

# **Estratégia Nacional de Luta contra Droga**

## **Comissão para a Estratégia Nacional de Combate à Droga**

**Membros da Comissão**

**Introdução**

**Sumário Executivo**

**Capítulo I - Prevenção**

**Capítulo II - Tratamento, Redução de Danos e Ressocialização**

**Capítulo III - Enquadramento Legal e Perspectiva Internacional - I**

**Capítulo III - Enquadramento Legal e Perspectiva Internacional - II**

**Capítulo IV - Investigação e Formação - A**

**Capítulo IV - Investigação e Formação - B**

**Capítulo V - Implicações Organizativas**

**Bibliografia e Siglas**

---

**Alexandre Tiedtke Quintanilha** - Presidente da Comissão

## **Membros da Comissão para a Estratégia Nacional de Combate à Droga \***

### **Cândido Mendes Martins da Agra**

Professor Catedrático da Universidade do Porto

### **João Augusto Castel-Branco Goulão**

Assistente de Clínica Geral

Presidente do Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência

### **António Gomes Lourenço Martins**

Procurador-Geral Adjunto

### **Júlio Guilherme Ferreira Machado Vaz**

Psiquiatra

Professor Auxiliar da Universidade do Porto

Regente da Disciplina de Antropologia Médica

do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

### **Maria Manuela Azevedo Saraiva Calado**

**Marques**

Enfermeira, Especialista de Saúde Mental e

Psiquiatria

Adjunta do Ministro Adjunto do Primeiro

Ministro

### **Nuno Pereira Silva Miguel**

Psiquiatra

Serviço de Prevenção e Tratamento da

Toxicodependência

### **Alexandre Tiedtke Quintanilha,**

Presidente

Professor da Universidade do Porto

### **Joaquim Augusto Rodrigues**

Psicólogo

Director Geral do Gabinete de

Planeamento e Coordenação do Combate à

Droga

### **Daniel Sampaio**

Médico, Especialista de Psiquiatria do

Hospital de Santa. Maria, Lisboa

Professor da Faculdade de Medicina de

Lisboa

Fundador da Sociedade Portuguesa de

Terapia Familiar

## **Grupos de Trabalho**

**Prevenção** - Relator Daniel Sampaio

**Tratamento, Redução de Danos e Ressocialização** -

Relatores João Goulão e Nuno Miguel

**Enquadramento Legal e Perspectiva Internacional** -

Relator Lourenço Martins

**Investigação Científica e Formação** - Relator

Cândido da Agra

**Implicações Organizativas Relatores** - Júlio

Machado Vaz e Joaquim Rodrigues

\* Despacho do Ministro Adjunto do Primeiro-Ministro n.º3229/98 publicado no D.R. de 16.02.98 II Serie

---

# INTRODUÇÃO

Por iniciativa do Ministro-Adjunto do Primeiro Ministro, foi constituída a 16 de Fevereiro de 1998 uma Comissão de Estudo com o objectivo de propor ao Governo linhas de acção susceptíveis de o auxiliar na formulação de uma estratégia global de intervenção na área das drogas e das toxicodependências. Assim o afirma o ponto 2 do Despacho nº3229/98 (2ª série ) que cria a Comissão: " À Comissão incumbe propor ao Governo uma estratégia nacional de combate à droga de que constem as orientações fundamentais da política relativa à droga e à toxicodependência, nos diversos domínios, nomeadamente em matéria de prevenção primária, tratamento, reinserção social, formação e investigação, bem como de redução de riscos e de combate ao tráfico".

Integrada por especialistas de formação diversa e trabalhando em diferentes contextos (ver lista anexa) a Comissão considerou fundamental recolher depoimentos dos que no terreno lidam com o problema nas suas múltiplas vertentes, entrevistar os responsáveis pelas eventuais estratégias e sua execução, analisar os dados existentes ( a nível nacional e internacional ) e consultar a pletora de relatórios e recomendações que nos últimos anos têm vindo a ser publicados em diversos países.

Atendendo ao prazo extremamente curto concedido para apresentar as suas recomendações é evidente que não foi possível à Comissão fazer uma análise exaustiva de todos os aspectos que, de forma directa ou indirecta, se relacionam com o fenómeno das Drogas e das Toxicodependências em Portugal, muito menos debruçar-se *in loco* sobre experiências em curso no estrangeiro. Acresce a quase total ausência de dados fiáveis sobre múltiplas vertentes da problemática em causa, facto que torna omnipresente o receio do desenvolvimento de linhas de pensamento e acção desligadas da realidade.

Com tais limitações em mente, a Comissão decidiu organizar-se sob a forma de grupos de trabalho (para cada um dos quais foi indicado um relator), que se debruçaram, segundo uma lógica sequencial, sobre as áreas da Intervenção (Prevenção, Tratamento, Redução de Danos, Ressocialização e Enquadramento Legal, e Perspectiva Internacional), Produção e Transmissão de Conhecimentos (Investigação Científica e Formação) e Implicações Organizativas (ver quadro anexo).

Cada grupo definiu a sua própria metodologia de trabalho, de modo a que as reuniões da Comissão pudessem ser dedicadas à análise crítica dos dados obtidos e das inerentes conclusões, com vista à elaboração de um documento final que incluísse recomendações específicas para cada uma das áreas abrangidas pelo Relatório. Pesem embora as dificuldades já mencionadas, foi preocupação dos grupos dar, na medida do possível, uma perspectiva detalhada da situação actual no País, incluindo alguns exemplos de experiências consideradas de sucesso e de outras cujos resultados ficaram

alguém das expectativas. Para além disso, tentou-se descrever a realidade internacional nesta área, e propor estratégias a curto e longo prazo compatíveis com a situação portuguesa. Num domínio tão vasto e complexo as abordagens e convicções são forçosamente diversas, facto, aliás, que a Comissão considera ter enriquecido o Relatório. Tal pluralismo não obsteu a que a grande maioria das recomendações tenha merecido a unanimidade dos membros da Comissão. Quando tal não se verificou, seguiu-se o elementar procedimento de permitir às pessoas a expressão dos seus pontos de vista, na ocasião minoritários.

Ficaram, seguramente, muitas áreas de interesse por abordar. De imediato a questão por qualquer governo considerada fundamental: Quais as prioridades a nível de investimento? Que áreas privilegiar quando assumimos que o fenómeno exige respostas, por exemplo, a nível da Saúde, da Educação, da Investigação e da Justiça? A Comissão está consciente que as suas recomendações não dão uma resposta cabal a tais interrogações. Seria necessária uma análise aprofundada dos resultados das estratégias já experimentadas - o que mais uma vez a Comissão não pôde, ao menos, tentar por manifesta falta de tempo e informação disponível - e o desenvolvimento da capacidade de construir modelos que possam ser testados e validados, auxiliando assim os órgãos decisórios nas suas opções. Sem este processo, complexo e moroso, e cuja importância fundamental tem vindo a ser reconhecida pelos mais variados países, continuaremos a, muitas vezes, apenas reagir de forma imediatista aos aspectos com maior visibilidade mediática, sem conseguir delinear verdadeiras acções interventivas integradas numa estratégia global.

A Comissão deseja sinceramente que este Relatório se constitua em mais um contributo válido para a definição por parte do Governo de uma linha de rumo consequente e eficaz em área que a todos preocupa. Se tal objectivo for conseguido, o eventual mérito dever-se-á, em grande parte, a todos aqueles que se dispuseram a colaborar com a Comissão das mais variadas formas. Agradecer-lhes calorosamente parece à Comissão de elementar justiça, pois os seus contributos traduziram a solidariedade que representa a base indispensável a todo o progresso na abordagem do fenómeno das drogas e das toxicodependências\* .

---

\* A Comissão deseja também agradecer todo o apoio de Secretariado a Maria Margarida Oliveira e Maria Fernanda Amaral e de tradução a Richard Zimler.

---

## Sumário Executivo

Até há relativamente pouco tempo a ênfase, tanto a nível internacional como a nível local, tem sido colocada na questão de como as sociedades devem *reagir* ao uso e abuso das drogas. Tudo parece indicar que esta estratégia não tem sido muito eficaz.

Hoje em dia, muitos pensam que o tema deve ser colocado de forma diversa. O conhecimento efectivo das razões que estão na base do uso e abuso dessas drogas é fundamental, não só para a compreensão da génese dos problemas como para a identificação das estratégias mais adequadas para os enfrentar (que se traduzirão por uma grande variedade de medidas, cuja aplicação deve, obrigatoriamente, ser testada e validada).

Desta nova abordagem decorrem variadas questões, algumas das quais se enumeram:

1. Quais as razões, sociais e/ou outras, que levam tantos jovens a serem atraídos pelo consumo abusivo de vários tipos de drogas?
2. Que tipos de apoio e formação necessitam os actores sociais que os podem ajudar?
3. Quais os factores, biológicos, psicológicos e sociológicos que determinam a trajetória de um toxicodependente?
4. Quais os serviços necessários às vertentes da prevenção, do tratamento, da redução de danos e da ressocialização?
5. Que modificações ou melhorias de funcionamento dos sistemas legais se justificam, de forma a que a sua actuação seja mais eficaz?
6. De um modo geral, como conciliar propostas de índole prática marcadas pelo pragmatismo e posições teóricas eventualmente mais rígidas?

Na Sociedade existem, infelizmente, muitas ideias pré-concebidas sobre o tema que são falsas e resultam também de uma reacção primária e não informada. 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. Mas é relativamente a este grupo e às estruturas que o abordam que se levanta a maioria das questões já assinaladas. Não só pela grande visibilidade política e social que o "fenómeno da droga" assumiu, como pelos riscos e custos para a saúde pública que lhe estão associados e a criminalidade que por vezes o acompanha.

Os desafios que enfrentamos são claros: como proteger os jovens e os mais vulneráveis, que tipo de alternativas oferecer aos marginalizados, como

impedir que as regras sejam violadas, como sancionar os que beneficiam do tráfico de drogas? A "guerra da droga" é o paradigma daqueles combates cujos actores, dominados pelas emoções, crêem poder vencer sem pensar. Resultado: nem o fenómeno das drogas foi vencido nem dele dispomos de conhecimento tão solidamente fundado como desejaríamos.

As recomendações estratégicas que se seguem estão claramente limitadas pelo acima exposto, necessitando por isso de revisão e actualização permanentes no futuro próximo.

## **1. Prevenção**

1.1 O foco das acções preventivas incidir preferencialmente no fim da infância (9/10 anos) e início da adolescência (12/13 anos), pela importância de que essas etapas charneiras se revestem. Sem prejuízo, evidentemente, de uma política preventiva que englobe todo o processo de crescimento. e se dirija também aos adultos nele envolvidos.

1.2 Uma maior implicação das estruturas de saúde.

1.3 O aprofundamento dos estudos epidemiológicos sobre o abuso de tóxicos, com realce para o consumo de álcool.

1.4 A alteração da política informativa relacionada com as drogas, evitando a sua banalização ou diabolização.

1.5 Um forte investimento no trabalho de rua e na formação de jovens mediadores.

1.6 Uma profunda alteração estrutural, de forma a que o trabalho preventivo na comunidade passe a ter uma organização de responsabilidade autárquica através do Conselho Local de Acção Social (ver 5.2), sob a orientação técnica de um representante do Instituto Português das Drogas e das Toxicodependências (IPDT).

## **2. Tratamento, Redução de Danos e Ressocialização**

2.1 No Tratamento:

2.1.1 Envolver todo o sistema de saúde, e não apenas o Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência (SPTT).

2.1.2 Habilitar os médicos de família a assumir um papel de primeira linha.

2.1.3 Dotar o SPTT dos meios humanos e materiais necessários para fazer face às actuais listas de espera.

2.1.4. Aumentar a acessibilidade às terapêuticas de substituição.

2.1.5 Aumentar a oferta de lugares em Unidades de Desabilitação e em Comunidades Terapêuticas.

2.1.6 Possibilitar a todos os toxicodependentes presos tratamento por técnicos com formação adequada.

2.2 Na Redução de Danos:

2.2.1 Reconhecer que os filhos dos toxicodependentes são uma população de risco, sensibilizando e preparando os médicos de família para se tornarem os coordenadores de uma estratégia de apoio.

2.2.2 Desenvolver os programas de tratamento por substituição e criar programas de substituição de baixo limiar.

2.2.3 Criar gabinetes de apoio e centros de abrigo que, preferencialmente, se articulem com equipas de rua.

2.2.4 Dar novo fôlego ao actual programa de troca de seringas.

2.2.5 Implementar nas prisões uma eficaz política de redução de riscos (ver 3.1.4).

2.2.6 Tornar a política informativa mais rigorosa e específica (ver 1.4).

2.2.7 Facilitar o acesso dos toxicodependentes aos meios contraceptivos.

2.3 Na Ressocialização:

- 2.3.1 Criar incentivos para o desenvolvimento de redes de clubes e colectividades recreativas e culturais.
- 2.3.2 Desenvolver a rede de centros de dia.
- 2.3.3 Desenvolver a rede de unidades residenciais de reinserção
- 2.3.4 Apoiar o desenvolvimento de grupos de auto-ajuda e iniciativas de formação profissional.
- 2.3.5 Criar bolsas para estágios profissionais e apoiar programas de procura e manutenção de emprego.
- 2.3.6 Apoiar as experiências de emprego protegido e a criação de empresas de reinserção.
- 2.3.7 Criar residências permanentes para toxicodependentes doentes ou deficientes.
- 2.3.8 Facultar junto das empresas, serviços públicos e escolas mecanismos de acesso ao tratamento nos casos de detecção precoce de toxicodependência.

### **3. Enquadramento Legal e Perspectiva Internacional**

- 3.1 De tipo organizativo e funcional:
  - 3.1.1 Constituir uma "task force" com vista à racionalização da articulação entre os sistemas Judiciário e de Saúde.
  - 3.1.2 Dotar os tribunais de informação sobre as competências existentes no domínio das perícias sobre estados de toxicodependência.
  - 3.1.3 Desenvolver um modelo de coordenação policial do sistema de combate ao tráfico de droga mais integrado.
  - 3.1.4 Investigar a realidade prisional no que se refere à ligação toxicodependência-crime para que o tratamento e a reinserção possam ser efectivos.
  - 3.1.5 Desenvolver uma melhor articulação entre o IRS e o sistema Judiciário.



### 3.2 De reformulação legislativa:

3.2.1 Maleabilizar a aplicação do artigo 25º da Lei da Droga em ordem a poder atender-se a factores geradores de menor culpa - v. g., condição social e grau de dependência.

3.2.2 Retirar o requisito da exclusividade exigido pelo artigo 26º da Lei da Droga em casos especiais (necessidades de subsistência).

3.2.3 Estudar medidas para uma melhor graduação das sanções para o tráfico de droga.

3.2.4 Permitir que a colaboração prestada na fase de julgamento possa beneficiar o arguido que demonstra arrependimento sincero ( artigo 31º).

3.2.5 Clarificar a posição do médico que prescreve drogas de substituição (artigo 27º).

3.2.6 Descriminalizar o consumo privado, assim como, a posse ou aquisição para esse consumo\* (artigo 40º).

3.2.7 Reintroduzir o princípio da oportunidade quanto ao consumo de droga, com ou sem a medida de tratamento.

3.2.8 Prever a medida de tratamento em alternativa à prisão ou multa e a possibilidade da suspensão da execução da pena de multa por consumo, alargando as hipóteses de suspensão nos casos a que se referem os artigos 44º e 45º.

3.2.9 Rever a Portaria n.º 94/96, de 26 de Março, ajustando o princípio activo à dose média individual diária, impondo claramente aos laboratórios a obrigação de o indicarem, bem como as misturas introduzidas.

3.2.10 Prever expressamente a utilização de fotografias, de material audiovisual ou semelhante, na investigação de processos por tráfico de droga.

3.2.11 Aprofundar o estudo do tema denominado da inversão do ónus da prova em matéria de

branqueamento de capitais, em que uma cisão entre a as instâncias criminal e cível pode constituir uma pista útil.

3.2.12 Regulamentar os exames para controlo de consumo de drogas pedidos por empregadores, salvaguardando todos os interesses em causa.

3.2.13 Prever formas de ponderação sobre os pedidos de autorização para manifestações (ex. *raves\**) onde o consumo de drogas é fomentado.

3.3 Na perspectiva internacional

3.3.1 Preparar um plano global calendarizado segundo os objectivos aprovados na Sessão Especial das Nações Unidas de Junho de 1998.

3.3.2 Analisar a eficácia dos acordos e tratados bilaterais firmados entre Portugal e diversos países, tomando as medidas correctivas que se justificarem.

---

\*Posição maioritária - v. votos de vencido no fim do capítulo III

\*O *rave* teve a sua origem em Inglaterra como festas musicais de grande dimensão e duração a que normalmente está associado o consumo de drogas sintéticas.

## **4. Investigação e Formação**

4.1 Na Investigação:

4.1.1 Como área científica prioritária, estudos interdisciplinares que facilitem a construção de modelos teóricos, permitindo integrar os dados advindos das diferentes disciplinas.

4.1.2 Como objectos de estudo prioritários, estudos descritivos da dimensão actual do fenómeno das drogas, estudos explicativos e interpretativos da "lei do efeito", estudos comparados sobre o consumo dos vários tipos de drogas (ver 1.3) e estudos de macro e micro economia das drogas.

4.1.3 Na prática da intervenção, um levantamento crítico dos programas de prevenção, tratamento e ressocialização, a criação de metodologias de

avaliação desses programas e estudos sobre a necessidade, a viabilidade e o tipo de experimentação social sobre as drogas no nosso país.

4.1.4 Implementação dos mecanismos necessários para a constituição de uma comunidade científica estável neste domínio.

4.2 Na Formação:

4.2.1 Programar de imediato a formação inicial no domínio das drogas nos planos de estudos das áreas profissionais relevantes.

4.2.2 Programar e organizar a formação dos profissionais intervenientes.

4.2.3 Constituir sistemas de troca permanente de experiências de intervenção e de métodos de avaliação.

4.2.4 Concretizar programas de formação que quebrem o isolacionismo disciplinar e profissional.

4.2.5 Desenvolver competências para o trabalho em equipa.

4.2.6 Planear acções de formação em torno de problemas emergentes.

4.2.7 Constituir uma Unidade Permanente de Formação (ver 5)

## **5. Implicações Organizativas**

5.1 Na Intervenção Directa:

5.1.1 Manter as competências previstas no Dec.-Lei 15/93 e diplomas complementares.

5.1.2 Criar um Serviço Nacional responsável pelas funções de recolha/análise de dados, promoção da investigação, formação dos profissionais, intervenção preventiva na comunidade, apoio às acções privadas, cooperação internacional e avaliação de programas.

## 5.2 Na Coordenação Nacional / Articulação:

5.2.1 Extinguir o "Projecto VIDA".

5.2.2 Implementar a coordenação pelo Ministro Adjunto, em concertação com os Ministros da Saúde, Educação, Justiça, Administração Interna, Ciência e Tecnologia, Juventude, Trabalho e Solidariedade.

5.2.3 Fomentar um tipo de articulação entre os serviços a nível nacional, regional e local que decorra da orientação conjunta do Ministro Adjunto e dos Ministros que tutelam os diferentes serviços, com base em instâncias simples e flexíveis e seja assumida directamente pelos responsáveis dos serviços descentralizados.

## 5.3 No Desenvolvimento/Execução da Estratégia:

5.3.1 Promover avaliações periódicas por entidades externas da passagem à prática da estratégia preconizada.

---

# PREVENÇÃO

## 1. Introdução: o Conceito de Prevenção

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".

No caso específico das toxicod dependências, amiúde se privilegia o uso da palavra "Prevenção", sem recorrer a qualquer adjectivação. Ela engloba todas as iniciativas que, em princípio apoiadas numa estratégia global de actuação e em pressupostos teóricos sólidos, visam reduzir a procura dos diferentes produtos. A actuação preventiva no campo das drogas ultrapassa a dicotomia clássica Saúde-Doença, cujo reducionismo, traduzido por uma constante busca de relações lineares de causa-efeito, a própria Medicina Ocidental é hoje a primeira a questionar, pelos problemas epistemológicos e de eficácia quotidiana que suscita. Na área que nos ocupa, verifica-se uma forte e progressiva tendência para levar em linha de conta múltiplas variáveis, como, por exemplo, as que dizem respeito a características de ambientes restritos (micro-contextos) e de sistemas sociais (macro-contextos).

Negreiros (1988), referindo-se aos objectivos do trabalho no terreno, fala de uma dupla perspectiva: facilitar a aquisição de competências e/ou promover mudanças ambientais, nos sistemas e estruturas sociais. São destacadas as seguintes qualidades essenciais das acções preventivas:

**1 - Proactividade** - as acções de prevenção devem preceder o aparecimento do problema que se pretende prevenir, o que pressupõe a identificação de unidades-alvo junto de determinado grupo de indivíduos (definidos como uma população em risco), antes do início de quaisquer actividades.

**2 - Focalização** - em populações ou sistemas sociais "saudáveis" ou "em risco", envolvendo de preferência grupos de indivíduos, definidos a partir da observação das modificações dos sistemas sociais.

**3 - Intencionalidade** - de modo a fortalecer a adaptação psicológica dos indivíduos ainda não afectados.

**4 - Avaliação** - conjunto de procedimentos destinados a examinar os efeitos das estratégias preventivas, de modo a testar a sua eficácia.

De uma forma geral, a abordagem preventiva no campo das drogas pretende, a nível individual, reduzir a vulnerabilidade do indivíduo relativamente a condições susceptíveis de aumentar os riscos de utilização de drogas e/ou do desenvolvimento de dependência. A maioria dos modelos preventivos dos consumos tóxicos adoptados nos diversos países conceptualiza o consumo de álcool e outras drogas como o resultado de um processo complexo, durante o qual interagem factores relacionados com o "perfil biológico" do indivíduo e outros originários das influências socio-culturais e trajectos pessoais e interpessoais específicos que participam na construção da identidade.

As intervenções preventivas, assumindo a ainda ignorância sobre os possíveis aspectos constitucionais, têm, assim, como objectivos: por um lado, modificar alguns dos factores intra pessoais que favorecem o consumo de drogas; por outro, actuar ao nível de circunstâncias situacionais e sociais específicas, facilitando a aquisição, pela pessoa-alvo, de um sistema de respostas que permitam responder com o não-consumo aos diversos tipos de solicitações. A maioria dos programas preventivos do uso/abuso de drogas realça a importância da ampla e activa participação dos visados nas diversas fases do modelo.

Keplin (1996) define Prevenção como um conjunto de estratégias, destinadas a criar e manter estilos de vida saudáveis e englobando o envolvimento das Comunidades (incluindo famílias, escolas, Igrejas) e dos seus Sistemas (ex. políticos, forças de segurança, meios de comunicação social). O conjunto das estratégias preventivas defende: o aumento do conhecimento do problema (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); a existência de um contexto de políticas promotoras de Saúde. A autora

considera que os programas preventivos do uso/abuso de drogas mais eficazes devem cobrir uma vasta série de temas, nomeadamente: informação sobre a Saúde e a sua promoção; capacidade de tomar decisões e resolver problemas; competências de comunicação; pressão negativa do grupo de pares e modo de lhe fazer frente; alternativas ao uso de drogas; identidade e auto-estima; informação precisa sobre as drogas.

Outro aspecto que emerge como fundamental na definição de políticas de prevenção é a própria evolução das características da dependência de tóxicos. Por um lado, o consumo de várias substâncias torna-se frequente, assumindo diversos contornos - desde a toma simultânea de álcool e medicamentos, ao uso consecutivo ou simultâneo de derivados da *cannabis* e drogas geradoras de forte dependência física. Por outro lado, é hoje evidente que no nosso país o consumo de drogas se alargou a todas as camadas sociais, embora, do ponto de vista da Saúde Pública, adquira significados diferentes: a utilização de haxixe por adolescentes tem uma conotação simbólica, muitas vezes ligada a fenómenos de identidade de grupo, o que não significa negar os efeitos directos do produto; o consumo de heroína revela-se na maioria dos casos um acto de ruptura social e de grande risco para o indivíduo; a procura de anfetaminas apresenta um recrudescimento, a partir da difusão do *ecstasy*, distribuído em discotecas e em festas *rave*, contextos particularmente difíceis de abordar sob o ponto de vista preventivo; a cocaína assume papéis diversos, desde o de produto de eleição até "droga de escape" durante os tratamentos da dependência de heroína por antagonistas, passando por "muleta química" em certos meios intelectuais e laborais.

Só um vasto e preciso estudo epidemiológico, não existente ainda em Portugal, permitirá identificar correctamente os diversos "perfis dos utilizadores de drogas" (expressão que deve ser utilizada com grande parcimónia por facilmente permitir a tentação de generalizações abusivas). Apenas com esses dados será possível descodificar os diferentes significados dos consumos que, de facto, não representam sempre a mesma prática, nem conduzem a consequências semelhantes. Na ausência de correctos instrumentos de avaliação do fenómeno das toxicodependências, as políticas de prevenção deparam-se com inúmeras dificuldades, mas o empenhamento na sua construção e passagem à prática é de instante importância. Na realidade, talvez em nenhuma outra área o velho aforismo - mais vale prevenir do que remediar... - seja tão verdadeiro, bastará recordar como os tratamentos são longos, feitos de avanços e recuos e de resultados instáveis.

É habitual distinguir, no âmbito da Prevenção, a Prevenção Geral ou Inespecífica, que procura abordar as variáveis que estão na origem de um conjunto de comportamentos de risco ( de que as toxicodependências são uma forma particular ) e a Prevenção Específica, que as toma como alvo privilegiado ou mesmo único, procurando evitar o consumo de substâncias concretas ou, pelo menos, a passagem do uso ao abuso.

## **2. O Panorama da Prevenção em Portugal**

A prioridade às políticas de prevenção tem sido consagrada em diversos documentos programáticos adoptados em Portugal (Programa Nacional de Luta contra a Droga / Projecto VIDA, de 1987, 1992 e 1996), de acordo com as recomendações internacionais.

Situa-se em 1976 o início organizado dos esforços preventivos na área das toxicodependências, através de equipas pluridisciplinares, sediadas nos Centros de Estudos da Profilaxia da Droga (CEPD) de Lisboa, Porto e Coimbra.

Em 1990, foi criado o Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicod dependência (SPTT) no âmbito do Ministério da Saúde. Mais recentemente, surgiram estruturas adstritas às Delegações Regionais do SPTT destinadas à informação, sensibilização e formação na área das toxicod dependências, os Centros de Informação e Acolhimento (CIAC). A Comissão visitou as instalações do CIAC-Norte e analisou o seu relatório de actividades, bem assim como o calendário das acções programadas para o curto e médio prazos, mas não dispõe de dados nacionais nem se apercebeu de uma estratégia clara subjacente ao (muito) trabalho efectuado. A impressão obtida foi a de um serviço composto por técnicos competentes e empenhados, mas soterrado por solicitações e reagindo a elas na medida das suas possibilidades, o que impede a reflexão atempada sobre estratégias, objectivos, métodos e avaliação de experiências.

Com as reestruturações do Projecto VIDA em 1990 e 1992, a espinha dorsal de coordenação passou a desenvolver iniciativas próprias na área da prevenção, através dos Núcleos Coordenadores Distritais do Projecto VIDA. Paralelamente, foram feitos esforços tendo em vista o envolvimento e coordenação das organizações e movimentos comunitários não governamentais (ONGs), tendo sido criada e mantida, a nível da coordenação do Projecto VIDA, uma linha financeira destinada a projectos de prevenção.

O Ministério da Educação criou, a partir de 1993, um programa específico para a Prevenção em meio escolar, designado Programa de Promoção e Educação para a Saúde (PPES). Integrava a experiência do Projecto-piloto de Prevenção Primária de Toxicod dependências em Meio Escolar - Projecto Viva a Escola (PVE), iniciado três anos antes, e pretendia transformar as equipas do PVE em Equipas de Promoção e Educação para a Saúde. O Conselho de Ministros, na sua resolução 34/95 de 10 de Agosto, procurou dotar o PPES das regras de funcionamento indispensáveis à sua acção, nomeadamente pela consagração do estatuto de Encarregado de Missão à Coordenadora do Programa. Pretendia-se que fossem desenvolvidas estratégias adequadas e necessárias para a introdução do conceito de Escolas Promotoras de Saúde em todos os Estabelecimentos de Ensino que integram o Sistema Educativo. Actualmente (ver PPES - Plano de Actividades para 1998), os recursos humanos do PPES são constituídos por uma Coordenadora Nacional, uma Equipa Nacional e cinco Equipas Regionais, com um total de 51 Professores Operadores, em ligação com a rede de Escolas Promotoras de Saúde. O Ministério da Saúde e o Ministério da Educação têm vindo a colaborar no desenvolvimento desta rede, com o objectivo de definir a forma de ligação entre os serviços envolvidos e as equipas locais.



A observação do relatório-síntese do PPES mostra que o objectivo de alargamento a todos os Estabelecimentos de Ensino do conceito de Escolas Promotoras de Saúde não foi alcançado, apesar do empenhamento dos Coordenadores e equipas responsáveis. Considerando a extensão do Sistema Educativo, a existência de apenas algumas dezenas de membros do PPES, integrando as equipas de Coordenação Nacional e as cinco Equipas de Coordenação Regional, torna à partida muito difícil um trabalho eficaz. Não foi ainda esclarecido, a nível oficial, o papel exacto do Professor-Operador do PPES no contexto das Escolas, como também tem sido difícil a articulação do trabalho do PPES com a actividade dos Núcleos Distritais do Projecto VIDA e com as estruturas do SPTT. Igualmente não resulta clara uma estratégia global de prevenção a nível escolar, sendo as acções predominantemente meras respostas aos pedidos das Escolas.

De qualquer modo, é indiscutível o contributo do PPES para a resolução de algumas dificuldades do Sistema de Ensino face ao problema das drogas, quer através de acções que constituíram assinalável êxito, quer através de documentação importante sobre o problema. São de destacar os estudos epidemiológicos e as avaliações pontuais realizadas por entidades externas a pedido do próprio Programa.

Em 1987 foi criada a linha telefónica chamada Linha Aberta (mais tarde designada Linha Vida), definida como um serviço telefónico anónimo, confidencial e gratuito, que privilegia o aconselhamento, a informação e o encaminhamento na área das toxicodependências. Funciona nos dias úteis, das 10 às 20 horas, e está organizada em Lisboa e Porto. Apesar do trabalho feito, são visíveis as dificuldades de articulação com outros serviços, sobretudo nas áreas do Tratamento e Reinserção, com as inerentes dificuldades de reais opções de encaminhamento, o que frustra as expectativas dos técnicos e do público em geral.

A Comissão procurou avaliar detalhadamente os esforços realizados pelos Núcleos Distritais do Projecto VIDA, tendo enviado a todos uma carta solicitando informação sobre as acções desenvolvidas, com realce para as dificuldades actuais e as experiências de sucesso conseguidas. A análise das respostas permite concluir:

- a. A totalidade dos Núcleos Distritais refere dificuldades logísticas e de recursos humanos, nomeadamente carência de instalações, ausência de técnicos a trabalhar a tempo inteiro e reduzida preparação científica de muitos intervenientes por falta de formação adequada;
- b. A maioria dos Núcleos Distritais salienta a inexistência de uma política de prevenção clara, por falta de definição de uma linha estratégica a nível central que sirva de ponto de referência às inevitáveis - e desejáveis!... - adaptações aos contextos locais.
- c. A avaliação dos programas de acção é quase inexistente ou traduz-se por formas sumárias, em que se confunde avaliação com grau de satisfação manifestado pelas populações-alvo.
- d. A análise das respostas dos Núcleos Distritais mostra que, como é salientado noutro capítulo deste Relatório, não é evidente para os

Coordenadores Distritais a fronteira entre competências de coordenação das actividades dos serviços representados nos Núcleos e a obrigatoriedade de desenvolver acções próprias - e paralelas... - para as quais não dispõem de condições materiais e humanas. Esta indefinição, que marca o Projecto VIDA desde o início e parece à Comissão responsável por muitos dos mal-entendidos que caracterizaram os últimos onze anos, assume proporções particularmente graves na área da Prevenção. Em nenhuma outra os Núcleos se sentem tão fortemente pressionados pelo Poder e por populações cujas expectativas foram alimentadas com demasiada ligeireza. O que se torna preocupante, pois favorece a tendência para uma hiperactividade geradora de erros por comissão numa área de trabalho cujas carências tornam inevitáveis os erros por omissão.

Em 1993, teve início o Projecto PATO (Prevenção de Álcool, Tabaco e Outros ), destinado a crianças do Primeiro Ciclo do Ensino Básico e da responsabilidade do Alto Comissário para o Projecto VIDA. O Projecto iniciou-se através de protocolos entre o Projecto VIDA, o PPES, a Escola Técnica Psicossocial de Lisboa e a Associação Arisco, estando previsto para o ano lectivo de 97/98 um envolvimento de 636 escolas, correspondentes a aproximadamente 15.000 crianças e 1479 professores. A Comissão desconhece ainda qualquer avaliação detalhada desta iniciativa, prevista, aliás, apenas para o fim do ano lectivo. Variadas ONGs têm dedicado muito do seu trabalho a actividades de prevenção das toxicodependências, num esforço meritório de envolvimento da sociedade que a Comissão deseja salientar. Não é possível, contudo, avaliar o impacto dessas iniciativas, por falta de divulgação das mesmas e da necessária avaliação.

Deste modo, e no seguimento de pistas esboçadas no capítulo sobre Investigação e Formação, a Comissão concorda que a Política de Prevenção em Portugal é globalmente caracterizada (Negreiros, 1998).

**I - Pela predominância de intervenções inespecíficas**, em regra de carácter vago e impreciso, de onde está ausente qualquer suporte científico para a sua elaboração e aplicação;

**II - Pelo recurso a acções pontuais**, frequentemente em meio escolar, organizadas a pedido de alunos e professores e, em regra, sem uma estratégia definida, nomeadamente no que diz respeito à heterogeneidade da população-alvo e aos recursos existentes na zona. São habitualmente colóquios, conferências e debates de carácter informativo, sem continuidade definida e a que assistem sobretudo os docentes e discentes mais motivados.

**III - Pela ausência quase total de coordenação e articulação das acções em curso**, de que resulta uma má planificação e frequentemente uma duplicação de actividades.

**IV - Pela deficiente formação dos técnicos envolvidos nas acções de formação.**

**V - Pela escassez de materiais de prevenção devidamente testados e adaptados às realidades da população portuguesa.**

**VI - Pela ausência de contribuições da investigação para o delinear das estratégias preventivas.**

**VII** - Pela pouca utilização dos conteúdos curriculares do Sistema de Ensino, a vários níveis, no sentido da informação e formação no campo das toxicodependências.

**VIII** - Pela ausência quase total de procedimentos de avaliação dos efeitos das intervenções preventivas. Algumas acções dizem-se avaliadas, mas verifica-se não se ter ultrapassado uma simples avaliação do grau de satisfação dos participantes em relação às actividades do programa.

A questão dos conteúdos curriculares é aprofundada no capítulo IV.

### **3. Princípios gerais para o desenvolvimento de Programas de Prevenção**

3.1. A intervenção preventiva deve ser baseada num referencial teórico. Embora a investigação sobre o uso/abuso de drogas não seja completamente conclusiva, permite no entanto identificar um conjunto de variáveis relacionadas com os principais factores susceptíveis de influenciar o início dos consumos. A selecção das componentes do programa decorre dos aspectos teóricos considerados mais adequados para a explicação dos fenómenos que se pretendem evitar.

Os estudos epidemiológicos e a experiência clínica têm revelado a existência de factores de fragilidade preexistentes e a importância de acontecimentos negativos nas narrativas de vida dos indivíduos consumidores de álcool e outras drogas. A identificação de factores de risco permite elaborar uma política de prevenção, reforçando o investimento na saúde. Os factores de risco têm sido definidos como as variáveis ou condições que aumentam a probabilidade de ocorrência de comportamentos que comprometem a saúde, nas suas vertentes biológica, psicológica ou social, como decorre da definição da OMS. Por outro lado, é essencial não esquecer que existem também factores protectores, observáveis em indivíduos sujeitos às mesmas situações de risco, mas que não apresentam os comportamentos acima referidos. O desenvolvimento humano saudável resultaria, assim, de um equilíbrio entre factores de risco e protecção. O possível início dos consumos seria, para alguns autores, fortemente influenciado por factores sociais, enquanto os factores individuais estariam mais na génese da eventual escalada para as toxicodependências a partir de experiências ocasionais com drogas de menor perigosidade. Escalada essa que, ao contrário do veiculado por algumas mensagens ditas preventivas mas feridas de ignorância ou má-fé, não se torna obrigatória, como bem sabe a maioria dos jovens, de imediato suspeitosos de interlocutores que pressentem moralizantes e não abertos a um diálogo franco. A Comissão aponta os seguintes factores de risco, a nível individual:

- a. Insucesso escolar e abandono precoce da escola.
- b. Comportamentos violentos e anti-sociais com início na infância, nomeadamente persistência em atitudes contra a lei e a ordem.
- c. Experimentação de drogas em idade precoce.
- d. Pouca resistência à pressão do grupo de pares na adolescência e frequência sistemática de grupos juvenis onde existe abuso de álcool e

outras drogas. O grupo pode ser encarado como factor de vulnerabilidade, se existe experimentação e uso frequente de drogas, ou como factor protector, se veicula valores contrários ao uso e/ou abuso de drogas.

- e. Baixa auto-estima.

#### A nível familiar:

- 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:

- 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.
- c. 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 hiper-envolvimento ou hiper-distanciamento (Fleming, 1995); famílias sem história de consumo de tóxicos.
- d.
- e. Escolas promotoras do envolvimento dos alunos nas actividades, sendo os estudantes ouvidos nas tomadas de decisão e sendo valorizada a sua competência em diversas áreas.
- f.
- g. Comunidades activas nos programas de prevenção, fomentando a discussão do problema e a utilização de estratégias para o resolver.

3.2. É necessário definir as finalidades e objectivos das estratégias de prevenção

A pressão da sociedade para a realização de acções no campo das toxicodependências e a colonização político-mediática do "problema-droga", como tem sido descrito por Cândido da Agra e reafirmado neste Relatório, levam a que sejam frequentemente postos em prática programas de prevenção sem uma clara definição das suas finalidades.

A intensidade do programa preventivo, as componentes em que se divide e os resultados que pretende obter, têm de ser definidos previamente e posteriormente avaliados.

As populações com baixo nível de risco devem ser alvo de intervenções sobretudo de carácter informativo e visando a promoção do desenvolvimento psicossocial dos indivíduos (ex. estudantes do segundo ciclo de uma Escola Básica 2/3 em zona não carenciada). Pelo contrário, as populações (previamente estudadas) que revelem maior vulnerabilidade ao uso de drogas, por factores intrínsecos ou extrínsecos, serão 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). A não aplicação desta metodologia representa frequentemente um desperdício considerável de energias e recursos, através, por exemplo, da aplicação de um programa intensivo a uma população de baixo risco, igual ao que é proporcionado, no dia seguinte, a um grupo vulnerável. Por outro lado, a Comissão recorda que o diagnóstico de populações de risco sem o desenvolvimento de estratégias específicas comporta a possibilidade de uma evolução perversa de discursos e práticas, deixando determinado grupo de apresentar um problema para passar a constituir o problema, o que resulta em eventual segregação. A título de exemplo, poder-se-á dizer que não faz sentido aplicar a mesma metodologia em acções que, no mesmo universo escolar, se dirigem a alunos assíduos e motivados ou aos que apresentam uma elevada taxa de absentismo e clara desmotivação.

### 3. Os programas preventivos têm de ter continuidade

Vimos atrás como a descontinuidade tem caracterizado a maioria das intervenções preventivas no nosso país. É essencial alterar este aspecto da Política de Prevenção. Sendo os seus alvos preferenciais crianças e adolescentes em fase de desenvolvimento ou indivíduos adultos jovens, é importante compreender a evolução desse crescimento, os acontecimentos de vida que o marcam e o impacto da intervenção no processo de autonomia. Uma intervenção pontual não considera esta trajetória pessoal e arrisca-se desse modo a não ser eficaz. Por outro lado, o seu carácter episódico dificulta a articulação com outras estruturas já a operar no terreno, implicando uma duplicação desnecessária de esforços.

A continuidade dos programas permite, finalmente, a inflexão atempada de algumas estratégias inicialmente consideradas correctas, mas cuja execução prolongada mostrou serem ineficazes. Pelo contrário, uma actividade pontual arrisca-se a ter uma acção deletéria, não susceptível de alteração pela sua descontinuidade (ex. acções "preventivas" com diapositivos de indivíduos a

injectarem-se, susceptíveis de gerarem medo e/ou aliciarem para a imitação do gesto).

Acções muito mediatizadas e caracterizadas por aquilo que alguns designam como o "folclore da Droga", sem possibilidade de um debate esclarecedor em pequenos grupos e sem continuidade, são também desaconselháveis.

Correspondem, em regra, à necessidade de "mostrar serviço" na área das toxicodependências, não sendo possível sequer avaliar o seu improvável benefício (ex. o Dia D contra a Droga em 1997) \*.

### 3.4. As intervenções preventivas têm de ser avaliadas

A avaliação dos programas de prevenção do abuso de drogas é essencial para a transmissão de experiências e para a análise dos resultados, única forma correcta de melhorar a qualidade das intervenções. Segundo Negreiros (1998), deveremos ter em conta dois tipos de avaliação: "avaliação dos resultados" ou "avaliação sumativa" e "avaliação do processo" ou "avaliação formativa".

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; 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 descreve as actividades do programa que foram planeadas e as que foram realizadas no sentido de produzir as mudanças das atitudes e comportamentos relacionados com o uso de drogas. Esta avaliação do processo diz respeito, pois, ao modo como foi posta no terreno a intervenção preventiva.

Em síntese, a avaliação tem de responder às seguintes perguntas básicas (Kroeger, 1997):

- 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?

Outras questões são necessárias no decurso da acção, mas o simples enunciar destas perguntas preliminares torna clara a ausência de uma avaliação correcta da quase totalidade das acções preventivas realizadas em Portugal, facto que urge modificar no futuro, como sobejamente é referido em outros capítulos deste Relatório.

---

\*Ver voto de Maria Manuela Marques, no fim deste Capítulo

## **4. Aspectos Gerais de uma Política de Prevenção de Drogas para Portugal**

Os programas de prevenção devem estar englobados numa estratégia global face ao problema das toxicodependências, que aborde sucessivamente a prevalência e os padrões de consumo, as iniciativas destinadas à diminuição da

oferta e à redução da procura, o enquadramento legal e institucional no nosso país e a nível internacional, o tratamento e a reinserção. No momento actual:

a) O foco das acções preventivas deve 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. Tal não invalida - como preconizam algumas instâncias internacionais - que se considere que o trabalho preventivo deva iniciar-se no seio da família por ocasião dos anos pré-escolares e continue durante a escolaridade. Devem merecer especial atenção: o grupo muito elevado de jovens que abandonam o Sistema Escolar sem concluírem a escolaridade obrigatória (cerca de 100.000/ano); os filhos dos toxicodependentes; os jovens que pertencem a minorias com problemas de integração; os imigrantes.

b) Impõe-se um maior envolvimento das estruturas de saúde nas actividades de prevenção (Centros de Saúde, Saúde Escolar, CIACs, etc.).

c) É necessário o aprofundamento do estudo epidemiológico do fenómeno "abuso de álcool e drogas". Frequentemente esquecido, o álcool constitui, em Portugal, um importante problema de Saúde Pública que atravessa a sociedade portuguesa. Em qualquer das populações escolares estudadas, existe o predomínio do consumo de álcool relativamente a outras substâncias tóxicas (prevalências de consumo ao longo da vida no terceiro ciclo oficial diurno, 1995: álcool 58.17%, *cannabis* 3.15%, heroína 0.80% ) (ESPAD report, 1995).

d) Torna-se essencial articular as estratégias preventivas face ao

consumo de drogas ilícitas com um trabalho de prevenção do consumo de álcool entre os adolescentes, numa abordagem global de promoção de estilos de vida saudáveis. A Comissão entende, aliás, que qualquer resposta na área da Prevenção deve encarar globalmente os comportamentos de risco, nas suas diversas vertentes: 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). O Protocolo de cooperação entre o Governo e a Câmara Municipal do Porto, denominado "contrato-cidade", assinado em 1996, procura garantir "a participação das diferentes instituições com intervenção nas áreas relevantes, nomeadamente da Segurança Social, Saúde, Educação, Prevenção das Toxicodependências, Emprego, Segurança e Justiça, tendo em vista assegurar uma intervenção integrada e racionalizada dos recursos a mobilizar para o efeito", seguindo justamente a perspectiva de integração e articulação de recursos que urge pôr em prática.

e) Exige-se uma alteração radical da política de informação relativamente às drogas. A informação deve evitar dois perigos em que frequentemente tem incorrido: o da banalização e o da diabolização. A desvalorização dos riscos que os consumos pressupõem aparece de braço dado com a insistência numa informação desadequada ao contexto e à população-alvo, logo, sem credibilidade (ex. cartaz dizendo "defende-te, a droga mata", numa atmosfera de belicismo inconsequente,



ou campanhas em tudo semelhantes ao já famoso "*Just say no*", tão do agrado de alguns elementos influentes da sociedade americana). A culpabilização e discriminação sistemática dos toxicodependentes fazem-nos deslizar do estatuto de cidadãos com deveres, direitos e um problema grave a resolver para o de "objectos-problema", cujo afastamento da "parte sã" da Sociedade passa a ser um imperativo na tentativa de impedir o "contágio".

As drogas actualmente ilícitas devem ser discutidas conjuntamente com outras substâncias psicoactivas susceptíveis de provocar dependência, mas os graus de perigosidade devem ser esclarecidos (ex. falar da "Droga" no singular, colocando no mesmo plano a heroína e o haxixe, faz com que a mensagem perca credibilidade).

É fundamental realçar a importância da modificação da relação com o produto que conduz à dependência, salientando a polarização de todos os interesses do utilizador na substância, com marcado prejuízo do seu relacionamento interpessoal. Mas a distinção entre uso e abuso, já sugerida neste capítulo, deve ser realçada, com tónica muito especial no que ao álcool diz respeito. No momento actual, recomenda-se uma especial atenção às novas drogas sintéticas, como a metilendioximetanfetamina (MDMA, ou *ecstasy*), em crescente utilização em Portugal. O *ecstasy* é a substância mais identificada com a cultura *rave*, utilizada em muitas discotecas e festas particulares no nosso país e também frequentemente publicitada pelos meios de comunicação social. Tido inicialmente como um produto inócuo, investigações recentes têm salientado a sua perigosidade, particularmente para

o sistema circulatório. A estratégia preventiva recomenda o trabalho com jovens sensibilizados para o problema e que frequentaram acções de formação, pois revelam-se os agentes mediadores mais eficazes.

Os organismos responsáveis deverão tomar a iniciativa de realizar encontros regulares com os meios de comunicação social, evitando o sensacionalismo de ocasião.

f) 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 prioritária para muitos utilizadores de droga que não frequentam a escola nem aparecem nos centros de tratamento.

## **5. Estruturas Organizativas da Prevenção**

Diversos estudos salientam a importância da descentralização das acções de prevenção\*. Para que esta se torne efectiva deve ser organizada localmente, perto das populações-alvo a atingir. Estruturas locais, contudo, precisam de ser dotadas dos meios técnicos e logísticos que lhes permitam fazer face aos problemas detectados.

A nível oficial, as acções têm sido conduzidas pelos Núcleos Distritais do Projecto VIDA, com os condicionalismos atrás referidos. A Comissão propõe uma profunda alteração organizativa. O trabalho deve ser organizado localmente, em unidades flexíveis, consoante as necessidades e recursos. O Comité Económico e Social da União Europeia, no seu parecer CES 51/95 sobre "Prevenção contra o abuso de drogas", propõe a criação de redes integradas a nível local e regional, baseadas em grupos de coordenação que envolvam diversos elementos intervenientes nas acções a empreender. No mesmo sentido vai a Resolução do Conselho de Ministros nº197/97, que procede ao reconhecimento público da denominada "rede social", definida como "*o conjunto de diferentes formas de entajuda, bem como das entidades particulares sem fins lucrativos e dos organismos públicos que trabalham no domínio da acção social e articulam entre si e com o Governo a respectiva actuação*".

No seu ponto 6, alínea a), prevê-se a acção junto a pessoas afectadas pela Toxicoddependência e pelo vírus VIH e no seu ponto 11 define-se o Conselho Local de Acção Social, presidido pelo Presidente da Câmara Municipal e composto por representantes das entidades particulares sem fins lucrativos interessadas e de organismos da administração pública central implantados na mesma área.

Entende a Comissão que este Conselho Local de Acção Social poderia constituir a sede organizativa local da estratégia preventiva nacional face ao problema do consumo de drogas. A ele deveriam pertencer, entre outros:

- Representantes da autarquia.
- Pessoal técnico devidamente treinado para o trabalho em prevenção numa estrutura central ou regional (ex. o previsto Instituto Português das Drogas e das Toxicodependências, Departamentos Universitários da Região ou o Gabinete Técnico da Autarquia).
- Técnicos de Saúde dos Centros de Saúde locais e dos Serviços do SPTT.
- Professores e responsáveis escolares, pertencentes ou não ao PPES.
- Empregadores, técnicos de emprego e todos os intervenientes na área da promoção do emprego e da formação.
- Magistrados, especialmente da jurisdição de menores.
- Representantes das Comissões de Protecção a Menores.
- Elementos das forças de segurança.
- Associações familiares, grupos comunitários e ONGs intervenientes no problema.
- Representantes da Secretaria de Estado da Juventude.

O Conselho Local teria o apoio permanente de um Coordenador técnico da área psicossocial, trabalhando a tempo inteiro e dotado da necessária formação no campo das toxicodependências. Pertenceria aos quadros do Instituto Português das Drogas e das Toxicodependências, funcionando como garante da assunção da estratégia global de prevenção.

A nível nacional, a Comissão defende que a estratégia global de prevenção e a coordenação das acções preventivas sejam da responsabilidade do Instituto Português das Drogas e das Toxicodependências, que poderá ter Centros Regionais de Coordenação, responsáveis pelo acompanhamento técnico da iniciativas locais. Ao Instituto, e em colaboração com outros parceiros, competiria a formação técnica permanente dos intervenientes em prevenção, mediante um curriculum mínimo a definir (ver capítulo sobre Investigação); a coordenação de eventuais campanhas nacionais de sensibilização; o acompanhamento de projectos inovadores de prevenção a nível nacional e regional; a integração em Comissões e projectos internacionais.

O papel do Instituto Português da Juventude terá de ser reequacionado. Possuindo em várias regiões boas instalações a nível distrital, impõe-se um funcionamento articulado, integrando, por exemplo, como acima referido, o citado Conselho Local de Acção Social. Deverá também desempenhar um importante papel na dinamização de projectos juvenis de prevenção das toxicodependências, bem como em actividades de prevenção "jovem a jovem", sempre sob a orientação técnica do Instituto Português das Drogas e das Toxicodependências.

A Comissão reconhece as dificuldades imediatas da alteração estrutural que propõe, ao sediar localmente as actividades de prevenção e ao descentralizar, para os municípios, o essencial dessas acções. Admite por isso que a alteração seja progressiva sem embargo de tal modificação implicar a extinção, a curto

prazo, do Projecto VIDA, pois a dimensão do fenómeno exige, no entender da Comissão, o fim de uma estrutura organizativa que teve a sua época e oportunidade, falhando por razões explicitadas com algum detalhe noutra secção deste Relatório.

Propõe-se agora uma verdadeira descentralização e uma integração da problemática das toxicodependências no leque mais vasto das preocupações quotidianas da sociedade portuguesa através do empenhamento autárquico (a conversa informal mantida com o Presidente da Associação Nacional de Municípios não deixou dúvidas quanto à existência desse empenhamento). As Câmaras Municipais e as Juntas de Freguesia integrariam os Conselhos Locais de Acção Social e, nos casos em que ele exista, apoiariam com o seu dispositivo técnico os projectos de prevenção (colaboração de técnicos da área psicossocial ao serviço de algumas autarquias).

Entende a Comissão que as autarquias estão perto da população e em condições de rapidamente detectarem os problemas. Para isso, necessitarão de apoio permanente da Administração Central. O Dec-lei nº 77/84, de 8 de Março, estabelece o regime de delimitação e coordenação das actuações da administração central e local, fixando o seu art. 12º as áreas de cooperação entre a administração local e central, mediante acordos prévios. O Dec-lei nº 384/87, de 24 de Dezembro (alterado pelo Dec.-Lei nº 157/90 de 17 de Maio), fala do regime de colaboração no âmbito de contratos-programa, considerando no seu art. 3º g) a área da juventude como possível para a realização de investimentos sobre a forma de contratos-programa. Podem ainda ser celebrados acordos de colaboração ao abrigo do art. 17º do citado Dec-lei 384/87. As intervenções no campo das toxicodependências podem assim ser enquadradas, por ser o modelo mais simples, nos acordos de colaboração em que o Município solicita ao Departamento da Administração Central um acordo, estabelecendo as situações e os planos de transferência. O acordo de colaboração deve incluir as valências técnicas.

A Comissão quer deixar bem claro ser o caminho proposto aquele que lhe parece mais adequado no quadro legal existente. Por isso preconizou soluções legais que, sendo embora exequíveis, não serão provavelmente as mais apropriadas para um funcionamento rápido e eficaz das estruturas necessárias, por o quadro existente não estar expressamente vocacionado para a área em análise. Por tal facto, considera a Comissão que o carácter prioritário da problemática das toxicodependências, reconhecido por toda a classe política, deveria facilitar a adaptação dos mecanismos legais existentes ou a aprovação de mecanismos autónomos indispensáveis à estratégia defendida.

A Comissão está consciente que esta questão de articulação de funcionamento entre a administração central e local e as suas repercussões orçamentais se pode colocar em outros sectores.

Estratégia essa, que seria de resto, semelhante à posta em prática em outros países europeus. Atente-se, por exemplo, nos documentos ingleses referentes às linhas de actuação preconizadas. A estratégia inglesa para 1995-1998 confirma claramente a perspectiva adoptada até 1994, ao reforçar os planos para acção local através do investimento financeiro nos "*Drug Action Teams*", encorajando

essas equipas a cooptar representantes das organizações de voluntariado e sugerindo fronteiras geográficas mais flexíveis. Esta estratégia reconhece os benefícios da acção local empreendida até finais de 1994 e salienta a importância do reconhecimento no terreno da natureza e dimensão dos problemas das drogas (ver descrição pormenorizada no *Relatório "Tackling drugs together"*).

As linhas estratégicas propostas seguem assim duas directrizes que a Comissão a si mesma impôs: explicitar as sugestões dos seus membros, apoiadas em trajectórias e ângulos de observação diversos e, sempre que possível, assumindo a forma de um discurso consensual; aprender com experiências nacionais ou internacionais de reconhecida eficácia, pois a gravidade dos problemas em análise não se compadece com recusas arrogantes de adaptar à situação global portuguesa soluções cujo único peccadilho resida no facto de a sua autoria nos não pertencer.

---

\* Cf. Annual Report on the State of the Drug problems in EU - E.MCDDA

---

### **Declaração de voto**

Pretendo deixar uma declaração de voto, quanto à minha discordância relativa às referências feitas no capítulo da Prevenção Primária à realização do Dia D contra a Droga, em 1997, dando-o como exemplo do que não se deve fazer, ao sublinhar-se que os programas de prevenção devem ter continuidade.

Ora o Dia D nunca pretendeu ser um programa preventivo e menos ter continuidade. O Dia D visava, como aliás conseguiu, em meu entender, promover naquele dia específico, uma reflexão sobre as drogas em todos os sectores da vida nacional. Teve a intenção simbólica que todos os dias evocativos têm: chamar a atenção e debater o problema, pelo envolvimento do maior número de intervenientes significativos, dando disso mesmo eco para a opinião pública, através da comunicação social.

Não me parece que usar os media para promover debates, dar a conhecer o que já se faz no país a nível das escolas, associações, empresas seja "mostrar serviço"; é antes a oportunidade de usar canais privilegiados para passar mensagens positivas. Aliás a Comissão reconhece a falta de instrumentos suficientes de avaliação desta iniciativa o que retira em meu entender sustentação às conclusões negativas sobre a mesma, pelo que não a subscrevo.

***Maria Manuela Azevedo Saraiva Calado Marques***

---

# TRATAMENTO, REDUÇÃO DE DANOS E RESSOCIALIZAÇÃO

## 1. Conceitos e Fronteiras

Quando o fenómeno das toxicodependências, tal como hoje o conhecemos na sociedade portuguesa, implicou pelas suas dimensões uma política global de intervenção, foi genericamente assumido que a abstinência do consumo de drogas constituía o objectivo último da acção dos intervenientes na área das toxicodependências. 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 num conjunto de intervenções visando a paragem de todos os consumos tóxicos.

Numa primeira 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.

Mantinha-se, entretanto, uma 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, 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 passaram a ser considerados como objectivos terapêuticos a ter em conta.

Da mesma forma, os tratamentos por substituição (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, pontos de partida para a libertação de qualquer dependência.

Esta forma de encarar o tratamento aproxima-se das estratégias de redução de danos, mas parece à Comissão importante salientar que, por tal facto, a ideia de abstinência não é abandonada como uma possibilidade real. Com efeito, 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, como se explicitará com maior detalhe, de admitir que a abstinência ou o seu desejo não podem constituir-se em condições obrigatórias para a prestação de cuidados necessários ao indivíduo e, indirectamente, à sociedade.

## **2. Tratamento**

### 2.1 Introdução

O tratamento das toxicodependências apresenta aspectos específicos ligados a cada droga em concreto e aspectos gerais comuns a todas as dependências.

A heroína é a substância causadora da dependência que motiva mais de 95% dos pedidos de ajuda aos serviços especializados, e por isso as estruturas terapêuticas desta área foram especialmente adaptadas ao tratamento de heroínómanos. É também em relação à heroína que as terapêuticas psicofarmacológicas estão mais desenvolvidas. A Comissão considera, no entanto, que não se deve esquecer a emergência da utilização das novas drogas de síntese (nomeadamente o MDMA/*Ecstasy*), os novos e preocupantes padrões juvenis de consumo de álcool, 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. Embora seja indubitavelmente a heroína a substância que mais danos pessoais e sociais provoca na comunidade, importa, pelo acima exposto, procurar intervenções terapêuticas adequadas às outras substâncias.

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. A Comissão entende que tal diversidade é enriquecedora, logo, de manter, sendo necessário favorecer o diálogo entre os diversos modelos e uma avaliação rigorosa dos seus resultados.

### 2.2. Panorama do Tratamento em Portugal

O tratamento dos toxicodependentes em Portugal é realizado por serviços públicos e por um número considerável de organizações privadas, com ou sem fins lucrativos, que traduzem o empenhamento da sociedade civil nesta área. Comporta um conjunto de intervenções diferenciadas ou específicas, consoante a fase do tratamento ou a problemática própria de cada caso. As equipas técnicas, multidisciplinares, reflectem esta diversidade de intervenção. São constituídas por médicos, psicólogos, técnicos de serviço social, enfermeiros, técnicos psicossociais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, etc..

São diversos os problemas colocados por cada situação, e como tal, diversos os recursos a mobilizar em cada caso. Desde as desabilitações 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 (também estas com modelos diversificados), passando pela utilização de fármacos antagonistas (naltrexone) ou agonistas (metadona e LAAM), várias são as combinações possíveis, numa articulação que vem sendo cada vez mais aperfeiçoada.

### 2.2.1. Sector Público

Os serviços públicos com responsabilidades no tratamento de toxicodependentes dependem dos Ministérios da Saúde, Justiça e Defesa Nacional.

No Ministério da Saúde coexistem vários níveis de intervenção:

- Um número crescente de médicos de família considera as toxicodependências como um problema de saúde da população utente dos Centros de Saúde, e por isso procuram dispensar os cuidados adequados, por vezes recorrendo ao apoio de estruturas especializadas. Constata-se um empenhamento cada vez maior destes profissionais, à medida que lhes é facultada formação específica nesta área de intervenção, permitindo ultrapassar receios e preconceitos e apetrechando-os para uma resposta de primeira linha.

- Alguns Hospitais Psiquiátricos e Departamentos de Saúde Mental hospitalares aceitam toxicodependentes nas suas consultas e internamentos, assistindo-se a um crescente alargamento desta oferta. Dois Hospitais Psiquiátricos, um em Lisboa e outro no Porto, mantêm consultas para toxicodependentes, tendo mesmo disponíveis programas de substituição.

- Em 1990 foi criado, pelo Dec.-Lei 83/90, um serviço específico dedicado às toxicodependências, o Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência (SPTT), no qual 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, Centros de Apoio a Toxicodependentes da Cedofeita e de Olhão).

As unidades especializadas do SPTT na área do tratamento são hoje de 3 tipos:

- a) Centros de Atendimento a Toxicodependentes (CATs), onde são prestados cuidados compreensivos e globais a toxicodependentes, utilizando as modalidades terapêuticas



mais adequadas, em regime ambulatorio.

Actualmente existem 30 unidades deste tipo, dando cobertura embora insuficiente a todos os distritos do País. Algumas delas dispõem de "extensões", unidades de menor dimensão onde se deslocam equipas do CAT que aí asseguram consultas. Existem 10 destas extensões, algumas das quais em vias de autonomização.

Em três destes CATs (Porto, Santarém e Lisboa) funcionam Centros de Dia, unidades onde se desenvolvem actividades de natureza ocupacional e/ou socio-profissional, em regime ambulatorio. Em todos os CATs existem serviços de apoio à família e em alguns deles programas especializados em terapia familiar.

Praticamente todos os CATs têm programas de metadona ou LAAM, sendo actualmente o número total de toxicodependentes abrangidos por estes programas de substituição de cerca de 3000. Os CATs contam com o apoio de Centros de Saúde e Hospitais na administração de terapêuticas de substituição por metadona, evitando a deslocação diária dos doentes ao CAT prescriptor para a toma do produto. Também nesta linha, teve recentemente início um programa experimental de administração de metadona nas Farmácias, resultante de um acordo com a Ordem dos Farmacêuticos e Associação Nacional das Farmácias, facultando uma rede supletiva de locais de toma do produto.

b) Unidades de Desabilitação (UDs) destinadas ao tratamento do síndrome de privação em toxicodependentes, sob

responsabilidade médica em regime de internamento.

O SPTT dispõe actualmente de 4 destas unidades (Porto, Coimbra, Lisboa e Olhão) com uma capacidade total de 39 lugares. Está prestes a entrar em funcionamento uma segunda unidade em Lisboa, dispondo de mais 10 lugares.

c) Comunidades Terapêuticas (CTs), unidades onde são prestados cuidados a toxicodependentes que necessitam de internamento prolongado, com apoio psicoterapêutico e socioterapêutico sob supervisão psiquiátrica.

Os serviços públicos têm desde 1977 duas Comunidades Terapêuticas (Coimbra e Lisboa), com um total de 34 lugares, não tendo criado nenhuma desde então, mas prosseguindo uma política de apoio a instituições sem fins lucrativos (IPSS) que se dispusessem a criar CTs, subsidiando instalações e equipamentos e estabelecendo protocolos de participação nos internamentos de toxicodependentes. Estes protocolos abrangem hoje 766 lugares em 37 Comunidades Terapêuticas dos mais diversos modelos, algumas delas articuladas com Apartamentos de Reinserção.

O Ministério da Justiça dispõe de estruturas para tratamento em meio prisional. Uma parte dos reclusos nas prisões portuguesas são toxicodependentes, como se refere no capítulo sobre "Enquadramento Legal", somando-se a este problema as altas incidências de SIDA, hepatites e tuberculose. Assim, os serviços clínicos dos Estabelecimentos Prisionais procuraram apetrechar-se para dar resposta a todos estes problemas.

Desde 1992, data da criação da "Ala G" (uma Comunidade Terapêutica) no Estabelecimento Prisional (EP) de Lisboa, têm sido criadas estruturas específicas para o tratamento de toxicodependentes reclusos. Existem em diversos estabelecimentos prisionais equipas pluridisciplinares para o seu acompanhamento, e alguns programas específicos, como as "alas livres de drogas" dos EP de Lisboa, do Porto e de Santa Cruz do Bispo ou a Casa de Saída

do EP das Caldas da Rainha. Além disso, o Protocolo assinado em 21/03/97 entre os Ministros da Justiça e da Saúde consagra a colaboração da Direcção Geral dos Serviços Prisionais com as Administrações Regionais de Saúde na prestação de cuidados de saúde em geral, e com o SPTT na área específica das toxicodependências. Neste enquadramento, e de acordo com as realidades locais, vem-se aperfeiçoando a articulação com os CATs, seja prevendo deslocações de técnicos destes aos estabelecimentos prisionais, seja promovendo a deslocação dos reclusos aos CATs.

Esta articulação tornou possível dar continuidade, em meio prisional, a tratamentos iniciados no exterior, nomeadamente com terapêuticas de substituição. Recentemente, teve início nos EP de Lisboa e Porto um programa de utilização de metadona, para já confinado a um número limitado de toxicodependentes, prevendo-se o seu alargamento progressivo a outros estabelecimentos prisionais.

Em relação a terapêuticas com antagonistas (naltrexone), a situação nos diversos Estabelecimentos Prisionais é desigual, considerando-se indispensável que os Serviços Prisionais assegurem o seu fornecimento e administração. Embora se tenha assistido nos últimos anos a progressos importantes no tratamento de toxicodependentes em meio prisional, a verdade é que se verifica ainda uma grande desadequação dos meios existentes às necessidades, com alguns Estabelecimentos Prisionais a não disporem mesmo de serviços de saúde.

O Ministério da Defesa Nacional ocupa-se do tratamento nas Forças Armadas. Desde o final da década de 70, os três ramos das Forças Armadas vêm tomando medidas de prevenção, detecção precoce e tratamento das toxicodependências e alcoolismo no seu âmbito, dispondo de estruturas para dar resposta às necessidades de tratamento. Entre estas, assume maior importância a Unidade de Tratamento Intensivo de Toxicodependências e Alcoolismo (UTITA) no Hospital da Marinha em Lisboa.

#### 2.2.2. Sector Privado

As entidades privadas, com ou sem fins lucrativos, desempenham em Portugal um papel fundamental na oferta de cuidados aos toxicodependentes, nomeadamente no que diz respeito a internamentos de longa duração em Comunidades Terapêuticas, uma vez que tem sido prática dos sucessivos Governos deixar à iniciativa privada a sua implementação.

Entre as instituições privadas que se dedicam ao problema das toxicodependências, algumas têm programas completos de tratamento, outras apenas algumas valências (Centro de Consulta, Comunidade Terapêutica, Centro de Dia, Unidade de Desabilitação). São variados os modelos de intervenção e os tipos de doentes a que se destinam. Muitas delas articulam com o SPTT, recebendo os toxicodependentes deste Serviço que têm necessidade do seu apoio.

O SPTT tem a competência de atribuir os respectivos licenciamentos e a possibilidade de estabelecer protocolos com essas entidades, prevendo a participação do Estado nos custos dos serviços prestados aos toxicodependentes. Estão licenciados 5 Centros de Consulta, 5 Unidades de

Desabilitação com um total de 41 lugares (das quais 3 convencionadas, com 30 lugares) e 6 Centros de Dia com 245 lugares (dos quais 185 convencionados). Quanto às Comunidades Terapêuticas, estão licenciadas 59, com um total de 1510 lugares, tendo 37 Comunidades (correspondendo a 766 lugares) celebrado protocolos com o SPTT.

### 2.3. Avaliação dos recursos para tratamento

Constata-se que, apesar do alargamento da rede de cuidados ocorrida na última década, continua a haver zonas do País - particularmente Lisboa, Porto, Leiria, Aveiro e Setúbal - onde a capacidade de resposta é manifestamente insuficiente, o que se traduz na existência de listas de espera para os diversos recursos. Tal facto decorre, por um lado, da carência de meios humanos, sobretudo nos CATs (quer pela dificuldade em mobilizar profissionais para intervirem numa área reconhecidamente difícil e desgastante, quer pelas limitações decorrentes da rápida expansão de um serviço público), e por outro lado da alta taxa de retenção dos doentes em acompanhamento, impondo uma elevada frequência nas consultas, com a conseqüente saturação dos serviços.

Numa avaliação sumária da situação, podemos assim dizer que, enquanto numa zona do país a resposta terapêutica instalada parece de acordo com a dimensão do problema, noutras a capacidade de resposta é extremamente diminuta e há sérias dificuldades no acesso ao tratamento.

Continua a haver um número reduzido de lugares em Unidades de Desabilitação para as necessidades existentes e a repartição das CTs no país é extremamente desigual, havendo um número muito reduzido de lugares na região norte.

O número de lugares em programas de substituição também é ainda muito inferior às necessidades.

Apenas existem programas específicos de atendimento para grávidas toxicodependentes em Lisboa, Porto e Coimbra, havendo um número insuficiente de CTs que aceitem grávidas.

É igualmente difícil encontrar lugares em CTs para mães que tenham de ficar com os filhos, para menores, para casos de duplo diagnóstico ou para casos enviados pelos Tribunais.

Todas as instituições privadas licenciadas têm obrigatoriamente nos seus quadros pessoal técnico qualificado, nomeadamente psicólogos e médicos, mas é notória a qualidade desigual da sua intervenção. Os mecanismos que garantam esta qualidade devem ser melhorados, quer em relação ao licenciamento, quer em relação à fiscalização posterior.

A articulação dos serviços do SPTT com 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 (para acolhimento precoce de situações detectadas) é muito desigual. Verificam-se, no entanto, e de uma forma geral, progressos importantes nestas formas de articulação, fruto de entendimentos locais.

Estes entendimentos têm-se revelado essenciais a vários níveis, ganhando particular importância as formas de colaboração que os diversos serviços de saúde têm encontrado para o acompanhamento de toxicodependentes com

patologia orgânica associada (SIDA, hepatites, tuberculose), no acompanhamento da gravidez e na implementação de programas de substituição com metadona.

#### 2.4. Princípios gerais a ter em conta nos programas de tratamento

Salientam-se alguns princípios genéricos a considerar numa estratégia de tratamento de toxicodependentes, frequentemente contrariados pela prática actual. Torna-se necessário:

##### a) Garantir a acessibilidade ao tratamento

Presentemente o acompanhamento dos toxicodependentes nos serviços estatais é gratuito. No entanto, algumas modalidades terapêuticas, como por exemplo a utilização de fármacos antagonistas (naltrexone), envolvem custos apreciáveis para os doentes e suas famílias, nem sempre comportáveis. A actual participação pelo SNS em 40% não permite ainda o acesso de todos aqueles que constituíam indicações para este tratamento.

Por outro lado, os protocolos celebrados com Comunidades Terapêuticas e Centros de Dia de entidades privadas prevêm a participação, por parte do Estado, de 80% dos custos de utilização daquelas estruturas por cada doente (tendo sido previamente fixado um tecto máximo para os preços a praticar), ficando os restantes 20% a cargo do doente.

Se há muitos toxicodependentes que podem suportar estes custos, muitos outros, isolados ou com famílias muito depauperadas, não têm forma de o poder fazer.

Tem sido prática frequente dos Centros Regionais de Segurança Social assumirem o encargo que compete ao

doente, sendo no entanto necessário agilizar os procedimentos envolvidos

Constata-se ainda que diversas entidades privadas, ao estabelecerem um contrato terapêutico com os seus doentes (englobando várias fases e valências) procedem à cobrança antecipada de todo o programa, não os ressarcindo em caso de abandono precoce (o que acontece com frequência). É urgente pôr fim a esta prática, porventura em contradição com a recente Lei 24/96 de 31/7 de Defesa do Consumidor, considerando-se apenas legítima a cobrança de serviços efectivamente prestados.

b) Diminuir a sobrecarga do ponto de vista ideológico

Diversas entidades privadas intervenientes no tratamento de toxicodependentes, declaradamente confessionais, impõem aos seus utentes a adopção de posturas ideológicas e/ou religiosas, dificultando o seu processo de maturação e individualização e aproveitando a situação de vulnerabilidade em que se encontram para difundir os seus pontos de vista. A Comissão entende que esta é uma prática que não deve ser tolerada.

c) Promover a avaliação dos diversos programas

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. Será de admitir que o corolário das diversas

intervenções se traduz no êxito final, mas mais difícil será avaliar o contributo que cada uma dessas intervenções teve para aquele resultado.

A avaliação individualizada da eficácia dos diversos programas e modelos é, em grande parte, dificultada por este facto. Acresce que há diferenças significativas no tipo de população assistida nos diversos modelos e os critérios de admissão são variáveis. No entanto, tal não obsta a que se considere necessário promover a monitorização, a médio e longo prazo, dos resultados alcançados, quer pelos serviços públicos, quer pelos privados.

Dadas as particularidades deste tipo de avaliação, a Comissão entende vantajoso incluir no processo entidades externas vocacionadas para esse tipo de realização (Universidades e outras).

Impõe-se a instalação de um sistema de recolha de informação, a desenvolver no âmbito do futuro Instituto Português das Drogas e das Toxicod dependências, em colaboração com os diversos intervenientes, nomeadamente o SPTT e restantes serviços de saúde e entidades privadas. Só assim se tornará possível um conhecimento mais aprofundado da realidade.

## 2.5. Aspectos gerais de uma política de tratamento

A diversidade das situações dos toxicod dependentes exige respostas variáveis, adaptadas a cada caso. É necessário que essas respostas estejam acessíveis, para que se possa afirmar que cada toxicod dependente tem o tratamento adequado. No momento actual, é importante:

a) Dimensionar as estruturas de acordo com a gravidade do problema e as circunstâncias locais.

Embora extensivos a todo o território nacional, os problemas relacionados com as toxicodependências não têm características uniformes. A instalação de pelo menos um CAT em cada distrito constituiu, no entender da Comissão, um critério aceitável. No entanto, constata-se que, se nalgumas regiões a sua acção articulada com as outras estruturas intervenientes (da Saúde e outras) conduziu a respostas adequadas, noutras regiões o acesso a um programa de tratamento continua a envolver enormes dificuldades, traduzidas em grandes listas de espera.

Considera-se necessário perspectivar o alargamento das respostas, através do reforço das existentes e instalação de novas estruturas, com base, tanto quanto possível, em critérios objectivos ( ex. critérios demográficos, número estimado de toxicodependentes em cada região), tendo ainda em conta as particularidades culturais, a capacidade de envolvimento das estruturas e das famílias. A título de exemplo, refira-se que em pequenas localidades é frequentemente possível envolver as famílias e a comunidade no processo de tratamento, sendo aí muito menor o recurso a unidades de desabilitação, a comunidades terapêuticas e às estruturas de apoio social. Pelo contrário, nas grandes áreas metropolitanas encontra-se uma percentagem muito mais elevada de toxicodependentes completamente desenraizados e solitários, que impõem a disponibilidade de maior oferta deste tipo de valências.

Neste sentido é necessário que o Estado melhore a sua articulação com as instituições privadas e que seja capaz de estabelecer um plano global que lhe permita apoiar a criação de



estruturas, de acordo com um levantamento rigoroso das necessidades.

b) Assegurar respostas para todo o tipo de toxicodependentes.

Grupos particulares de doentes têm extremas dificuldades em encontrar respostas adequadas ao seu caso. O problema agrava-se quando há necessidade de recorrer a Comunidades Terapêuticas. Tal sucede, por exemplo, com mulheres toxicodependentes grávidas ou com filhos pequenos, com toxicodependentes com patologia mental associada (duplo diagnóstico) e com menores. É urgente alargar a capacidade de resposta para doentes nestas situações.

c) Assegurar aos toxicodependentes presos acesso às mesmas medidas terapêuticas disponíveis fora do meio prisional.

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.

d) Oferecer respostas em estados precoces de toxicodependência.

Actualmente, o recurso às estruturas de tratamento ocorre tardiamente na trajectória dos consumos (em geral não antes de 4 anos), assistindo-se a uma tendência para o aumento deste hiato.

Importa verificar se tal facto se deve à dificuldade de acesso àquelas estruturas ou a outros factores. De qualquer forma, o receio de

estigmatização por recorrer a um CAT quando o próprio ainda não se assume claramente como toxicodependente poderá ser um desses factores. Daí, mais uma vez, a importância da intervenção dos médicos de família e outros agentes da comunidade que, pelo conhecimento das vicissitudes familiares, pelo relato de alterações incipientes do comportamento, pelo contacto directo e privado com o jovem, podem desencadear um diagnóstico e tratamento precoces.

e) Reconhecimento em fase inicial do insucesso em programas livres de drogas

Assiste-se com frequência a tentativas múltiplas de tratamentos livres de drogas, com insucessos consecutivos, persistindo doente e terapeuta em novos recomeços. Atendendo às consequências nefastas para a auto-estima (de ambos...), e ao depauperamento afectivo e económico a que conduzem as famílias, há que admitir não ser talvez o momento de insistir, sendo de equacionar, por exemplo, a inclusão em programa terapêutico de substituição.

Subsistem alguns mitos em relação a estes programas, imaginando-se que a prescrição corresponde à "condenação" definitiva do doente à "substituição de uma dependência por outra". Pelo contrário a Comissão entende que, após uma correcta triagem, a inclusão nestes programas poderá constituir uma plataforma de equilíbrio físico, psicológico, social e familiar, nada obstando a que, num segundo tempo, se façam novas tentativas em programas livres de drogas.

Quanto ao uso da heroína em programas terapêuticos, a Comissão analisou os resultados de experiências noutros países, nomeadamente na Suíça. Dessa análise ressalta a ideia de que os bons resultados obtidos se devem em larga medida ao forte investimento no apoio médico, social e psicológico prestado aos doentes incluídos no programa. Não assumindo uma posição contrária à realização deste tipo de experiências em Portugal, a Comissão não as considera uma prioridade no momento actual, dadas as múltiplas carências verificadas. Recomenda-se o apreciar atento dos programas já em curso noutros países, de molde a que as eventuais decisões a tomar quanto à implementação de tais programas sejam baseadas em resultados fiáveis não prejudicados por posicionamentos ideológicos e morais. (ver capítulo sobre Investigação)

f) Garantir que o desejo de promover a abstinência não prejudica as intervenções no sentido da redução de danos.

Sendo a abstinência de consumo de drogas um objectivo importante, há que assumir não ser por vezes possível, pelo menos de imediato. Tendo em conta que as toxicodependências configuram uma doença de evolução complexa, entende-se que, 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 facultar informação séria sobre os riscos envolvidos, como se evitam ou minimizam. Permite igualmente 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.

## 2.6. Plano estratégico proposto

a) A Comissão considera que o tratamento dos toxicodependentes deve ser uma preocupação de todo o Sistema de Saúde, e não apenas do SPTT, pelo que é necessário capacitar os técnicos dos Hospitais e dos Centros de Saúde para a colaboração no tratamento destes doentes.

Nos Hospitais deve ser considerada especialmente a participação dos Hospitais Psiquiátricos e Departamentos de Psiquiatria dos Hospitais Gerais, das Maternidades e Serviços de Obstetrícia, dos Serviços de Doenças Infecto-Contagiosas e de Ortopedia.

b) Os Médicos de Família devem assumir um papel de primeira linha no tratamento dos toxicodependentes e na informação e apoio às famílias, necessitando para tal de ter acesso à formação adequada.

c) O SPTT deve ser dotado dos meios humanos e materiais que lhe permitam uma capacidade de resposta adequada a fazer face às actuais listas de espera, consolidando as unidades existentes e criando novas estruturas.

No que diz respeito às terapêuticas de substituição, entende-se desejável o aumento da sua acessibilidade em todo o país, tornando possível a sua prescrição e acompanhamento em todos os CATs, Hospitais Psiquiátricos e Departamentos de Psiquiatria dos Hospitais Gerais. Será de fomentar a diversificação dos locais de administração, nomeadamente com o alargamento da colaboração dos Hospitais e Centros de Saúde, das Farmácias e de ONGs, sem prejuízo da coordenação destes Programas pelo organismo público

d) É urgente aumentar a oferta de lugares para desabitação, afectando lugares nos Hospitais Psiquiátricos e Departamentos de Psiquiatria dos Hospitais Gerais e estabelecendo novos protocolos com Clínicas Privadas, dado que não parece viável a criação de novas Unidades de Desabitação pelo SPTT no prazo desejável.

e) É necessário aumentar o número de lugares em Comunidades Terapêuticas, particularmente para menores, grávidas, mães com filhos pequenos e casos de duplo diagnóstico, apoiando de forma mais significativa projectos nestas áreas.

f) É necessário possibilitar a todos os toxicodependentes presos tratamento por técnicos com formação adequada, disponibilizando as diversas modalidades terapêuticas, nomeadamente desabitação com apoio psicofarmacológico, tratamento com antagonistas, terapêuticas de substituição e Comunidades Terapêuticas. Qualquer destes tratamentos deve ser gratuito, e o tratamento em Comunidade Terapêutica deve poder ser feito fora

da instituição prisional, nos casos em que tal seja julgado viável e de acordo com a lei.

### **3. Redução de Danos**

#### 3.1. Introdução

A expressão "redução de danos", que começou a ser usada na Holanda, refere-se a uma nova estratégia de intervenção nas toxicodependências, complementar das estratégias de prevenção e de tratamento/reinserção.

Esta abordagem é um progresso importante na forma de encarar o problema das toxicodependências, e na perspectiva da Comissão torna-se indispensável aplicá-la no terreno em Portugal, o que implica, antes de mais, assumi-la sem tibiezas no plano do discurso oficial referente às estratégias visando o controlo e diminuição do problema das drogas.

O seu objectivo é diminuir ou eliminar os riscos corridos e danos causados pelo consumo de drogas, em todas as situações, mesmo quando o consumo se mantém. Objectivo bem expresso 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 ( 1995 )*".

Uma estratégia de redução de danos tem como objectivo todos os consumos de drogas, "leves" ou "duras", e todos os graus de consumo, desde os ocasionais até às dependências estabelecidas. E embora não negue a existência destas dependências, prefere ao termo "toxicodependente" o de "consumidor", justamente por se dirigir a todos os consumidores, dependentes ou não. Também não nega os efeitos próprios do consumo, ou seja, os prováveis danos provocados pelas drogas, mas estes não são o objecto da sua intervenção. Por outro lado, reafirmando as óbvias vantagens do tratamento, não considera a abstinência como uma obrigação moral e evita censurar o consumo. A filosofia que lhe está subjacente é, assim, pragmática, mas reflecte também a preocupação ética de respeitar os direitos dos toxicodependentes.

Resumidamente, poderemos referir os seguintes princípios de uma estratégia de redução de danos (*Canadian Centre on Substance Abuse National Working Group on Policy, 1994*):

- 1) Pragmatismo – A utilização de substâncias que provocam alterações da consciência é assumida como sendo frequente na experiência humana. Apresenta riscos inquestionáveis, mas vantagens para o consumidor, que a não serem levadas em conta tornam incompreensível o comportamento de consumo de drogas. Do ponto de vista da comunidade, o controlo e diminuição dos danos verificados pode ser uma opção mais pragmática e

exequível do que o esforço para eliminar completamente os consumos.

2) Humanismo – Não é feito um julgamento moral que resulte na condenação ou apoio ao uso/abuso de drogas e a dignidade e os direitos do consumidor são respeitados.

3) Ênfase nos danos – A primeira prioridade é diminuir as consequências negativas do uso de drogas para o próprio e para os outros e não a diminuição do uso. Esta abordagem não exclui nem implica o objectivo da abstinência. Nalguns casos poderá ser mais eficaz uma redução dos níveis de uso, noutros a alteração das modalidades de consumo.

4) Avaliação de custos e benefícios – Embora quase impossível pelo número de variáveis envolvidas, tal princípio supõe a consideração dos interesses imediatos do indivíduo, mas também os da sociedade em geral.

5) Prioridade para os objectivos imediatos – Atingir os objectivos mais imediatos e realistas é visto como o primeiro passo para o consumo sem riscos ou mesmo a abstinência.

Entre os defensores das estratégias de redução de danos, alguns existem que negam as consequências directas do consumo de drogas, atribuindo todos os problemas ao enquadramento legal dos consumos e recusando mesmo empregar o termo "toxicodependente", por o considerarem segregador e patologizante, admitindo apenas o de "consumidor", ao abrigo de uma lógica diversa da exposta no parágrafo anterior pelos pressupostos ideológicos que veicula. O seu discurso comporta os riscos da subestimação dos reais efeitos das drogas e de uma eventual secundarização da importância do tratamento e de uma possível abstinência. Neste contexto, a Comissão deseja deixar bem claro que o seu apoio inequívoco às estratégias de redução de danos não deve ser abusivamente interpretado como um passo tímido e quase clandestino rumo a determinadas modificações do enquadramento legal que, de resto, serão discutidas em capítulo próprio. Uma estratégia de redução de danos impõe-se em Portugal como nos outros países, seja qual for o regime legal aplicado à

problemática das drogas. Esta distinção, de capital importância, é bem expressa por Des Jarlais ( 1995 ) quando escreve: "*Uma das críticas mais vulgares aos programas de redução de danos ( como a troca de seringas ) é que seriam um primeiro passo no deslizar para a legalização das drogas actualmente ilegais. É fundamental perceber as diferenças entre uma perspectiva de redução de danos e de saúde pública e uma perspectiva libertária do tipo toda-a-gente-tem-o-direito-de-consumir-as-drogas-que-quiser.*".

### 3.2. O panorama da redução de danos em Portugal

Durante muitos anos não houve em Portugal uma preocupação com a redução de danos, considerando-se que a cura das toxicodependências os resolveria Só na segunda metade dos anos 80 esta preocupação se começou a exprimir, 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, com o apoio da Comissão Nacional de Luta contra a Sida, iniciou um programa de troca de seringas nas farmácias de todo o país que constitui a mais importante e eficaz medida de redução de danos até hoje iniciada entre nós. Este programa continua em vigor, embora com expressão desigual no conjunto do país. A Comissão deseja salientar que a importância deste tipo de intervenção não se esgota na redução de danos. Bastará citar Drucker ( 1995 ): "*...Mas o impacto mais significativo dos programas de troca de seringas na saúde pública pode derivar do modo como diminuem a marginalização dos consumidores de mais alto risco. Os consumidores que participam em tais programas têm maiores probabilidades de obter cuidados médicos (ex. para o VIH e a tuberculose ) e muitos deles acedem a serviços de apoio social e legal e a programas de tratamento*".

Têm-se desenvolvido também outras iniciativas de apoio médico e social em bairros de tráfico e meios de prostituição. As *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 *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 ditos "arrumadores" foram implementados programas específicos de reinserção social, acompanhados de 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.



Existe ainda, embora a dar os primeiros passos, uma colaboração entre os CATs e os CDPs (Centros de Diagnóstico Pneumológico) em relação à difusão da tuberculose entre os toxicodependentes.

### 3.3. Factores a ter em conta num programa de redução de danos

A reflexão sobre as experiências conhecidas dos programas de redução de danos permite enunciar algumas recomendações que a Comissão considera importantes:

Ter em conta todas as drogas e formas de consumo, com ou sem dependência

Habitualmente, quando se fala de redução de danos, considera-se apenas os riscos ligados ao consumo por via injectável, mas devem ser valorizadas todas as drogas e formas de consumo, com ou sem dependência, assumindo hoje especial relevo as questões ligadas às novas drogas de síntese.

Ter em conta os riscos criados pelos próprios programas de redução de danos

É preciso - nomeadamente através duma informação rigorosa - evitar o risco de criar uma imagem social de subestimação dos efeitos das drogas, procurando não transmitir a falsa ideia de que o consumo das drogas é inofensivo e de que a abstinência não é desejável. A educação para a saúde e a prevenção podem e devem integrar ensinamentos propiciados pelas estratégias de redução de danos. Acerca de um programa integrado, escreve Riley (1993): "*... Baseia-se nas realidades do uso de drogas pelos jovens e visa objectivos realistas e práticos. Reconhece que a educação em redução de danos é acerca das drogas, mais do que contra elas. A educação começa na infância, debruçando-se sobre substâncias vulgares que não as drogas, sublinhando que a maior parte dos produtos que consumimos podem prejudicar-nos ou beneficiar-nos, dependendo da forma como os utilizamos*"; "*...o uso de drogas não pode ser eliminado totalmente, mas os danos podem ser reduzidos; muitos jovens abandonam esse uso à medida que amadurecem; a educação não deve ser julgadora; requer um diálogo aberto com os jovens e respeito pelo seu direito de tomar as suas próprias decisões; enfatiza o apoio proporcionado pela coesão positiva dos pares e não favorece a divisão entre eles*".

Não permitir que se confunda programas de redução de danos e programas de tratamento

Com alguma frequência, os toxicodependentes inseridos em programas de administração de metadona numa perspectiva de redução de danos imaginam estar em programas de tratamento, não tendo consciência de que estes comportam outro tipo de apoios que lhes seriam úteis e dos quais não beneficiam. A Comissão deseja, no entanto, salientar que discorda absolutamente de uma visão economicista e de mero controlo social dos programas de redução de danos em geral e de administração de metadona de baixo limiar em particular. A redução de danos não pode traduzir-se por uma

atitude laxista que, implícita ou explicitamente, defende a atribuição de menores recursos técnicos e humanos a tais programas. Bem pelo contrário, as equipas neles envolvidas necessitam de uma formação específica, tanto no que aos aspectos profissionais diz respeito como no aprofundar das atitudes dos seus membros em face de uma abordagem que muitas vezes colide com a sua formação, sistematicamente baseada na nostalgia da abstinência total.

#### 3.4. Objectivos específicos e medidas a implementar numa estratégia de redução de danos

##### Promover uma menor adulteração das substâncias utilizadas

O facto de os traficantes habitualmente utilizarem produtos de corte para aumentarem os seus lucros, faz com que as drogas utilizadas não sejam puras e estejam frequentemente contaminadas por substâncias que podem constituir risco para a saúde dos consumidores. Neste contexto, assume especial importância a contaminação das drogas injectáveis - pelo risco de abscessos, lesões venosas e mesmo *overdoses* - e das drogas ingeridas, nomeadamente LSD e MDMA., dado que têm sido referidos os mais variados acidentes, atribuíveis aos produtos, mas também às substâncias de corte.

Em alguns países são realizados, periodicamente, estudos sobre a qualidade das substâncias do mercado negro e existem também laboratórios que, a pedido, informam da qualidade das drogas - particularmente LSD e MDMA. - que lhes são entregues para análise. Se o Laboratório da Polícia Científica dispuser de tecnologia necessária para esse tipo de análises, poderia periodicamente difundir os seus resultados. Mais difícil seria a possibilidade de montar uma oferta pública de serviço de análises, pelas dificuldades legais a ultrapassar e condições logísticas a preencher.

##### Promover a melhoria das condições de injeção

A consciência das más condições sanitárias em que, na maior parte das vezes, os toxicodependentes se injectam, responsáveis por abscessos e outros acidentes, levou ao desenvolvimento, em vários países europeus, de medidas tendentes a promover boas práticas de injeção, quer pela difusão de informação, quer pelo ensino e facilitação de locais protegidos.

Se a necessidade de fornecer informações é consensual, mais polémica se torna a eventual criação de *shooting-rooms* (instalações em que os toxicodependentes se podem injectar em condições higiénicas, dispendo de material esterilizado e com assistência de técnicos de saúde), semelhantes aos de algumas cidades europeias. De qualquer forma, as experiências existentes não têm procurado garantir aos toxicodependentes a possibilidade de injectar sempre em boas condições, mas apenas o ensino de uma boa prática, tendo por isso horários e capacidades muito limitados.

##### Prevenir a contaminação pela SIDA e hepatites B e C

Este é o mais grave problema de saúde relacionado com as toxicodependências, e por isso vem constituindo o principal impulsionador das políticas de redução de danos, mas nas intervenções até agora levadas a cabo há aspectos que devem ser revistos e novas medidas que é necessário pôr em prática.

A informação deve ser aperfeiçoada, particularmente salientando a possibilidade de contaminação através da utilização comum da própria água,

dos recipientes (colheres e caricas), de filtros e algodões. A insistência na mensagem "não partilhar seringas" esquece por vezes estes aspectos, igualmente importantes. Torna-se indispensável conhecer melhor as práticas dos toxicodependentes - a utilização da seringa como forma mais simples de divisão das doses, por exemplo - para poder construir mensagens preventivas eficazes. Tal objectivo implica a utilização das etnometodologias mencionadas no capítulo sobre investigação e a colaboração descomplexada com os próprios toxicodependentes ou suas organizações, quando existam.

Certas informações, correctas mas não suficientemente explicitadas, podem também ser mal compreendidas. Por exemplo, quando se diz que o VIH é frágil e não resiste à exposição ao ar, esquece-se que a partir dessa informação os toxicodependentes podem pensar que, algum tempo depois de utilizadas, as seringas voltarão a ser seguras, por o VIH ter sido destruído pela exposição ao ar.

A construção de barreiras psicológicas que tornem mais difícil a passagem à forma injectável ou a promoção da passagem do consumo endovenoso ao consumo fumado não têm sido suficientemente considerados.

A difusão de informações sobre a reutilização de seringas desinfectadas com lixívia pode ser equacionada, mas consideramos que o seu interesse é diminuto se se melhorarem, como é necessário, os programas de troca de seringas.

Apesar de poder ser considerada como a mais importante medida de redução de danos tomada no nosso país, vale a pena fazer uma reavaliação do programa de troca de seringas, particularmente centrada sobre a cobertura desigual do território nacional, aperfeiçoando-o e complementando-o com outros programas, onde tal se revelar necessário. Tais programas poderão ser da responsabilidade de IPSS e não do Estado e, nos aspectos práticos, explorar novas modalidades (ex. distribuidores automáticos).

Nesta reavaliação, devem ser tidos em conta os aspectos relacionados com a composição dos *Kits*, nomeadamente com a possível inclusão de água, filtros, e ácido ascórbico para substituir o limão, habitualmente utilizado pelos toxicodependentes para acidificar a água e assim possibilitar a dissolução da heroína.

Um dos aspectos mais críticos entre nós é a inexistência dos já referidos programas de administração de metadona de baixo limiar, que são uma necessidade imperiosa em Lisboa e Porto e eventualmente noutras zonas do país.

#### Facilitar o acesso dos toxicodependentes aos cuidados de saúde

Constituindo os toxicodependentes um grupo que apresenta comportamentos de risco do ponto de vista sanitário, não só em relação a si próprios mas também a toda comunidade, um dos objectivos das estratégias de redução de danos é promover e facilitar o relacionamento dos toxicodependentes com as estruturas de saúde e difundir práticas protectoras.

Entre as medidas a implementar a Comissão defende:

- Trabalho de rua, a realizar por técnicos com formação adequada (nomeadamente em etnometodologias)

junto dos toxicodependentes sem abrigo, dos pertencentes a minorias, da população que se prostitui e dos frequentadores de *raves* e discotecas *after-hours*, informando sobre estruturas sanitárias e sociais de apoio, fornecendo preservativos e seringas e incitando a outras medidas preventivas e ao rastreio de doenças.

- Gabinetes de apoio (*boutiques*) localizados junto aos bairros de tráfico e nos bairros periféricos com maior número de consumidores.

- Programas gratuitos e de fácil acesso de rastreio de hepatites, SIDA e tuberculose.

- Programas integrados de tratamento de substituição e de medicação anti-viral ou tuberculostática.

#### Prevenir a marginalização social e delinquência

A dificuldade de compatibilizar a frequência escolar ou o emprego com a prática toxicodependente e a necessidade de dinheiro para alimentar os consumos funcionam como mecanismos sociais de marginalização, embora muitos toxicodependentes se mantenham bem integrados, pelo menos de um ponto de vista exterior.

Assim consideramos necessário um programa de prevenção a vários níveis, de acordo com o grau de integração / marginalização:

- Medidas de apoio à manutenção dos estudos e emprego, desenvolvendo nas escolas e nas empresas uma atitude mais tolerante para com os consumidores e procurando transformar a frequente atitude segregacionista e marginalizadora em incentivos ao tratamento.

- Programas de administração de metadona de baixo limiar.

- Gabinetes de apoio.

- Centros de abrigo (*sleep-in*).

### 3.5. Redução de danos em populações específicas

#### 3.5.1. A população prisional

- As autoridades prisionais mostram-se cada vez mais preocupadas com a difusão, na população prisional, de doenças contagiosas como as hepatites B e C, a SIDA e a tuberculose. Mas, em alguns casos, o receio de admitir oficialmente a existência de drogas nos estabelecimentos prisionais tem dificultado o estabelecimento de medidas adequadas.

Entre as medidas a tomar a Comissão considera inquestionáveis:

- O rastreio sistemático, à entrada e periodicamente, das doenças contagiosas.
- O fornecimento de preservativos.
- A existência de alas livres de drogas, destinadas a detidos seleccionados de acordo com critérios científicos e com realização de análises para detecção de eventuais consumos.
- Quanto ao fornecimento de seringas aos reclusos, foi matéria longamente discutida pela Comissão. Consciente da complexidade da problemática envolvida, a Comissão recomenda ao Governo que estude as experiências já existentes noutros países (nomeadamente em Espanha), bem como as implicações legais de tal prática, tendo em vista uma decisão sobre a implementação desta medida.

Todavia, considerando que o argumento contra a distribuição de seringas nas prisões resulta do receio da sua utilização como arma, a maioria dos membros da Comissão entende que a questão deve ser encarada de forma pragmática (afinal quem troca uma seringa é porque possui outra, provavelmente bem mais perigosa no que diz respeito ao potencial de contágio), e são de opinião que esta é uma medida a adoptar de imediato.

#### 3.5.2. As grávidas toxicodependentes

De acordo com a experiência médica, quer a interrupção do consumo de heroína, quer a manutenção do consumo de um produto do mercado negro, implicam risco para o feto, pelo que é necessário possibilitar a todas as grávidas toxicodependentes a entrada num programa de substituição e a articulação entre estes programas e as maternidades.

### 3.5.3. Os filhos de toxicodependentes

Há três linhas de actuação complementares em relação a esta questão:

- Promover e facilitar o acesso dos toxicodependentes às consultas de planeamento familiar.
- Apoiar preventivamente os filhos de toxicodependentes com programas próprios.
- Incentivar a adopção, nos casos em que ela seja indicada.

### 3.5.4. População que se prostitui

Na população toxicodependente a prostituição é um comportamento frequente, visando a obtenção de dinheiro que possibilite o acesso aos produtos. Dado o risco de transmissão de doenças à população não toxicodependente – ela própria muitas vezes avessa às precauções necessárias – e a outros toxicodependentes, é necessário desenvolver um trabalho de rua com informação, fornecimento de preservativos, seringas, programas de administração de metadona de baixo limiar, rastreio e encaminhamento.

### 3.6. Plano estratégico proposto

A Comissão propõe o seguinte conjunto de medidas:

- Desenvolver suficientemente os programas de tratamento por substituição, de forma a garantir a admissão a todos os que se querem tratar e constituem indicações para essa modalidade terapêutica. Tal facto permitirá colocar, em face dos toxicodependentes, suas famílias e opinião pública, os programas de administração de metadona de baixo limiar na sua verdadeira perspectiva. No caso específico das grávidas, garantir a articulação destes programas com as maternidades e serviços de obstetrícia.
- Criar programas de administração de metadona de baixo limiar, desde já na grande Lisboa, grande Porto, Setúbal e Algarve, e posteriormente em todos os locais em que se revelem necessários. Estes programas podem ser desenvolvidos a partir de um autocarro adaptado, com forte componente de apoio médico e social, e a sua realização deve ser entregue, como noutros países, a ONGs de reconhecida idoneidade e prestígio (como, por exemplo, a Cruz Vermelha e a AMI), capazes de manter a organização e controlo do programa e de se articularem com os serviços de saúde, nomeadamente o SPTT.
- Criar gabinetes de apoio e centros de abrigo a partir de autarquias e ONGs, subsidiadas para tal efeito pelo Estado. Preferencialmente devem articular-se com equipas de rua que desenvolvam trabalho nos bairros de tráfico e junto de

toxicodependentes sem abrigo, "arrumadores" e prostitutas/os, com a finalidade de promoverem comportamentos de redução de danos (uso de preservativo, troca de seringas, rastreio de doenças infecto-contagiosas, cuidados sanitários, manutenção de hábitos de higiene, etc.).

- Rever o actual programa de troca de seringas, procurando identificar as lacunas a nível da cobertura do território e respectivas causas, dando-lhe novo fôlego e, quando necessário, estabelecendo esquemas de troca alternativos – nas estruturas de saúde, nas ONGs e com distribuidores automáticos, de forma a que, em todo o país, haja locais de troca acessíveis.

- Implementar nas prisões uma política de redução de danos que inclua: um rastreio sistemático das doenças infecciosas à entrada e periodicamente, o fornecimento de preservativos e a existência de alas livres de drogas.

Quanto à distribuição de seringas, e como atrás se refere, recomenda-se que sejam estudadas as suas implicações legais e as experiências de outros países, pronunciando-se alguns membros da Comissão pela sua implementação.

- Aperfeiçoar a política informativa, tornando-a mais rigorosa e específica, nomeadamente publicando periodicamente os resultados das análises feitas às drogas apreendidas, com especial relevo para as drogas de síntese, informando sobre as situações de risco acrescido de *overdose* e sobre a perigosidade dos aditivos detectados (produtos de "corte").

- Fomentar a informação sobre as boas práticas de injeção diminuindo os seus riscos. A Comissão considera que em relação à eventual criação de locais de injeção assistida (*shooting rooms*), o Governo deverá estudar as experiências existentes noutros países e as suas implicações legais; no entanto, a maioria dos membros da Comissão considera que o Governo não deverá impedir a criação destas estruturas, se houver alguma iniciativa nesse sentido.

- Sensibilizar e preparar os médicos de família para se tornarem os coordenadores de uma estratégia de apoio aos filhos de toxicodependentes que envolva pediatras, psicólogos e departamentos de saúde mental infantil e juvenil, de forma a poderem ser tomadas as medidas de apoio que forem consideradas necessárias.

- Facilitar o acesso gratuito dos toxicodependentes aos meios contraceptivos e uma política incentivadora e não culpabilizante de adopção.

- Não permitir que o simples facto de ser consumidor ou toxicodependente possa ser motivo – não justificado por razões de segurança – para excluir ou prejudicar alguém na sua actividade laboral ou escolar.

A Comissão deseja, por fim, sublinhar um facto que implicitamente decorre do texto: embora várias das medidas preconizadas se insiram na área dos cuidados de saúde ou com ela partilhem estreitas ligações, não parece desejável – para além de exequível... - que o SPTT as assuma isoladamente. Só a colaboração de outras estruturas de saúde, das autarquias, das IPSS, das estruturas oficiais da área da segurança social e dos serviços prisionais poderá permitir a sua passagem à prática de forma satisfatória.

A Comissão tem a consciência de que uma estratégia de redução de danos não se esgota numa perspectiva essencialmente sanitária dos problemas pois implicará também uma reavaliação da estrutura legal vigente.

## **4. Ressocialização**

### **4.1. Introdução**

Em Portugal, desde o início do debate sobre formas de intervenção e combate às toxicodependências, tem-se considerado prioritário e valorizado o desenvolvimento da prevenção primária e do tratamento.

Apesar de a (re)inserção constituir a pedra fundamental na boa evolução do tratamento, em qualquer dos modelos existentes, raramente lhe é dada a importância que de facto tem.

O êxito do processo de reabilitação/tratamento está intimamente ligado e depende fundamentalmente da inserção/reinserção social, familiar e profissional do toxicodependente.

Ao contrário do que habitualmente se pensa, uma grande parte dos toxicodependentes mantém o seu emprego ou estuda, vive em casa dos familiares e não apresenta problemas de inserção. Encontram-se, no entanto, muito isolados socialmente, tendo abandonado todos os amigos não toxicodependentes, pois as relações de amizade foram em muitos casos substituídas por relações funcionais de cumplicidade em torno do consumo de drogas. Experimentam, por isso, uma profunda solidão quando param os seus consumos.

Assim, a dificuldade mais generalizada consiste na criação de novas amizades fora dos ambientes propícios à recaída e em reaprender outros tipos de relacionamento, em suma, conseguir a sua ressocialização.

Uma outra situação frequentemente verificada é a resultante da saída de uma Comunidade Terapêutica quando o regresso a casa dos pais não é considerado benéfico ou não se torna possível, seja qual for o motivo. Nesses casos os toxicodependentes necessitam de um apoio residencial enquadrado (apartamento 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 de formação profissional. Esta pode ser feita nos Centros de Formação Profissional do IIEFP, em instituições privadas com o apoio de Bolsas de Formação ou em instituições de formação profissional para toxicodependentes e/ou pessoas com dificuldades especiais de reinserção.

Outros toxicodependentes encontram-se muito marginalizados. Por vezes sem domicílio, completamente separados das famílias, sem emprego, com habilitações escolares limitadas, nenhuma formação ou experiência profissional e aptidões sociais muito reduzidas, recorrem com frequência a crimes contra o património, à prostituição ou a simulacros de actividade profissional ("arrumadores") para subsistir. Para estes, é necessário um maior envolvimento das estruturas de suporte social, por vezes para os ajudar a suprimir as necessidades mais 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.



Finalmente, alguns toxicodependentes, particularmente os 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 também por situações de emprego protegido, por empresas de reinserção e por residências permanentes.

A reinserção social é normalmente considerada uma etapa posterior ao tratamento e por isso se age como se fosse possível curar primeiro e só depois reinserir. A Comissão considera que a reinserção faz parte do tratamento, este nunca está completo sem ela, só a articulação das duas vertentes pode diminuir drasticamente a possibilidade, sempre presente, de uma recaída. Entende, assim, que desde o início do processo de recuperação esta articulação deve ser tida em conta e trabalhada.

#### 4.2 Panorama da reinserção em Portugal

Em Portugal, a reinserção não tem sido objecto da atenção e investimento que merece. Não tem existido, essencialmente, uma estratégia concertada que parta das necessidades conhecidas e utilize os meios adequados para as satisfazer. Portugal é um país de recursos limitados, mas constata-se que mesmo esses recursos são muitas vezes desaproveitados. Vários programas e iniciativas se desenrolam sem que haja uma divulgação eficaz que possibilite o acesso aos possíveis destinatários. Apesar disso, seria injusto não reconhecer que algo tem sido feito.

Existem alguns 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; Comunidades Terapêuticas que incentivam os mesmos valores através de programas específicos e da vida comunitária em geral; Apartamentos de Reinserção que constituem um meio intermédio entre a vida na Comunidade Terapêutica e a autonomia completa; instituições de formação profissional, em número muito reduzido, que disponibilizam cursos suportados de forma especial, atendendo à população a que se destinam. Estas estruturas vêm sendo apoiadas pelos Ministérios do Emprego e Solidariedade Social e da Saúde.

Desempenham também um papel importante na reorganização das relações sociais dos toxicodependentes em recuperação os grupos de auto-ajuda, designadamente os promovidos pelos Narcóticos Anónimos, embora o seu programa não facilite o enquadramento dos toxicodependentes que não sejam capazes ou não desejem aceitar os princípios em que se baseiam.

Um conjunto de instituições privadas recebeu recentemente apoios do Programa Quadro Reinsereir do Projecto VIDA para o desenvolvimento de actividades de reinserção de toxicodependentes, mas não é possível ainda prever as consequências destas acções.

#### 4.3. Plano estratégico proposto

- a) Criação de 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 toxicodependentes em recuperação.

b) Desenvolvimento da rede de Centros de Dia, através da manutenção dos apoios à sua criação por instituições privadas.

c) Desenvolvimento da rede de Unidades Residenciais de Reinserção (Apartamentos de Reinserção e outros), através dos mesmos apoios, mesmo quando independentes de Comunidades Terapêuticas.

d) Apoio ao desenvolvimento de grupos vários de auto-ajuda, capazes de integrar a diversidade psicossocial dos toxicodependentes.

e) Maior apoio às iniciativas de formação profissional que procuram integrar e apoiar especialmente os sujeitos em recuperação e facilitação do acesso dos toxicodependentes aos cursos de formação profissional do IEFP e à obtenção de bolsas para formação em instituições privadas.

f) Criação de bolsas para estágios profissionais e apoio a programas de procura de emprego e de manutenção de emprego.

g) Desenvolvimento de experiências de emprego protegido em serviços públicos, autarquias e empresas, e apoio à criação de empresas de reinserção.

h) Criação de residências permanentes, inspiradas nos modelos de Comunidades Terapêuticas e Apartamentos de Reinserção para toxicodependentes com doenças ou

deficiências que dificultam, de forma definitiva, a sua plena inserção social.

i) Intervenção junto das empresas e escolas para que, em face de casos de toxicodependência detectados, seja possível facultar-lhes precocemente acesso a tratamento, prevenindo a desinserção.

---

# ENQUADRAMENTO LEGAL E PERSPECTIVA INTERNACIONAL

## I - Realidade Actual

### Tentativa de diagnóstico de alguns aspectos da aplicação da lei penal contra a droga por parte dos tribunais e das polícias

Para que a Comissão pudesse concretizar um diagnóstico profundo sobre os principais aspectos de aplicação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro (também denominado "Lei da Droga"), e diplomas subsequentes\* por parte das instituições judiciais e dos órgãos de polícia criminal, tornar-se-ia necessário proceder a vários estudos, necessários no futuro, mas que não se compadeciam com o tempo disponível.

Daí que a tentativa de recolher indicações sobre alguns pontos considerados essenciais, na perspectiva do possível e com intuitos também pragmáticos, se tivesse bastado com a análise de relatórios e estatísticas já produzidos, com a audição de representantes de Serviços especialmente colocados e implicados, bem como de personalidades representativas, a par da comparação com sistemas e intervenções de outros países. Além disso, preparou-se um questionário que se fez circular pelo Ministério Público, numa amostragem suficientemente patenteadora da realidade do país.

Reconhece-se, sem esforço, a insuficiência dos elementos recolhidos num campo onde se impõe lançar mão de análises de teor mais científico, para tomar posições mais fundamentadas\*.

### A - Alguns dados estatísticos e sua interpretação

1. Coligiram-se dados estatísticos referentes aos anos de 1993 a 1997\*, no tocante à aplicação da "Lei da Droga", de cuja análise se extraem algumas percepções com interesse.

Com efeito, têm sido veiculadas afirmações de certo modo perturbadoras: dizem uns que a maioria dos condenados a cumprir pena de prisão efectiva por crimes de droga propriamente ditos - os previstos naquela lei - são consumidores ou traficantes-consumidores, em comparação com os traficantes, que seriam em muito menor número; outros, que as prisões estão repletas de toxicod dependentes, ou de pessoas que na sua maioria cometeram ou são arguidos de crimes conexos com o consumo de droga, especialmente crimes contra o património.

Vejamos os pontos mais apropriados a uma resposta.

1.1. Quanto ao número global de condenações: desde 1993 a 1997 tem havido flutuações sensíveis na percentagem de condenações repartidas por consumidores, traficantes e traficantes-consumidores, no universo global de processos que terminaram por condenação - 2253 (1993), 1683 (1994), 2349 (1995), 3031 (1996) e 4292 (1997)\*.

1.2. O número de consumidores condenados diminuiu nos anos de 1994 (em cerca de 53%), em 1995 (em cerca de 38%), relativamente ao ano de 1993; no ano de 1996, aumentou de 66% em relação ao ano de 1995, e no ano de 1997 de 16,7% em relação ao ano anterior; todavia, a comparação entre consumidores, traficantes e traficantes-consumidores revela que a percentagem real de condenados por consumo oscila entre 36,6% e 62,4% (em 1997, 52,1%), por tráfico entre 35% e 57,6% (em 1997, 44,1%), mantendo-se estabilizada entre 3,6% e 5,7% (4,2% em 1997) por tráfico-consumo.

1.3. Quanto ao tipo de pena aplicada:

a) consumidores: a pena de multa efectiva é a mais aplicada pelos tribunais, com um aumento na aplicação da pena de prisão efectiva, que em 1993 representava 3,6% das penas aplicadas; em 1996, 9,4%; em 1997, 6,1%;

b) em 1993, a pena mais aplicada aos traficantes-consumidores era também a de multa 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;

c) a aplicação da pena de prisão efectiva a traficantes é dominante, seguida da prisão suspensa, tendo sido mantido em cerca de 70% o índice de aplicação daquela nos últimos três anos.

Advirta-se 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.

#### 1.4. Algumas outras constatações dignas de interesse:

Os arguidos pronunciados por tráfico são mais frequentemente absolvidos que os de consumo;

A prisão suspensa é percentualmente mais elevada para os traficantes e traficantes-consumidores do que para os meros consumidores\*;

- A simples admoestação a consumidores ou a dispensa de pena, distribuídas de forma quase igualitária, foram aplicadas em 240 casos num total de 2238 (ano de 1997):

- A prestação de trabalho a favor da comunidade, aplicada a consumidores, é a medida de mais escasso uso (8 em 1997);

- A suspensão da pena com obrigação de tratamento ou com regime de prova também se mostra de fraquíssimo uso;

- A condenação pela prática do crime de tráfico de menor gravidade variou, de 1993 a 1997, de 36, 37, 91, 139 a 220 casos.

1.5. Quanto a reclusos condenados por crimes de droga, os dados disponíveis para os anos de 1993 a 1997 são, respectivamente, os seguintes: por tráfico, 1237, 1432, 1616, 2166 e 3123; por tráfico-consumo, 179, 197, 215, 238 e 268; por consumo, 36, 12, 10, 14 e 42\* .

Se compararmos tais dados globais respeitantes a reclusos por crimes de droga, com os reclusos por outra criminalidade, verificamos que desde 1993 a 1997 a percentagem varia entre 13,5% em 1993, 18,8% em 1994, 18% em 1995, 20,7% em 1996, até 25% 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.

1.6. Ainda no que concerne à criminalidade ligada à droga e à criminalidade em geral (eventuais conexões e sua expressão numérica), uma amostra recente\* - apenas respeitante ao DIAP de Lisboa e Tribunal de Cascais - deu indicações no seguinte sentido:

- O peso processual por crimes de droga, ou seja, o número de processos que passam pelos tribunais é estimado entre 11% a 17% da totalidade dos processos-crimes em geral (cerca de 1/6 do total);

- Se, porém, se atendesse ao número de indivíduos arguidos em tais processos de droga ou arguidos por criminalidade geral mas com referências indirectas a toxicodependência, o número sobe para 36% (cerca de 1/3 do total).

O citado estudo alerta para o facto de não se poderem tirar conclusões apressadas sobre uma eventual ligação entre o consumo de droga e a prática de crimes, já que, embora naquele número haja casos que se possam relacionar com a toxicodependência, esta pode não ter sido determinante para o cometimento de factos ilícitos.

Curiosamente, o indivíduo arguido por crimes de droga é, comparativamente com o da legislação geral, mais jovem, com menor índice de compromissos familiares, com condições de emprego menos favoráveis e com menor índice de reincidência\*.

Anotaríamos que aquela amostra diz respeito a zonas prováveis de densidade proporcionalmente mais elevada de difusão da droga, o que aumentará as percentagens relativas encontradas.

Neste contexto, cumpre recordar as principais conclusões extraídas do extensivo programa de estudos levado a cabo pelo Centro de Ciências do Comportamento Desviante da Universidade do Porto\*:

"Os estudos revelam, através das suas diferentes metodologias e objectos, que a relação droga-crime não é *simples e linear, mas complexa e múltipla*".

Aludindo metaforicamente aos "mundos" da droga, do crime e da droga-crime, afirma-se em certo passo:

"...as matérias que compõem e os indivíduos que habitam cada um destes três mundos desviantes são diferentes. Assim, 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; do lado do crime, são fundamentalmente o roubo, o furto, a receptação e o tráfico.

A violência e o crime contra pessoas não entra, por regra, na composição droga-crime.

Os indivíduos que habitam o "mundo da droga-crime" diferenciam-se, quer daqueles que, habitando o mundo do consumo das drogas, não passam a fronteira para o lado do crime (toxicodependentes "puros", sem história criminal), quer daqueles que, habitando o mundo do agir criminal, não passam a fronteira para o lado das drogas (os delinquentes "puros" sem história de consumo de drogas)".

E mais adiante:

"As trajectórias desviantes do actor da droga-crime não são as mesmas: ora é a droga que vem inscrever-se num estilo já estabelecido de vida delinquencial, ora, ao contrário, é a delinquência que vem integrar os elementos que constituem um estilo de vida toxicomaniaco, ora ainda, droga e crime viajaram juntos (e de cedo, como é, actualmente, a tendência nos bairros dos grandes centros urbanos, onde crianças e adolescentes têm, como central matéria de aprendizagem, o consumo e o mercado das drogas ilícitas).

É verdade que no final da trajectória a apresentação existencial é idêntica, dissolvem-se os traços próprios na homogeneização da individualidade decadente. Mas até lá, o consumo das drogas e a prática de crimes estabeleceram entre si diferentes relações nos diferentes ciclos de vida descritos pela trajectória existencial.

A relação entre o consumo de drogas e a prática de crimes não é sempre a mesma: ora co-ocorrem sem estabelecerem qualquer tipo de interacção, ora iniciam intercâmbio, ora se integram, ora, finalmente, a substância impõe o seu regime, mesmo à delinquência que ainda foi mantendo o seu estilo. Diremos, então, que, entre a contingência e a necessidade, a relação droga-crime se define como um processo de envolvimento que implica diferentes graus de determinação comportamental.

Este processo de envolvimento droga-crime é decadencial, na medida em que implica progressivo determinismo, segundo a regra, maior determinismo do comportamento, maior decadência existencial".

2. Regressando às afirmações correntes a que se aludiu em A1 *supra*, a Comissão sublinha como elas reflectem distorcidamente a realidade.

Não corresponde à verdade que a maioria dos condenados a cumprir pena de prisão efectiva, por crimes de droga propriamente ditos, sejam meros consumidores ou traficantes-consumidores, pois se verificou que apenas passa pela cadeia uma pequena percentagem de consumidores e um pouco mais de traficantes-consumidores.

Já é verdade, porém, 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; no entanto, o risco de uma condenação por consumo é maior do que por tráfico.



E quanto à ideia de que as prisões estão cheias de toxicodependentes e/ou de arguidos que na sua maioria foram condenados ou são arguidos de crimes conexos com o consumo de drogas, especialmente crimes contra o património\*? A afirmação também não corresponde aos elementos recolhidos, posto que uma eventual percentagem que se situe entre 25% e 30% de reclusos por crimes de droga ou com eles relacionados (dados que se aproximam dos indicados pela DGSP) não deixe de ser impressionante.

Mas quando nos referimos a reclusos por crimes de droga tal não significa toxicodependentes (além estão incluídos também, desde logo, os traficantes). Realidade diferente é a de que cerca de três quartos da população prisional consumia substâncias psicoactivas, antes de ingressar na prisão (o consumo excessivo de drogas nos estabelecimentos prisionais, pela via medicamentosa, é afirmado em outro lugar) .

O que, porém, a Comissão afirma sem hesitações é a necessidade de, também aqui, continuarem as indagações e os estudos que permitam, além do mais, conhecer cada vez melhor não apenas a realidade quantitativa - e nesta, a distinção entre o número de processos e 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, como também quais as fórmulas mais eficazes de aproveitar o período de prisão para tratar e reabilitar o toxicodependente, enfim, saber como impedir que os simples consumidores acabem por ter contactos formais com a Justiça, mesmo quando não praticaram outros crimes. Só desta maneira se evitará a continuação de afirmações, algumas vezes produzidas por entidades com responsabilidades públicas, descredibilizantes de um discurso que não deve pecar nem pelo alarme nem pela subvalorização, muito menos pelo aproveitamento publicitário.

2.1. Descendo a outros aspectos do funcionamento do sistema penal, cumpre sublinhar alguns deles.

A pena de multa é na prática a mais aplicada aos toxicodependentes (parece que também aos consumidores ocasionais e aos habituais). Será esta a sanção/medida mais apropriada?

Repare-se como as medidas de admoestação e a dispensa de pena, como a própria suspensão provisória do processo\* são escassamente usadas, o mesmo sucedendo com a medida de trabalho em favor da comunidade.

Uma referência mais detida à suspensão provisória do processo, instituto que substituiu, contra o ponto de vista de muitos, o do não exercício da acção penal, que estava previsto no diploma de 1983.

Em termos gerais, verificou-se ter ficado muito aquém das expectativas que se anteviam aquando da sua criação legislativa: eficácia e celeridade no controlo da pequena criminalidade, evitando a estigmatização e servindo para a pacificação entre arguido e vítima.

No septénio 1989-1995, a suspensão provisória do processo cifrou-se em 1% das acusações deduzidas (cerca de 700 casos no triénio de 1989-91 e pouco mais de 1000 no quadriénio 1992-95, o que ronda a média de cerca de 250 casos /ano).

No entanto, o consumo de estupefacientes aparece como uma das situações (depois do furto e da não apresentação ao recenseamento militar) em que tal medida prioritariamente se aplicou, algumas vezes mediante a injunção de aceitação de tratamento de desabilitação ou de abstenção de consumo de drogas cuja fiscalização e acompanhamento foram, em metade dos casos, confiados ao Instituto de Reinserção Social. Ponto que será retomado adiante.

O mais importante de assinalar será o facto de os tribunais fazerem um uso extremamente restrito da obrigação de tratamento, como condição de suspensão da pena ou como injunção complementar de outra medida, o que contraria os propósitos do legislador quando, no preâmbulo da "Lei da Droga", preconiza que o "contacto com o sistema formal da Justiça sirva para o incentivar ao tratamento na hipótese de (se) ter sido atingido pela toxicodependência". E, mais adiante, quando afirma que os utensílios jurídicos devem servir, "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..."

Indagar das razões deste insucesso, da distância que vai entre os propósitos e a realidade, é um dos pontos que merece toda a atenção.

No Canadá\* incita-se à modificação do Código Criminal com vista a adoptar normas que favoreçam uma aproximação médica, mais do que criminal, e que sejam aplicadas consistentemente, baseando-se as decisões em prova fiável.

Em suma, os toxicodependentes ou consumidores habituais que tomaram contacto com a Justiça, ainda que apenas uma parcela reduzida do seu número global - que, aliás, não é conhecido com um mínimo de precisão - não foram alvo das medidas mais adequadas ao seu estado. Essa oportunidade foi muitas vezes desperdiçada, vingando um visão repressiva, mais do que de recuperação e reinserção na comunidade.

---

\* No Anexo I consta uma compilação de todos os diplomas e despachos de execução.

\* Não foi sequer possível efectuar visitas a estabelecimentos prisionais ou outros, nem acompanhar o funcionamento diário de certos Serviços ou, o que seria mais importante, perscrutar o sentir dos seus "clientes".

\* No Anexo II resumem-se, a partir dos Sumários Estatísticos do GPCCD, e de outras Estatísticas, os elementos que agora foram considerados.

\* Deve notar-se que se está a lidar com processos e respectivas condenações e não com presumíveis infractores. Para estes, os números globais - colhidos do "Relatório sobre o fenómeno da droga e a acção do Governo", 1995-97, de Junho de 1998, onde se indicam as fontes - são: 4708 (1994), 6380 (1995), 9054 (1996) e 8962 (1997, dados provisórios). O que significa que uma percentagem importante de indivíduos que tiveram algum contacto com o sistema formal de Justiça não foram condenados, nalguns casos, nem sequer acusados.

\* Repare-se, no entanto, que a prisão aplicada a simples consumidores apenas ronda os 6,7% dos casos.

\* Dados estatísticos reportados a contagem no final de cada ano, os quais diferem de uma contagem em termos absolutos.

\* "A Criminalidade Ligada à Droga na Criminalidade Geral", GPCCD, Maio de 1998.

\* Para uma comparação entre reclusos consumidores e não consumidores de droga, quanto à prática de crimes - cfr. estudo citado na nota seguinte, pp. 18-20 - onde também se afirma: "Os resultados do inquérito aplicados aos principais estabelecimentos prisionais do país mostram que mais de 70% dos sujeitos que constituíram a amostra consumiam regularmente, pelo menos, uma substância psicoactiva antes da entrada na prisão".

\* Cfr. especialmente "Droga-Crime: Relatório de Síntese do Programa de Estudos Interdisciplinares sobre a Experiência Portuguesa", elaborado por Cândido M. M. da Agra, 1996.

Como mero exemplo das contradições contidas em tais afirmações, atente-se no Relatório da Comissão Eventual para o Acompanhamento e Avaliação da Situação da Toxicodependência, do Consumo e do Tráfico de Droga, "Situação e Avaliação de Problema da Droga em Portugal", Lisboa, 1998, acabado de publicar pela AR, pp.141 e 174. Na nota justificativa do Projecto de lei n.º 154/VII, do CDS/PP, de Abril de 1996, diz-se ser a droga o "principal fundamento da criminalidade em geral" pois está associada "a uma série infundável de crimes, apontando as estatísticas oficiais para que 80% da criminalidade existente se relaciona directa ou indirectamente com o fenómeno" da droga. Também na nota justificativa do Projecto de lei n.º 224/VII, do PSD, de Outubro de 1996, se afirma que o número de consumidores de droga /toxicodependentes na população reclusa atingirá 70% dos detidos. Percentagem que, citando-se a DGSP, em outro lugar (p. 83) se indica poder situar-se em 30,3%.

Cf. "A Suspensão Provisória do Processo Penal - Análise estatística do biénio 1993-1994", GEPMJ, 1997.

\* Cf. "HIV/AIDS and Injection Drug Use: A National Action Plan", Relatório da National Task Force, consultado via Internet.

## **B - Questionário junto do Ministério Público**

Perspectivando certo tipo de dificuldades, a Comissão representou à Procuradoria-Geral da República a necessidade de possuir informação objectiva quanto aos eventuais obstáculos existentes a uma boa articulação entre as instituições judiciais e as instituições de saúde, tendo o Senhor Conselheiro Procurador-Geral da República manifestado disponibilidade para a indagação pertinente.

Sob a orientação da Comissão, foi elaborado um questionário, cujo preenchimento se solicitou à comarca sede de cada círculo judicial ou, não sendo a desta a mais representativa, à comarca em que houvesse indicadores mais expressivos no domínio da toxicodependência, tentando perceber onde radica a falta ou incipiência de articulação entre o sistema de justiça e o sistema de saúde, de modo a conceber medidas tendentes a ultrapassar tais escolhos\*.

1. A informação recolhida reporta-se a dados de 1997, abrangendo todos os distritos judiciais e, concretamente, constitui amostragem das seguintes comarcas (num total de 53\*): Abrantes, Alcobaça, Anadia, Angra do Heroísmo, Aveiro, Barcelos, Barreiro, Beja, Braga, Bragança, Caldas da Rainha, Cascais, Castelo Branco, Chaves, Coimbra, Covilhã, Elvas (do círculo de Portalegre), Évora, Figueira da Foz, Funchal, Gondomar, Guarda, Guimarães, Lamego, Leiria, Lisboa (DIAP, Juízos Criminais e Varas Criminais), Maia, Matosinhos, Mirandela, Olhão da Restauração (do círculo de Faro), Oliveira de Azeméis, Ovar, Paredes, Penafiel, Pombal, Ponta Delgada, Portimão, Porto (DIAP, TIC e Varas Criminais), Santa Maria da Feira, Santarém, Santiago do Cacém, Santo Tirso, Setúbal, Sintra, Torres Novas (do círculo de Tomar), Torres Vedras, Viana do Castelo, Vila do Conde, Vila Franca de Xira; Vila Nova de Famalicão, Vila Nova de Gaia, Vila Real e Viseu.

Uma parcela dos questionários revela informação lacunar, por vezes não fundamentada (quando se pretendia a explicitação desta ou daquela resposta), inexistência de dados estatísticos (ainda que aproximados) e, até, não entendimento de algumas das questões colocadas.

A tal não terá sido alheia a extensão do questionário e o prazo para as respostas, por alguns Magistrados referido como limitado, se não também a dificuldade da recolha dos dados ou até a sua inabitualidade.

2. Sem prejuízo da consulta no Anexo III, considera a Comissão dever realçar aqui os pontos mais importantes de tal indagação.

Na articulação do Sistema Judiciário com o Sistema de Saúde relevava sobremaneira saber da aplicação do disposto nos artigos 43º, 44º, 45º, 46º, 47º, 52º, 55º e 56º, do Dec.-Lei n.º 15/93.

Concomitantemente, importava conhecer dos efeitos da regulamentação da Portaria n.º 94/96, de 26 de Março, e Despachos do Ministério da Justiça, n.ºs 8/SEJ/97, no DR, II S, de 23.04.97 e 3983/97, no DR, II S, de 15.07.97.\*

Eis os principais pontos resultantes do inquérito:

a) Maioritariamente (28 respostas), verifica-se que não existe na área da comarca ou mesmo dos círculos qualquer serviço de saúde pública especialmente habilitado a proceder a exames médicos que permitam determinar o estado de toxicodependência.

Nas demais, funcionam CAT's, alguns com bastantes limitações, Centros de Saúde, Departamentos de Psiquiatria dos Hospitais Distritais e Institutos de Medicina Legal.

b) Apesar destas carências realizaram-se perícias em 376 casos, o que ainda assim será uma indicação aquém do real, relevando especialmente pelo seu número a comarca de Cascais (152), embora haja 18 comarcas sem qualquer destas perícias durante o ano.

c) Foram apontados 192 casos de apuramento do estado de toxicodependência do arguido à data da prática dos factos\*, havendo, porém, 19 comarcas sem nenhum caso.

d) A maioria refere não ter sido aplicada aos arguidos em prisão preventiva medida de coacção diversa que tivesse em conta o seu provável estado de toxicodependência, pois que,

não obstante esse estado, subsistiriam os pressupostos que determinaram a prisão preventiva, designadamente o perigo de continuação da actividade criminosa.

e) A maioria (34 respostas) refere que apesar de apurado o estado de toxicodependência, os arguidos não deixaram de ser acusados (e pronunciados, nas situações, escassas, em que houve lugar a instrução), fundamentalmente por se entender que aquele estado não exclui a ilicitude e a culpa, tendo o arguido agido livre e conscientemente; casos de não acusação (ou pronúncia) foram alheios à questão da toxicodependência, radicando em insuficiência de indícios da prática de crime; apenas 3 comarcas referem alguns (poucos) casos de suspensão provisória do processo (arguido primário, reduzido grau de culpa e diminuta intensidade do dolo).

f) A prova do estado de toxicodependência, em julgamento, tem assentado sobretudo na confissão do arguido, sem perícia médica; a demonstração documental (declarações médicas, de CAT's, de instituições privadas, relatórios do IRS) de que o arguido está a ser sujeito a tratamento médico, tem reforçado a convicção do julgador quando coexistente com outra prova produzida, nomeadamente testemunhal, que a não contrarie.

g) Em nenhum caso o estado de toxicodependência foi considerado como de inimputabilidade, sendo normalmente visto como circunstância atenuante nos crimes de consumo e de tráfico para consumo, e como circunstância agravante, nos crimes contra as pessoas, posto que com

reflexo de pouca monta na medida concreta da pena; na criminalidade conexas sobressai a tendência para o agravamento.

h) Efectuaram-se 255 exames médicos a consumidores habituais ( artigo 43º da "Lei da Droga"), praticamente sempre por iniciativa do Ministério Público, sendo invocadas razões várias para o pouco uso dos mesmos, das quais merecem destaque a falta de estruturas e de colaboração institucional entre os serviços judiciais e os serviços de saúde, a "cultura estatística", já que os processos acabam por ser morosos e arrastam as pendências;

i) Faz-se pouco uso da medida de suspensão de execução da pena com a obrigação de o arguido se submeter a tratamento ou a internamento - ainda assim com pouco sucesso - o mesmo sucedendo com o regime de prova; este foi objecto de acompanhamento pelo IRS e, algumas vezes, pela autoridade de saúde concelhia, sendo muito raros os casos de êxito ou desconhecendo-se a sua sequência;

j) Em regra, é determinada prisão preventiva ainda quando o arguido tinha em curso um programa de tratamento de toxicodependência e podia ser dispensada (artigo 55º), invocando-se, entre outras causas, a falta de crédito dos programas de tratamento;

l) Confirma-se o fraco uso da suspensão provisória do processo (como resulta de outra análise), revelando a imposição de injunções um maior sucesso nos casos de consumidores ocasionais, com estrutura familiar estável, dialogante e compreensiva; nos outros, o sucesso é

pouco expressivo, por falência ou ineficácia do tratamento e programas de recuperação e pelo forte apelo do meio em que o toxicodependente se movimenta;

m) São frequentes as situações em que, no julgamento, os reclusos referem continuar a consumir no interior dos estabelecimentos prisionais, por ser fácil aí adquirir drogas;

n) Os CAT's apenas cobrem cerca de 50% da área em causa\*, sendo certo que se indicam outros estabelecimentos de saúde pública e privada onde os tratamentos podiam ser levados a efeito; todavia, numa área representativa de 26,4% do espaço geográfico considerado, não há estabelecimentos de intervenção nas proximidades;

o) São escassas as referências ao acompanhamento da medida de tratamento a decorrer em processo pendente, parecendo prevalente o ambulatório;

p) É reduzido o número de casos de condenações por crimes de certa gravidade em que tenha sido imposta a toxicodependente a obrigação de tratamento em estabelecimento adequado.

Debruçando-nos em concreto sobre a mais que denunciada falta de articulação do sistema judiciário com o sanitário - com 4 apontadas honrosas excepções - o que não pode deixar de ser reconhecido, com muito agrado, é que a par da enunciação das lacunas, carências e dificuldades, se adianta uma plethora de sugestões, as quais merecem aprofundado exame, significando, por outro lado, o empenhamento de muitos daqueles que, no dia a dia, têm que executar as leis. Salientem-se algumas delas.

De forma geral, entende-se que as instituições locais do sistema de saúde não têm capacidade de resposta nesta área, justificando-se a criação de estruturas locais específicas, com procedimentos simplificados e expeditos, que permitam a avaliação da toxicodependência no momento mais próximo da prática do acto

delituoso, embora uma corrente indique que a perícia é pouco relevante para determinar o estado de toxicod dependência, podendo haver recurso a outras provas, só devendo ter lugar exames psiquiátricos quando considerados indispensáveis pelos peritos.

Uma actuação mais próxima dos toxicod dependentes poderia conseguir-se através da dotação de meios aos peritos médicos dos tribunais\*, e da conjugação das estruturas de saúde e serviços de reinserção social, de reforço dos recursos humanos e materiais dos CAT's e alargamento da respectiva rede, de optimização da fluidez na marcação de consultas e ul timação rápida de relatórios periciais.

Na ânsia de compatibilizar a realização e ul timação dos exames com os prazos processuais dos inquéritos, sugere-se a consagração da possibilidade de solicitação directa de realização de exames a instituições de saúde da área de residência do toxicod dependente.

Não deixa de ter algum significado a posição que aponta para o diminuto interesse do Ministério Público na realização de exames periciais, quer pela pouca relevância que lhes é atribuída em sede de avaliação da ilicitude da conduta do arguido toxicod dependente, quer, sobretudo, porque constituem factor de arrastamento dos processos.

Para a não aplicação de medidas não privativas de liberdade, contribuirão a carência de meios para um efectivo apoio e acompanhamento das medidas, a não disponibilidade de instituições oficiais com a específica função de acolhimento de toxicod dependentes, o generalizado insucesso das medidas alternativas aplicadas, a insuficiente sensibilização dos tribunais para aplicação de medidas alternativas.

De feição muito concreta se apresentam as seguintes sugestões de alteração legislativa :

- imposição legal de tratamento, em regime de internamento, do toxicod dependente , como medida de coacção alternativa à prisão preventiva\*;
- limitar o uso de perícias aos casos em que seja de presumir inimputabilidade ou imputabilidade diminuída ou de aplicação de medida de internamento;
- quanto aos crimes conexos, consagrar a impossibilidade legal de os exames e a prova recolhida para caracterização do estado de toxicod dependência poderem ser utilizados como prova para dedução de acusação por consumo.



Em sede organizativa:

- dotar os tribunais de listas de organismos com capacidade para efectuarem perícias sobre o estado de toxicodependência, garantindo a respectiva ultimateção com a maior brevidade possível;
- criar condições para que o Laboratório de Polícia Científica da Polícia Judiciária passe a determinar o princípio activo da droga apreendida;
- criar condições para que, nos estabelecimentos prisionais, ocorra uma efectiva separação entre os reclusos toxicodependentes e os que o não são;
- implementar os mecanismos necessários para que o sistema prisional assegure todo o apoio à intervenção médica para a recuperação do toxicodependente.

Fica assim bem claro para a Comissão como o conjunto de regras constantes da "Lei da Droga" e dos diplomas complementares, nomeadamente da Portaria n.º 94/96, de 26 de Março, e Despachos do Ministério da Justiça, n.º 8/SEJ/97, e 3983/97, alcançam uma projectão bastante reduzida na prática quotidiana. O que não quer dizer que, em alguns tribunais, não se verifique um esforço sensível para superar as carências, que são muito mais de logística e de articulação de serviços e equipamentos - para o que os tribunais não estão vocacionados -, do que de "menosprezo" pelo ditame legal, sendo certo que a "aquisição estatística" tem de ser valorizada pelo resultado em favor do toxicodependente e não pela formalidade do "processo findo".

---

\* O Procurador da República, Dr. Osvaldo Pina, Assessor do Gabinete do Procurador-Geral da República, foi incumbido de tal coadjuvação, de que se desempenhou de forma exemplar e que cumpre agradecer, sendo de sua autoria o resumo de resultados que constituem o Anexo III. A Comissão agradece igualmente a ajuda prestimosa que lhe foi dada por todos os Magistrados que se dignaram colaborar nas respostas ao questionário.

\* Para um universo de cerca de 350 unidades, sendo certo que entre as questionadas se encontram as comarcas de maior movimento no país.

\*Acaba de ser publicado o Despacho do Secretário de Estado da Justiça n.º 11055/98, na II Série do DR, de 30.06.98, sobre os critérios básicos de qualidade a que devem obedecer os laboratórios que executam exames necessários à caracterização do estado de toxicodependência.

\* Não deixa de surpreender que a comarca de Santiago de Cacém aponte 47 casos, sendo que a pergunta sobre quantos exames foram realizados não conheça dados sobre essa matéria.

Posto que teoricamente os CATs efectuem já a cobertura de todo o país, em termos reais os serviços prestados não se concretizam com facilidade ao nível de cada comarca.

\* O que está na mesma linha do que é referido pelos IML na sua Audição.

\* Cfr., porém, o que já se dispõe no artigo 55º da "Lei da Droga". A Senhora Juíza do 1º Juízo Criminal de Lisboa sugere que nos casos de consumo, na hipótese de detenção, os arguidos passassem por "uma instância prévia que os encaminhasse para o tratamento, com a advertência de que se assim não fosse feito, então o processo seguiria para tribunal", pois que não se pode forçar alguém a tratar-se sem vontade, pelo que deveria "haver equipas de pessoas especializadas em convencer os toxicodependentes..."

## **C - Ligação do Sistema de Saúde com os subsistemas dos Serviços Prisionais e o Instituto de Reinserção Social**

1. Para que se possa dispor de um corte longitudinal da passagem do toxicodependente, em particular, o que pratica crimes de certa gravidade, pelo interior do sistema judiciário - prisão, investigação/instrução, julgamento/condenação, cumprimento de pena e libertação - importará atentar agora no que se passa aquando do cumprimento da pena e da sua libertação. Embora correspondendo a uma "má oportunidade", a passagem do toxicodependente pela cadeia, quando se torna irremediável perante a gravidade do crime praticado, pode constituir um oportunidade única de apelar ao tratamento ( cfr. o que se refere no capítulo respectivo).

Verifica-se, através das Audições respectivas (Anexo IV), que em alguns estabelecimentos prisionais está a começar a funcionar o que decorria há muito dos dispositivos legais, isto é, o tratamento dos toxicodependentes em zonas separadas ou, em poucos casos, em comunidades terapêuticas\*.

Os Serviços Prisionais dispõem de estruturas de saúde, ao que parece, hoje com um maior grau de autonomia, designadamente de pessoal dirigente, dizendo-se mesmo suficientes para prover a este tipo de necessidades\*. Porém, também é sabido que o regime de voluntariado - em princípio, o mais correcto - pode significar que nem todos os que precisam estão a ser tratados.

E a questão suscitada é a de saber como articular os Serviços de Saúde, em geral, com os serviços de saúde da DGSP.

Em França\*, uma lei de 18.01.94, transferiu os cuidados penitenciários de saúde para o sector hospitalar, reconhecendo-se não serem os funcionários de polícia ou das prisões, sem formação, os que podem tratar toxicodependentes, sendo recomendado pela Comissão Henrion que os próprios médicos hospitalares que venham a ser envolvidos sigam uma formação específica, a ministrar por centros hospitalares universitários.

Sabida embora a tradição portuguesa no sentido de uma certa autonomia, o que à Comissão parece preferível é um maior envolvimento, pelo menos nesta área de assistência aos toxicodependentes, dos serviços de Saúde exteriores à DGSP, sejam públicos ou privados.

É aliás nessa linha que se move o protocolo assinado em 21.03.97 entre os ministérios da Justiça e da Saúde, na sequência da Resolução do CM n.º 62/96, de 29 de Abril, visando um Plano Nacional de Saúde para os Estabelecimentos Prisionais (PNSEP), no qual se prevê abranja, num contexto mais específico, a "prevenção, tratamento, desintoxicação, acompanhamento e reinserção social de detidos toxicodependentes", com a colaboração do SPTT, por intermédio dos

CATs das áreas geográficas respectivas. Do mesmo passo, prevê-se a realização de protocolos entre a DGSP e as Administrações Regionais de Saúde (ARS) sobre as condições em que a assistência médica e medicamentosa terá lugar face às características, população e necessidades específicas dos estabelecimentos prisionais.

Aquele maior envolvimento é, desde logo, admitido pelo SPTT ao aceitar a colaboração com os serviços clínicos dos estabelecimentos prisionais na área de tratamento.

A despeito dos protocolos previstos, no campo mais vasto da ligação Ministério da Saúde e Ministério da Justiça, a falta de articulação entre os serviços permanece, apesar de imperativamente exigida pelo n.º 4 do artigo 44º do Decreto-Lei n.º 15/93.

E entende a Comissão que a figura do protocolo não deve ser usada quando estão previstos outros instrumentos normativos de mais força vinculativa.

No Reino Unido\*, uma lei de 1994 introduziu poderes para que os funcionários das prisões possam requerer aos reclusos colheitas de urina para efeito de testes de droga.

Previu-se também um novo crime para a administração não autorizada de drogas sob controlo legal\*.

No Canadá, para além de se preconizar a continuação de programas de metadona nas cadeias para aqueles que já a tomavam antes, bem como para outros que não seguissem ainda tais programas, recomenda-se que se avalie da vantagem de tal terapia antes da libertação. Por outro lado, recomenda-se igualmente "programas-piloto" de troca de seringas\*.

2. Também ao nível do Instituto de Reinserção Social se revelam dificuldades de integração e articulação com os tribunais e outros Serviços\*.

Foi evidenciada (v. Anexo IV) a necessidade de clarificação de missões entre os estabelecimentos de saúde e a intervenção do IRS (enquanto "órgão auxiliar de justiça"), e, acrescentaríamos agora, a DGSP, o que se deveria traduzir em mecanismos de cooperação concreta, até pela receptividade manifestada pelo IRS - não se esqueça a sua implantação em todo o território nacional - no que respeita a uma articulação directa com as equipas dos CAT's, relativamente a "clientes comuns".

E não há que omitir a voz crítica de que o papel do IRS no domínio da aplicação da lei da droga, não tem atingido o desejável, talvez porque à míngua de outras instituições disponíveis, com recursos mais adequadas, se lança mão do seu contributo de forma menos organizada.

Diz-se - v. Anexo IV - que os acompanhamentos realizados têm diminuto efeito prático, com grandes dificuldades técnicas no terreno.

Em geral - afirma-se -, a utilidade dos seus relatórios é decrescente: pedidos por imposição legal, mostrar-se-ão pouco informativos, antes adiantando opiniões sobre o resultado final do processo, por exemplo, a pena a aplicar, o que suscita expectativas não legítimas por parte dos arguidos e advogados de defesa, as quais são exploradas como indicador positivo a favor dos seus clientes.

Pontos que merecem uma indagação alargada, através de entidade independente, que possa proceder a uma apreciação isenta e objectiva.

---

Sobre as dificuldades de tratamento de toxicodependentes na prisão, a necessidade da sua separação relativamente ao universo prisional, e a vantagem de permitir o cumprimento da pena de prisão em comunidades terapêuticas de instituições privadas - cfr. Relatório, cit., da Comissão Eventual da AR (opinião do Dr. Nuno Miguel, p. 43) e p. 56, quanto aos serviços de apoio disponíveis

\*Afirmção contestada por alguns Membros da Comissão.

\*"Rapport de la commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie", 1995, conhecido por Relatório Henrion, p. 64 e sgs..

\*Cfr. "Tackling Drugs Together - A strategy for England 1995-1998", pp. 44/45.

\*Na Escócia foi conduzido um programa piloto numa prisão de Edimburgo com distribuição de droga a reclusos até um período de 28 dias, com redução progressiva, combinado com assistência de conselho e educação, havendo aproximações similares em mais três prisões.

\*Cfr. cit. "HIV/AIDS and Injection Drug Use: A National Action Plan".

\*Sobre a sua acção em geral - v. citado Relatório da Comissão Eventual da AR, pp. 64 a 68.

## **D - Apreciação global**

A prospecção efectuada, ainda que eivada de muitas limitações, parece bastante para se poder afirmar, sem grande margem de erro, que os variadíssimos pontos de contacto do sistema de Justiça com o sistema de Saúde, a propósito do consumidor habitual de droga ou toxicodependente, que cometa ou não outros crimes conexos com a tomada de drogas sob controlo, estão muito longe de decorrer em condições proveitosas para estes\*.

Entre os textos legais originários e os diplomas complementares e a sua aplicação no terreno vai ainda uma distância enorme (sem exagero, mesmo um fosso) não se tendo conseguido transpor para a prática a filosofia subjacente: o contacto com o sistema de Justiça deve constituir um incentivo adequado ao tratamento e à reabilitação dos consumidores habituais e toxicodependentes.

As instituições judiciais muitas vezes escolherão medidas inócuas para a recuperação do toxicodependente, ou mesmo prejudiciais, por falta de estabelecimentos e mecanismos idóneos e disponíveis para o efeito. Isto sem prejuízo de outras razões menores.

Sendo inegável o progresso gradual na cobertura do país com novos estabelecimentos de saúde, públicos e privados, voltados para o tratamento da toxicodependência, a par de outros, já existentes, o seu contributo no que toca à colaboração com o Sistema Judiciário não tem a visibilidade desejável.

A desarticulação actual, aliada a um certo "pendor autonómico", estão a trazer um desperdício de recursos e uma falta de eficácia que em nada beneficia a sociedade em geral, e em particular os toxicodependentes.

Ademais, ficou demonstrado pelo conjunto de questões que se levantam, que há mais carências de resolução em termos pratico-administrativos do que pela via das alterações legislativas.

Urge pôr fim a este estado de coisas.

A Comissão propõe:

- A criação de uma "*Task Force*" com o objectivo de colocar em acção os mecanismos existentes ou outros que venha a sugerir\*, com vista a colmatar as enormes lacunas, junto dos

tribunais, de realização de exames e perícias médicas a toxicodependentes, exames laboratoriais, acesso fácil de estabelecimentos, públicos e privados, para tratamento de toxicodependentes;

- Como é próprio deste tipo de estrutura, deve ser de vigência limitada no tempo - não mais de 2 anos - e trabalhar por realização prioritária de objectivos;

- Na sua composição estariam 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, o Ministério da Saúde (nomeadamente, através do SPTT), sendo presidida por personalidade governamental.

---

\*A idêntica conclusão chegara a Comissão Eventual da AR - v. Relatório, p. 241 - ao afirmar: "...apesar da legislação processual penal aplicável aos casos de consumo de drogas prever algumas possibilidades de substituição da aplicação de penas de prisão por soluções de tratamento voluntário, verifica-se um fraco alcance destas medidas, devido à escassez de estruturas existentes, e, também, a uma deficiente articulação entre o aparelho judiciário e o sistema de saúde". Ponto retomado nas Recomendações - II, tratamento de toxicodependentes e V, droga e sistema prisional.

\*Não é de excluir o estudo de soluções distintas das actuais, mesmo quanto à jurisdição dos tribunais. A título de exemplo, refere-se que nos EUA - extraído de "1998 National Drug Controls Strategy" - desde 1989 que decorre a experiência dos denominados "drug-courts". Tais tribunais supervisionam o tratamento ministrado em vez da cadeia, para arguidos de crimes não-violentos; aqueles que terminam a imposição de tratamento são desonerados de responsabilidade criminal, sendo enviados para os tribunais comuns os que não o fazem. A experiência mostra-se positiva, já que 70% dos "participantes" permanecem em tratamento até ao fim, passando agora de 215 desses "drug-courts" para 375.

Além do mais, são também contabilizados ganhos sensíveis em comparação com a situação de encarceramento.

Com especialidades, estende-se a experiência a tribunais para jovens.

---

# ENQUADRAMENTO LEGAL E PERSPECTIVA INTERNACIONAL

## II - Estratégia de Actuação e de Evolução da Legislação Anti-Droga

### 1. Descriminalização ou não do consumo de droga. Direito convencional.

Para além de uma sintética discussão global sobre o tema da descriminalização ou não do consumo de droga, entendeu a Comissão abordar também a matéria na sua relação com o direito das convenções, ratificadas pela grande maioria dos países do mundo.

Termos como liberalização, descriminalização, despenalização e legalização, tendem hoje a adquirir significados mais precisos. Todavia, na discussão pública raramente a terminologia é usada com sentido unívoco nem mesmo entre os próprios juristas.

Para determinado conceito de liberalização\*, embora o consumo seja punível criminalmente, na prática tal não sucede, como é o caso da Holanda e, de algum modo, a França, quanto a certas drogas; descriminalização quer dizer que uma conduta é banida do ilícito criminal (podendo levar à não sanção ou a uma sanção administrativa); na despenalização o consumo não é proibido nem punido; legalização, enfim, será o sistema em que o consumo de droga não só não é proibido, como se encontra regulamentado pela lei.

Certo que uma deficiente terminologia inquina à partida a discussão, na medida em que uns não sabem em que sentido os outros aplicam os termos, podendo estar a dizer a mesma coisa por palavras diferentes ou vice-versa, isto é, a dizer coisas diferentes por palavras aparentemente iguais.

Talvez por isso nas Nações Unidas se comece a falar em *regulation debate* em vez de *legalization debate*, porquanto a questão não será tanto de escolha entre proibição e legalização, mas antes quanto ao grau de regulação a que certas drogas devem estar sujeitas. Uma excessiva concentração nos extremos acabará por distrair a atenção e a energia das sérias questões que a discussão levanta.

1.1. Salientemos alguns tópicos, ainda que gerais, em momento prévio ao da abordagem do direito convencional.

As posturas dos países são diversificadas.

Por exemplo, no Reino Unido o Governo "continua a rejeitar a legalização ou a "descriminalização" por causa dos riscos da expansão do consumo\* " e também pela necessidade de uma mensagem forte anti-droga\*.

Em França, como é sabido, o já mencionado Relatório Henrion, apesar de globalmente considerado como um documento notável, ficou até agora mais conhecido pela sua posição - tangencialmente maioritária - sobre a *cannabis*, do que pela rica informação que contem e pelas muitas propostas aí insertas.

Esse mesmo relatório recusou, apesar de todas as dúvidas subsistentes quanto aos seus efeitos nocivos (que não podem ser ignorados\*), colocá-la ao mesmo nível das anfetaminas, da cocaína ou da morfina, pois isso alimentaria o risco da falta de credibilidade da mensagem e da banalização da passagem para a heroína\*. Recomendou a descriminalização do seu uso e a possibilidade futura da regulação do seu comércio. O que o Governo francês não seguiu.

E se em certa altura se reconhece que o revendedor-consumidor é "o mais motivado dos vendedores" e que a multa esquece a personalidade do toxicodependente, não deixa de se observar (p.134): posto que alguns, com uma má fé evidente, se obstinem em sustentar que a repressão se abate, sem discernimento, sobre os simples consumidores de droga, esquece-se que o grave problema penitenciário posto pela encarceração tem a ver com as numerosas condenações em prisão efectiva proferidas contra consumidores- revendedores e contra os consumidores que cometeram outros crimes.

Na Alemanha a situação jurídica dos consumidores de droga, nos termos da lei da droga respectiva (Betäubungsmittelgesetz - BtMG, de 1992, com alterações em 1993), revela a preocupação de que não sofram com uma política de punibilidade excessiva, adoptando-se medidas como a suspensão da pena, preventivo-pedagógicas, procurando a sua reabilitação, o mesmo acontecendo com o tráfico de pequenas quantidades. Colocando sempre o acento no *princípio da terapia em lugar da pena* (Prinzip "Therapie statt Strafe").

1.2. A questão ora especialmente posta é a de saber se, em face das convenções anti-droga ratificadas por Portugal, o nosso país está obrigado ou não a prever o consumo das drogas incluídas nas tabelas anexas a tais convenções como infracção criminal (aspecto diferente é o da medida a aplicar no caso de demonstrada a prática dessa infracção).

A Comissão solicitou o parecer jurídico de um Professor de Direito\*, no qual se conclui do seguinte modo:

" Assim, ... é inequívoca a vigência, em Portugal, das Convenções da ONU de 1961, 1971 e 1988, regularmente aprovadas e ratificadas e hierarquicamente superiores às leis ordinárias, mas inferiores à Constituição.

O ordenamento constitucional, por sua vez, rejeita - salvo uma excepção - os imperativos constitucionais de criminalização, assumindo que todo o acto legiferante pressupõe uma ponderação valorativa «equilibradora» dos interesses em concreto conflituantes. Assim, sobrepondo-se a Constituição ao direito internacional convencional e recusando aquela as obrigações de

criminalização, só em casos excepcionais serão legítimos os imperativos criminalizadores decorrentes das Convenções.

Da análise atenta das três Convenções da ONU resulta, porém, que o Estado Português está obrigado a criminalizar o tráfico ilícito de estupefacientes.

Quanto ao consumo, todavia, a natureza das normas convencionais afigura-se--nos distinta: para além de uma finalidade assumida como crucial – o tratamento dos utilizadores de estupefacientes e substâncias psicotrópicas –, as Partes deixaram em aberto a possibilidade de alternativas, não só à sanção penal, como também à condenação. O que só se compreende à luz da não previsão do consumo por um tipo legal de crime — ficando, pois, fora do âmbito do direito penal — , ou, numa segunda hipótese, no quadro de soluções de diversão orientadas por um princípio processual de oportunidade. Por sobretudo, o nº 2 do art. 3º da Convenção contra o Tráfico Ilícito de Estupefacientes, referente ao consumo, preceitua que a criminalização pode ser afastada se for conflituante com os princípios constitucionais ou com os conceitos fundamentais do sistema jurídico interno — diferentemente, quanto ao tráfico, não existe qualquer ressalva à obrigação de sancionamento pelo direito penal. Ora, para além de os imperativos de criminalização terem parecido indesejáveis ao legislador constitucional, um dos conceitos fundamentais do nosso direito penal é o princípio da subsidiaridade ou *ultima ratio* da sua intervenção. Todos estes elementos apontam, pois, no sentido da consideração do consumo de estupefacientes como um fenómeno indesejável que caberá ao Estado combater. O recurso ao direito penal, porém, apresenta-se apenas como uma das possíveis opções do legislador ordinário".

Em discussão está essencialmente o conteúdo da norma do nº 2 do artigo 3º, da Convenção das Nações Unidas de 1988, onde se diz que,

«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».

Segundo aquele Professor, crê-se "constituir um dos conceitos fundamentais do nosso direito penal o princípio da subsidiaridade 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".

1.3. Países tem havido em que se põe em causa a constitucionalidade da punição do consumo, se solitário e levado a cabo por pessoa maior, no seu



domicílio, mas em face de concretas disposições constitucionais (v.g., direito à privacidade, inviolabilidade do domicílio).

Entende-se dever ser feita uma distinção.

a) A Comissão concorda, sem qualquer discrepância, que a punição do simples consumo (privado) de drogas constantes das tabelas não se justifica e nem decorre imperativamente das convenções, pelo que a lei portuguesa (artigo 40º do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro) nesse ponto deve ser alterada.

Portugal, com a França e o Luxemburgo são os países da União Europeia que tomam esta posição, mais rígida, punindo o simples consumo.

Mas o consumo de drogas constantes das tabelas, em público ou em circunstâncias que possam incitar ou induzir outrem ao consumo, já deve ser alvo de um tratamento diferenciado, tal como se prevê no artigo 3º, n.º1, alínea c), iii) da Convenção das Nações Unidas de 1988 e, correspondentemente, nos artigos 29º e 30º da "Lei da Droga", o que constitui também o entendimento da Comissão.

b) As coisas apresentam-se de forma diferente quanto à detenção e aquisição para consumo ( com excepção do que respeita ao cultivo para consumo).

Aí, a letra do preceito da Convenção de 1988, atrás citado, apontaria no sentido da criminalização mas com a ressalva decorrente de eventuais princípios constitucionais ou de conceitos fundamentais do respectivo sistema jurídico que a isso se opusessem.

Ora, se não se detecta nenhum obstáculo constitucional à criminalização dessas condutas, haveria, porém, a reserva do conceito fundamental do nosso direito penal, traduzida no princípio da

subsidiaridade ou *ultima ratio* da sua intervenção, como se argumenta no Parecer aludido.

O que, de qualquer modo, remeteria para a ponderação do legislador nacional. Dir-se-á, além disso, que se mostra despido de lógica, de um lado tomar uma atitude de não incriminação do consumo (privado), mas do outro criminalizar a detenção (posse) ou aquisição para tal consumo, já que para se consumir necessariamente, pelo menos, se deteve. A detenção é uma acção prévia, necessária, do consumo, e nele de algum modo se incorpora.

É possível, todavia, esgrimir em contrário.

Por um lado, a previsão como infracção criminal da detenção ou aquisição para consumo pessoal, além de assegurar uma pretendida uniformização de posições a nível internacional, não conflituaria com qualquer princípio constitucional, como se disse, sendo que o consumo de drogas perigosas para a saúde, para além do associado efeito de propagação, com especial incidência nos indivíduos não adultos, e do risco de se atingir o estado de toxicod dependência, condição especialmente propícia à transmissão de doenças (SIDA, hepatite), justificam a imposição de medidas sancionatórias.

Sem embargo de, quanto a estas, cada país poder lançar mão das medidas alternativas mais apropriadas a não estigmatizar o consumidor de droga, especialmente se for um ocasional e a incitá-lo ao tratamento, se for toxicod dependente.

E não se mostraria aqui irrefutável nem a conclusão sobre a existência daquele princípio da subsidiaridade quanto à intervenção do direito criminal, o qual seria por certo invocável por muitos outros países e obviaria à uniformidade legislativa que se visou com o ditame do citado artigo 3º da Convenção das Nações Unidas de 1988, nem a sua aplicação concreta, na hipótese de se admitir. Por outro lado - e a propósito do ilogismo invocado - responder-se-ia que nas Convenções se quis consagrar um compromisso que permitisse uma prática de actuação das autoridades repressivas, que não as inibisse de chegar até aos canais do tráfico. Com efeito, se a detenção ou posse, ou mesmo a aquisição de pequenas quantidades de droga acabassem sempre por estar justificadas por uma intenção presumida de que se destinavam a consumo pessoal (não punido), é evidente a redução da margem de manobra na penetração nos circuitos da distribuição e, portanto, no combate ao tráfico.

1.4. Em sede prática, a Comissão, por maioria, considera que a criminalização da detenção ou posse e aquisição de pequenas quantidades de droga para consumo privado conflitua inevitavelmente com a preconizada descriminalização desse mesmo consumo, pelo que recomenda a descriminalização de tais actos, embora não do cultivo, susceptível, na sua perspectiva, de originar dificuldades de outra índole.

Ao fazê-lo, a Comissão deseja deixar bem expressa uma mensagem desincentivadora desse consumo e a sua convicção de que descriminalizar não significa "desproblematizar", mas tão somente pretender não agravar os males dele decorrentes, através de procedimentos criminais estigmatizantes, que podem tornar mais difícil a ajuda a prestar aos indivíduos em causa.

Como é evidente, a referida maioria\* da Comissão 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.

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.

---

\*No sentido vulgar ou corrente, o termo liberalização é muitas vezes entendido com o significado de desregulação, ou seja, um estágio mais permissivo que o da própria legalização.

\*Sabe-se ser respondido por outros que aumentaria a disponibilidade das entidades policiais e judiciais para o combate ao grande tráfico, se deixassem de serem obrigados a actuar contra os consumidores e contra o tráfico de pequenas quantidades.

\*Adianta-se que opiniões diferentes podem ser sustentadas por pessoas responsáveis, desde que respeitem os pontos de vista dos outros. Todavia, "*the Government considers that the case for change has not been made*", opondo-se fortemente à legalização da *cannabis* ou de qualquer outra droga - "*Tackling...*" loc. cit., p. 55.

\*Argumentos, mencionados no R. Henrion, em favor de um adoçamento da legislação quanto à *cannabis*: menos perigosa que o tabaco e álcool; não cria dependência física; perigo apenas para o próprio, salvo na condução; apenas numa escassa percentagem (de 5 a 10%) os consumidores de *cannabis* evoluem para drogas duras. Mas há perigos (p.81): altera a capacidade de concentração, de vigilância, de memória; "síndrome de desmotivação" com o uso prolongado; toxicidade pulmonar; detonador de predisposições, por exemplo, da esquizofrenia.

\*Cf. pp. 42, 43 e 53. Depositam-se, também aqui, grandes esperanças na investigação científica para esclarecimento futuro dos debates (e das posições consequentes a adoptar), uma vez conhecidos os receptores do princípio activo da *cannabis*, e agora que a anandamina, mediador endógeno desses receptores, acaba de ser descoberta.

\*Que faz parte do Anexo V

V. votos de vencido de A. G. Lourenço Martins e Joaquim Rodrigues no fim deste capítulo.

## **2. Combate ao tráfico pelo Ministério Público e pelos Órgãos de Polícia Criminal.**

### **2.1. Coordenação**

Das audições realizadas, aparece como opinião generalizada (PJ, GNR, PSP, DGAIEC, IGAE) a de que o esquema de coordenação vigente quanto à actividade dos órgãos de polícia criminal no combate ao tráfico de droga, apesar de ter melhorado com o diploma de 1995, carece de reapreciação\*. Repare-se que, desde há bastante tempo, no seio das Nações Unidas, é salientada a necessidade de cada Estado Parte se encontrar dotado não só de uma administração ou serviço especial, incumbido de aplicar as convenções\*, mas também de um sistema interno de coordenação das actividades repressivas.

Entre nós, este segundo objectivo vem sendo prosseguido através do Grupo de Planeamento do GPCCD, onde têm assento aquelas entidades e que veio mantendo as suas funções - com generalizada aceitação - ao longo do tempo.

Diz-se agora que tal competência, conferida pelo Dec.-Lei n.º 365/82, de 8 de Setembro, foi modificada, ao menos parcialmente, pelo Decreto-Lei n.º 81/95, havendo que encontrar uma nova fórmula.

Por outro lado, aceitando-se um modelo de coordenação feita por um organismo exterior às polícias, já não será admissível que essa entidade não detenha um conhecimento prático da realidade e se encontre distanciada dos próprios organismos policiais, o que dificultaria os circuitos de comunicação. Entende a Comissão que em vez de discorrer sobre a correcta solução jurídica para o problema da vigência da lei, é preferível encarar a solução substantivamente mais adequada, não negligenciando aqui o efeito de concordância que possa ser obtido dos intervenientes.

Partindo do pressuposto inegável da necessidade de a acção repressiva ser objecto de coordenação e, acrescentando-se, de alguma forma de articulação com a restante estrutura (geral) de luta contra a droga, verificam-se reservas quanto ao modelo existente, porque o Grupo de Planeamento seria demasiado exterior às polícias ou na medida em que, no topo da distribuição de informação operativa, se coloca uma das entidades em posição de supremacia na gestão da informação, sendo porventura mais aceitável a existência de um organismo equidistante dos actualmente envolvidos\*.

No estádio actual, a Comissão preconiza a substituição do Grupo de Planeamento por uma outra estrutura de coordenação estratégica de toda a actuação repressiva do tráfico, guiada fundamentalmente por razões de eficácia, em que a mediação seja um factor relevante.

Mas não se pode esquecer, ao encarar uma nova fórmula, a experiência adquirida pela PJ quer através do funcionamento do Gabinete Nacional da Interpol quer da sua ligação à Europol.

Nem também se pode esquecer ou minimizar o papel que o Ministério Público deve ser chamado a desempenhar, mesmo neste momento prévio do processo\*, especialmente após a revisão do seu Estatuto, que acaba de ser feita.

A Comissão não se considera, porém, apetrechada para sugerir desde já um modelo concreto de coordenação.

## 2.2. Optimização dos recursos existentes

Dois outros pontos se mostraram suficientemente claros, no domínio da actuação dos órgãos de polícia criminal: (i) o subaproveitamento da capacidade e dos meios de certos organismos, no contexto geral, como é o caso da Brigada Fiscal da GNR, em termos internacionais, e de outros meios desta; (ii) a necessidade de alguns desses organismos serem inseridos em tarefas de âmbito mais global, como seja o caso da DGAIEC, que dispõe de um manancial de informações, através de sistemas informáticos ligados internacionalmente, que urge aproveitar em toda a sua extensão, bem como a sua participação com entidades homólogas a nível comunitário, regional e mundial; também, a IGAE, chamada ao desempenho de funções com alguma novidade em confronto com as suas tarefas tradicionais de actuação, deve ser enquadrada mais rigorosamente no dispositivo geral, quer quanto ao controlo do mercado lícito de droga quer, especialmente, no que toca ao branqueamento de capitais.

Não se esquecem algumas carências de investimento em recursos técnicos, por exemplo, aparelhos de Raios X para controlo de contentores e objectos similares.

### 2.3. Combate integrado ao tráfico

O cidadão comum continua a ter a sensação de que só são julgados os pequenos e médios traficantes e que os grandes traficantes vão passando incólumes pelas malhas da lei ou da sua aplicação\*. No que concerne ao branqueamento de capitais são praticamente desconhecidos os escassos resultados das medidas em curso.

Contra a criminalidade organizada, na qual se inclui o grande tráfico de droga, está demonstrado que é decisiva a *intelligence*, com a especial importância da cooperação internacional e do bom funcionamento de modernos equipamentos de telecomunicações, seguida da oportuna e completa exploração da informação, através de especialistas em vários domínios. Daí que seja decisiva uma adequada coordenação, como atrás se viu.

Para além de uma boa cooperação inter-agências, o controlo selectivo das fronteiras aéreas, marítimas (dos contentores) e terrestres (camiões TIR), com recurso a meios técnicos, não poderá descurar a adopção de dispositivos de natureza preventiva\*.

2.3.1. Hesita-se, por vezes, entre dar prioridade ao combate ao grande tráfico ou ao restante, sendo certo que o combate ao pequeno tráfico se, por um lado, dá tranquilidade ao clamor local, é criticado por outros em virtude de incidir especificamente sobre os traficantes-consumidores ou mesmo sobre os simples consumidores, particularmente os toxicodependentes.

Na verdade, o que agride mais imediatamente a opinião pública e o cidadão comum é aquele tráfico feito por pequenas empresas "prósperas", que se instalam em determinados bairros da cidade ou conhecidos lugares da vila, gerando insegurança, inusitada frequência de pessoas, economia subterrânea, e a visão, por certa juventude, de uma forma de conseguir "dinheiro fácil".

Crê a Comissão que o combate deve ser integrado, valorizando a participação de cada uma das entidades incumbidas, tentando-se que os toxicodependentes, ainda quando caem no pequeno tráfico, sejam alvo de medidas viradas para o seu tratamento, logo a partir da intervenção policial.

E para aquele pequeno tráfico é inaceitável que em muitos lugares se continue a assistir a uma inércia de actuação, com os mais diversos pretextos.

A fim de agilizar os meios de investigação, sem atropelo das normas processuais, a Comissão fez incidir a atenção sobre o uso de meios mais modernos que permitam fazer prova e actuar com mais eficácia, em especial nos casos de evidente propósito de conseguir "dinheiro fácil".

Posto que os tribunais portugueses não tenham vindo a levantar objecções ao uso de fotografias ou de material audiovisual na investigação de processos por tráfico de droga, nomeadamente quando se pretende filmar ou fotografar o afluxo de consumidores ao local de venda, o que alguns órgãos de polícia criminal estão a intensificar, entendeu a Comissão incluir a matéria na consulta jurídica a que já se aludiu.

A resposta não é concludente, em termos de perfeita conformidade legal, salvo quanto a "registos produzidos em locais mais ou menos públicos, no âmbito de actividades mais ou menos «profissionais» ou «negociais», (os quais) seriam permitidos por força do estreitamento da tutela criminal do direito à imagem". Quadro que, diga-se, normalmente será o da actuação agora em foco.

No restante, afirma-se nesse parecer:

"O art. 167º do CPP, ao fazer depender a possibilidade de valoração de registos mecânicos, no processo penal, da inexistência de um ilícito à face do direito substantivo, remete-nos para o art. 199º do CP. E este, ao tutelar de forma autónoma os direitos à palavra e à imagem — cuja violação prescinde, por isso, de uma intromissão na esfera de privacidade da «vítima» —, não contemplando qualquer hipótese de limitação destes interesses com o intuito de permitir a descoberta da verdade material, parece vedar qualquer possibilidade de valoração de registos não autorizados.

Tal solução, que cremos indesejável sob o ponto de vista da *lege ferenda*, tornar-se-á, porém, menos inequívoca se tivermos em conta que, no domínio da droga, se permite a intervenção do agente infiltrado. As provas por ele obtidas implicarão, em regra, uma intromissão na vida privada, no domicílio, na correspondência ou nas telecomunicações. Sendo a actuação do agente infiltrado, segundo cremos, mais gravosa sob o ponto de vista da protecção de direitos fundamentais, desde logo por ser lesiva da confiança, e estando ela autorizada quanto a esta espécie de criminalidade, não deveriam os registos mecânicos, por maioria de razões, ser também susceptíveis de valoração?

O regime de proibição das fotografias e registos videográficos não autorizados é, todavia, menos rigoroso do que o atinente às gravações da voz. Com efeito, enquanto estas só serão lícitas se efectuadas mediante consentimento, aquelas já serão lícitas desde que não produzidas contra a vontade do visado. O que, necessariamente, reenviará o intérprete para a complexa questão do relevo da vontade presumida".

De qualquer modo, ponderando-se que "os recursos consabidamente ao dispor dos traficantes para a ocultação das suas actividades impedem, em muitos casos, que a justiça penal os atinja, sobretudo se esta não dispuser também de alguns meios igualmente «evoluídos» de investigação" e também para "evitar que as instâncias formais de controlo façam «às ocultas» aquilo que lhes está vedado «às claras»", expressa-se a convicção de que "seria vantajosa, (...), a alteração do direito positivo português neste domínio".

Também a Comissão entende como mais seguro transpor para um texto legislativo\* aquilo que, embora aceite pelos tribunais, merece ser completamente clarificado\*.

#### 2.4. Branqueamento de capitais

É sabido que Portugal tem aperfeiçoado os mecanismos legais de investigação do branqueamento de capitais, destacando-se, comparativamente a outros países, pelo menos em dois aspectos: (i) a incriminação de branqueamento não se confina aos bens ou produtos provenientes do tráfico de estupefacientes, substâncias psicotrópicas e precursores, mas estende-se a outros crimes igualmente graves, incluindo a corrupção e outra criminalidade económica; (ii)

às obrigações de colaboração com o sistema judiciário não se encontram apenas sujeitas as instituições financeiras e equiparadas, mas as empresas concessionárias da exploração de jogo, da mediação imobiliária e compra de imóveis para revenda, ou que comercializem bens de elevado valor unitário. A Comissão recolheu uma firme impressão de que o funcionamento do sistema está bem longe de ter atingido um grau mínimo de eficácia, quer por ainda não se ter estabelecido uma relação de confiança entre as entidades emissoras das comunicações relativas a operações suspeitas e as entidades receptoras, como também pelo tratamento ainda pouco consistente da informação.

Fica-se com dúvidas se a estratégia seguida pela PJ é a que melhor se ajusta à eficácia da investigação quando, ao procurar a descoberta do crime subjacente, isto é, a origem ilícita dos bens que terão sido objecto de branqueamento, dispersa as investigações por diversos departamentos, como já se anotou, exigindo-se, por esta forma, uma especialização alargada de funcionários, em áreas em que se revela tão difícil de conseguir. Um departamento em que se reunisse a perícia investigatória dos principais crimes de que provem o branqueamento com a deste, porventura seria uma solução mais consentânea com a aquisição de melhores resultados.

Pelas dificuldades sentidas na demonstração da prática de elementos do crime principal, a montante do crime de branqueamento, bem como dos elementos típicos deste, muitas vezes ocorridos fora do território nacional, e pela escassez de resultados, de vários lados se insiste na vantagem de se garantir a possibilidade, em linguagem pouco rigorosa\*, de inverter o ónus da prova. Entrando directamente na questão.

Diz Faria Costa nas conclusões do seu parecer\*:

" ..., quanto à possibilidade de inversão do ónus da prova no que diz respeito à proveniência dos bens objecto de branqueamento, começámos por sublinhar que, da convergência do princípio da investigação com a presunção de inocência, resulta a inexistência de uma repartição do ónus probatório no processo penal; qualquer situação de dúvida insanável quanto a uma questão de facto terá, pois, de ser resolvida em sentido favorável ao arguido (*in dubio pro reo*). Assim, não podendo falar-se em auto-responsabilidade probatória das «partes» quanto aos factos que lhes aproveitam, muito menos se poderá considerar a possibilidade de uma inversão do ónus da prova. Sob pena de, fazendo recair sobre o arguido o ónus da prova da proveniência lícita dos bens, estarmos a contrariar o princípio constitucional da presunção de inocência.

Uma outra hipótese residiria em considerarmos a questão da origem do património uma questão prejudicial não penal, que poderia ser conhecida pelo tribunal competente em razão da matéria, de acordo com as regras aplicáveis nesse ramo do direito. No entanto, de acordo com o art. 23º do DL nº 15/93, de 22.01, a proveniência dos bens só será considerada ilícita se resultar de um crime de tráfico. Pelo que, para além de não estarmos perante uma questão de natureza não penal, qualquer decisão obtida no processo cível será inútil e, logo, dilatória, já que o preenchimento do tipo de branqueamento não prescinde da prova do tráfico.

O que nos permite concluir que, não podendo o Estado passar por cima de princípios tão estruturantes como a presunção de inocência, com as consequências que dela decorrem, a eficácia do combate à criminalidade grave terá, pelo menos quanto a este específico problema, de radicar no envolvimento de outras instâncias, nomeadamente sociais, culturais e económicas".

No entanto, a Comissão entende não ser de desistir da tentativa de encontrar uma saída que não ofenda os "princípios estruturantes" a que atrás se alude, já que não deixa de ser também veemente o apelo ao sentido de Justiça que permita corrigir tão grave desigualdade de esforços e de compensações.

Numa indagação formal junto de países especialmente representativos\*, à pergunta sobre se a legislação de cada país previa facilidades de prova e/ou a inversão do ónus da prova a fim de permitir o confisco dos bens de cuja origem criminosa a autoridade judiciária suspeitava, resultou o seguinte:

" Presentemente, alguns países elaboraram sistemas que prevêm facilidades de prova, graças à introdução de certas presunções, indo por vezes até à inversão do ónus da prova.

Trata-se de uma tendência em curso e que terá um efeito importante, desde que o direito nacional consiga estabelecer uma diferença precisa entre o procedimento tendente a estabelecer a culpabilidade ou a inocência de uma pessoa (no quadro do qual deve persistir o respeito rigoroso da presunção de inocência e do princípio *in dubio pro reo*) e, por outro lado, o procedimento especial tendente explicitamente a estabelecer se a origem de um bem é lícita ou ilícita. Encontrando-se a autoridade judiciária penal em face de dois procedimentos de finalidade e natureza totalmente distintos, um *ad personam* e o segundo *ad rem*, poderá distanciar-se, neste segundo, do princípio *in dubio pro reo*.

As hipóteses mais frequentes serão as de um arguido de tráfico e também de branqueamento de capitais dele provenientes ou de alguém arguido de simples branqueamento, em que, chegado o termo do processo, com condenação ou sem condenação, subsistem dúvidas quanto à propriedade dos capitais ou bens entretanto apreendidos ou identificados.

Não se pode pretender fazer recair sobre o arguido a demonstração da licitude de aquisição daqueles bens sob pena de, não o fazendo, o condenar como traficante/branqueador ou apenas como branqueador, o que feriria os mencionados princípios da presunção de inocência (até que se prove a ilicitude e a culpabilidade ninguém pode ser condenado) e *in dubio* decide-se em favor do réu, neste caso, não o condenando e devolvendo-lhe os bens.

Mas a hipótese que agora se coloca não é a de remeter para o processo civil, como questão prejudicial, a demonstração da origem dos bens, no que sempre seria uma questão penal, mas encontrar uma forma de continuar ( ou mesmo de se iniciar) numa acção cível a demonstração da propriedade legítima de certos bens.

Algo de semelhante se passa com a herança jacente, em que o Estado, por não serem conhecidos os sucessores, ou porque pretende contestar a legitimidade dos que se apresentam (artigo 1132º do CPC), toma as providências necessárias



para assegurar a conservação dos bens e, de seguida, inicia a discussão sobre a sua regular propriedade.

A solução mostrar-se-ia compatível com o valor normalmente atribuído ao caso julgado em processo penal, quando termine por não condenação.

Além disso, o envio da questão para o meios cíveis, tem mesmo alguns antecedentes no regime previsto, com alguma similitude, para a defesa de direitos de terceiros de boa-fé - artigo 17º, n.º 5, do Decreto-Lei n.º 325/95, de 2 de Dezembro e artigo 36º-A, do Decreto-Lei n.º 15/93, na redacção da Lei n.º 45/96, de 3 de Setembro.

Com efeito, nestas situações, houve bens que foram apreendidos por se suspeitar que representam produto de um crime ou de conversão ou transformação desse produto, surgindo o terceiro a invocar a sua propriedade pretensamente adquirida de boa-fé. Aqueles preceitos, incluídos precisamente no domínio dos crimes de branqueamento, permitem uma discussão concreta sobre a regularidade da propriedade dos mesmos, quer no processo-crime, quer no processo civil, neste caso, por razões de complexidade ou perturbação ao normal andamento do processo-crime.

Tais normativos poderão ser considerados como uma espécie de precedente dirigido à mesma realidade.

A Comissão é favorável ao prosseguimento do estudo deste tema, incluindo as experiências de direito comparado, nomeadamente a dos Estados Unidos da América, de modo a obter uma solução que, sendo admissível em termos de sistema constitucional, auxilie a evitar esta forma inadmissível de enriquecimento dos menos escrupulosos.

---

\*Matéria que não tem sido descurada nos últimos tempos, como se pode ver do aludido Relatório da Comissão Eventual da AR - cfr. pp. 71 a 82 -, nomeadamente sobre a estratégia de adaptação das polícias e prioridades, concebidas através da sua participação no Grupo de Planeamento - "Livro Branco" de 1995 e medidas subsequentes .

\*Cfr. os artigos 17º da Convenção Única de 1961, e 6º da Convenção de 1971. Na Convenção de 1988 não se refere idêntica exigência, mas os artigos 7º, n.º 8 (auxílio judiciário mútuo), e 17º, n.º7 (tráfico no alto mar), apontam para semelhante necessidade.

\*No Relatório Henrion (Anexo V, luta contra o tráfico) dá-se conta da tendência da *Gendarmerie*, que actua nas zonas rurais, para sair das suas competências de combate ao *dealer* intermédio; há riscos permanentes de falta de coordenação, alguns determinados pela mentalidade da "polícia espectáculo", mais "gratificante" que o trabalho na sombra e em profundidade; considera-se essencial a redistribuição da informação operacional.

\*Nos EUA - v. cit. "1998 National Drug Control Strategy", ponto IV -, ainda que com um sistema de distribuição de competências diferente, considera-se que a intervenção dos "*federal prosecutors*" e dos "*district attorneys*" melhora a coordenação.

\*Sabe-se como a pressão policial sobre os grandes traficantes é essencial, ainda que provoque um "refinamento" de "*modi operandi*" e de subterfúgios à acção da Justiça.

\*In "1998 National Drug Control Strategy" alerta-se para o facto de certas melhorias de infraestruturas, tais como estradas de acesso, luzes, frestas, avisos de fiscalização, prevenirem o movimento de drogas nos portos e até a prática de outros crimes, conjugadas com um mais intenso patrulhamento.

\*É de notar que as recentes alterações do CPP, pela Lei n.º 59/98, de 25 de Agosto e do CP, pela Lei n.º 65/98, de 2 de Setembro, não tocaram nem no artigo 167º, do primeiro, nem no artigo 199º, do segundo.

\*Embora lhe pareça que a actuação do agente infiltrado não tem que assumir o perfil de intromissão que lhe é desenhado no Parecer.

\*Em processo penal não se pode falar em distribuição do ónus da prova como em processo civil, se é que verdadeiramente se pode falar em ónus da prova..

Anexo V, ponto IV.

\*Cfr. "*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.

### **3. Ponderação de alterações legislativas**

Das audições realizadas e da reflexão feita pela Comissão foram consideradas várias possibilidades de alteração legislativa, nem todas com o mesmo grau de prioridade, podendo algumas delas vir a ser consideradas em alternativa de outras.

Para além das que são apresentadas em outros lugares, eis as que à Comissão se afiguram como pertinentes:

a) Tentar maleabilizar ainda mais a aplicação do artigo 25º da "Lei da Droga" - tráfico de menor gravidade - em conjugação com os preceitos relacionados com o consumo e tráfico-consumo, já que muitos magistrados, considerando a pressão da condição social do arguido e do grau de dependência induzida pelo consumo, se socorrem do conceito de menor culpa, pelo que tal factor deveria também poder ser considerado, em homenagem a uma maior transparência no resultado final da apreciação dos factos.

b) Encontrar para o traficante-consumidor uma fórmula que permita atender a casos especiais em que o consumidor, em situação de toxicodependência, destina uma parcela do produto da droga traficada para satisfazer necessidades de subsistência, o que implicaria retirar a exclusividade aí referida\*.

c) Estudar outras medidas no sentido de se permitir uma melhor graduação da sanção a aplicar.

d) Alargar o âmbito do disposto no artigo 31º do Decreto-Lei n.º 15/93 (atenuação especial da pena) à

colaboração prestada na fase de julgamento do processo, de modo a que o arguido possa beneficiar do arrependimento dos factos próprios, desde que real.

e) Embora da interpretação do disposto no artigo 27º do Decreto-Lei n.º 15/93 e dos princípios gerais de direito penal se extraia a solução adequada, será prudente prever uma disposição específica afastando a aplicação de qualquer sanção para os médicos que prescrevam drogas autorizadas (especialmente drogas de substituição), concretizando se a mesma decorre sob a supervisão de um organismo de saúde pública, central ou não, a fim de não permitir a banalização do recurso médico a esse tipo de estupefacientes.

f) Uma vez que o abandono de seringas em lugar público, aberto ao público, ou em lugar privado mas de uso comum, criando perigo para a vida ou integridade física de outras pessoas, é punido criminalmente ( artigo 32º da "Lei da Droga"), conviria esclarecer, pois surgiram já dúvidas, que o transporte de seringas não pode ser considerado como uma presunção de uso para consumo de droga.

g) Consagrar a impossibilidade legal de os exames e a prova recolhida para caracterização do estado de toxicodependência poderem ser utilizados como prova para dedução de acusação por consumo ( o que ficará facilitado se o consumo propriamente dito for descriminalizado).

h) Introduzir de novo o princípio da oportunidade (aliado à obrigação de tratamento, sempre que se justifique) tal como constava na legislação de

1983, que é situação diferenciada - espécie de actuação aviso - da suspensão provisória do processo, ponto que a Assembleia da República não aceitou na revisão de 1996. Poder-se-á pensar em fazer recuar a acção do sistema judiciário, oferecendo assistência (logo a partir da intervenção inicial) em vez de uma reacção sancionatória pela posse de droga por toxicodependentes\*, o que supõe a existência de oferta rápida de tratamento.

i) Independentemente da posição a adoptar quanto à sanção mais ajustada para o consumo de droga - a medida de tratamento, caso efectivamente existam estabelecimentos públicos ou privados idóneos, será uma boa alternativa à pena de prisão ou multa aplicada -, prever a possibilidade da suspensão da execução da pena de multa aplicada por consumo de droga, alargando também as hipóteses de suspensão nos casos a que se referem os artigos 44º e 45º da "Lei da Droga".

j) Revisão da Portaria n.º 94/96, de 26 de Março, no que concerne a um ajustamento do princípio activo reportado à dose média individual diária, impondo aos laboratórios que efectuam os exames médico-legais a obrigação de indicarem não apenas a percentagem de princípio activo como as misturas detectadas e o seu grau de perigosidade para a vida e integridade física.

l) Regulamentação dos exames eventualmente pedidos por empregadores, para controlo de consumo de drogas, salvaguardando todos os interesses em causa.

m) Previsão de medidas tendentes à ponderação, e eventual denegação, pelas autoridades administrativas, de autorização para manifestações que possam servir de pretexto para o consumo ou o fomento do consumo de drogas, nomeadamente sintéticas.

---

\*Sugestão feita pelo Procurador-Geral Adjunto, Dr. Maia Costa, em Congresso recente.

\*Em alguns países, o facto de se estar registado como toxicodependente implica a não punição pela posse de droga para consumo.

## **Perspectiva Internacional**

### **1. A Sessão Especial das Nações Unidas (8-10 de Junho de 1998)**

A Comissão não poderia deixar de ter em conta a mais recente expressão de vontade da comunidade internacional, veiculada através da 20.<sup>a</sup> Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre Drogas, que acaba de se realizar em Nova Iorque, e em cuja preparação Portugal assumiu posição muito relevante. Particularmente assim haveria de ser logo porque no seu documento principal - a Declaração Política\* - se apela a "todos os Estados que tomem em consideração os resultados desta sessão especial ao formularem as estratégias e programas nacionais" (par. 20, sublinhado agora).

Não pode, pois, uma estratégia nacional alhear-se do enfoque desta Sessão Especial, não apenas pela transnacionalidade do fenómeno da droga e suas ramificações nos mais diversos sectores, como também porque as afirmações produzidas nos documentos dela emanados significaram a adesão de 158 delegações presentes (em cerca de 190 dos Estados-Membros das Nações Unidas).

Tal não significa que a Comissão faça uma recepção acrítica das posições afirmadas naquela Sessão Especial.

Importa, assim, pôr em evidência os principais tópicos.

1.1. Na aludida Declaração Política enfatiza-se o aspecto da responsabilidade comum e partilhada dos Estados, com respeito pela soberania e integridade de cada um, reconhecendo-se aquilo que há muito se tornara sobressaliente, ou seja, que a distinção entre países produtores e consumidores não ganhava sentido, especialmente depois de ter emergido o peso dos precursores e outras substâncias químicas essenciais ao fabrico de certas drogas e o seu desvio para o mercado ilícito.

Sendo certo que a Declaração Política "absorve" expressamente o conteúdo dos documentos aprovados, a que se fará referência com algum pormenor, será de destacar a especial e profunda preocupação pelos "novos contextos sociais propícios ao consumo de drogas ilícitas", particularmente de anfetaminas tipo estimulantes (as vulgarizadas "pastilhas") e por isso a atenção dada à redução da procura, ao trabalho com a juventude através de uma educação formal e informal, actividades de informação e outras medidas preventivas.

Por outro lado, afirma-se a determinação em "fornecer os meios " necessários ao tratamento, reabilitação e reinserção social de modo a restaurar a dignidade e dar esperança às crianças, jovens, mulheres e homens que se tornaram consumidores de droga.

E apela-se sem reticências às comunidades de cada Estado - famílias, instituições políticas, religiosas, educativas e outras, bem como às organizações não governamentais e meios de comunicação social -, para que "promovam activamente a nível mundial uma sociedade livre do consumo de drogas".

Não deixará de ter significado que mesmo quando se incita à aplicação de uma "legislação nacional abrangente" e de estratégias (a rever periodicamente) que levem a cabo o disposto nas convenções, não haja uma palavra sobre o debate da descriminalização ou da legalização do consumo de drogas, nem sequer de uma eventual revisão das convenções. O que pode ser interpretado como uma postura de firmeza ou até de inflexibilidade das Nações Unidas, num momento em que os Estados aparecem numa maior coesão, mas que também pode ser visto como de menor atenção a uma realidade de contornos tão evolutivos.

Um ponto novo tem a ver com a fixação de metas temporais (datas alvo) para a progressiva obtenção de objectivos (2003 e 2008) ou, pelo menos, diríamos, para a avaliação dos resultados entretanto alcançados\*.

1.2. Há um compromisso dos Estados-Membros de guiar as suas acções pela "Declaração de Princípios sobre a Redução da Procura" ilícita de estupefacientes e substâncias psicotrópicas. Afirma-se no par. 5 da Declaração de Princípios: " Os programas para reduzir a procura de drogas devem fazer parte de uma estratégia global, tendo em vista reduzir a procura de todas as substâncias de abuso. Estes programas devem ser integrados, a fim de promoverem a cooperação de todas as partes envolvidas, devem incluir uma grande variedade de intervenções apropriadas, devem promover a saúde e o bem-estar social entre as pessoas, famílias e comunidades e devem reduzir as consequências adversas do consumo, tanto a nível individual como social".

E já no apelo à acção, estende-se o conceito de redução da procura a "todas as áreas da prevenção, desde o desencorajamento da sua utilização inicial até a redução das consequências negativas do abuso a nível social e da saúde" (par. B. 10).

Tais programas devem "abarcam a informação, educação, divulgação pública, intervenção atempada, aconselhamento, tratamento, reabilitação, prevenção de recaídas, prevenção terciária e reinserção social" com apelo a um fácil acesso aos serviços e a uma ajuda precoce para aqueles que necessitem de apoio.

Ainda que tendo presente a afirmação do objectivo final de uma sociedade e de um ambiente livre de drogas, aqui se pode detectar também a consagração prática da política de redução de danos provocados pelo consumo de drogas.

Com pertinência em outro domínio, preconiza-se (par. D. 14) que os Governos providenciem pela oferta de soluções alternativas à condenação ou à pena; e se cumprirem pena, os toxicod dependentes devem gozar da possibilidade de seguir um tratamento e de ter acesso à educação, reabilitação e reintegração social. Os Estados deveriam desenvolver dentro do sistema de justiça penal capacidades para fornecerem serviços de apoio aos toxicómanos, encorajando-se, neste

contexto, "uma cooperação estreita entre a justiça criminal e os serviços de saúde e sociais".

Para além dos atributos, nas mensagens de educação e prevenção, de uma linguagem clara, cientificamente fiável e precisa, salienta-se a preocupação em evitar o sensacionalismo.

Uma especial atenção deve dedicar-se à formação dos intervenientes, à continuidade dos programas e à sua avaliação com vista à melhoria da eficácia.

1.3. Um outro documento aprovado é o "Plano de Acção contra a produção ilícita, tráfico e consumo de estimulantes tipo anfetaminas e seus precursores", mediante o qual se visa atalhar ao moderno consumo de drogas sintéticas difundido com uso das mais recentes tecnologias de informação, nas camadas mais jovens da população, que as consideram, erradamente, substâncias seguras e inofensivas. Risco tanto maior quanto é certo que os traficantes, no intuito de se subtraírem às disposições legais, criam drogas análogas às controladas - "designer drugs" -, ao mesmo tempo que anunciam ter encontrado a "droga ideal", euforizante mas não toxicómana.

Merecerá destaque a recomendação que é feita aos Estados para que alterem a sua legislação de modo a que a incriminação relativa aos precursores abranja não apenas os incluídos nas tabelas anexas à Convenção das Nações Unidas de 1988 mas também o uso de substâncias químicas aí não incluídas mas que se destinem ou tenham sido usadas para a produção de estimulantes tipo anfetaminas.

1.4. O documento adoptado sobre "Controlo de Precursores" reúne as aquisições práticas dos últimos anos, onde uma fiscalização cada vez mais intensa sobre as substâncias de uso comercial frequente e necessário em vários domínios, depara com as dificuldades inerentes à desejada fluidez do mercado.

Os progressos registados ficam a dever-se ao intercâmbio de informação entre os Estados, com a colaboração muito activa do OICE, e à colaboração da própria indústria química. Por isso, o papel fundamental dos principais países produtores, alguns deles europeus, especialmente na detecção prévia das operações suspeitas.

Porque a qualquer 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 tal como se viu para os estimulantes - par. 14, alínea b) -, mas agora por forma mais ampla.

1.5. O documento aprovado sobre "Medidas para promover a cooperação judiciária" respeita à extradição, auxílio judiciário mútuo, transmissão de processos penais, outras formas de cooperação e formação, entregas controladas e tráfico por mar.

Para além do aspecto novo de se sugerir aos Estados-Membros que considerem a possibilidade de extradição dos seus próprios nacionais\*, do apelo ao uso das modernas tecnologias de comunicação e outras, a fim de agilizar tal cooperação, continuam tímidos os passos no sentido de os sistemas policiais e judiciários poderem actuar mais concertadamente e mais eficazmente sem os

condicionamentos do fraccionamento de soberanias e da disparidade de legislações.

De qualquer modo, parece útil recensear alguns aspectos pelo reflexo mais imediato que podem ter internamente, se necessário, mediante alteração das leis ou da prática administrativa.

È visível - dir-se-ia, finalmente - a preocupação de uma maior cooperação não apenas entre os serviços de detecção e repressão como entre "as autoridades judiciárias" [( par. IV, 4, alínea g)]. Com efeito, um maior envolvimento das magistraturas em realizações e reuniões internacionais, de carácter não apenas teórico como pragmático, dará, na opinião da Comissão, uma maior consistência a certo tipo de discussões como viabilizará a evolução para modelos mais realistas de cooperação, despidos de tabus ainda bastante frequentes.

Pela conexão com matérias abordadas em outro lugar, valerá a pena recordar a recomendação aos Estados para 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" e que considerem a "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.

Pontos a que o Governo não pode deixar de dedicar atenção.

1.6. Os dois restantes documentos aprovados na Sessão Especial respeitam ao "Branqueamento de capitais" e a um "Plano de Acção sobre cooperação internacional em matéria de erradicação (de culturas) e desenvolvimento alternativo".

Preconiza-se que o branqueamento de capitais englobe não apenas os provenientes do tráfico ilícito de drogas como de outros crimes graves. Todas as medidas enunciadas como necessárias ou vantajosas nesta área do branqueamento - a nível de sistemas financeiros, da regra "conheça o seu cliente", manutenção de registos, notificação obrigatória de actividades suspeitas, eliminação de sigilo bancário - estão previstas legislativamente em Portugal.

Será de notar que o documento sobre "Branqueamento de capitais" não se refere expressamente à "inversão do ónus da prova".

Aqui a conclusão a retirar pela Comissão é, em conformidade com o que disse em outros lugares, a urgência em rentabilizar o sistema de execução das leis



com vista a conferir-lhe eficácia na detecção dos crimes de branqueamento e no desapossamento dos bens ilicitamente adquiridos.

Finalmente, a Sessão Especial empenhou-se num domínio em que havia uma certa descrença quanto à obtenção de resultados visíveis, o da erradicação de culturas ilícitas da papoila do ópio, do arbusto de coca e da planta de *cannabis*.

Para além do acento colocado na necessidade de um desenvolvimento alternativo que permita às populações rurais atingidas - normalmente muito pobres -, pelas medidas de eliminação das culturas, condições de vida dignas, não deixa também de se insistir na via repressiva, para certos casos.

Ao que se sabe, Portugal não tem permitido o cultivo desse tipo de plantas para produção de substâncias a utilizar no mercado lícito.

Todavia, não se desconhece que certas variedades de *cannabis* destinadas à produção de têxteis são hoje subsidiadas pela União Europeia, atitude que tem vindo a ser alvo de crítica pelas Nações Unidas, na medida em que os mecanismos de controlo, quer do baixo nível de THC, quer do uso para os fins previstos e autorizados, não têm permitido evitar o seu desvio para o mercado do tráfico.

---

\*V. documentação compilada e traduzida, com comentários, pela PCM, através do GPCCD, 1998.

\*Esta tentativa de quantificação de resultados a obter em determinados períodos encontra-se também no citado "1998 National Drug Control Strategy", dos EUA

\*De acordo com a última Revisão Constitucional (1997) Portugal passou a admitir a "extradição de cidadãos portugueses do território nacional..., em condições de reciprocidade estabelecida em convenção internacional, nos casos de terrorismo e de criminalidade internacional organizada, e desde que a ordem jurídica do Estado requisitante consagre garantias de um processo justo e equitativo". Sem dúvida que o tráfico de droga e precursores, bem como o branqueamento de capitais ou valores dele derivados, podem configurar situações de criminalidade internacional organizada.

## **2. Forma de atingir objectivos. Cooperação internacional, regional e bilateral**

2.1. Uma vez que, na esteira das recentes medidas acabadas de mencionar, serão instituídos, no seio das Nações Unidas, esquemas que permitam avaliar dos progressos que os Estados-Membros vão fazendo em cada um dos principais sectores em foco, parece adequado que também a nível interno, em consonância com tal modelo, se fixem objectivos para cada área e metas temporais de realização. Para além da eventual eficácia intrínseca do método, implantar-se-ão condições simplificadas de relato interno e externo desses mesmos progressos. O que implica a preparação de um Programa Global ordenado dentro de tais parâmetros.

2.2. Nos últimos dez anos, Portugal tem estabelecido, com outros países, tratados multilaterais ou bilaterais incidindo exclusiva ou cumulativamente sobre a luta contra o tráfico e a expansão da droga.

Entendeu a Comissão examinar os tratados de natureza bilateral\* sobre esta matéria.

Verificou que em alguns deles estava prevista a constituição e funcionamento de Comissões Mistas que deveriam velar pelo funcionamento eficaz desses acordos ou tratados e pela avaliação dos resultados.

A Comissão não teve oportunidade de tomar contacto com as diligências e acções levadas a cabo pelas referidas Comissões Mistas, mas recomenda ao Governo que proceda ao exame, ponto por ponto, do grau de execução de cada um desses acordos ou tratados, já que são considerados por todo o lado como um meio adequado de impulso da cooperação internacional, pedra básica da luta contra o tráfico e consumo de droga.

Sem prejuízo da negociação e aprovação de outros acordos ou tratados, com países situados nas áreas geográficas e culturais em que o país se insere, mas sem desnecessárias duplicações de dispositivos.

---

\*Cfr. o Decreto do Governo n.º 22/87, de 25 de Junho, que aprova um Acordo com a Espanha sobre "Cooperação em matéria de Luta contra a Droga"; Decreto n.º 4/92, de 22 de Janeiro, que aprova um Acordo com o Brasil para "Redução da Procura, Combate à Produção e Repressão ao Tráfico Ilícito de Drogas e Substâncias Psicotrópicas"; o Decreto n.º 10/95, de 28 de Abril, que aprova um Acordo com a Venezuela sobre "Prevenção, Controlo, Fiscalização e Repressão do Consumo Indevido e Tráfico Ilícito de Estupefacientes e Substâncias Psicotrópicas"; o "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 AR n.º 8/97, foi ratificado pelo Decreto do Presidente da República n.º 8/97, ambos publicados no DR I-A, de 28 de Fevereiro; o Acordo de Cooperação Jurídica e Judiciária com Angola, aprovado para ratificação pela Resolução da AR, 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; o Decreto n.º 66/97, de 30 de Dezembro, que aprova um Convénio com a Argentina sobre "Prevenção do Uso Indevido e Repressão do Tráfico Ilícito de Estupefacientes e de Sustâncias Psicotrópicas". Já no corrente ano, 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.

---

## **Votos de vencido**

**António Gomes Lourenço Martins** - Voto de vencido sobre a descriminalização.

Com o devido respeito, não acompanho a opinião maioritária da Comissão quando entende (Cap. III, II, 1.4) deverem ser descriminalizadas a detenção, posse ou aquisição para consumo privado, o que nem sequer ofenderia as convenções internacionais anti-droga.

As razões em abono deste meu ponto de vista são essencialmente as já referidas no texto do Relatório [pontos II, 1.3. b)], quando se apontam os fundamentos da tese contrária à que fez vencimento, diga-se, numa Comissão constituída, na sua maioria, por personalidades de formação médica.

Na sua expressão final a opinião maioritária retirou o cultivo (de plantas ou, poderíamos pensar, também o fabrico, de drogas sintéticas), deixando de o equiparar à mera detenção, posse ou aquisição para consumo.

Ou seja, ainda que alguém cultive, na sua horta ou jardim, alguns pés de plantas incluídas nas tabelas, tal conduta seria de punir. Crê-se que neste caso a

demonstração da intenção ficaria bem mais a descoberto do que nos casos de detenção ou aquisição, não se encontrando motivo, em tal tese, para fazer destrinça.

O argumento invocado da coerência lógica - se o consumo é permitido então todos os actos que o viabilizem, praticados pelo consumidor, têm que ser permitidos - posto que à primeira vista sedutor, não se coaduna com a realidade do quotidiano. Havendo uma política criminal de combate à oferta de droga e também a realidade indesmentível de que alguns dos que consomem também traficam e, por outro lado, a dificuldade de descoberta dos motivos ou finalidades da detenção, aquisição ou cultivo, não é minimamente praticável criar, neste corredor por onde transitam personagens animados de várias intenções, uma ala por onde circulem livremente os "puros consumidores" e as drogas de que se vão servir.

Não seriam exigíveis milagres aos polícias e aos tribunais: então sim, as energias gastas a tentar deslindar este meandro de intenções retirá-los-ia indevidamente de tarefas não menos prioritárias para a defesa da sociedade, o que levaria à banalização do consumo de droga.

Na tese maioritária nem sequer é feita qualquer distinção a partir da perigosidade das diversas substâncias, como em outros países, o que quereria dizer que a posse de certo número de doses de heroína para consumo pessoal, em privado, valeria o mesmo que a de outra qualquer substância.

O que nos levaria, mais uma vez, para a questão de saber se a *cannabis* e seus derivados mereceriam ou não um tratamento diferenciado, tal como preconizava a Comissão Henrion, em França.

Só que o conhecimento científico sobre as propriedades/efeitos de tais substâncias continua longe de ser esclarecedor.

E não se confunda o possível uso da *cannabis* para fins médicos - que nos Estados Unidos se diz ter alguma utilidade autónoma, embora outros afirmem que há medicamentos propriamente ditos que já são usados para os mesmo fins, com vantagem -, com o seu uso por motivos recreativos.

Aquele não pode suscitar qualquer dificuldade, pois a todo o momento em todo o mundo se utiliza morfina e muitas outras substâncias incluídas nas tabelas das convenções, sob controlo médico, para minorar o sofrimento de milhões de seres humanos.

A nosso ver, este (o recreativo) só deverá ser permitido se as constatações científicas forem seguras no sentido da não perigosidade ou de uma perigosidade medicamente admissível da *cannabis* e seus derivados (recorde-se que se aguarda há anos a posição oficial da Organização Mundial de Saúde). Para além das obrigações convencionais assumidas - e discorda-se neste ponto da posição jurídica recolhida -, a grande questão que subsiste será sempre a de saber até onde é legítimo ir em defesa de todos aqueles que não tomam drogas (para fins não médicos) e que são felizmente a generalidade, sem ferir o reduto da liberdade e autonomia dos que as consomem, mas também sem agravo dos interesses dos seus semelhantes.

A uniformização da interpretação das convenções das Nações Unidas contra a droga ou a revisão destas, se necessária, constituem matéria de longo fôlego, até

pela recente "posição oficial" tomada por uma significativa porção de Estados na Sessão Especial da Assembleia Geral, de Junho passado, onde tal preocupação nem sequer foi afluada, sabido que na discussão prévia dos documentos a mesma fora rejeitada.

E as consequências de uma posição isolada de alguns Estados, seja denunciando as convenções, seja adoptando leis em desconformidade da generalidade dos países, poria em causa um modelo geral que a comunidade internacional tem aceite, o que a maioria da Comissão também reconhece. Isto não significa que o debate esteja encerrado, longe disso, ou que possa ser reprimido.

Aliás, a posição que fez vencimento parece limitar-se, na prática, a recomendar que o Governo de Portugal anime a discussão internacional desta matéria.

**Joaquim Augusto Rodrigues** ( Em concordância com o voto anterior)

---

# INVESTIGAÇÃO E FORMAÇÃO

## A- Investigação sobre Drogas e Toxicodependências

### 1. O Estado do Conhecimento Científico das Drogas

A "guerra da droga" é o paradigma daqueles combates, cujos actores, dominados pelas emoções, crêem poder vencer sem pensar. Resultado: nem o fenómeno das drogas foi vencido nem dele dispomos conhecimento solidamente fundado pelo método científico. Estranho paradoxo: as sociedades que tanto se orgulham do desenvolvimento e do progresso, recusam a um problema que tanto as aflige o tipo de conhecimento humano, a ciência, que presidiu à sua evolução.

O pouco conhecimento que a partir do final da década de 70 e início da década de 80 se foi produzindo caracteriza-se, em termos gerais, pela escassez, dispersão e inconsistência.

As Universidades só muito secundariamente se têm interessado pelo fenómeno, e quando o fazem limitam-se à investigação que pode conduzir a graus académicos (mestrados ou doutoramentos) ou à que é encomendada por instâncias governamentais. Terminada a tese ou o relatório de investigação, os investigadores procuram outros objectos de estudo, inscritos nos seus domínios e paradigmas científicos. Estudos com alguma sistematização são conduzidos, regra geral, pelos dispositivos governamentais de "combate à droga". Poderíamos caracterizá-los pela noção de investigação administrativa: elaboração das estatísticas dos serviços sócio-sanitários, das polícias, dos tribunais, das prisões; aplicação de inquéritos epidemiológicos.

Dispomos, assim, de um amontoado de dados, pouco consistentes por não serem sujeitos a sistemáticas provas científicas e dispersos em razão de nulos ou lacunares quadros teóricos, designadamente interdisciplinares. A ausência de uma comunidade científica estável no domínio das drogas explica o pouco conhecimento que dispomos sobre este problema social: raríssimos são os cientistas que lhe consagram a sua carreira universitária e o fazem criando sistemas de comunicação entre diferentes disciplinas. E não se trata, nesta leitura do estado do conhecimento científico do fenómeno das drogas, de um olhar dirigido à experiência portuguesa, explicável pelo habitual refrão do "atraso em relação aos outros países". Não. Nesta matéria, em termos gerais, todos os países estão atrasados, até os mais desenvolvidos. A vontade de poder, tendo dominado a vontade de saber, entregou o problema das drogas a um agir compulsivo que tem tido por aliados o pensamento mítico e o obscurantismo científico.

Promessa de uma vontade de saber: indicadores de mudança:

Este estado de coisas não parece, no entanto, irreversível. Com efeito, durante os últimos anos têm surgido sinais que anunciam a emergência de um campo estável de produção e consolidação de conhecimentos sobre as drogas.

Já em 1987 a conferência de Viena recomendava 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".

O Governo Francês criou, no mesmo ano, o "Instituto Nacional do Ensino, da Investigação, da Informação e da Prevenção sobre os Toxicómanos". Não tendo funcionado, o relatório da Comissão de reflexão sobre a Droga e a Toxicomania, de 1995, propunha que um novo organismo independente levasse por diante os fins do Instituto, de molde a "reunir as forças de reflexão, de imaginação e de acção muito frequentemente dispersas". O mesmo relatório recomendava a necessidade de investigação científica a vários níveis: em epidemiologia, em neurobiologia e em ciências humanas.

De igual modo o relatório sobre "a estratégia das drogas na Holanda", de 1995, lembrava que este país se tem norteado por critérios científicos. Tal orientação de fundo, que repousa na distinção entre drogas leves e drogas duras, permitiu, conforme se lê no mesmo relatório, demonstrar como a teoria da escalada é mais um dos muitos mitos que circulam acerca do uso das drogas. Defendendo a continuidade duma política baseada mais no conhecimento do que nos preconceitos, o mesmo relatório governamental estimulava o desenvolvimento de programas científicos, designadamente sobre a observação do fenómeno, os padrões de consumo, as drogas sintéticas, a redução de danos, a avaliação (dos *coffee-shops* e das medidas preventivas).

Também a estratégia nacional definida em 1988 para os EUA previa um importante investimento em programas de investigação e desenvolvimento, quer ao nível da investigação fundamental (neurociências, farmacologia, ciências do comportamento), quer ao nível da intervenção (prevenção, formação, tratamento e reinserção, estudos sobre os custos sociais). Defendia o referido relatório uma estratégia abrangente e integrada.

Mas não são apenas as estratégias nacionais que, nos últimos anos, fazem apelo à investigação científica. A Comissão das Comunidades Europeias, desde o início da presente década, tem vindo a tomar iniciativas de relevo em matéria de ciência das drogas. Iniciou o programa COST em 1991, apoiou programas de sistematização da investigação científica sobre drogas na Europa (ex. o *directory of drug problem research in Europe* do *Institute for the Study of Drug Dependence*, 1992); organizou, através do EMCDDA., um seminário de sistematização das iniciativas de investigação na União Europeia em 1996 (*Drugs: Research Related Initiatives in the European Union*), e levou a cabo vários seminários de investigação sobre temas específicos: drogas sintéticas (DGXII) e metodologias

de avaliação da prevalência do problema do uso das drogas na Europa. Este último seminário, organizado em cooperação com o Grupo *Pompidou* do Conselho da Europa, deu início à publicação conjunta de monografias científicas, as *EMCDDA Scientific Monograph Series*.

Do lado das Universidades, verifica-se um interesse crescente pelas questões da drogas. Tal interesse emerge mais do lado das ciências sociais e humanas do que das ciências biomédicas. A Holanda é sem dúvida o país em que os departamentos universitários mais estudos têm desenvolvidos sobre as drogas: institutos de criminologia, de psicologia, de educação e desenvolvimento humano, de antropologia social, de ciência política. Salvo raríssimas exceções (Áustria, Alemanha, Portugal, Espanha), as Universidades não criaram ainda centros de investigação especialmente vocacionados para o uso desviante das drogas e problemas conexos. Predominam as unidades de investigação dependentes dos governos (conselhos de ministros, ministérios da saúde, dispositivos do "combate à droga"). Nos EUA é o NIDA que tem comandado a investigação. Existem ainda alguns institutos independentes (ex. o TRIMBOS - *Netherlands Institute of Mental Health and Addiction*, na Holanda; o ISDD - *Institute for the Study of Drug Dependence* na Grã-Bretanha; o IREP - *Institut de Recherche en Epidémiologie de la Pharmacodépendance* em França).

#### Tendências de investigação:

A ter em conta os dados do relatório da Comissão Europeia sobre este tópico (1996) a investigação sobre as drogas nos países que integram a Comunidade Europeia incidiu, durante os últimos dez anos, sobretudo em áreas como a prevalência, a incidência, os padrões de uso, os factores e os efeitos do uso das drogas, e a dependência. A prevenção primária, o tratamento, as políticas e estratégias de controlo mereceram uma incidência média; temas de baixa incidência investigatória foram os serviços socio-sanitários e a relação drogas-crime. O mesmo relatório refere as seguintes necessidades de investigação sentidas pelos diferentes países: instrumentos metodológicos e de avaliação ao serviço do estudo da prevalência, da incidência e padrões de uso (importantes); políticas de controlo, tratamento e serviço, etiologia e factores de risco, consequências sociais e sanitárias (relativamente importantes). Quanto às disciplinas científicas, cujo contributo se afigura necessário, são citadas: *policy science*, sociologia, economia, investigação clínica, saúde pública, psicologia, investigação organizacional, criminologia. Como necessidades específicas de investigação são mencionadas: a qualidade da investigação e suas metodologias; a interdisciplinaridade; os estudos longitudinais e meta-analíticos.

#### Justificação da criação de dispositivos de investigação sobre drogas:

Três razões fundamentais justificam a constituição de dispositivos estáveis de investigação sobre drogas:

- Em primeiro lugar, por imperativo racional e moral: temos o dever de conhecer para bem agir. O incumprimento sistemático deste princípio elementar tem constituído a falha mortal das estratégias de luta contra a drogas;
- Em segundo lugar, a vontade de saber que tem vindo a ganhar força durante estes últimos anos precisa consolidar-se numa verdadeira *praxis* do conhecimento;
- Em terceiro lugar, esta mesma *praxis* não existe fora das condições materiais que estruturam toda a acção humana. Neste caso, a que visa combater a ignorância, a dispersão e a má qualidade do conhecimento existente sobre as drogas.

### Natureza e fins da investigação científica sobre drogas:

O conhecimento científico em geral não é neutro. E menos neutro se torna quando se aplica a fenómenos humanos e problemas sociais como os das drogas, mais do que outros povoados de mitos, poderes e interesses (incluindo alguns pseudo-científicos). Por outro lado, implicando a própria natureza do fenómeno das drogas, ao mesmo tempo factos e valores, a dimensão empírica e a dimensão normativa, mais complexas se tornaram as operações de produção de conhecimento objectivo. A passagem entre o facto e o valor, entre o empírico e a norma é muito estreita. Mas nela têm, forçosamente, de habitar os dispositivos de investigação científica sobre as drogas, em estado de permanente vigilância crítica, permitindo evitar duas práticas opostas: a investigação acrítica e a investigação hipercrítica. A primeira, incapaz de distância criadora e permeável à ideologia, está sempre disposta a legitimar empiricamente as normatividades dos diferentes interesses, poderes e crenças; a segunda, incapaz de construir modelos explicativos e interpretativos ancorados em sólida evidência empírica, deixa a decisão normativa prisioneira, na crónica angústia de eternas incertezas e de infindáveis debates.

O conhecimento científico das drogas tem por fins o estabelecimento de relações objectivas e o significado histórico-social das drogas. Ele é necessário para nos ajudar nas decisões sobre como devemos viver com as drogas, mas não é suficiente, ou sequer determinante. A defesa que fazemos de uma ciência das drogas recusa ao mesmo tempo o cientismo e o moralismo. As sábias estratégias da 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. Aí, nessa sinergia, se engendra a intersubjectividade que pensa e age sobre as drogas.

## **2. A lógica da investigação**

Os critérios de organização da investigação sobre drogas, nas raras expressões de preocupação sobre o tema, testemunham, mais uma vez, a fragilidade teórica deste domínio científico. As categorias habitualmente utilizadas padecem de



excessiva generalização ou de excessiva particularização. As primeiras diluem a investigação do fenómeno da drogas nos quadros conceptuais das disciplinas já estabelecidas: aí se perde a sua especificidade. As segundas pulverizam-na pelos múltiplos sectores das práticas e das técnicas próprias da cultura institucional dos dispositivos de intervenção: aí se perde a sua unidade. Defendemos a tese segundo a qual a investigação sobre o fenómeno da drogas é irreduzível a qualquer das disciplinas científicas constituídas, sem que por isso prescindamos dos seus variados contributos. Afirmamos, também, que ela não pode ficar dispersa por uma multiplicidade de questões particulares, sem racional teórico ou lógica integradora, o que não significa deixar de responder a problemas concretos (ex. prevalência, incidência, factores de risco, etiologia, prevenção, tratamento, reinserção, consequências sociais etc.). A ciência das drogas constitui um campo interdisciplinar específico e unitário. Diferencia a produção de conhecimentos ao mesmo tempo que os integra em modelos compreensivos. As linhas de investigação sobre as drogas decorrem das operações fundamentais de construção do saber e das ciências: descrever os fenómenos, explicá-los, interpretá-los e organizar os conhecimentos produzidos em função das condições de existência e do desenvolvimento humano. Assim, o dispositivo da investigação sobre drogas é composto por três grandes linhas, logicamente articuladas: a descrição; a explicação e a interpretação; a investigação/intervenção.

## 2.1. A descrição ou observação do fenómeno da droga

Esta linha de investigação 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 eco-sociais e socio-demográficas).

A resposta a estas questões tem sido dominada mais pelo impressionismo (em geral baseado em estimativas inconsistentes), do que por uma avaliação cientificamente fundada por métodos empíricos validados e fiáveis ou métodos hipotético-dedutivos. E não porque tais métodos não existam. Efectivamente, são conhecidas diversas metodologias que, a serem conjugadas e comparadas, poderiam descrever-nos com relativa proximidade a dimensão e a natureza do fenómeno. Assim, dispomos, neste momento e em termos genéricos, dos seguintes métodos:

- Os tradicionais inquéritos epidemiológicos, aplicados à população em geral sobre o abuso de drogas (ex. *National Household Survey on drug abuse*, aplicado nos E.UA desde 1971) ou à populações-alvo, como os inquéritos em meio escolar aplicados nos EUA e em vários países da Europa, entre os quais Portugal (GPCCD, sob os auspícios do sector de epidemiologia do Grupo *Pompidou* do Conselho de Europa).

- O método dos "parâmetros indirectos": número de mortes relacionadas com as drogas (mortes por *overdose*, mortes a longo termo, drogas e vírus VIH, suicídios, acidentes, violência própria dos mercados ilícitos); número e características dos utentes de centros de tratamento (é de salientar o método sagital); volume das apreensões de drogas.
- A procura de casos (*case-finding*) em populações ou zonas específicas (ex. os estudos de P. Griffiths em certas comunidades, tendo por objectivo caracterizar a relação entre o uso de certo tipo de drogas e dados estilos de vida).
- Captura-recaptura. Método transposto de outros domínios científicos para o domínio das drogas, permitindo análises longitudinais.
- Modelo dos sistemas dinâmicos. Modelo recente, de carácter longitudinal, que permite situar no tempo, contrariamente aos métodos de estimativa estatística, as flutuações do uso de uma dada substância psicoactiva, como por exemplo a heroína.
- Os métodos etnográficos. Dos métodos mais eficazes para avaliar a evolução do fenómeno, designadamente a sua parte invisível (a maior que escapa à visão das instituições e às informações obtidas através de inquéritos. As etnometodologias (pelas técnicas de *Snowball*, biografias, observação naturalista, observação participante) permitem observar as dinâmicas eco-sociais, caracterizar os actores das drogas e os seus estilos de vida.
- Redes de observatórios locais. Antes de ser um fenómeno nacional o problema das drogas inicia-se localmente, numa dada comunidade. A tomada de consciência deste facto, não só para o caso das drogas como para outros problemas sociais, tem levado as autarquias de diferentes cidades europeias a constituir observatórios locais de situações-problema (ex. o Observatório Permanente de Segurança do Porto). Articulados com as polícias, que nestas metodologias desempenham um papel fundamental, os observatórios locais, ligados entre si, podem prestar um importante contributo para a descrição global do fenómeno num dado momento, bem como das suas flutuações no tempo.

Em resumo, foram desenvolvidos métodos quantitativos (os quatro primeiros) e qualitativos (os três últimos). A querela entre quantitativistas e qualitativistas vai sendo actualmente ultrapassada. Com efeito, é hoje consensual que os tradicionais métodos de inquérito (à população e em meio escolar) e por parâmetros indirectos se revelam insuficientes. Os primeiros dão-nos apenas uma estimativa global e muito parcelar e os segundos permitem a dúvida: as estimativas revelam a real dimensão do fenómeno ou o funcionamento das instituições? (ex. aumentando o número de CATs é de esperar que aumente o número de primeiras consultas, o que pode não indicar o aumento do consumo

de drogas na população em geral). Análises mais finas e complexas são exigidas por todo o dispositivo que pretenda conhecer do fenómeno das drogas não apenas o quanto (quantos são?); mas, sobretudo, o quem (actores), o como (padrões de comportamento), o quando (dimensão temporal) e o onde (dimensão espacial, *settings*). Em suma, a descrição e observação do fenómeno levantam várias questões centrais a solicitarem a invenção de diversos métodos. A escolha de um ou a composição de vários depende das questões que formulamos e da forma como as equacionamos. Tais questões dependem, em última análise, das políticas ou estratégias de controlo das drogas: numa estratégia repressiva dificilmente são formuladas questões relativas ao conhecimento dos sistemas e condições de vida dos toxicodependentes; numa estratégia de redução de danos acontecerá exactamente o contrário (este será, porventura, o ponto fulcral).

Portugal dispõe de metodologias científicas sólidas, que se foram desenvolvendo em diferentes instituições, como por exemplo: os inquéritos em meio escolar (GPCCD do Ministério da Justiça); o método sagital (Observatório Vida); as etnometodologias (Centro de Ciências do Comportamento Desviante da Universidade do Porto); os resultados obtidos pelo Observatório Permanente de Segurança (contrato-cidade da Câmara Municipal do Porto). É tempo de os diferentes esforços desenvolvidos autonomamente em torno das diferentes 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. Assim haja uma política de controlo das drogas que permita formular múltiplas e boas questões, a demandarem a conjugação das metodologias existentes, a invenção e adopção das que ainda não possuímos.

## 2.2. A explicação e a interpretação do fenómeno das drogas

Um dos dados adquiridos pelo conhecimento científico das drogas que reúne inequívoco consenso é a chamada lei do efeito. Enuncia ela o princípio segundo o qual a explicação, neste domínio, implica a conjugação de três macro-variáveis: as substâncias, os indivíduos e os contextos.

### 2.2.1. A investigação interdisciplinar

Este esquema explicativo implica, pelo seu enunciado, o princípio da interdisciplinaridade. Isto é, o consumo das substâncias psicoactivas não é compreensível nem explicável sem o concurso dos saberes que têm por objecto de estudo as substâncias e os organismos, os comportamentos e a subjectividade dos consumidores, os *settings* eco-sociais associados a esses comportamentos.

Teoricamente assim é. No discurso técnico também, há vinte anos que se repete o enunciado da lei do efeito (substância, indivíduo, contexto). Nas práticas institucionais existem equipas chamadas "interdisciplinares" porque são compostas por médicos, psicólogos e assistentes sociais, mas na realidade o conhecimento interdisciplinar está próximo do zero. As tentativas de construção de modelos teóricos interdisciplinares integradores das variáveis biológicas, psicológicas e sociais são muito raras e de frágil poder heurístico. Estamos, pois, certos de um princípio teórico-explicativo, cuja evidência empírica está por estabelecer: nada sabemos sobre as relações objectivas entre as

substâncias, os indivíduos e os contextos nas múltiplas situações concretas. Quanto a cada uma das três macro-variáveis, produziu-se, timidamente, algum conhecimento de tipo explicativo e interpretativo.

### 2.2.2. A investigação biológica e farmacológica

#### Estudos de genética.

Durante os últimos vinte anos têm sido desenvolvidos estudos genéticos em animais e humanos (estudos de adopção e gêmeares). Mas é sobretudo a partir do início da presente década que esta linha de investigação se intensificou e novos paradigmas de análise se desenvolveram, de carácter mais estrutural do que causal, no âmbito da genética molecular.

#### Estudos neurobiológicos e neurofarmacológicos.

A investigação sobre o sistema da chamada "recompensa cerebral" das drogas demonstrou que nela estão envolvidos três sistemas neuroquímicos: o sistema da dopamina, o sistema dos opiáceos endógenos e o sistema do ácido gama-aminobutírico (GABA). Têm sido por isso os sistemas mais estudados. A maior parte da investigação tem sugerido que a cocaína apresenta padrões próprios derivados do abuso: o aumento de dopamina nas fendas sinápticas. A dopamina libertada parece produzir efeitos de reforço da cocaína.

Uma recente preocupação incide sobre o problema das drogas sintéticas ou substâncias psicoactivas produzidas artificialmente a partir de materiais químicos. São potentes estimulantes do sistema nervoso (*ecstasy* e outros derivados anfetamínicos), cujas consequências para a saúde estão ainda por esclarecer, embora exista alguma evidência estabelecida por experimentação animal sobre a toxicidade nos neurónios serotoninérgicos. O ponto a esclarecer quanto a estas substâncias consiste em saber se a neurotoxicidade da MDMA se aplica também ao homem.

#### Estudos de desenvolvimento embrionário

O estudo dos efeitos das drogas de abuso sobre o desenvolvimento embrionário foi palco de um progressivo aumento desde o início desta década. Das substâncias estudadas, tem prevalecido a cocaína.

Podemos concluir que há um longo caminho a percorrer no domínio da biologia das drogas e das toxicodependências. Dados os primeiros passos há pouco mais de uma década, este domínio ainda não beneficiou dos consideráveis progressos da investigação fundamental em biologia molecular e em neurociências.

Portugal dispõe de condições para significativos avanços na explicação dos processos biológicos das dependências: conta com departamentos de investigação de grande qualidade (ex. Instituto de Biologia Celular e Molecular, Instituto de Anatomia, Centro de Morfologia Experimental, Laboratório de Biometria, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Instituto de Farmacologia e Terapêutica Experimental da Universidade de Coimbra) e com cientistas que têm desenvolvido projectos de investigação cujos resultados são internacionalmente conhecidos.

### 2.2.3. A investigação das ciências psicológicas e do comportamento

#### A investigação dominante: o paradigma da falha

A investigação psicológica sobre as drogas e as toxicodependências foi até há bem pouco tempo dominada pelo paradigma da doença mental, da perturbação psicológica e do comportamento. O consumo das drogas cedo foi assimilado por uma constelação de noções advindas da psiquiatria, da psicopatologia e da psicologia clínica, predominantemente inspirada pela psicanálise europeia. A investigação consistiu, então, em integrar nos quadros de pensamento destas disciplinas uma nova forma do adoecer psíquico: a toxicomania. Abundante literatura se produziu nestes quadros de pensamento dominados pela ideia da "droga-doença" ou "droga-sintoma de perturbação psicológica comportamental ou relacional": o paradigma da falha.

A vasta literatura das ciências psicológicas e do comportamento reparte-se, de modo muito panorâmico, por quatro grandes áreas de estudo:

Os estudos psiquiátricos:

Os estudos de psiquiatria consistiram fundamentalmente em: a) definir o quadro clínico de "toxicomania" (conceito forjado pela psiquiatria) em relação à nosografia clássica; b) indagar da estrutura de personalidade própria do toxicómano ("personalidade toxicofílica", "estado-limite"). Tentativas falhadas estas, de psiquiatrizar o consumidor de drogas. Com efeito, existe hoje consenso sobre esta questão: o consumo de drogas não é determinado por uma estrutura de personalidade específica, a hipotética "personalidade toxicofílica".

Os estudos psicanalíticos:

A psicanálise interpreta as toxicodependências a partir da biografia do sujeito e das suas dinâmicas internas e relacionais (figuras parentais, dinâmicas familiares internas, crise da adolescência, etc.)

Os estudos de psicologia cognitivo-comportamental:

Enquanto a psicanálise interpreta as toxicodependências através das dinâmicas afectivas, a psicologia cognitivo-comportamental (orientação recente) pretende explicá-la através dos padrões da dinâmica cognitiva: crenças irracionais, dificuldades de processamento da informação, etc.

Os estudos psicossociológicos:

Certas abordagens inscrevem o consumo de drogas e as toxicodependências numa constelação de outros comportamentos, como por exemplo a delinquência, explicáveis pela existência de situações-problema (ex. familiares, escolares), que são factores de risco e assumiriam maior importância do que eventuais perturbações do funcionamento psicológico. Esta perspectiva, focalizada no indivíduo mas também no seu sistema, evidencia já uma linha de ruptura.

A investigação minoritária:

Um grupo minoritário de investigadores, abandonando o paradigma da "droga-falha individual ou relacional", procurou descrever e interpretar o processo e as estruturas dos comportamentos de consumo sem categorias apriorísticas.

Munidos de diferentes metodologias (observação naturalista, etnometodologias, construção de escalas de atitudes e comportamentos, métodos experimentais, métodos hipotético-dedutivos) foram estabelecendo factos e conceitos cuja evidência demonstra inequivocamente a insuficiência dos paradigmas psicológicos dominados pela noção de patologia.

Por seu lado, os estudos da observação de terreno, mostram que subjacentes aos comportamentos de consumo existem estruturas de vida diferentes, que vão desde as estruturas de vida quotidiana normal às subculturas desviantes e suas normatividades, passando por sistemas de vida híbridos que articulam o "mundo normal" e o "mundo das drogas".

Os métodos etnográficos e biográficos vieram revelar diferentes simbólicas tecidas nas interações psicossociais associadas aos consumos das substâncias psicoactivas. Assim se abriu, através das metodologias que datam do início do século, agora aplicadas ao fenómeno das drogas, um novo sistema de interpretação dos comportamentos de consumo. A enorme vantagem destas metodologias consiste em revelarem a dimensão oculta do fenómeno, aquela que não passando pelas instituições se dissemina pelos espaços abertos e fechados da cidade. Dito de outro modo, a psicologia eco-social veio mostrar-nos que o consumo das drogas, não é essencialmente um fenómeno de patologia individual ou social, mas um problema a interpretar na dramática da vida quotidiana.

No mesmo sentido, as teorias sistémicas e a terapia familiar, vieram descentrar a questão do indivíduo para os seus sistemas institucionais promotores do desenvolvimento psicossocial: a família, a escola, os grupos de pares, etc.. Tudo somado, o fenómeno das drogas, visto do lado das diferentes linhas da investigação psicológica minoritária, apresenta contornos radicalmente diferentes daqueles que a investigação dominante lhe desenhou: a falha que atinge o utilizador das drogas no seu comportamento, psiquismo e personalidade.

#### Tendências investigatórias:

É, pois, grave erro pensar que a investigação nas ciências psicológicas e do comportamento sobre drogas é homogénea e se reduz ao paradigma etiológico e patológico. Pelo contrário, existem linhas de ruptura investigatória que tendem cada vez mais a afirmar-se.

As linhas de ruptura em relação ao paradigma dominante apresentam, em geral, as seguintes características:

- Renúncia a enquadrar o fenómeno das drogas nos sistemas teóricos construídos para explicar as dimensões psicológicas de outros fenómenos.
- Abandono do esquema explicativo normal/patológico.
- Abandono da distinção entre drogas lícitas e ilícitas.
- Construção de sistemas explicativos e interpretativos a partir de dois métodos fundamentais: métodos empíricos e métodos hipotético-

dedutivos. Estes sistemas procuram mais a tradução da lógica e dos processos do consumo das substâncias psicoactivas e das dependências do que a tradicional identificação das causas.

- Procura de articulações trans- e interdisciplinares.

#### 2.2.4. A investigação das ciências sociais

Ressalvando a sociologia da desviância norte-americana (designadamente os trabalhos de Becker), os controversos trabalhos de antropologia de C. Castaneda e a obra de referência de D. Musto sobre a história social das drogas, as ciências sociais só no início desta década deram início a estudos sobre o fenómeno das drogas. Foi, talvez, preciso que o consumo das substâncias psicoactivas se tornasse um problema social; foi preciso que o modelo medico-psicológico revelasse a sua estreiteza; foi preciso, ainda, que as ciências sociais se interessassem, na Europa, pelas questões do comportamento desviante, tradicionalmente consideradas de nível inferior (drogas, delinquência, prostituição, etc.).

Quais são as questões fundamentais para cuja resposta as ciências sociais são convocadas? Em primeiro lugar, a explicação/interpretação das drogas enquanto factor social. Em segundo lugar, a análise (microscópica e macroscópica) dos contextos socio-culturais e socio-históricos do consumo das substâncias psicoactivas. Em terceiro lugar a dimensão económica: os mercados das drogas e os seus actores. Para estas três grandes questões estão vocacionadas: a sociologia, a etnologia e a antropologia cultural, a economia.

##### A sociologia das drogas

A análise sociológica obriga à adopção de categorias radicalmente diferentes das que são construídas a partir dos clientes das instituições de saúde ou de controlo social pelos saberes profissionais: os toxicodependentes, os delinquentes-toxicodependentes ou os toxicodependentes-delinquentes. Já a análise psicológica "dissidente" (cf. Ponto 2.2.3) teve necessidade de abandonar as categorias de "doença" e de "delinquência" para explicar e interpretar, a nível individual, os comportamentos e significados subjectivos do consumo das drogas. O mesmo vale, agora, para a análise que se situa no nível social. É que, mais uma vez, o fenómeno das drogas não é redutível às toxicodependências, muito menos às captadas (parte ínfima) pelas instâncias de controlo social e de saúde pública. A questão à qual a investigação sociológica ainda não deu resposta fundamentada é a seguinte: as drogas são um facto social idêntico ao fenómeno criminal, caracterizado, segundo a tese de Durkheim, pela sua "normalidade" tendo em conta o tipo de sociedade e o estado da sua evolução ou é uma manifestação periférica duma sociedade moderna em estado de anomia, manifestação que desaparecerá logo que o sistema evolua para um novo estado? A. Ehrenberg e P. Mignon (1992) parecem não ter dúvidas: as

drogas "são uma produção das nossas sociedades". Precisamos de tratá-las como um fenómeno social "normal" nas sociedades ocidentais.

### A etnologia das drogas

A etnologia das drogas inscreve-se na tradição da sociologia da desviância, iniciada nos anos 20 nos Estados Unidos (Escola de Chicago). Trata-se de estudos de terreno que visam a análise dos contextos de consumo das drogas, a observação do consumo das drogas em meio natural.

A etnologia das drogas é iniciada nos Estados Unidos nos anos 50. Os resultados dos primeiros estudos foram surpreendentes: o efeito das drogas não dependia apenas do princípio activo da substância mas também do *setting*, das expectativas e estereótipos subculturais sobre os efeitos. Tais estudos foram interrompidos cerca de 20 anos. Retomada nos Estados Unidos nos anos 70 e iniciada na Europa no princípio da década de 80, a etnografia das drogas estabeleceu um conjunto de dados que contrariam muitas das teses do senso comum:

- o consumidor de drogas é um actor social comum (estabelece relações sociais, procura normatividades, gere e organiza a sua vida);
- as toxicodependências são modos de vida: comportamentos desviantes ocultos, integrados numa vida normalmente estruturada em que o consumo é flexível (adaptando-se às flutuações do mercado, do dinheiro, etc.);
- as toxicodependências são processos ou trajectórias desviantes com diferentes estádios que não constituem necessariamente uma "escalada". Não existe uma só trajectória do uso desviante de drogas;
- existem "processos naturais" para a saída do uso regular e mesmo da dependência. Quanto mais não seja a "cura" por envelhecimento (*maturing out*) e os medos (da morte, da doença, da prisão). Bem entendido, estamos a referir-nos à grande massa de consumidores de drogas que não passam pelas instituições.

### A economia das drogas

Mais recente, esta área de estudos, que coloca em evidência o carácter económico das drogas, tem-se desenvolvido em três grandes linhas: a economia dos consumidores de drogas; a organização dos mercados das drogas e suas lógicas; as transformações económicas e sociais relacionadas com o tráfico de drogas.

Os estudos sobre a economia dos consumidores sustentam que a principal actividade dos consumidores-trafficantes não é o tráfico de drogas (nem tão pouco esta actividade lhes traz grandes proventos). Os rendimentos vêm de três fontes principais: actividade legal, mercado das drogas e criminalidade aquisitiva. Isto é, existem consumidores que sustentam o custo dos consumos por fontes de rendimento legais; outros, através da venda a retalho; outros, sobretudo os que já praticavam criminalidade aquisitiva antes do consumo de



drogas, colocam-na agora também ao serviço da sua dependência. Como sustenta M. Grapendaal (1995), apoiado nos seus estudos empíricos realizados em Amesterdão, o comportamento económico dos heroinómanos depende dos seus diferentes estilos de vida.

Quanto à organização dos mercados e suas lógicas, M. Schiray, apoiado em estudos efectuados na Grã-Bretanha, Itália, Países-Baixos, França e Estados Unidos estabelece cinco grandes níveis. Assim, existem nos países produtores: uma lógica de sobrevivência; uma lógica de economia criminal nos níveis intermediários de transformação e distribuição; uma lógica de interpenetração com a economia oficial ao nível de certos intermediários; uma lógica de consumo e de inserção socio-económica ao nível da distribuição final. Finalmente, quanto às "transformações económicas e sociais relacionadas com o tráfico de drogas", um importante projecto de investigação internacional organizado pela UNESCO/MOST (1997-2000) está em curso. Vem este projecto de investigação tentar obviar à pouca importância que as ciências sociais têm dado à oferta das drogas ilegais e às transformações sociais que esta oferta acarreta. O projecto tem ainda por objectivo criar uma rede de instituições de investigação em diferentes regiões do mundo: Ásia, América do Norte e do Sul, África, Médio Oriente, Europa Ocidental e Oriental (Programa de gestão das transformações sociais-MOST).

#### 2.2.5. A investigação sobre as drogas e fenómenos conexos

O consumo desviante de drogas está associado a outros problemas: criminais e sanitários. Esta associação é por vezes chamada os "custos da droga" e tem merecido algum empenhamento investigatório.

##### As drogas e o crime:

É inquestionável a relação entre o consumo de drogas e a prática de delitos (deixando de lado o facto da ilicitude do próprio acto de consumo de certas substâncias). Já a natureza dessa relação tem sido objecto de teses controversas. Alguma literatura defende a tese do senso comum, segundo a qual o consumo de drogas causa o crime. No entanto, projectos de investigação científica mais recentes e de desenho metodológico mais complexo põem em questão a natureza causal do elo entre drogas e crime. Com efeito, a evidência empírica de vários estudos conduzidos em diferentes países (EUA, Holanda, Canadá, Portugal) convergem quanto aos seguintes factos:

- a relação drogas-crime não é simples e linear, mas complexa e diversificada;
- o tipo de relação drogas-crime depende dos diferentes estilos de vida;
- a relação drogas-crime modifica-se segundo os estados de evolução das trajectórias desviantes;
- a relação drogas-crime varia em função dos espaços eco-sociais;

- existem variáveis individuais de tipo psicológico que medeiam a relação entre os comportamentos de consumo e a prática de delitos, como, por exemplo, variáveis psicofisiológicas, emocionais, cognitivas, funcionais e existenciais. (C. Agra et al., 1996).

#### Drogas e saúde:

Os estudos epidemiológicos sobre a incidência e a prevalência do VIH, cedo revelaram que as toxicodependências são comportamentos de alto risco. Tal facto desencadeou estudos de terreno sobre os comportamentos dos toxicodependentes (partilha e reutilização de seringas, práticas sexuais), quer nos Estados Unidos, quer na Europa (nomeadamente em França). A contaminação dos toxicodependentes pelo vírus da hepatite C também tem sido objecto de estudo. No seu conjunto, os estudos convergem para os seguintes factos:

- as mudanças de comportamentos de risco em toxicodependentes são mais problemáticas do que em outros grupos de comportamentos de risco;
- verifica-se uma diminuição progressiva da partilha de seringas;
- no entanto, mantém-se a partilha do resto do material de injeção;
- mantém-se a prática da reutilização das seringas;
- a partilha do resto do material da injeção e a reutilização das seringas desempenha um papel importante na contaminação dos toxicodependentes pelo VIH.
- verifica-se uma contaminação massiva dos toxicodependentes pelo vírus da hepatite C.

Estes dados apoiam-se nos estudos etnográficos desenvolvidos em França pelo IREP, sob direcção de R. Ingold (1997), sem dúvida o investigador que a nível internacional melhor tem abordado esta questão.

Por outro lado, os toxicodependentes assumem outros comportamentos de risco menos estudados, como são as práticas sexuais (prostituição, relações sexuais sob o efeito de drogas).

### 2.3. A investigação/intervenção

A intervenção funcionou "à solta" até há bem pouco tempo. São muito recentes as preocupações com a avaliação, a construção e a experimentação de instrumentos e metodologias. Os estudos comparativos são raros e a intervenção em modelos de experimentação social controversos (casos da Holanda e da Suíça). A investigação e a intervenção no domínio das drogas e das toxicodependências inicia as primeiras passadas de convergência e reconhecimento mútuo após um longo passado de mútua exclusão.

#### 2.3.1. A avaliação

Não há programa, hoje, que não preveja a avaliação. Tornou-se mesmo obrigatório falar de avaliação sempre que se pensa em programas de intervenção. A avaliação, sendo necessária, tornou-se também numa moda, mais um discurso que pode funcionar como ritual esconjuratório da crítica da razão prática.

Em síntese, a curta existência do discurso e das práticas de avaliação, já nos permite diferenciar tipos de avaliação: a avaliação que se diz e a avaliação que se faz; dentro desta última, a que se faz também "à solta" e por suposição (avaliação putativa) e a que se faz com método (avaliação efectiva).

A avaliação putativa supõe ser avaliação, mas não o é de facto. No geral este tipo de avaliação determina o valor de um programa após a sua consumação, através da recolha de opiniões dos próprios participantes no programa ou da emissão de um juízo feito por um actor do próprio sistema (chamada avaliação interna) ou de um sistema exterior (a chamada avaliação externa). Tal juízo baseia-se mais em suposições e jogos de opinião do que em factos. Muitos programas não obedecem sequer à primeira de todas as condições para uma efectiva avaliação: a possibilidade da própria avaliação, isto é, estaremos em presença de um programa avaliável?

Depois que a avaliação foi decretada e se tornou moda, os programas passaram a prever a avaliação. Resta saber se todos eles obedecem, no próprio acto que os concebe, às condições de avaliação. Em caso negativo a avaliação que sobre eles recai, interna ou externa, só pode ser de natureza putativa. A avaliação externa, dando embora mais garantias, não é, pois, por si só, critério eficaz de avaliação efectiva e objectiva.

A avaliação efectiva. Definida como juízo metodologicamente determinando, a avaliação efectiva de programas deverá obedecer às seguintes condições ou princípios:

- O programa, no momento da sua concepção e antes de ser posto em prática, já deve prever e incluir 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). Contrariamente ao que é habitual, a avaliação efectiva vem logo no princípio e não apenas no fim.

- Esta condição também vale para os avaliadores. A equipa que concebe e aplica um programa de intervenção deve ela própria incluir um especialista com experiência de avaliação, capaz de definir os métodos que melhor se adaptam à avaliação de um dado programa.

- Assim é dotado o programa de mecanismos próprios de auto-avaliação. São os factos estabelecidos pela aplicação dos instrumentos-avaliadores que determinam o valor de um programa.

- Na avaliação efectiva, a tarefa do especialista-avaliador consiste em programar o dispositivo-avaliador, que é de natureza instrumental e impessoal.

- A chamada "avaliação externa", na avaliação efectiva, consistirá em estimar o valor do dispositivo-avaliador inerente a todo o programa de intervenção avaliável: todo o programa que se dotar de mecanismos de auto-avaliação.

### 2.3.2. Instrumentos de diagnóstico

Entre as noções que foram emergindo do saber profissional, como "toxicoddependência", "dependência física", "dependência psicológica" e os instrumentos ou técnicas que permitam operacionalizá-las existe actualmente um grande desfasamento. O lado patológico do consumo das drogas é ainda dominado pela experiência da abordagem clínica. E as práticas já reclamam exames parciais no domínio das toxicoddependências.

Um único instrumento foi elaborado para medir a gravidade da dependência das drogas, o *Addiction Severity Index* (ASI) (Mc. Lellon, A. I. et al, 1980). O ASI difundiu-se na América do Norte e mais recentemente na Europa. Têm sido

feitos estudos de modificação e adaptação do instrumento a diferentes contextos culturais. Outros estudos relativos ao mesmo instrumento têm focado normas de standardização que permitam a comparação de dados entre diferentes países. Seria necessário adaptá-lo ao nosso país, não por mera tradução como é hábito entre nós, mas seguindo os procedimentos de validação que garantam que o instrumento mede efectivamente o que se pretende medir. Instrumentos que permitam diagnósticos diferenciais viriam resolver a questão de termos começado a falar em "toxicodependências" sem, no entanto, sabermos como categorizá-las e diferenciá-las com rigor.

### 2.3.3. Estudos comparativos

Têm sido múltiplos os programas de intervenção nas toxicodependências (ao nível da prevenção, tratamento e reinserção). A defesa de um dado modelo em favor de outros baseia-se, normalmente, mais em intuições ou em crenças que se instalaram acriticamente do que em estudos cujas metodologias permitam comparar a eficácia diferencial desse modelo em relação a outros que perseguem o mesmo objectivo.

## **3. Dispositivo nacional de investigação sobre drogas e toxicodependências**

### 3.1. A investigação existente

A investigação em Portugal sobre drogas e toxicodependências reparte-se em duas grandes categorias: a investigação administrativa e a investigação académica. A primeira é desenvolvida pelos organismos oficiais do "combate à droga" e serviços de prevenção e tratamento das toxicodependências. A segunda desenvolve-se nos centros de investigação das Universidades.

#### A investigação administrativa tem desenvolvido os seguintes estudos:

Estudos epidemiológicos que tendem a descrever a dimensão do fenómeno e a caracterizá-lo sob o ponto de vista socio-demográfico, quer através do método dos indicadores indirectos, quer através dos inquéritos em meio escolar. São os estudos de carácter estatístico desenvolvidos pelo GPCCD.

Estudos de avaliação que tendem a descrever o funcionamento e a eficácia dos serviços por um lado, e a caracterização socio-demográfica da população em tratamento por outro ( estudos iniciados em 1991, no SPTT).

Em termos gerais, a investigação administrativa ocupa-se mais da descrição epidemiológica e da intervenção do que da explicação do fenómeno das drogas.

#### A investigação académica:

Investindo na investigação fundamental, ocupa-se predominantemente da explicação, da interpretação e dos métodos descritivos não epidemiológicos.

Muito secundariamente se ocupa da intervenção.

Existem três tipos de investigação académica: a investigação conducente aos graus de mestre e doutor; a investigação apoiada pela Fundação para a Ciência e Tecnologia; a investigação encomendada pelos dispositivos oficiais de "combate à droga" pelas autarquias, pela Comissão Europeia, pelo Conselho de Europa, por outras instituições públicas ou privadas interessadas no esclarecimento de aspectos específicos.

Tendências e características da investigação académica - Um estudo efectuado, já no âmbito desta Comissão revela o seguinte:

- A investigação conducente a grau académico predomina sobre todos os outros tipos de investigação;
- É tardio o surgimento da preocupação universitária com o tema;
- É claro e significativo o aumento de interesse pelo tema (nos últimos dois anos produziram-se mais de 30% do total das teses existentes até este momento);
- Verifica-se, ao mesmo tempo, um alargamento das áreas científicas interessadas na produção de conhecimentos;
- As ciências psicológicas e do comportamento, em especial as disciplinas clínicas (psicologia clínica, psicopatologia, psicanálise), dominam sobre todas as outras áreas científicas. Surpreende a míngua de teses em dois importantes pólos do conhecimento científico: o polo constituído pela biologia, farmacologia e toxicologia; o polo constituído pelas ciências sociais e criminais.

### 3.2. Prioridades da investigação científica

Definem-se as prioridades de investigação em relação às áreas científicas, em relação aos objectos de estudo e em relação às práticas de intervenção.

#### Áreas científicas prioritárias:

São de privilegiar os estudos interdisciplinares em geral. A natureza do fenómeno das drogas reclama a comunicação entre várias disciplinas científicas, nomeadamente as que promovem investigação fundamental: a biologia, a farmacologia, a toxicologia, as neurociências, a psicologia, as ciências do comportamento, a etnologia, a sociologia, a economia e a criminologia. Precisamos sobretudo da construção de modelos teóricos cuja complexidade permita integrar os dados vindos das diferentes disciplinas. E para fazê-lo não são precisos grandes gastos, trata-se de pura investigação teórica e não empírica. A Comissão recomenda a investigação teórica interdisciplinar por duas razões: pela necessidade da articulação transversal da dispersão de factos estabelecidos isoladamente pelas diferentes disciplinas científicas; pela necessidade de articulação da evidência empírica produzida por equipas constituídas por cientistas oriundos de diferentes disciplinas.

Neste momento, a investigação prioritária é a que menos custos implica: a investigação do método interdisciplinar. A "interdisciplinaridade", sem método e modelos teóricos, ou fica por meras palavras e intenções ou é de má qualidade quando se torna efectiva.

Objectos de estudos prioritários:

A Comissão recomenda como prioritários os seguintes estudos:

- Estudos descritivos que nos permitam medir e caracterizar com maior rigor a dimensão actual do fenómeno das drogas e as suas flutuações no tempo. Não podemos, pois, limitar-nos aos métodos tradicionais (inquéritos e indicadores indirectos). A eles teremos de associar métodos mais finos, sejam de carácter quantitativo ou de carácter qualitativo
- Estudos explicativos e interpretativos que permitam operacionalizar empiricamente a consensual lei do efeito (substâncias, indivíduo, contexto). São necessários estudos interdisciplinares de carácter empírico que esclareçam as relações entre tipos de drogas, tipos de comportamentos individuais, tipos de contextos envolventes. É devido à ausência deste tipo de estudos que pouco sabemos sobre o uso de drogas e o processo das toxicodependências.
- Estudos comparados sobre o consumo das drogas sintéticas e o consumo de opiáceos e cocaína.
- Estudos de macro- e micro-economia das drogas.

As prioridades da investigação/intervenção:

- Levantamento crítico dos programas de prevenção, tratamento e reinserção levados a cabo em Portugal durante os últimos dez anos;

- Criação de metodologias de avaliação de programas;

- Estudo sobre a necessidade, a viabilidade e o tipo de experimentação social

sobre as drogas no nosso país. Interessa responder, com base em discussão

racionalmente argumentada e empiricamente fundada, às seguintes questões:

- Que há de particular e inovador nas experiências holandesa e suíça?
- A importação, necessariamente adaptada, dessas experiências contribuiria para uma melhor resolução dos nossos problemas? Teremos nós problemas semelhantes?
- Em caso afirmativo, dispomos nós de condições para o fazer?

A resposta a estas questões tem de ser rapidamente encontrada: não pela discussão politico-partidária, não pelos estereótipos da opinião pública e pela relação de forças dos grupos de pressão. Só um estudo fundado na experiência técnica, no conhecimento científico e na reflexão ética nos poderá garantir o conjunto de respostas que nos coloquem na via certa ou, pelo menos, na via do bom senso.

### 3.3. Actores de investigação científica

Quem são os actores da investigação científica no domínio das drogas? A definição, categorias e competências dos actores da investigação (cientistas) estão definidas em dois diplomas legais: "o estatuto da carreira de investigação científica" e o "estatuto da carreira docente universitária". As categorias previstas na carreira de investigação são as seguintes: estagiário de investigação; assistente de investigação; investigador auxiliar; investigador principal; investigador coordenador (artigo 2º, D.L. Nº 219/92 de 15 de Outubro). As categorias previstas no estatuto da carreira docente universitária são as seguintes: assistente estagiário, assistente, professor auxiliar, professor associado, professor associado com agregação, professor catedrático.

A Comissão entende que a definição dos actores de investigação científica no domínio das drogas não deve ser diferente da que é aplicável a outros domínios.

Recomenda ainda a Comissão que, sendo o fenómeno das drogas um problema nacional, o governo institua a carreira da investigação científica nos serviços públicos ou nos centros universitários, onde a produção do conhecimento científico sobre drogas se desenvolve de forma sistemática. Deste modo, contribuiríamos para a constituição de uma comunidade científica estável neste domínio. E a lei prevê-o, em termos gerais e abstractos: "será possível a



extensão, por simples portaria, da carreira de investigação científica a novos serviços onde o Governo entenda instituí-la" (D.L. N°219/92, preâmbulo).

### 3.4. Estrutura organizativa

A estrutura organizativa da investigação em drogas e toxicodependências deverá prever as grandes linhas de investigação, os espaços institucionais para a sua realização e os recursos materiais e humanos.

#### Linhas de investigação

Se as prioridades de investigação poderão ser definidas consoante as circunstâncias, já as grandes linhas estruturantes desses diferentes projectos deverão manter-se estáveis no tempo. Essas linhas estruturais de investigação são as que decorrem da própria lógica de investigação: a descrição, a explicação/interpretação, que de algum modo se confunde com a investigação fundamental, a investigação/intervenção. Por outras palavras: os projectos que visam o conhecimento científico das drogas e das toxicodependências, descrevem o fenómeno, tentam explicá-lo e interpretá-lo, contribuem e concorrem para uma eficiente intervenção sobre ele.

#### Espaços institucionais

Onde se desenvolvem as actividades de investigação? A investigação administrativa, vocacionada para a descrição epidemiológica, deve funcionar nos dispositivos já criados pelo Gabinete de Estudos do GPCCD do Ministério da Justiça e pelo Observatório Vida. Com efeito, ambos perseguindo objectivos próximos e em alguns aspectos concidentes, não faria sentido manter a duas unidades. Assim, propõe a Comissão que os estudos descritivo-administrativos se desenvolvam no Observatório Europeu das Drogas e Toxicodependências (OEDT). Ao OEDT ( estrutura do IPT) competirá levar por diante os trabalhos de competência do actual Observatório Vida, mais os estudos epidemiológicos e outras actividades do actual Gabinete de Estudos do GPCCD.

As preocupações actuais com os programas de intervenção e sua avaliação justificam a criação de uma nova unidade: um laboratório de métodos de intervenção e avaliação. Ao laboratório competirá desenvolver a investigação administrativo-interventiva, ou seja, a sistematização e análise dos dados relativos a programas de prevenção, de tratamento e de reinserção.

Dada a necessária articulação entre a descrição do fenómeno e a intervenção sobre ele, é de toda a conveniência que as duas unidades se encontrem intimamente ligadas.

Das unidades de investigação fundamental espera-se, basicamente, que expliquem e interpretem, isto é, identifiquem os factores, as estruturas e os processos do fenómeno das drogas. Mas compete-lhes, também, contribuir para uma descrição mais fina e complexa do fenómeno, bem como participar em estudos de construção e avaliação de metodologias e técnicas de intervenção.

#### Recursos

A investigação universitária sobre drogas e toxicodependências deveria poder ser autónoma. Dependente, por via de regra, das encomendas que lhe são dirigidas pelas instâncias do "combate à droga", em geral preocupadas com problemas imediatos ou de curto termo, a investigação universitária não leva por diante projectos de investigação fundamental de longo termo que

efectivamente poderão conduzir à construção e corroboração de modelos explicativos sólidos.

Por outro lado, os projectos de investigação sobre drogas apresentados a concurso à Fundação para a Ciência e Tecnologia têm de sujeitar-se à lógica das disciplinas científicas estabelecidas, ficando, assim, dependentes de uma dessas áreas: ciências biomédicas, psicologia, ciências sociais, história, direito, etc.. E o obstáculo é tanto maior quanto se trata de projectos que, por fidelidade ao princípio da interdisciplinaridade exigido pelo fenómeno, articulam os níveis biológico, psicológico e social. Qual das áreas científicas actuais pode absorver um projecto cuja dimensão compreende o concurso da biologia, das neurociências, das ciências psicológicas e da etnologia? Duplamente dependente, para além de ser "objecto maldito" do qual também os universitários se afastam, fácil se torna compreender o estado de sub-desenvolvimento em que se encontra o conhecimento do fenómeno das drogas. Os problemas sociais e humanos têm, lamentavelmente, sido objecto de exclusão e marginalização por parte das agências do desenvolvimento científico e tecnológico. É tempo de reparar esta grave falha.

Assim, recomenda a Comissão que a Fundação para a Ciência e Tecnologia ofereça condições para o desenvolvimento da investigação científica no domínio das drogas, criando uma área cuja natureza epistemológica se adapte aos projectos relativos a este campo interdisciplinar. Pois ele resiste, teimosamente, às reduções a que as disciplinas constituídas por sistema o pretendem sujeitar.

---

# INVESTIGAÇÃO E FORMAÇÃO

## **B - Formação em Drogas e Toxicodependências**

### **1. A formação e a investigação**

A formação e a investigação estão profundamente ligadas: a formação reclama a produção, o acumular e a transformação dos conhecimentos (a investigação); reciprocamente, o conhecimento dos fenómenos reclama a permanente transformação das formas e métodos de pensar e agir (a formação). Assim é também no domínio das drogas: a qualidade da formação depende dos conhecimentos existentes. Mas estes apoiam-se, por sua vez, na qualidade da formação científica que os produziu.

A formação científica consiste na aprendizagem de métodos científicos susceptíveis de produzirem conhecimento sobre o fenómeno das drogas. É a aprendizagem que tem de fazer um aluno de doutoramento, ou equivalente, que consagra o seu labor à clarificação de um dado problema ou ponto obscuro, no seio de uma das múltiplas dimensões que o fenómeno das drogas apresenta. É, ainda, a aprendizagem permanente que mesmo o cientista sénior tem de fazer, nomeadamente o exercício de descentração das categorias que ele próprio produziu, prática fundamental para a constituição do espírito interdisciplinar e de uma comunidade científica das drogas e das toxicodependências. Este tipo de formação, ao mesmo tempo produtora de conhecimento, é considerada prioritária pela Comissão, tendo em conta os reduzidos conhecimentos de que dispomos sobre o fenómeno das drogas.

As propostas aqui apresentadas levam em conta as considerações feitas na secção anterior (a investigação científica), bem como noutros capítulos deste Relatório que apelam para as necessidades de formação.

E, desde logo, para colocar as seguintes questões: Quais as necessidades de formação? Que respostas têm sido encontradas? Tendo em conta as condições do conhecimento científico e técnico, que respostas são desejáveis e possíveis? A que condições devem elas obedecer?

Eis as questões de fundo que vão dirigir as análises e as propostas que nos pontos seguintes se apresentam.

### **2. As necessidades de formação e suas categorias**

As necessidades de formação sistemática no domínio das drogas e das toxicodependências têm sido objecto de preocupação desde a segunda metade da década de 80, quer por organizações internacionais, quer pelas associações dos profissionais deste domínio, quer ainda pelos serviços. A Convenção de Viena (1987) recomenda 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 (Junho de 1998), a 20ª. Sessão Especial de Assembleia Geral das Nações Unidas sobre drogas recomendava: "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. Apresentam maior expressão, entre nós, a ANIT, a ITACA e a T3E. Existem neste momento na Europa cerca de três dezenas de organizações governamentais e, maioritariamente, não governamentais que almejam o desenvolvimento, a difusão e a troca de conhecimentos nos domínios das substâncias psicoactivas e seus efeitos, prevenção, tratamento e políticas gerais de intervenção.

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 (polícias, guardas prisionais, técnicos de reinserção social, magistrados), profissionais de saúde e de comunicação social.

Repartem-se as necessidades de formação em duas grandes categorias: a formação geral e a formação específica.

A formação geral. Trata-se da 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. Trata-se da produção e aprendizagem de conhecimentos e treino de competências em: modelos conceptuais, metodologias de investigação, 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.

Assim, é considerada necessária uma formação básica ou inicial em drogas e toxicodependências nos planos de curso das licenciaturas em medicina, farmácia, enfermagem, psicologia, ciências da educação, sociologia, serviço social, direito e comunicação social; nos planos de formação das forças de segurança; nos planos de formação complementar e especializada de professores; nos planos de formação de animadores sociais e outros possíveis intervenientes. Com efeito, os profissionais da saúde, da educação e das instâncias de controlo social, no exercício das suas actividades profissionais, deparam frequentemente com o problema das drogas e do seu abuso, sem que

uma formação mínima os prepare para uma compreensão, ainda que genérica, do problema e para uma intervenção ou encaminhamento eficazes. Salvo raríssimas exceções, as Universidades portuguesas não tomaram ainda consciência desta grave lacuna da formação académica. É, pois, desejável que as Universidades sejam sensíveis à formação inicial em drogas e toxicodependências nos planos de curso que conduzirão a áreas profissionais em cujos serviços é plausível supor que o problema se coloque.

A formação dos profissionais que de modo permanente intervêm no domínio das drogas e das toxicodependências reparte-se por duas sub-categorias: a formação técnica e a formação técnica especializada e pós-graduada.

A formação técnica. Trata-se da formação complementar necessária à formação de base para a intervenção no domínio das drogas e das toxicodependências. Compreende uma formação inicial (sem prejuízo da formação básica académica) e a assimilação, mais ou menos crítica, da "cultura" dos serviços onde o técnico exerce a sua actividade profissional. É na passagem duma formação académica numa dada disciplina científica (ou de uma outra actividade profissional) para o exercício de uma actividade profissional no domínio das drogas e das toxicodependências que se inscreve a exigência de uma formação técnica específica. Na mesma linha se deve inserir a formação contínua dos técnicos sem formação especializada ou pós-graduada.

A formação técnica especializada e pós-graduada. Compreende a actualização e tradução de conhecimentos científicos, tendo em vista o enquadramento teórico da prática; a aprendizagem com a avaliação, que deve ser sistemática, da experiência profissional exercida em espírito de equipa. É a aprendizagem que visa o competente exercício profissional em domínios específicos das drogas: prevenção, tratamento e reinserção, formação e avaliação.

### **3. Iniciativas de formação**

Inúmeras "acções de formação" sobre drogas têm vindo a multiplicar-se ao longo dos anos, sob as formas mais diversas. Os actores destes discursos, surgem de diferentes quadrantes: técnicos, religiosos, morais, jurídicos, mediáticos, políticos...

O fenómeno das drogas, dominado pelos mais diversos interesses, é objecto de uma verdadeira inflação discursiva. A excessiva abundância das opiniões, das ideologias, das noções vagas e vazias de conteúdo contrasta com a penúria da formação geral e específica, solidamente fundada no conhecimento.

A oferta de formação em drogas e toxicodependências evoluiu em três etapas, segundo L. Pantoja (1998):

A primeira vai dos anos 70 até ao início dos anos 80. Caracteriza-se, em geral, pela incerteza em relação à formação dos profissionais. As autoridades

sanitárias e sociais, tomadas de surpresa pela transformação do consumo de drogas em problema social, reagiram com acções de formação cujos conteúdos e métodos foram, em geral, os seguintes:

- os conteúdos organizaram-se numa "perspectiva sanitária tendo em vista a preparação para uma resposta imediata de assistência a uma nova sintomatologia".

- o método de formação "reduziu-se a cursos, jornadas, seminários, colóquios, conferências", que... utilizando uma expressão muito conhecida do norte de Espanha, Juan A. Abeijon denominou a "formação pica pica"

Trata-se de respostas de formação momentâneas, sem continuidade nem planificação, apesar de nesta etapa se ter iniciado, em momento posterior, o discurso da prevenção e a abertura aos aspectos psicossociais.

A segunda etapa estende-se do início da década de 80 até meados da década de 90 e caracteriza-se pela "necessidade de sistematizar a formação dos profissionais". Foi, então, que em Espanha se olhou para as universidades "enquanto instituições com possibilidades ...de organizar e estruturar a formação". Apesar da sua "inexperiência", diz o autor, as Universidades espanholas aceitaram o repto, oferecendo formação em dois sentidos: incluindo o tema das drogas nos "currícula" dos diferentes planos de estudo relacionados com o tema (medicina, psicologia, etc.); organizando a formação de profissionais através de programas de mestrado e de perito em toxicodependências.

A terceira etapa, iniciada na segunda metade desta década, (e após uma inflação de mestres e peritos em toxicodependências não absorvidos pela procura) caracteriza-se, em algumas Universidades, como a de Deusto, pela oferta de uma diversidade de planos de formação do tipo "ementa", com carácter de actualização de conhecimentos teóricos e práticos destinados a profissionais com uma formação de nível de mestrado ou de especialista.

#### **4. Princípios para a formação em drogas e toxicodependências**

A vontade de saber e de saber-fazer sobre as drogas e as toxicodependências não pode ser entregue às flutuações próprias dos improvisos e do jogo das oportunidades ou a estruturas programáticas centralizadas e rígidas.

A planificação da formação deverá reger-se:

- pela definição clara e precisa das finalidades específicas, que no seu conjunto deverão convergir para uma maior qualidade e eficácia dos serviços;

- pelo princípio da diferenciação dos tipos e níveis de formação em função dos objectivos;
- pelo princípio da integração dos diferentes tipos de formação;
- pelo princípio da racionalização dos meios;
- pelo princípio da interdisciplinaridade, tendo em conta as múltiplas dimensões e a natureza sistémica do fenómeno das drogas;
- pelo princípio da formação e actualização contínuas, exigidas pela natureza dinâmica do fenómeno;
- pelo princípio da comunicação entre unidades de formação nacionais e internacionais, designadamente europeias;
- pelo princípio da ética profissional, visto a lógica do serviço dever sobrepor-se à lógica do ganho e do interesse.

## **5. Objectivos da formação**

Formar para quê? Para criar conhecimento crítico sobre o fenómeno das drogas; para conceber formas e métodos de intervenção sobre ele em estreita ligação com o conhecimento produzido; para uma aprendizagem do conjunto dos processos que a experiência da intervenção sobre as drogas foi estabelecendo, em ordem ao saber-fazer com arte; para instruir e esclarecer, através da transmissão de conhecimentos, aqueles que, por diferentes formas, têm de gerir e controlar no seu quotidiano ( profissional ou outro ) o problema das toxicodependências.

Importaria para já e a curto prazo:

- impulsionar a formação inicial no domínio das drogas nos planos de estudos de áreas profissionais que, directa ou indirectamente, se relacionam com o problema das drogas;
- programar e organizar a formação dos profissionais intervenientes na problemática das drogas e das toxicodependências;
- constituir sistemas de troca permanente de experiências de intervenção e de métodos de avaliação, dentro do país e com outros países;
- criar condições para que a "inter" "pluri" "multi" "trans" disciplinaridade vão além da palavra e se concretizam em programas de formação capazes de quebrar o isolacionismo disciplinar e profissional;
- desenvolver competências do trabalho em equipa. Seria necessário que o trabalho de equipa se tornasse efectivo, não pela mera justaposição de intervenções especializadas, mas pela composição de diferentes actos profissionais, harmonizáveis em modelos complexos de intervenção.

## **6. Tipos de formação**

Em obediência ao princípio da diferenciação, a formação em drogas e toxicodependências não é homogénea, mas diferencial segundo funções e níveis de aprofundamento.

### **6.1. A formação técnica**

Vocacionada para a aquisição de conhecimentos e treino de competências da intervenção em drogas e toxicodependências compreende uma formação inicial e uma formação contínua.

Quanto à formação inicial, recomenda a Comissão a seguinte estrutura curricular:

módulos teórico-práticos; um período de trabalho numa área específica ou em várias (prevenção, tratamento, reinserção, formação e informação), supervisionado por um ou mais especialistas

Quanto à formação contínua, propõe a Comissão:

- que a formação contínua seja dotada de uma lógica e organizada em função da efectiva aquisição de conhecimentos, métodos, técnicas e competências necessárias à real melhoria dos serviços prestados à comunidade;
- que a formação contínua seja planeada e sistemática, organizando os conteúdos em função do levantamento das carências de formação sobre temáticas já estabelecidas e dos novos conhecimentos relativos às transformações do fenómeno das drogas;

## 6.2. A formação técnica especializada e pós-graduada

Os conhecimentos advindos da investigação científica por um lado e do acumular da experiência técnica por outro, justificam a formação especializada e pós-graduada em toxicodependências.

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 (prevenção, tratamento e reinserção, formação e avaliação de programas), é a aprendizagem baseada predominantemente na experiência e cultura técnica dos serviços. A estrutura curricular desta última seria a seguinte:

- um tronco comum de formação teórico-prática;
- trabalhos dirigidos, durante um certo período, numa dada área específica: prevenção, tratamento e reinserção, formação, avaliação de programas;
- elaboração de um relatório de síntese;

A avaliação dos trabalhos e a atribuição do título de especialista deveria ser efectuada por um júri a designar pela entidade encarregue da formação.

## 6.3. A formação geral

A formação dirigida a determinados sectores da população deverá ser planeada e estruturada por um dispositivo de formação, não devendo continuar entregue às flutuações dos pedidos e das iniciativas. Recomenda a Comissão que as equipas especializadas em formação possam integrar técnicos com formação de



base em ciências da educação. Com efeito, esta área, até aqui pouco presente na intervenção, poderia colmatar, com garantias de eficácia, as graves lacunas sentidas e expressas no que respeita à formação geral e à formação de educadores.

## **7. Para além das especialidades: a formação interdisciplinar e a formação contínua.**

Que a natureza do fenómeno das drogas obriga ao princípio da interdisciplinaridade é um dado inquestionável; que o problema das drogas não é estável mas dinâmico, assim obrigando à permanente inovação e actualização de conhecimentos também não oferece dúvidas.

Donde, 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.

Entende, assim, a Comissão, que a formação especializada em drogas e toxicodependências não pode dispersar-se em múltiplas iniciativas, sob pena de esbanjamento de meios e da hipoteca da qualidade. 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.

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 de intervenção em drogas e toxicodependências.

Tais acções de formação contínua sobre pertinentes temas interdisciplinares criam as 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. Neste sentido, julga a Comissão importante e imprescindível a formação interdisciplinar.

## **8. Racionalização dos meios**

A experiência demonstra que a dispersão redundante em dispêndio e má qualidade. Num país pequeno e de recursos limitados como o nosso, maior razão há para evitar a dispersão de iniciativas de formação num domínio em que o conhecimento e os competentes actores de sua produção e transmissão são escassos. Isto, sem prejuízo de se reconhecer a necessidade de experiências locais cuja qualidade técnica não suscite dúvidas.

Assim se propõe como princípio geral da formação em drogas e toxicodependências, a conjugação dos recursos existentes, criados por diferentes iniciativas de reconhecida qualidade. Não faz qualquer sentido organizar cursos de pós-graduação, de mestrado e de especialização em toxicodependências dirigidos exclusiva ou especialmente a certas categorias profissionais, como médicos, psicólogos, assistentes sociais, etc.. Para além da inerente dispersão, tal política de formação trairia o princípio da interdisciplinaridade.

A lei portuguesa reguladora dos mestrados já permite e recomenda a articulação entre Faculdades e mesmo Universidades, em ordem à organização deste nível de ensino e formação. Esta é uma filosofia de formação e ensino que tende cada vez mais a afirmar-se a nível internacional, tendo vindo a surgir cada vez mais áreas de formação científica e técnica partilhadas por vários países. Melhor será um curso de mestrado, pós-graduação ou especialização em toxicodependências organizado entre várias instituições mas de grande exigência e qualidade, do que uma inflação de acções de formação de tipo paroquial, que não passam de uma catequese mais ou menos elementar na área das drogas.

Em resumo, quer pelo princípio da racionalização de recursos e defesa da qualidade, quer pelo princípio da interdisciplinaridade e do intercâmbio científico e técnico, é recomendada a constituição de mecanismos organizadores e reguladores da formação em drogas e toxicodependências. É desejável que tais mecanismos surjam e solidifiquem, tanto nos serviços públicos especializados em drogas e toxicodependências como nas Universidades com efectiva experiência de produção de conhecimentos neste domínio. É, ainda, desejável o intercâmbio entre serviços e Universidades, estabelecido, eventualmente, ao abrigo de protocolos de colaboração.

## **9. Estruturas organizativas de 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. Neste sentido, a Comissão sugere a criação de uma unidade de formação no âmbito do IPDT. Os actuais CIACs, até agora estruturas informais dos SPTT, passariam a ter existência formal. Integrados nesta unidade nacional, eles representariam a estrutura local de resposta às necessidades de informação e formação geral. A formação técnica inicial incumbe aos serviços organizá-la em estreita colaboração com a unidade de formação.

A formação especializada e pós-graduada exigirá a cooperação entre os diferentes serviços, aos quais compete a supervisão dos trabalhos práticos, e a unidade de formação do IPDT, à qual compete a organização da formação teórico-prática. Os mestres em toxicodependências constituem um importante recurso de formação a este nível. Ainda que mínima, a colaboração entre a unidade de formação do IPDT e as Universidades é fundamental, tendo em vista a necessária actualização geral do conhecimento científico.

A formação pós-graduada e de mestrado, competindo às Universidades, requer, no entanto, a colaboração dos serviços, designadamente a criação de condições para que os trabalhos de elaboração das teses sejam exequíveis. Recomenda, pois, a Comissão, que os serviços apoiem (através da equiparação a bolseiro ou outras formas de dispensa de serviço previstas na lei) aqueles técnicos que, durante a parte lectiva do curso de mestrado, deram provas de poder levar por diante um trabalho de investigação. Os serviços receberão em troca, através desses trabalhos de tese, um acréscimo de conhecimento que certamente encontrará tradução nas práticas de intervenção. As Universidades, por seu

turno, fugirão ao academismo, indagando, através da estreita colaboração com os serviços, sobre as linhas de investigação e formação a merecerem desenvolvimento prioritário. Aos serviços e aos seus responsáveis nacionais caberá criar as condições práticas que assegurem a formação básica e continuada dos seus profissionais e providenciar pela plena valorização de tal investimento na progressão das respectivas carreiras.

Chegou o tempo da aliança comunicacional entre as Universidades e os serviços. Os graves problemas que afligem a comunidade não perdoam solipsismos arcaicos.

---

# IMPLICAÇÕES ORGANIZATIVAS

Um capítulo sobre implicações organizativas poderia, à primeira vista, parecer desnecessário neste Relatório. Bastaria que a Comissão pensasse as opções estratégicas como directrizes teóricas gerais e sugestões práticas avulsas, desligadas dos sistemas que as devem transformar em realidades palpáveis no terreno. Não é esse o entendimento da Comissão, as estruturas propostas para corporizarem uma determinada estratégia fazem elas próprias parte dessa estratégia, sob pena de uma desadequação entre objectivos e meios de os conseguir que conduz a um fracasso certo. Acresce ter o Governo já anunciado a criação do Instituto Português das Drogas e das Toxicodependências (IPDT), pelo que a Comissão não poderia deixar de se pronunciar sobre as suas eventuais atribuições e a possível articulação com a estrutura já existente, no seguimento, aliás, das pistas que salpicam outros capítulos deste Relatório.

A Comissão defende, num âmbito mais vasto, a posição expressa no capítulo sobre Prevenção que preconiza a extinção do Projecto VIDA. Apoia-se para isso no balanço que faz das actividades desenvolvidas ao longo dos últimos onze anos e nas sugestões que apresenta para o futuro.

Assim:

Em 31 de Março de 1987 o Conselho de Ministros aprovava a Resolução 23/87 que "contemplava um programa integrado de combate à droga, designado por Projecto VIDA, abrangendo a prevenção primária, o tratamento e reinserção social e o combate ao tráfico". Para consubstanciar esta visão abrangente e integrada, considerada indispensável, foi criada uma entidade coordenadora das actividades dos diferentes ministérios envolvidos nas áreas de acção referidas. O resultado obtido não correspondeu às expectativas. O Projecto VIDA nunca conseguiu aparecer como a resultante harmoniosa das acções levadas a cabo pelos diferentes serviços e a sua imagem sempre se confundiu com a da estrutura coordenadora.

Tal facto, associado à dispersão de recursos económicos de que as valências técnicas no terreno desesperadamente necessitavam, cedo provocou um ambiente de mal-estar entre o Projecto VIDA (leia-se estrutura coordenadora) e os serviços especializados, que passaram a olhar o Projecto "de fora" e com algum ressentimento.

Acresce que rapidamente se instalou uma confusão fatal quanto às atribuições da estrutura coordenadora do Projecto, tanto a nível central como distrital. O que se esperava dele? Uma "simples" coordenação dos recursos existentes? Ou, pelo contrário, a liderança de iniciativas próprias, diversas das levadas a cabo pelos serviços, embora teoricamente seguindo as mesmas linhas estratégicas de intervenção? A "simples" coordenação desde logo levanta problemas. Para a conseguir é necessário um estatuto que envolva uma dimensão de poder

efectivo sobre pessoas e serviços, a sua ausência faz deslizar o trabalho para infundáveis e esgotantes negociações provocadas por interesses e rivalidades, corporativos e individuais. Se a nível central o problema se pôs, no entender da Comissão, sobretudo pela habitual parcimónia dos diferentes ministérios em abrir mão do poder nas respectivas áreas de intervenção, a nível distrital as dificuldades centraram-se na diminuta autonomia decisória dos representantes ministeriais e na difícil articulação entre os seus quotidianos profissionais e o papel a desempenhar no Núcleo.

Mas a Comissão entende que a segunda pergunta teve, ao longo de todo este tempo, uma resposta afirmativa, a estrutura de coordenação foi incitada a assumir uma dimensão executora que levantou problemas complicadíssimos, bastará para o confirmar reler as funções megalómanas cometidas aos Coordenadores Distritais. Dos resultados epidemiológicos ao diagnóstico da situação local, da sensibilização das populações à formação destinada a diversos grupos profissionais, da prevenção à reinserção, de tudo um pouco lhes foi pedido. Mesmo admitindo a sua (alguma) experiência nas diferentes áreas, o que sempre esteve longe de ser a regra, com que meios o poderiam fazer? Sem equipas próprias (com excepção de Lisboa e Porto, cujo estatuto particular implicou algum esforço insuficiente nesse sentido), as respostas só poderiam vir dos técnicos dos serviços que constituíam os Núcleos. Estava criada uma dinâmica imparável de duplicação de acções e exaustão de meios, para não falar da necessidade de uma articulação entre estratégias dos serviços, teoricamente inseridas nas do ministério a que pertenciam, e do Projecto VIDA, em princípio decorrente da adaptação local de directrizes emanadas de Lisboa para as diversas áreas de intervenção. Pelo menos até à última reformulação do Projecto, tais linhas estratégicas, pois disso se trata, primaram pela ausência, o que facilitou um clima de apoio indiscriminado e sem qualquer tipo de avaliação às iniciativas mais díspares, a pretexto do conceito de prevenção inespecífica.

A Comissão considera que a estrutura do Projecto sofreu também os efeitos de um exagerado peso. Do Conselho Nacional de Prevenção da Toxicodependência, mudo e quedo apesar - ou por causa? - dos seus mais de trinta membros putativos, às Comissões Interministerial e Coordenadora Nacional, compostas, respectivamente, pelos Ministros e seus delegados, tudo indica uma excessiva burocratização em área que a deveria reduzir ao mínimo. Por outro lado, a dependência dos Núcleos Distritais dos Governos Cívicos não foi uma decisão acertada. Desde logo pela situação quase mendicante em que os Núcleos se encontraram no que aos recursos diz respeito, dos aspectos de secretariado aos de transportes. Acresce que a imagem proporcionada é a de uma colagem ao poder político, os coordenadores dificilmente se libertam de um diagnóstico de "gente de confiança" e a grande renovação que se deu no rescaldo das últimas eleições em nada contribuiu para afastar esse fantasma.

Em 15 de Outubro de 1996, um outro Conselho de Ministros aprovava o Decreto-Lei nº 193/96. Nele se dizia: " Volvidos que estão nove anos sobre a

criação do Programa Nacional de Combate à Droga, designado Projecto VIDA, entendeu o Governo, ao eleger a problemática da toxic dependência como uma prioridade nacional, ser necessário proceder à reflexão, sistematização, avaliação e reforço dos instrumentos e medidas até aqui em vigor". A Comissão reconhece o esforço e progresso dos últimos dois anos em diversas áreas, bem assim como lamenta a permanência de certos tiques mediáticos. O encorajamento de uma discussão descomplexada por parte da Presidência da República, o desejo de linhas estratégicas claras evidenciado pelo Governo em geral e o Ministro da tutela em particular, o trabalho feito pela Assembleia da República e o comportamento responsável das oposições são sinais reconfortantes.

A Comissão deseja exprimir com clareza a sua convicção de que o modelo se esgotou sem cumprir uma parte assinalável dos objectivos a que se propôs e não é passível de auto-regeneração. Se essa era já a opinião de alguns dos seus membros quando do início dos trabalhos, as respostas dos Coordenadores Distritais às perguntas que lhes foram dirigidas não fizeram mais do que a confirmar e consensualizar (ver anexo junto\*).

A Comissão deseja agradecer a inestimável colaboração dos Núcleos Distritais na figura dos seus Coordenadores e salientar que às queixas se juntou também a descrição de sucessos obtidos em condições bem difíceis e ideias que inspiraram algumas das sugestões deste Relatório. Mas dois factos parecem indiscutíveis: onze anos volvidos tais relatos deveriam ser impensáveis; o muito que de bom foi conseguido deveu-se bem mais ao extraordinário empenho das pessoas do que às virtualidades de uma estrutura.

"Remendar" esta situação implicaria meios humanos e financeiros que não existem e a criação de um serviço paralelo aos que lidam com a problemática das drogas, a que agora se vem juntar o Instituto Português das Drogas e das Toxic dependências, cujas atribuições a Comissão considera responderem a muitos dos anseios expressos pelos Coordenadores. O Projecto VIDA coordenou menos e agiu mais do que devia. É tempo de dotar os serviços dos meios indispensáveis ao seu correcto funcionamento, exigindo e avaliando o seu esforço que, aliás, no passado não negaram. Parece à Comissão que as propostas avançadas neste Relatório asseguram uma descentralização mais eficaz do que a existente. Por outro lado, sem negar o interesse de uma coordenação central, preferiria que ela resultasse do contacto directo entre o conjunto dos serviços ministeriais e a tutela política. Por isso, e em coerência com o exposto, a Comissão está ciente de que as alterações por ela sugeridas implicam a modificação ou mesmo revogação de legislação recente, aliás assumida como provisória pelo próprio Governo.

Prosseguindo a análise aos dispositivos com competência em matéria de drogas/toxic dependências e tendo em vista os ajustes a ponderar para o futuro, constatou ainda a Comissão que as respostas em termos de prevenção, tratamento e ressocialização cometidas aos serviços próprios\* se inscrevem num

sistema mais alargado de controlo das drogas e precursores constante das Convenções Internacionais ratificadas por Portugal - que envolve um vasto conjunto de serviços aos quais a Lei atribui tarefas específicas\*. Também neste contexto alargado a Comissão considera deficitário o nível de coordenação/articulação que no passado recente foi desenvolvido para garantir à acção dos diferentes serviços um grau aceitável de unidade. Entende ainda

a Comissão que subsistem áreas relevantes de intervenção insuficientemente providas de resposta, enquanto outras há onde se registam sobreposições ou duplicações na acção desenvolvida.

Estão no primeiro caso a "prevenção primária" na "comunidade" que não está (ainda) coberta, nem pela Educação nem pela Saúde, bem como as da recolha, análise de dados, promoção de estudos, investigação, avaliação de projectos, formação dos profissionais da acção directa, apoio à iniciativa privada; no segundo, a cooperação internacional e externa.

Entende por outro lado a Comissão que a resposta pública aos problemas levantados pelo fenómeno das drogas/toxicoddependências deverá ser assegurada pelos serviços sectoriais com os mesmos mais directamente confrontados (Educação, Saúde, Justiça, Juventude, Trabalho e Solidariedade), os quais deverão progressivamente incluir nas suas actividades e estratégias respostas à nova realidade social que se traduz pelo consumo e tráfico de drogas. Será desta forma garantido o melhor aproveitamento dos recursos e das potencialidades de cada um dos subsistemas, evitando-se, ao mesmo tempo, a proliferação de serviços, com as dificuldades de articulação que lhe são inerentes.

As sugestões aqui formuladas e as alterações dos dispositivos de intervenção delas decorrentes deverão ser consideradas como "transitórias". O evoluir da situação e a análise do funcionamento prático das estruturas deverão constituir exercício periódico orientador das alterações/aperfeiçoamentos a introduzir no futuro, não esquecendo estarmos perante um fenómeno insuficientemente conhecido.

## **1. Intervenção Directa**

### **1.1. Distribuição de competências**

A Comissão considera que, na generalidade dos casos, é de manter a distribuição sectorial de competências e atribuições consagrada na actual legislação (Dec.-Lei nº 15/93 e diplomas complementares).

### **1.2 Serviço Nacional para as questões das Drogas/Instituto Português das Drogas e das Toxicoddependências**

A Comissão concorda com a criação do Instituto Português das Drogas e das Toxicod dependências, como Serviço Nacional congregador de um conjunto de funções insuficientemente valorizadas (estudos, investigação, intervenção na comunidade, avaliação, formação) ou dispersas por serviços diversos (recolha/análise de dados, cooperação internacional e externa).

Nesta óptica, o IPDT integrará as funções do GPCCD, para onde foi transferido o Observatório Vida, a prevenção primária e outras tarefas de intervenção na comunidade assumidas pelo Projecto VIDA (leia-se Coordenação Nacional).

Se a reunião de todo este conjunto de atribuições num organismo único se afigura problemático em termos funcionais a alguns dos membros da Comissão, revelou-se consensual a questão do regime de funcionamento a instituir num tal dispositivo. Com efeito, o regime de gestão de pessoal para um Serviço Nacional que se pretende ágil numa área de intervenção repetidamente considerada prioritária, não poderá deixar de ser tributário de mecanismos mais próximos da gestão privada de preferência aos rígidos esquemas da função pública

A natureza diversificada do tipo de tarefas a concentrar no IPDT determinam a natureza mista das unidades orgânicas do dispositivo: enquanto algumas delas terão de estar regionalizadas (apoio à formação, prevenção na comunidade), outras poderão manter-se centralizadas (recolha de dados, cooperação internacional).

## **2. Coordenação Nacional/Articulação Regional/Local**

No que à Coordenação Nacional da Estratégia e da acção/intervenção dos serviços diz respeito, entende a Comissão dever ser integralmente assumida pelo Ministro Adjunto do Primeiro Ministro, como responsável pela política neste domínio. Resultará do acerto no plano horizontal com os Ministros das áreas envolvidas (Educação, Saúde, Justiça, Juventude, Trabalho e Solidariedade, Administração Interna) e terá expressão efectiva, no plano vertical, a nível dos serviços directamente envolvidos na execução das medidas concretas da estratégia (a partir das orientações vinculativas dos ministros para os serviços deles hierarquicamente dependentes).

No plano de acção directa, entende a Comissão como indispensável uma adequada e permanente articulação (mais do que coordenação) à luz dos objectivos definidos na estratégia, tendo em vista a concertação das acções nos diferentes domínios e a introdução dos acertos que a prática recomenda.

Reconhece a Comissão a utilidade instrumental de estruturas/instâncias destinadas à concretização da coordenação e da articulação. Entende, no entanto, que elas deverão ser tão simples e funcionais quanto possível.



Considera, finalmente, a Comissão que será necessário instituir uma instância - independente dos serviços - de acompanhamento e avaliação das medidas constitutivas da estratégia que, a partir dum trabalho continuado de observação e análise da intervenção desenvolvida e à luz dos resultados alcançados nos diferentes sectores, proponha as alterações e medidas complementares que sejam entendidas adequadas.

Trata-se de uma instância com carácter transitório, independente, visando garantir que por parte dos serviços executivos sejam levadas à prática, a ritmo aceitável, as medidas que integram a estratégia global, mantendo o Governo informado dos objectivos atempadamente alcançados e propondo as medidas que, nos diferentes sectores, considere adequadas. Entende a Comissão que deverá ser extinta quando o grau de tradução prática das medidas seja considerado aceitável.

Em síntese, no plano dos dispositivos de intervenção envolvidos/a envolver na execução da Estratégia Nacional em matéria de luta contra as drogas/toxicoddependências, a Comissão recomenda:

### **1. No que à intervenção directa diz respeito:**

- A manutenção generalizada da distribuição de competências prevista no Decreto-lei 15/93 e diplomas complementares;

- A criação de um Serviço Nacional/Instituto Português das Drogas e das Toxicoddependências, responsável pelas funções de recolha/análise de dados, promoção da investigação, formação dos profissionais da intervenção directa, intervenção preventiva na comunidade, apoio à acção das instituições privadas, cooperação internacional/externa e avaliação de projectos/programas.

### **2. No que à coordenação nacional/articulação diz respeito:**

- A extinção do "Projecto VIDA" e abandono do modelo de coordenação no mesmo previsto;

- Que a coordenação seja assumida pelo Ministro da Tutela, resulte da

concertação entre este e os Ministros da Saúde, Educação, Justiça, Administração Interna, Juventude, Trabalho e Solidariedade e se traduza na produção de orientações para os serviços pelos mesmos tutelados;

- Que a articulação entre os serviços, a nível nacional, regional e local decorra da orientação conjunta do Ministro Adjunto e dos Ministros que tutelam os diferentes serviços, com base em instâncias formais simples e flexíveis e seja assumida directamente pelos responsáveis dos serviços descentralizados.

### **3. No que ao desenvolvimento/execução da estratégia diz respeito:**

- Que, com a periodicidade adequada, seja promovida a avaliação externa, por entidade competente, da execução da presente estratégia, quer na sua globalidade quer sectorialmente, atentas, designadamente, a relevância das diferentes áreas de intervenção e a evolução dos indicadores/resultados.

---

\*Ver Voto de Maria Manuela Marques no fim deste capítulo.

\*Programa de Promoção e Educação para a Saúde (PPES/Ministério da Educação); Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicod dependência (SPTT/Ministério da Saúde); Direcção Geral dos Serviços Prisionais (DGSP/Ministério da Justiça); Instituto de Reinserção Social (IRS/Ministério da Justiça) e Projecto VIDA/Presidência do Conselho de Ministros

\*Instituto da Farmácia e do Medicamento (INFARMED/Ministério da Saúde); Direcção Geral da Indústria (DGI/Ministério da Economia); Direcção Geral das Relações Económicas Internacionais (DGREI/Ministério da Economia); Inspecção Geral das Actividades Económicas (IGAE/Ministério da Economia); Polícia Judiciária (PJ/Ministério da Justiça); Guarda Nacional Republicana (GNR/Ministério da Administração Interna); Polícia de Segurança Pública (PSP/Ministério da Administração Interna); e Gabinete de Planeamento e de Coordenação do Combate à Droga (GPCCD/Presidência do Conselho de Ministros) e Tribunais.

---

### **Declaração de voto**

Esta declaração de voto visa explicitar a minha posição, relativamente à apreciação na generalidade, do texto do capítulo das Implicações Organizativas. Se é verdade que não discordo da crítica global que é feita ao Projecto VIDA, em que reconheço todas as carências e deficiências que lhe são apontadas,

parece-me no entanto que foram omitidos os aspectos positivos da sua existência e do trabalho que tem levado a cabo desde 1987.

Efectivamente, o Projecto VIDA tem assumido um importante e fundamental papel, tanto a nível nacional, enquanto dinamizador de sinergias dos vários sectores do estado e das organizações não governamentais, quer nas instâncias internacionais como o rosto credível da prevenção e luta contra as toxicodependências em Portugal.

Estas referências são tanto mais merecidas, dadas as lacunas supramencionadas, que em muitos casos só foram possíveis ultrapassar, pela generosidade das pessoas envolvidas.

Assim, pretendo também expressar a minha elevada consideração e apreço por todos quantos ao longo do tempo acreditaram e deram o melhor do seu esforço pessoal e profissional em prol da luta contra as toxicodependências.

Julgo que não há verdades incontestáveis nem modelos perfeitos, pelo que a proposta de estrutura alternativa ao Projecto Vida deve, como qualquer outra medida deste relatório, ser cuidadosamente ponderada, tendo em conta a exequibilidade da sua aplicação.

***Maria Manuela Azevedo Saraiva Calado Marques***

---

# BIBLIOGRAFIA

## Alguma bibliografia aconselhada e/ou mencionada no texto:

- Abraão, I. (1998) *Factores de Risco e Factores Protectores para a Toxicodependência. Uma Breve Revisão*. Para publicação in: *Toxicodependências*.
- Acoca, L., M.A., M.F.C.C. (1995). *Breaking The Cycle. A Developmental Model for the Assessment and Treatment of Adolescents With Alcohol and Other Drug Problems*. (Internet).
- Aeschbach, E. (1995). *Criticism of the Experiments on Medical Prescription of Narcotics in Switzerland*. Lecture held at the Drug Conference in San Patrignano, Outubro. (Internet).
- Agra C. (dir), (1997) *Droga-Crime: Estudos Interdisciplinares*, GPCCD Ministério da Justiça,.
- Almeida, F. (1998). *Nunca Permitas o Contágio*. ed. Neurónio Editorial
- Araújo A.L.Silva, Tavares M.A., Pataco M., Carolino R.. (1996). *Retinal Hemorrhages Associates With In Utero Exposition to Cocaina. Experimental and Clinical Findings*. *Retina* 16: 411-418.
- Belz, M. (1997) *Cant't Kick the Quick Fix. On Heroin vote, Swiss Show They're Addicted to Big Brother*. World Magazine.
- Brochu, Serge (1997). *Droga - Crime: Estudos interdisciplinares. O estado da investigação científica na América do Norte*, vol. 2. GPCCD Ministério da Justiça
- Brown, J.H., D'Emidio-Caston, M.; Kaufman, K.; Goldsworthy-Hanner, T.; Alioto, M. (1995) *In their Own Voices: Students and Educators Evaluate California School-Based Drug, Alcohol and Tabacco, Education (DATE) Programs*. The Lindesmith Center.
- Burt, M.R., Resnick G., Matheson N. (1992) *Comprehensive Service Integration Programs for At-Risk Youth*. The Urban Institute. Dezembro.

Des Jarlais, D.C. (1995) *Harm Reduction: A Framework for Incorporating Science into Drug Policy*. American Journal of Public Health, 85

Dorn N. and James Barbara, (1992), Institute for the study of drug dependence, (ISDD), London.

Drucker, E. (1995) *Harm Reduction: A Public Health Strategy*. Current Issues in Public Health, 1.

Eherenberg A. (dir), (1992). *Penser la drogue penser les drogues*, Vol I, Vol. II, Editions Descartes, Paris.

Eherenberg A. (dir) et P. Mignon, (1992) *Drogues, politique et société*, Editions Descartes

Elias, M.J.(1995). *Primary Prevention as Health and Social Competence Promotion*. The Journal of Primary Prevention, Vol. 16, N° 1.

Fleming, M., (1995). *Família e Toxicodependência*. Porto: Edições Afrontamento.

Grapendaal M., Leuw Ed., Nelen Hans, (1995). State University of New York.

Henrion, R. (1995). *Rapport de la commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie* Ministère des Affaires Sociales de la Santé et de la Ville

Horowitz, C. (1996) *Drugs Are Bad: The Drug War Is Worse*. New York Magazine.

Ingold F.R., Toussist M. (1997). *Les attitudes et les pratiques des usagers de drogues confrontés aux risques de contamination par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et le virus des hépatites B et C*, in: Boll. Acad. Nat. Méd., (1977), **181 n°3**, 555-568.

Keplin, S., (1996). *Drug Prevention with young People: Defining the Model and Evaluating Effects* - Journal of the Institute Health Education, 34 (4): 1-7.

Kroger et al, 1997. OEDT

- Light, K.E. (1995). *On The Question of Drug Legalization. Some Responses Written in Various Formats.* (Internet).
- Macedo T.R., Ribeiro C., (1994). GPCCD.. Ministério de Justiça, Lisboa.
- Macfarlane, A., Macfarlane, M. & Robson, P. (1997). *Os Adolescentes e a Droga - Factos e Protagonistas..* Quatro Margens Ed. (Edição nº seis). (versão portuguesa de Mário Cordeiro).
- Machado Rodrigues, L. (1994). *Droga - meio escolar 4: Perfis Regionais e Risco - 3º Ciclo Diurno, "Viva a Escola" . Ano Lectivo 1990/91* Lisboa: GPCCD
- Machado Rodrigues, L. (1994). *Droga - meio escolar: Pressupostos e Metodologia.* Lisboa: GPCCD
- Machado Rodrigues, L., Antunes, C. & Mendes, Z. (1997). *Droga - Crime: Padrões de consumo e desviância em menores sob tutela.* Lisboa: GPCCD
- Machado Rodrigues, L., Antunes, C. & Mendes, Z. (1995). *Inquérito a Alunos do Ensino Secundário.* Lisboa: GPCCD
- Maginnis, R.L. (1997). *Will Exchanging Needles Save America's Future?* (Internet).
- Marsha, R. (1996) *Lessons in Harm Reduction.* DARE.
- Mc. Lellan, A.T. et al., *Addiction Severity Index.*
- McCaffrey, B.R. (1996). *Treatment Protocol Effectiveness Study.* Executive Office of The President Office of National Drug Control Policy. Março.
- Nadelmann, E.A. (1992). *Thinking Seriously About Alternatives to Drug Prohibition.* Daedalus, 121.
- Nadelmann, E.A. (1995). *Switzerland's Heroin Experiment.* National Review. Julho.
- Nadelmann, E.A., McNeely J. (1996). *Doing Methadone Right.* Public Interest, 123.

- Negreiros, J. (1997). *Droga - Crime: Estudos interdisciplinares. Consumo de drogas nas prisões portuguesas*. vol. 4. Ministério da Justiça
- Negreiros, J. (1998). *Considerações gerais sobre as actividades de prevenção do abuso de drogas em Portugal*. Comunicação pessoal.
- Negreiros, J. (1988). *Prevenção e Desenvolvimento Psicológico: Elaboração, Aplicação e Avaliação de um Modelo Relativo ao Álcool e Drogas - Dissertação de Doutoramento, Faculdade de Psicologia do Porto*.
- Negreiros, J. (1998). *Considerações Gerais sobre as Actividades de Prevenção do Abuso de Drogas em Portugal - Comunicação Pessoal*.
- Pantoja L. (1998). *La Formation de profesionales en droga dependencias: necesidades actuales y tendencias de futuro*, in ITACA, May, Vol.III nº2 pp. 9-28.
- Peele, S. (1995) *Assumptions About Drugs and the Marketing of Drug Policies*. In: *Drug Policy and Human Nature* ed.sW.K. Bickel & R.J. DeGrandpre, , New York: Plenum.
- Pestana, C. *Programa de de Promoção e Educação para a Saúde Relatório de Síntese 1994-1996*. ed. ME- PPES.
- Pestana, C.. *Do Projecto "Viva a Escola" ao Programa de Promoção e Educação para a Saúde Relatório de Síntese 1990 - 1994* ed. ME -PPES.
- Reisinger, M. (1995) *Methadone as Normal Medicine*. (Internet).
- Riley, D. (1995) *The Harm Reduction Model: Pragmatic Approaches to Drug Use from the Area Between Intolerance and Neglect*. Canadian Centre on Substance Abuse.
- Rosenbaum, M. (1995) *The Demedicalization of Methadone Maintenance*. Journal of Psychoactive Drugs.
- Routti, J. (1998). *The role of research in the fight against drug abuse*. CREST

Schiray M., *Les filières stupéfiantes: trois niveaux, cinq logiques*, in *futuribles*, n°185 n°. spécial Géopolitique et économie politique de la drogues.»

Smyth, P. (1997) *Report Focuses on Unified Approach to Drug Abuse*. European Diary.

Sowers, W.M., Garcia F.W., Seitz, S.L. (1996) *Introduction: Community-Based Prevention: An Evolving Paradigm*. The Journal of Primary Prevention; Vol. 16, n°3.

Stewart, J.K. (1988) *A Criminal Justice System Strategy for Treating Cocaine-Heroin Abusing Offenders in Custody*. National Institute of Justice.

Tavares M.A. and Silva M.C. (1993) *Body weight gain and hippocampal volumes of rats exposed neonatally to psychostimulents*, in *Brain Research* 619 (1993) 137-145.

Tavares M.A. and Silva M.C., *Differential effects of prenatal exposure to cocaine and amphetamine on growth parameters and morphology of the prefrontal cortex in the rat*, Reprinted from *cellular and molecular mechanisms of drugs abuse*, The Annals of the New York Academy of Sciences. .Volume 801

Teixeira J.Marques, (1998) *Biologia da toxicodpendência*, (para publicação).

Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F., Dobler-Mikola, A.. (1997). *Essais de Prescription Medicale de Stupefiants - Rapport final des mandataires de la recherche*

Ward, J.M.; Richard, P.; Wayne, H.; (1992) *Key Issues in Methadone Maintenance Treatment*. New South Wales: National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales Press.

Westermeyer, R. (1996) *Removing Barriers*. APA Division 50 Newsletter.

Westermeyer, R. *Reducing Harm: A Very Good Idea*. (Internet).



Wodak, A.; Seivewright, N.; Welles, B.; Reuter, P.; Des Jarlais, D.C.; Rezza, G.; Buhninger, G.; Finch, E.; Strang, J.; Farrell, M.; Ball, J.C. (1994) *Comments on Ball and Van de Wijngaart's Article. A Dutch Addict's View of Methadone Maintenance: An American and a Dutch Appraisal*. *Addiction*. 89.

Xavier M.R., Tavares M.A., Machado J.D., Araújo A.Silva, Silva M.C., (1995) *Effects of prenatal cocaine exposure in the prefrontal cortex of the rat - A morphometric evaluation*, *Molecular Neurobiology*, Human Press inc.

Zinberg, N.E. (1974) *The Search for Rational Approaches to Heroin Use*. In: Peter G. Bourne (ed). *Addiction*. New York: Academic Press.

## **Relatórios**

*20ª Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas Sobre Drogas*. (1998) Rodrigues, J. Presidência do Conselho de Ministros - GPCCD

*A Realidade em Portugal: Alguns números*. (1997). *Toxicodependências*, ano 4 nº 1.

*A Suspensão Provisória do Processo Penal - Análise estatística do biénio 1993-1994"*, Gepmj, 1997

*Alcohol and Other Drug Use Among Students in 26 European Countries*. (1997) Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T., Kokkevi, A., Morgan, M. & Narusk, A... *The 1995 Report ESPAD*

*Análise e Interpretação de dados sobre oferta e procura de drogas sob controlo em Portugal* (1996). Ribeiro, J.S. GPCCD Ministério da Justiça.

*Annual Report on the state of the drug problems in EU-EMCDDA*.

*As Nações Unidas e a Droga* - (1988). Documentos adoptados na Conferência de Viena GPCCD

*Beyond Prohibition. Report of the Redfern Legal Centre Drug Law Reform Project. Setembro (1996)*

*Cannabis: a health perspective and research agenda (1997). WHO- A Report of the World Health Organization*

*De "Viva a Escola" ao Programa de Promoção e Educação para a Saúde - Um Projecto Horizontal em Construção - (1994)PPES - Ministério da Educação.*

*Documentos de Sessão Parlamento Europeu . (1997). d'Ancona, H.*

*Droga - Tráfico e Consumo - Evolução da situação entre 1986-1996 (1997) GPCCD.*

*Droga: Situação e Novas Estratégias. (1997). Actas do Seminário sobre Droga. Lisboa. ed.Imprensa Nacional - Casa da Moeda (Segunda Edição)*

*Drug Prohibition: A Call for Change Policy aims and Alternatives (1996). The Lindesmith Center.*

*Drugs - Research Related initiatives in the European Union. (1996) European Commission, EMCDA, Synthesis Rapport, European University Institute, Florence.*

*Drugs Policy in The Netherlands: continuity and change. (1995). Ministry of Foreign Affairs, Rijnwijk.*

*Drugs Problem in the European Union. Annual Report (1997). EMCDDA.*

*ECDP Newsletter (1996) European Cities on Drug Policy. Nº 9, Dezembro.*

*ECDP Newsletter (1997) European Cities on Drug Policy. Nº13, Dezembro.*

*Estimating the prevalence of problem drug use in Europe . , (1997).European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Council of Europe., EMCCD Scientific Monograph Series nº 1*

*Five-Year Drug Abuse Prevention Strategy in Japan 1998-2002.* (1998). Cabinet Councillors' Office on Internal Affairs.

*Harm reduction. Concepts and Practice. A policy discussion paper.* (1995) Canadian Centre on Substance Abuse (CCSA) National Working Group on Policy.

*Heroin - Maintenance Treatment* (1998)..Nadelmann, E. A., Uchtenhagen, A.s & Bammer, G. The Lindesmith Center - New York

*High Level Workshop on Synthetic Drugs: priorities for researches* (1997). European Commission DGXII,. Final Rapport.

*HIV/AIDS and Injection Drug Use: A National Action Plan.* (1997) Report of the National Task Force on HIV, AIDS and Injection Drug Use Canadian Foundation for Drug Policy.

*Las transformaciones economicas y sociales relacionadas com el trafico de drogas* UNESCO/MOST,.

*Luta Contra a Droga - Estratégias das Nações Unidas* (1998) (20ª Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre Drogas). GPCCD.

Ministère des Affaires Sociales de la Santé et de la Ville. (1995)

*National Drug Control Strategy .* (1998).. The President's Message McCaffrey B. R. (Director) ONDCP

*Office of National Drug Control Policy* (1997) The Virtual Reference Desk

*Perspectivas de Desenvolvimento do Interior.* (1998). Jornada da Interioridade. Idanha-a-Nova. ed. Imprensa Nacional - Casa da Moeda

*Rapport de la commission de réflexion sur la drogue et la toxiomane.*Ministry of Foreign Affairs, Rijkswijk. (1995) *Drugs Policy in the Netherlands: continuity and change.*

*Research Findings: Etiology, Prevention, and Epidemiology Research* (1995). Director's Report to the National Advisory Council on Drug Abuse. National Institute on Drug Abuse. Setembro.

*Síntese do Relatório Nacional do Fenómeno da Droga* (1996). Observatório VIDA

*Situação e Avaliação do Problema da Droga em Portugal*. Niza, José (Relator) (1998). Comissão Eventual para o Acompanhamento e Avaliação da Situação da Toxicodependência, do Consumo e do Tráfego de Droga. Assembleia da República.

*Status Report on the Medical Prescription of Narcotics*. (1995) Switzerland: Swiss Federal Office of Public Health. Janeiro.

*Tackling Drug Together, Strategy for England (1995-1998)*, (1995). London HMSO

*Tackling Drugs to Build a Better Britain*. (1998). The Stationery Office

*Targets for health for all* . (1985). WHO - World Health Organization Regional Office for Europe

*Technologies for Understanding and Preventing Substance Abuse and Addiction*. (1994) US Government Office of Technology Assessment. Chapter 6 - Individual Risk and Protective Factors. Outubro.

*Temas Penitenciários* . (1997).. Direcção-Geral dos Serviços Prisionais. Série II, nº 1.

*The 1995 ESPAD report*. Estocolmo: CAN/Council of Europe - Pompidou Group

*The National Drug Control Strategy* (1997).. The Executive Office of the President of the US White House.

*The National Drug Control Strategy*, (1998), Office of National Drug Control Policy (ONDCP).

---

## **SIGLAS**

- AIDS *Acquired immunodeficiency syndrome*  
AMI Assistência Médica Internacional  
ANIT Associação Nacional de Intervenientes em Toxicodependências  
AR Assembleia da República  
ARS Administração Regional de Saúde  
ASI *Addiction Severity Index*  
BtMG *Betäubungsmittelgesetz*  
CAT Centro de Apoio a Toxicodependentes - Ministério da Saúde  
CDP Centro de Diagnóstico Pneumológico  
CDS/PP Centro Democrático Social/ Partido Popular  
CEPD Centros de Estudos da Profilaxia da Droga  
CES Comité Económico Social  
CIAC Centro de Informação e Acolhimento  
CM Conselho de Ministros  
COST *Evaluation of Action Against Drug Abuse in Europe*  
CP Código Penal  
CPC Código do Processo Civil  
CPP Código Penal Português  
CT Comunidades Terapêuticas  
DGAIEC Direcção-Geral das Alfândegas e dos Impostos Especiais sobre o Consumo  
DGI Direcção Geral da Industria  
DGREI Direcção Geral das Relações Económicas Internacionais  
DGSP Direcção-Geral dos Serviços Prisionais  
DGXII *Directorate-General XII: Science, Research and Development*  
DIAP Departamento de Investigação e Acção Penal  
DR Diário da República  
EMCDDA *European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction*  
EP Estabelecimento Prisional  
EU *European Union*  
GABA Ácido gama-aminobutírico  
GNR Guarda Nacional Republicana  
GPCCD Gabinete de Planeamento e de Coordenação do Combate à Droga  
HIV *Human Immunodeficiency Virus*  
IEFP Instituto do Emprego e Formação Profissional  
IGAE Inspeção Geral das Actividades Económicas  
IML Institutos de Medicina Legal (Porto, Coimbra e Lisboa)

INFARMED Instituto de Farmácia e do Medicamento  
IPDT Instituto Português das Drogas e das Toxicodependências  
IPSS Instituição Privada de Solidariedade Social  
IREP *Institute de Recherche en Epidémiologie de la Pharmacodépendance.*  
IRS Instituto de Reinserção Social  
ISDD *Institute for the Study of Drug Dependence*  
ITACA *The European Group of Prevention Practitioners*  
LAAM *Levo alpha acetyl methadol*  
LSD *Lysergic acid diethylamide*  
MDMA Metilenodioximetanfetamina  
MOST *Management of Social Transformers*  
NIDA *National Institute on Drug Abuse*  
OEDT Observatório Europeu das Drogas e Toxicodependências  
OICE Órgão Internacional de Controlo de Estupefacientes  
ONG Organização Não Governamental  
ONU Organização das Nações Unidas  
PATO Prevenção de Álcool, Tabaco e Outros  
PCM Presidência de Conselho de Ministros  
PJ Polícia Judiciária  
PNSEP Plano Nacional de Saúde para os Estabelecimentos Prisionais  
PPES Programa de Promoção e Educação para a Saúde - Ministério da Educação.  
PSD Partido Social Democrata  
PSP Polícia de Segurança Pública  
PVE Projecto Viva a Escola  
SEJ Secretaria de Estado da Juventude  
SIDA Síndrome de Imunodeficiência Adquirida  
SNS Serviço Nacional de Saúde  
SPTT Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência - Ministério da Saúde  
T3E *Toxicomanies Europe Etude Echanges*  
THC TetraHidroCanabinol  
TIC Tribunais de Inspeção Criminal  
TIR Transporte Internacional Rodoviário  
TRIMBOS *Netherlands Institute of Mental Health and Addiction*  
UD Unidades de Desabituação  
UNESCO *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization*  
UTITA Unidade de Tratamento Intensivo de Toxicodependência e Alcoolismo.  
VIH Vírus da Imunodeficiência Humana

---