e os serviços criados no Ministério da Saúde a partir de 1987 — Centro das Taipas e Centros de Apoio a Toxicodependentes da Cedofeita e de Olhão.

(73) V. E. Drucker, «Harm Reduction: A Public Health Strategy», *Current Issues in Public Health*, 1.

(74) Cf. supra n.º 59.

(75) D. Riley, *The Herman Reduction Model: Pragmatic Approaches to Drug Use from the Area Between Intolerance and Neglect*, Canadian Centre on Substance Abuse, 1995.

(76) Advirta-se, contudo, que os consumidores condenados em cúmulo jurídico pela prática de outros delitos, designadamente da parte especial do Código Penal, estão abrangidos no universo acima referido.

(77) V. questionário ao Ministério Público, anexo ao relatório da Comissão, in «Anexos», 1988.

(78) Cf. relatório da Comissão, p. 49.

(79) Cf. *Situação e Avaliação do Problema da Droga em Portugal*, relatório da Comissão Eventual, cit., Assembleia da República, pp. 85-86.

(80) V. anexo IV ao relatório da Comissão, in «Anexos», 1998, e o citado relatório parlamentar, pp. 63 a 68.

(81) O número de apartamentos de reinserção duplicou nos últimos quatro anos, tendo passado de 8 em 1995 para 16 em Abril de 1999. O número de lugares nesses apartamentos mais do que duplicou, subindo de 77 em 1995 para 161 em Abril de 1999.

(82) O número de equipas de rua subiu extraordinariamente nos últimos quatro anos, tendo passado de apenas 1 em 1995 para 13 em Abril de 1999.

(83) Neste sentido: «A comunidade política tem o dever de garantir à família a protecção da segurança e da salubridade, sobretudo no que respeita a perigos como a droga», in *Catecismo da Igreja Católica*, n.º 2211, Ed. Gráfica de Coimbra, 1993, p. 474.

(84) Certas melhorias de infra-estruturas, tais como estradas de acesso, luzes ou avisos de fiscalização, podem prevenir o movimento de drogas e até a prática de outros crimes, em conjugação com um mais intenso patrulhamento.

(85) Cf. os artigos 17.º da Convenção Única de 1961 e 6.º da Convenção de 1971. Na Convenção de 1988 não se refere idêntica exigência, mas os artigos 7.º, n.º 8 (auxílio judiciário mútuo), e 17.º, n.º 7 (tráfico no alto mar), apontam para semelhante necessidade.

(86) In documento sobre «Cooperação judiciária».

(87) Como refere o Prof. Faria Costa, no seu parecer solicitado pela Comissão para a Estratégia Nacional de Combate à Droga, (v. anexo V ao relatório da Comissão, in «Anexos», 1988, pp. 124-136).

(88) É esse, também, o sentido do parecer do Prof. Faria Costa, (anexo V ao relatório da Comissão, in «Anexos», pp. 136-140).

(89) Cf. *Blanchiment d'argent et Secret Bancaire*, relatório geral do XIV Congresso Internacional de Direito Comparado (Agosto de 1994), KLI, preparado por Paolo Bernasconi, p. 22.

(90) No mesmo sentido se pronunciou a Comissão parlamentar, (v. *Situação e Avaliação do Problema da Droga em Portugal*, relatório da Comissão Eventual, cit., Assembleia da República, pp. 24 e 240).

(91) Recomenda-se a consulta da excelente síntese sobre esta matéria constante do relatório da Comissão para a Estratégia Nacional de Combate à Droga (v. relatório da Comissão, pp. 94-107).

(92) V. Cândido Agra *et al.*, *Droga-Crime: Estudos Interdisciplinares*, GPCCD, Ministério da Justiça, 1997.

(93) V. relatório da Comissão, pp. 109-110, e relatório da Comissão Europeia de 1996.

(94) V. relatório da Comissão, p. 77.

(95) Cf. *Relatório sobre o Fenómeno da Droga e a Acção do Governo, 1995-1997*, cit., pp. 63 e 64.

Resolução do Conselho de Ministros n.º 47/99

No seguimento do acordo sobre a prioridade do emprego, celebrado no Conselho Europeu Extraordinário do Luxemburgo pelos Estados membros da União Europeia, o Governo Português tem vindo a desenvolver as estratégias nacionais inscritas no Plano Nacional de Emprego (PNE), aprovado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 59/98, de 6 de Maio, promovendo abordagens territorializadas à escala regional.

Inscrevem-se nesta linha a criação das redes regionais e dos pactos territoriais para o emprego e, em zonas com problemas mais prementes, a instituição de programas específicos de intervenção, os planos regionais de emprego, como foi o caso do Plano Regional de Emprego para o Alentejo (PRE), aprovado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 8/99, de 9 de Fevereiro. Pretende-se, assim, que a actuação empenhada