

Subsídios para a discussão da política das Toxicodependências

Nuno Felix da Costa

RESUMO: Com o objectivo de actualizar a polémica sobre a legalização das drogas e de fundamentá-la em termos de discussão científica, é feita uma revisão que pretende suscitar a posição crítica do leitor. É abordado o enquadramento do problema das drogas nas suas vertentes várias entre elas a da Saúde Pública. É questionada a moralidade intrínseca dos posicionamentos relativamente à liberalização. O modelo do abolicionismo é apresentado e discutido relativamente a efeitos da legalização sobre os consumos; efeito do fim da dissuasão associada à actual repressão policial; efeito sobre as mafias do narcotráfico; eficácia das políticas de toxicodependência abolicionistas em minorar o problema das drogas e exequibilidade prática do abolicionismo no actual quadro internacional.

RÉSUMÉ: Dans le but d'actualiser la polémique sur la légalisation des drogues et de la fonder en termes de discussion scientifique, l'auteur fait une révision qui veut susciter la position critique du lecteur. Il approche l'encadrement du problème des drogues dans ses plusieurs aspects même celui de la Santé Publique. Il questionne la moralité intrinsèque des positionnements concernant la libéralisation. Le modèle de l'abolitionnisme est présenté et discuté concernant les effets de la légalisation sur les consommations; l'effet de la fin de la dissuasion associée à la présente répression exercée par la police; l'effet sur les groupes du narcotrafic; l'efficacité des politiques abolitionnistes de toxicomanie sur l'amointrissement du problème des drogues et la possibilité d'exécution pratique de l'abolitionnisme dans le cadre international de nos jours.

ABSTRACT: Aiming at actualizing drugs legalization controversial discussion and base it on scientific discussion terms, the author makes a revision in order to stir up the reader critical position. He approaches the drug problem framing in its multiple aspects among them the Public Health. He questions the positionings inherent morality relating to liberalization. The abolitionism model is presented and discussed relating to legalization effects on consumptions; the effect of the end of the dissuasion associated to the present police restraint; the effect on narcotrafic groups; the efficacy of abolitionist addiction politics in order to lessen the drug problem and the practical exequibility of abolitionism in the present international scene.

Introdução

O objectivo deste artigo é noticiar alguns desenvolvimentos da polémica sobre a legalização das drogas e reflecti-los à luz de resultados recentes, ou mais relevantes, da investigação científica nesta área. Trata-se de um debate sem posições neutras i.e. totalmente redutíveis a asserções cientificamente fundadas; assim restará um resíduo último de valorizações éticas quer no que respeita ao peso a atribuir

aos resultados empíricos, quer quando se entra num processo de decisão - proibir ou legalizar, em que à complexidade resultante do número de variáveis em interacção se juntam considerações éticas sobre a natureza do Homem, do que representa o seu Bem e do papel que o Estado deve assumir face a esse processo de decisão. O problema das drogas interroga a natureza e o sentido da existência. A ciência pode contribuir muito significativamente para a clareza do debate, operacionalizando conceitos e elucidando

do aspectos psicológicos, sócio-culturais e biológicos das toxicodependências. Só quando esgotado este trabalho de objectivação do problema faz sentido, hoje, fazer intervir os argumentos éticos e políticos.

O Sr. Presidente da República, Dr. Jorge Sampaio, no discurso recente da abertura do ano judicial, considera insuficientes as medidas actuais de redução da oferta e redução da procura para solucionar “esta verdadeira doença da civilização” e convida a que se discutam “abertamente todos os prós e os contras da actual política de proibição das drogas”. O presente trabalho segue de perto esta orientação.

Intervenho neste debate a partir da minha experiência psiquiátrica com toxicodependentes, área em que os meus argumentos e reflexões poderão ter mais qualidade. Não quis, contudo, deixar de fora a minha sensibilidade de cidadão, designadamente quanto aos alarmantes aspectos político-económicos e geo-estratégicos das toxicodependências, embora correndo eventualmente o risco de ser ingénuo. Este texto é uma contribuição que não pretende ser exaustiva, mas promover e fundamentar alguns aspectos do debate. Penso que a decisão ética é sempre um processo holístico não fazendo sentido tomar uma posição abolicionista ou proibicionista com base em aspectos sectoriais do problema. Advirto os leitores para serem mais críticos sobretudo nas áreas do texto mais distantes da minha formação no campo da redução da procura.

O Que É o Problema das Drogas?

O problema da droga refere-se: 1) à nocividade psíquica e somática sobre os utilizadores; 2) aos efeitos sociais negativos dos comportamentos induzidos pelas drogas em alguns consumidores, a criminalidade, designadamente, e 3) às consequências socio-económicas do narcotráfico (Jonas, 1992).

Detalhadamente:

1) A atribuição de nocividade a uma substância psicoactiva, tal como os contornos da definição de droga, assentam mais na história e na tradição do que na psicofarmacologia (Brecher, 1972). A visão científica da toxicodependência e alguns conceitos clínicos são contextuais, i.e. são criados, utilizados e substancialmente condicionados dentro do actual quadro sócio-legal (Ribeiro, 1995, Poiares, 1995).

2) Ao nível social as drogas são um problema porque:

2.1) A ilicitude das drogas torna os seus consumidores

transgressores à Ordem que as ilegítimou. Parte da nocividade das drogas é induzida pelas presentes circunstâncias sócio-económicas de utilização e não um efeito directo da droga; existe um consenso extraído da avaliação dos programas de que a delinquência e a marginalidade e os comportamentos de risco para a SIDA e para outras doenças transmissíveis são muito significativamente reduzidos nos toxicodependentes em manutenção com metadona, um opiáceo de substituição à heroína (Reno & Aiken, 1993) o que significa que não são os efeitos morfínicos directamente nocivos sobre o comportamento social - sendo no entanto nocivos enquanto dependência; do abandono da criminalidade depreende-se que ela não é um efeito opiáceo mas contextual.

2.2) Esses transgressores são estigmatizados enquanto consumidores e as circunstâncias de comercialização induzem uma criminalidade secundária à qual as classes desfavorecidas são muito mais vulneráveis: nos E.U. as transgressões associadas à droga são sete vezes mais frequentes na população negra do que na branca (Newman, 1995). O toxicodependente é, em larga medida, uma construção social. Em Portugal se existem 50.000 toxicodependentes que consomem uma média de 4.000\$00 por dia a facturação deste mercado rondará os 73 milhões de contos/ano. Se aceitarmos que os toxicodependentes financiam 80% dos seus consumos através do roubo e que vendem os produtos roubados a 1/4 do seu valor de mercado podemos avaliar o montante das suas necessidades de financiamento ilícito em cerca de 233 milhões de contos/ano. Pode-se continuar este raciocínio em termos do número de casas assaltadas, de auto-rádios roubados, ou dos cidadãos mais vulneráveis violentados.

3) Destes dois efeitos decorrem custos cada vez maiores com a repressão da oferta e os que resultam da segregação de sectores vitais e significativos da população para fora do sistema.

Os governos Reagan triplicaram o número de americanos encarcerados, cerca de 1,5 milhão, a maioria por transgressões relacionadas com drogas (Newman, 1995). Os E.U. só são suplantados pela Rússia quanto ao número de pessoas encarceradas. Por outro lado os intervenientes deti-

dos raramente correspondem a elos significativos no circuito das drogas. Trata-se de correios, vendedores de rua facilmente substituídos e que deixam intacta a rede de distribuição, cujos cérebros, mais responsáveis dentro do actual quadro, gozam os lucros chorudos em paz e liberdade.

O fracasso da Guerra das Drogas é uma evidência irrecusável. Foi uma batalha pela exclusão das drogas ilícitas e não uma consistente guerra a todas as drogas. Nunca visou combater ou sequer identificar os factores que predisponem à actual epidemia de toxicod dependências, reconhecendo proximidade dos pressupostos fundamentais do consumismo. Constataram-se no balanço do incremento da repressão na Guerra às Drogas efeitos paradoxais típicos dos sistemas complexos. A escassez temporária de droga provocada pela repressão não faz diminuir a procura o que conduz ao aumento de preço e a que as drogas sejam consumidas por via endovenosa ou com maiores riscos.

O "Just say no" na sua terrível simplicidade representa a ingenuidade de confundir a realidade com os desejos e de substituir a informação objectiva, que deve fundamentar as decisões políticas, por uma fé demagógica que invoca padrões morais estritos e exclui como marginais os comportamentos que os transgridem mas deixando descontrolada a situação do problema das drogas. Reagan anunciou um declínio de 10% no uso de crack como saldo dos primeiros 2 anos da Guerra das Drogas mas recordemos que foi acompanhado de um acréscimo de 15% dos consumidores diários de cocaína (NIDA, 1990) e do de heroína.

Do orçamento americano para as toxicod dependências 80% são consumidos em prisões e com a parafernália da redução da oferta (Newman, 1995) e por toda a parte as prisões estão superlotadas e os sistemas judiciais paralisados pela criminalidade induzida pela droga e, irremediavelmente, sem capacidade de resposta. Contudo, relativamente a drogas como a cocaína, foi demonstrada a muito maior eficácia da prevenção secundária do que as medidas de redução da oferta (Reuter & Caulkins, 1995): comparando cada dólar gasto no controlo da produção e na repressão da oferta com a mesma soma gasta em tratamentos visando reduzir o consumo de cocaína, a eficácia é substancialmente maior para o tratamento. Paradoxalmente, nos E.U. um terço dos gastos prisionais correspondem ao problema das drogas enquanto apenas 1% das despesas de saúde são gastas com a toxicod dependência (Reuter & Caulkins, 1995).

Na Malásia em 1993 foi oficialmente reconhecida a

existência de 500.000 heroínod dependentes num país de 15 milhões (Newman, 1995). Nesse ano estavam 4.000 pessoas condenadas à morte por enforcamento, por tráfico de drogas, das quais apenas 147 tinham sido executadas o que revela a paralisia do sistema judicial e a ineficácia de medidas repressivas, mesmo extremas, no controlo da toxicod dependência e de um tráfico de heroína que acena com lucros tão exorbitantes.

A facturação mundial do mercado das drogas andarão pelos 245.000 milhões de dólares anuais, sendo superior ao orçamento militar americano em 1994 (Stevenson, 1994). Pelo mundo fora quantas das causas mais asquerosas e das guerras mais devastadoras são financiadas com o dinheiro da droga?

Mesmo que consideremos a toxicod dependência como uma doença bio-psico-social resta-nos a questão da resposta social mais adequada: uma epidemia tratável numa perspectiva de saúde pública, uma transgressão à lei que deve ser reprimida, um desvio aos valores morais prevalentes que deve ser apontado, uma perturbação psicológica que deve ser tratada. Pensamos que as decisões políticas devem ser tomadas sobre uma apreciação global do problema das drogas na sociedade, independentemente do seu actual estatuto legal (i.e. estupefacientes, psicofármacos submetidos a prescrição médica e drogas lícitas) sob pena de se continuarem as actuais políticas onerosas e com repercussões dramáticas que, quer ao nível da repressão da oferta, quer ao nível da diminuição da procura, visam corrigir os próprios efeitos da ilicitude e não tanto controlar o problema das drogas em termos de saúde pública.

As Drogas Numa Perspectiva de Saúde Pública

A perspectiva da saúde pública considera todas as drogas em pé de igualdade e analisa as suas implicações globalmente considerando os riscos para a população e formulando os problemas em termos de custos com a sua erradicação. Ganhou ênfase com a epidemia do SIDA (Nicholson, 1992). Mesmo os países mais acérrimos proibicionistas desenvolveram políticas de redução dos riscos associados ao consumo de drogas por via endovenosa como campanhas publicitárias ou campanhas de troca de seringas, a par de tratamentos de substituição com metadona e, nalguns casos e ainda com contornos experimentais, de manutenção em heroína.

É irrecusável que as políticas de redução de riscos supõem uma deslocação de atitudes face à toxicodependência e obrigam a uma consequente reformulação de alguns conceitos. O programa nacional de troca de seringas português, por exemplo, tornou socialmente visível o fenómeno da toxicodependência, permitiu estabelecer novos elos com populações marginalizadas e, sem dúvida, inflectir o risco de infecção com o HIV e vírus das hepatites.

Nos E.U., nos anos 60, menos de 5% da população experimentara drogas. Em 1991, dos cidadãos com mais de 12 anos, 31% fizera-o (75.400 milhões) mas só 12.6 milhões usaram drogas no último mês, só 14,7% dos que alguma vez usaram drogas tiveram consumos dependentes e destes só 1,8% estavam dependentes no último mês (Warner et al., 1995). Saliente-se que o padrão de consumo prevalente para a maior parte dos consumidores de drogas ilícitas é semelhante ao do álcool: do largo sector de utilizadores apenas cerca de 10% se tornam dependentes. A repressão dos consumos recreacionais pode não ser a melhor aproximação ao problema (Jonas, 1994). Muito provavelmente o risco de dependência relevará de factores individuais, do tipo de droga e da sua via de administração. Se é de crer que a legitimação possa favorecer o acesso, e para certas pessoas, avalizar um comportamento que de outro modo não ousariam, para outras que consomem drogas por dissidência, elas perderão algum aliciente se forem vendidas na farmácia.

O julgamento da nocividade resulta dos casos de consumo mais descontrolado, 10% dos consumidores bebem 50% do álcool (Bradley, 1987) – é a partir dos casos extremos que se forma o preconceito. A maior parte do consumo de substâncias psicoactivas, lícitas ou ilícitas, não integra o problema das drogas numa perspectiva de saúde pública (calcula-se que apenas 10% das pessoas que experimentam drogas (Nicholson, 1992) se tornam dependentes. Num quadro proibicionista qualquer consumo ilícito integra o problema socio-legal das drogas com os inerentes custos.

O álcool e o tabaco são drogas enquadradas na cultura ocidental e, estritamente numa perspectiva de saúde pública, contam-se entre as mais nocivas: o número de mortes associadas e de doenças induzidas são reconhecidamente piores do que as resultantes do consumo de drogas ilegítimas como a heroína e a cocaína. Os números são claros: 400.000 mortes anuais nos E.U. associadas ao tabaco,

100.000 ao álcool contra 9.000 às drogas ilícitas (McGinniss & Foege, 1993). Mais de metade dos crimes violentos e dos desastres de viação mortais foram cometidos sob o efeito do álcool (Bradley, 1987). Incluir o tabaco e o álcool no problema das drogas não visa distrair a atenção de um problema complexo através de um salto para a frente que torna o problema ainda mais complexo - a OMS reconhece que a ilegalização do álcool e do tabaco provocaria muito mais problemas do que soluções. Não é também apenas mais um argumento na retórica abolicionista nem visa tirar peso ao problema das dependências de drogas ilícitas. Pretende ser o nível a que o problema deve ser visto de uma forma não etnocêntrica considerando toda a dimensão antropológica que faz o homem tender para o uso de substâncias psicoactivas. Haverá um ganho recíproco no focar de ambos os problemas: as drogas domésticas ganharão se houver maior informação sobre os seus riscos e as drogas ilícitas ao serem consideradas em continuidade com as domésticas perdem a aura de transgressão que atrai a rebeldia juvenil e perdem o carácter estigmatizante que transporta para os toxicodependentes (na sua grande parte inofensivos cidadãos) a carga de delinquentes.

As mortes associadas ao tabaco em 1988 nos E.U. andavam pelas 390.000 contra 1.600 para a cocaína. No Canadá em 1992 a morbidade e a mortalidade das drogas eram, respectivamente, para o álcool 86.076 hospitalizações e 6.701 mortes, para o tabaco 208.095 e 33.498 e para as drogas ilícitas 7.095 e 732 (Single et al., 1992). A livre comercialização do tabaco condiciona um padrão de abuso em que poucas pessoas se obrigam a conter o seu consumo dentro de uma dose diária de 5-6 cigarros que seria inofensiva. Seria mesmo das drogas com maior potencial de abuso, isto é, aquela que mais experimentadores transforma em dependentes. Claro que o argumento esgrimido pelos abolicionistas de que, numa óptica de saúde pública o tabaco, avaliado pela morbidade e pela mortalidade, é uma droga mais perigosa do que a heroína ou a cocaína, pode ser invertido: não existe evidência de que a morbidade dessas drogas não aumentasse com a liberalização. Conjecturas. Em qualquer caso é importante analisar os consumidores de drogas ilícitas segundo graus de gravidade pois seguramente a grande maioria não constitui um problema preocupante do ponto de vista de saúde pública e lembrarmos que nos E.U., onde a guerra ao tráfico de cocaína atingiu pontos inéditos, o número de

consumidores de cocaína é três vezes menor que as mortes provocadas pelo álcool e pelo tabaco (Jonas, 1992) o que dá a ideia da dimensão social relativa dos problemas.

A utilização de psicofármacos sem prescrição médica ou sem indicação psiquiátrica constitui um problema relevante em saúde pública e uma despesa substancial nos orçamentos de saúde. Nos E.U. os consumidores de psicofármacos fora do circuito médico ultrapassam em 60% o número dos consumidores de heroína, crack e cocaína juntos. Do orçamento de saúde português de 600 milhões de contos, 38% destinam-se ao reembolso de medicamentos, dos quais 7% são benzodiazepinas, a maior parte consumidas sem indicação psiquiátrica. Sem pôr em causa a enorme utilidade destas substâncias, a sua utilização é por vezes difícil de interromper e prolongada para além do necessário, sobrevivendo efeitos secundários nocivos. Por vezes as benzodiazepinas são desde logo abusadas num contexto recreacional ou regular, em particular por adolescentes que as associam ao álcool induzindo desvios de conduta, ou alternado com o consumo de estimulantes e integrando um padrão politoxicofílico de consumo.

Uma política para as toxicodependências não pode ser eficaz pretendendo ser simultaneamente, repressiva e preventiva; são objectivos irreconciliáveis. Quanto mais se delega na lei menos se procura a internalização de valores, de atitudes e de normas relativas às drogas – e, obviamente, menos dinheiro sobeja para uma educação de qualidade e medidas preventivas ou de promoção de estilos de vida livres de droga.

As políticas de redução de riscos implicaram uma substancial mudança de atitudes dentro do quadro de políticas abertamente proibicionistas mas colocaram o Estado numa posição (discordante) de ter que conviver com os sectores que ilegalizou. As medidas de redução de riscos, inquestionavelmente benéficas no plano da saúde pública em que se inscrevem, introduzem alguma forma de legitimidade no comportamento de consumo de drogas tornando inconsistente o objectivo político de exterminar as drogas da vida nacional. Pode ser argumentado cinicamente que as políticas não têm que ser consistentes ou justas mas apenas que cumprir eficazmente os seus desideratos, contudo, parece que se ultrapassou o nível de inconsistência tolerável pelo sistema. As pessoas intervenientes estão a perder a convicção nas políticas de erradicação da droga e a questionar os seus fundamentos.

O Que É o Debate Sobre a Legalização das Drogas

É importante lembrar que a distinção entre proibicionismo e abolicionismo não assenta num juízo de valor relativo às drogas. Ambas as posições podem ser favoráveis ou desfavoráveis ao uso de drogas e ao juízo ético e científico sobre a respectiva nocividade. O proibicionismo defende a continuação da ilegalidade da produção, comercialização e consumo de drogas; o abolicionismo defende a legalização da produção, comercialização e consumo com graus diversos de intervenção estatal sobre a regulamentação do mercado. Uma posição intermédia é a descriminalização do consumo e posse de pequenas quantidades, que corresponde à atitude tácita actual dentro dum quadro proibicionista; fica incluída nesta opção. A maior parte dos consumidores de drogas em particular os dependentes são proibicionistas: veem na repressão a única forma de controlarem um desejo que os ultrapassa e, inversamente, muitos abolicionistas julgam a dependência das drogas como um constrangimento e um dano empobrecedor para o funcionamento da personalidade e desfavorecem o consumo de drogas; defendem pragmaticamente o abolicionismo como a forma menos nociva de lidar com o problema das drogas.

Os argumentos proibicionistas consideram que as drogas ultrapassam, a nível ético e psicológico, a esfera de decisão do indivíduo e responsabilizam o Estado pela repressão da oferta e do consumo. Argumentam que o abolicionismo nasce de uma atitude de desistência face à dimensão do problema. Têm a convicção de que a legalização conduzirá ao aumento do consumo, tal como o fim do proibicionismo do álcool nos E.U. fez aumentar o consumo e a morbilidade associada. Como consequência prevêm com a legalização um aumento das despesas da toxicodependência em tratamentos. Acreditam no efeito dissuasor da proibição e na eficácia das políticas de repressão e de redução da oferta e nas campanhas de prevenção primária do consumo de drogas (Patrício, 1994). Com base nestas premissas desenvolveram-se políticas de repressão da oferta muito dispendiosas e de eficácia questionável como a Guerra das Drogas. Na União Europeia, a Assembleia do Conselho da Europa em 1990 pediu o reforço do proibicionismo aos Governos dos países membros (Doc. 6278, 1990).

Quando se julga a exequibilidade do proibicionismo deve-se ponderar:

- 1) se a ilegitimidade tem efectivamente um efeito dissuasor dos consumos;
- 2) se é possível aumentar a eficácia das polícias;
- 3) se se podem inventar campanhas finalmente eficientes de prevenção primária do consumo de drogas;
- 4) se perante as negativas anteriores os custos da situação actual são suportáveis.

Estas questões deparam com as evidências seguintes:

- 1) Não existe diminuição dos consumos de drogas; a repressão é especialmente eficaz em criar a atitude social de aversão às drogas nas pessoas com escassa probabilidade de as consumirem. Por outro lado tem o efeito paradoxal de, ao associar a não conformidade com o sistema ao consumo de substâncias, a dissidência ser canalizada para os consumos de drogas, designadamente a saudável dissidência juvenil constituindo mais um factor na vulnerabilidade da juventude às toxicodependências.
- 2) Assiste-se a uma competição na sofisticação de processos entre as polícias e os narcotraficantes. A vantagem tem estado do lado dos traficantes – estima-se que as apreensões de droga correspondam a 10% da droga em tráfico sendo os restantes 90% colocados no mercado. As artimanhas destes têm conseguido abastecer o mercado perfeitamente como se demonstra pelo decréscimo do preço real das drogas. Os lucros são astronómicos e o respectivo branqueamento encontra cumplicidades nas instituições mais “insuspeitas”, não só nas financeiras e não só nas repúblicas das bananas... Deve-se, portanto, discutir se existe alguma possibilidade de melhorar as políticas repressivas constantando-se a ineficácia das actuais?
- 3) As campanhas de prevenção não são eficazes, gerando, pelo contrário, frequentes efeitos paradoxais difíceis de controlar (Nicholson, 1992), como, por exemplo, incentivar o consumo ou estigmatizar ainda mais o consumidor como delinquent. Existe um consenso de que as toxicodependências actuais se prendem com o modo de vida e tenta-se fomentar estilos de vida saudáveis e pedagogias que incluam outros valores além do consumo e do sucesso.
- 4) Os custos sociais, morais e económicos da situação são tremendos: minam o tecido social e político da mesma forma destrutiva que minam a personalidade do toxicodependente enclausurado num ambiente proibicionista. No plano geoestratégico as consequências sub-

vertem os fundamentos do sistema sócio-económico, provocam riscos intoleráveis e danos virtualmente irreversíveis a diferentes níveis:

- 4.1) A ilegitimidade permite que o circuito de comercialização das drogas, sendo clandestino, escape às leis do mercado de fixação de preços e de controlo de qualidade. A comercialização de heroína proporciona ganhos de quase 2000 vezes desde o custo na origem até ao preço de rua em Lisboa. Por outro lado as variações do grau de pureza das drogas e os produtos de corte são riscos acrescidos ao consumo.
- 4.2) A ilegitimidade põe os Estados produtores de droga na dependência das redes que controlam o tráfico. Os astronómicos lucros gerados corrompem o sistema pondo riqueza, poder económico e político nas mãos dos narcotraficantes. É difícil imaginar um sistema repressivo efectivo perante expectativas de lucros tão aliciantes. A estrutura administrativa e política de muitos Estados produtores de drogas é dominada pelas forças sociais ligadas ao circuito da droga submetendo a vida de pessoas honestas a uma legalidade corrompida. Estes narcoestados estão representados nas organizações internacionais, influenciam as suas decisões institucionalmente no sentido dos interesses dos narcotraficantes (e do proibicionismo). Entretanto os lucros retirados da produção tornam-na um meio de subsistência para um número cada vez maior de Estados i.e., a droga institucionaliza-se como meio de troca designadamente entre países ricos e pobres.
- 4.3) Ao nível sócio-sanitário o proibicionismo pode amplificar a perigosidade do consumo de drogas. A facilidade de acesso às drogas, considerada unanimemente o mais universal dos factores de risco, resulta também do sistema de comercialização de drogas em que cada consumidor é um potencial vendedor a fim de financiar o seu consumo; o fim do proibicionismo poderia fazer diminuir esta forma de disseminação das toxicodependências. Quando a dependência se desenvolve, a perturbação motivacional que ela representa é especialmente maligna num quadro de ilicitude porque elevados custos de financiamento do consumo implicam maiores esforços, logo:
 - i) para arranjar meios de financiamento, risco crescente de transgressão das normas até à criminalidade;

- ii) comportamentos de risco para a saúde condicionando morbilidade e mortalidade acrescidas designadamente por infecções intercorrentes (SIDA, hepatites);
- iii) por indisponibilidade crescente para as tarefas quotidianas evolução do modo de vida para a marginalidade;
- iv) nos jovens, perturbação do processo de socialização da personalidade ou socialização na delinquência.

Este debate foi um tema tabu até há poucos anos, mas, dadas as implicações sociais do fracasso das políticas repressivas, assiste-se a tomadas de posição públicas de sectores políticos muito significativos. Entre nós o Presidente da Assembleia da República, em Março de 1996 reconhecia as pesadas consequências sociais da toxicodependência e o peso que adquiriram sobre o sistema judicial e afirmava a relação do consumo de drogas com a nossa civilização, com a “nova identidade do homem moderno, desembaraçado de tabus, referências e valores - cívicos ou morais - desquitado de preocupações de coesão ou solidariedade entregue assim apenas a si próprio - livre mas desligado e desprotegido... .. experimentou esse novo fruto da árvore da ciência que são as sensações agradáveis que as drogas podem proporcionar”. Acaba por exortar a “não resistirdes à discussão sem preconceitos de uma experiência despenalizadora do consumo de drogas.” E continua “o que mais me impressiona na lógica da despenalização: é o facto de com drogas baratas ao alcance de todos - proporcionadas e controladas pelo próprio Estado - desaparecer, ou quase, o estímulo ao tráfico que os lucros fabulosos são. Mais: de em decorrência disso desaparecer, ou quase, a pressão sobre o consumo exercida pelo pequeno traficante.”

É importante formular claramente os objectivos de uma política de drogas a nível do espaço europeu da qual decorram tomadas de decisão consistentes:

- 1) excluir o consumo de todas as substâncias utilizadas pelos seus efeitos hedónicos;
- 2) excluir apenas o consumo das substâncias ilícitas;
- 3) reduzir os riscos associados ao consumo de substâncias hedónicas e regulamentar o seu acesso lícito.

Nenhuma Posição É Intrínseca ou Moralmente Mais Correcta Que Outra ...

... do ponto de vista do Estado. A moral pública num

Estado democrático deve reconhecer a diversidade dos estilos de vida, dos abstinentes ou dos utilizadores de drogas, e considerá-los num mesmo plano de modo a poder amparar os cidadãos, promover a sua qualidade de vida, ou, sem qualquer intenção punitiva, tratá-los quando fôr caso disso. A aplicação deste princípio de tolerância à toxicodependência é marcada pela tradição; a ilegitimidade não tem outro suporte que os costumes.

O debate tem assumido diferentes aspectos ao longo dos anos. Começa por se centrar em torno da despenalização dos canabinóides que chega a ser efectivada na Holanda e em Espanha. Hoje o debate sobre as drogas é colocado de uma forma mais ampla (Agra, 1995) estendendo-se à própria fundamentação ética e filosófica da ilegitimidade do consumo de drogas em geral. As toxicodependências devem ser entendidas como um problema hipercomplexo no sentido em que intervenções a um nível podem ter efeitos e sequelas longínquas e assim o critério de avaliação dos argumentos deverá ser não só bio-socio-psicológico mas também ecológico e geoestratégico. Os argumentos considerados actualmente focam o problema na sua complexa diversidade de implicações e é muito positivo que as tomadas de posição tenham ultrapassado o horizonte dos profissionais que lidam com as suas consequências - demasiado próximos, talvez, para poderem discutir suficientemente os seus pressupostos. O nível antropológico do problema é relevante: para além do papel facilitador da coesão social e do convívio, que sentido articula a tendência ao consumo de drogas com a natureza humana e em nome de que valores deverá ser alimentada ou combatida. Parece haver um consenso de que o consumo de substâncias psicoactivas é tão antigo como o homem; a dimensão antropológica do debate relativiza-o e aproxima o consumo de drogas dos comportamentos básicos universais. Reconheceu-se que as políticas jurídico-repressivas das toxicodependências implementadas a partir do modelo americano (Drucker & Hantman, 1995) não tinham o exclusivo do politicamente correcto e contrastavam com a tradição europeia de responsabilizar o médico e o farmacêutico pelo controlo dos toxicodependentes dentro da atitude humanista de os respeitar e às suas opções, sem se dessolidarizar da ajuda terapêutica quando é reconhecido pelo doente.

A questão põe-se ao nível ético das relações entre o Estado e os cidadãos: têm os cidadãos capacidade para decidir

(sem perder a liberdade que a escolha pressupõe) quando e qual droga querem consumir? ou o Estado, pelo contrário, deve tomar os cidadãos como desprotegidos face à capacidade da droga provocar dependência e alienar e, conseqüentemente, obrigar-se a proteger os seus cidadãos, ilegalizando as drogas na tentativa de as erradicar? Para o abolicionismo o problema ético do consumo de drogas opõe a liberdade e o interesse do cidadão aos interesses dos outros cidadãos, enquanto para os proibicionistas a liberdade individual de optar, designadamente por correr riscos, submete-se ao juízo prescritivo do Estado sobre quais riscos não são legítimos, argumentando-se que alguns são mais alienantes ou contêm um potencial de dano que os desclassifica como opções recreacionais, ou ainda que impedem ao cidadão o exercício da liberdade e o enriquecimento da sua personalidade. Do mesmo modo que as drogas, muitas outras actividades recreacionais e desportivas (ski, asa delta, boxe, assistir a jogos de futebol, motociclismo, automobilismo, entre as mais populares) têm riscos, morbidades e mortalidades consideráveis e são porventura praticadas em função desse risco, do prazer do desafio e da mestria do controlo desse risco. Relembramos que, apesar da demonstrada nocividade, o álcool e o tabaco continuam negócios lícitos e que o consumo de psicotrópicos fora do contexto médico com um propósito semelhante ao consumo de outras drogas é um hábito generalizado e com custos financeiros enormes. Parece sensato debater com profundidade estas questões. Debater o conceito de nocividade em tensão com o de obter prazer (Felix da Costa, 1995) e compreender como, em última análise o problema remete para hierarquias de valorizações éticas que são escolhas individuais: a auto-actualização da personalidade, na perspectiva de Maslow, a ambição de auto-realização do humanismo ocidental são objectivos muito dignos e, a par de outras motivações sociais como para o sucesso ou o altruísmo, são socialmente úteis mas prosseguidas por uma minoria de cidadãos. A larga maioria procura predominantemente valores como a satisfação de necessidades básicas, o conforto, o cuidado com a prole, a segurança e o prazer sob várias formas; o Estado reconhecerá a procura do prazer como profundamente arraigada na cultura das sociedades de mercado. Neste sentido seria despropositada a afiliação da moral estatal a convicções ético-religiosas de que decorram prescrições incoerentes com as da sociedade respectiva; fá-lo-á incorrer em posições deletérias para os cidadãos.

Não é sensato o Estado não reconhecer a íntima continuidade entre a cultura hedónica prevalente e a motivação para obter prazer através das drogas (Felix da Costa, 1995). Num meio onde as soluções fáceis campeiam e o seu paradigma é a pílula que resolve todos os problemas, o uso de drogas é uma opção coerente. Não se trata da moral laxa dos toxicodependentes, trata-se da moral prevalente nos sectores sociais prevalentes designadamente nos media que desde a infância conformam a cultura.

Já antes escrevi que reconhecendo o Estado democrático aos seus cidadãos a capacidade para escolher políticas cada vez mais complexas e fundamentando a sua legitimidade nessa capacidade de escolha, é inconsistente não lhes reconhecer a inteligência de decidir a atitude face às drogas: evitá-las ou consumi-las correndo riscos que políticas preventivas deveriam salientar. Nesta situação de conflito de valores caberia aos Estados, aproveitando a experiência da Holanda ou da Inglaterra, uma aproximação pragmática no sentido de resolver problemas concretos quer dos toxicodependentes quer da população geral e abster-se de posições dogmáticas como as do Conselho Nacional da Comissão de Ética para as Ciências da Vida.

Este Conselho produziu um momento inútil neste debate. Depois de traçar uma panorâmica alarmada da situação em que considera o crescimento da criminalidade juvenil "fortemente devedor do desenvolvimento da toxicodependência" e que a "ilegalidade floresce com o narcotráfico, minando os fundamentos jurídicos das sociedades e da convivência social", expõe os argumentos abolicionistas e contrapõe-lhes a convicção de que tudo pioraria, fundada em algumas experiências pouco comparáveis quer de liberalização parcial de drogas leves quer de distribuição controlada e restrita de opiáceos. A conclusão decorre do que o Conselho considera a "dimensão ética do consumo", uma peça de filosofia de manual desligada dos pressupostos factuais a que aludiu antes.

As questões éticas tratadas por profissionais da Ética têm esta redacção "ninguém é livre de deixar de ser livre", etc. etc., que escamoteia os factos e impede a implementação de medidas pragmáticas de melhorar o bem estar social das pessoas envolvidas em nome de uma autoridade que se afirma como detentora única da correcção moral. O debate ultrapassa o âmbito das profissões médico-psicológica ou jurídico-penal mas estes profissionais têm uma formação deontológica a partir da qual as suas posições são tomadas.

Um parecer moral só é relevante se decorrer do conhecimento da situação e a desarticulação deste texto subentende a incapacidade que os relatores tiveram de compreender a complexidade das toxicodependências.

Num quadro abolicionista a moral estatal norteia-se pela redução de riscos (Reuter & Caulkins, 1995) o que implica manter a preocupação com o problema das drogas. Uma política abolicionista das drogas deverá conter o objectivo de reduzir o seu consumo e não só de minimizar os problemas associados. Para isso é importante a disponibilidade de meios terapêuticos para os casos de consumo mais descontrolado que requeiram tratamento. Hoje os esquemas terapêuticos são mais eficazes do que há 50 anos (Waltman, 1994) e são um meio eficaz de restringir o consumo de drogas e a sua disseminação (Emrick, 1975). Com proibição ou às claras as toxicodependências continuarão, e é necessário compreender melhor o processo da dependência e os misteriosos mecanismos da recaída por forma a que a prevenção secundária intervenha mais favoravelmente na sua evolução. Por outro lado devemos reconhecer que factores da cultura contemporânea favorecem o recurso às drogas. A prevenção primária deveria incidir sobre eles partindo de modelos de acção mais fundamentados e deveria monitorizar os seus resultados na promoção do que considera ser a educação para a saúde e estilos de vida saudáveis. Perante a complexidade da situação, e enquanto não se redefinem atitudes consensuais sobre a moral estatal, a política das toxicodependências deveria ser orientada por considerações práticas como o bem-estar e a saúde e menos marcada pela defesa de posições de princípio. Olhar objectivamente para as problemáticas não é decidir seguindo a frieza tecnocrática economicista de ponderar meramente custos monetários. As implicações do abolicionismo ou do proibicionismo são demasiado complexas para que possam ser argumentadas desta forma.

Um Modelo de Abolicionismo

O objectivo do abolicionismo é resolver o problema das drogas não apenas a legalização. A exequibilidade do abolicionismo deve ser ponderada: 1) Que efeito terá a legalização da comercialização sobre os consumos? 2) Qual será o efeito do fim da dissuasão associada à actual repressão policial? 3) Qual o efeito sobre as mafias do narcotráfico? 4) Que eficácia terão as políticas de toxicode-

pendência abolicionistas em minorar o problema das drogas? 5) Qual a exequibilidade prática do abolicionismo no actual quadro internacional? Estas questões deparam com as evidências seguintes:

- 1) Até 1967 os médicos ingleses podiam prescrever estupefacientes incluindo heroína a dependentes registados; existiam 659. Depois instituiu-se o regime proibicionista actual inspirado do americano e estima-se, trinta anos depois, que haja 100.000 toxicodependentes na Grã-Bretanha. Numa avaliação do programa de manutenção em heroína de Widnes, Merseyside (Marks, 1991) clamava-se a ausência de SIDA, de mortalidade relacionada com drogas, uma redução de 96% na criminalidade associada às drogas e, paradoxalmente, uma redução de 92% na incidência de toxicodependência. Estudos realizados durante a guerra do Vietnam mostraram que em populações maximamente vulneráveis (pelo grupo etário, pelo desenraizamento, pela extrema acessibilidade, pelo stress da guerra) só metade dos soldados experimentou heroína alguma vez; destes só metade desenvolveu dependência nessas circunstâncias de guerra (Robins, 1973). Outro estudo comparando a prevalência de uso de heroína no Vietnam, 69%, com a dos soldados colocados no interior dos E.U., 49%, (Morgan, 1973) considerava a heroínodependência mais associada a factores sociais do que uma epidemia condicionada pela acessibilidade. Drogas com um elevado potencial adictivo nas actuais circunstâncias de livre acesso como o tabaco e o álcool têm tido consumos estabilizados ou em declínio (tabaco). Por um lado as drogas ilícitas como a heroína e a cocaína são já tão acessíveis que poderá acontecer que a legalização imponha mais restrições no acesso do que na actual situação (Jonas, 1992). Por outro lado, a criação de uma atitude culturalmente desfavorável junto dos consumidores a par de receios em relação aos efeitos sobre a saúde foram mais eficazes, por exemplo, em reduzir o consumo de álcool e de tabaco nos E.U. (Erickson, 1990) mesmo quando a oferta através da publicidade pressiona no sentido do consumo.
- 2) As consequências da legalização podem ser ponderadas a partir do paradigma do fim da Lei Seca que proibiu a venda de álcool na maioria dos Estados americanos entre 1920 e 1933. Reconheceram-se melhorias em diversos indicadores da morbilidade associada ao álcool

durante esse período. Calcula-se que após um decréscimo inicial do consumo de álcool os níveis se estabilizaram a 60-70% dos anteriores à proibição. Houve entretanto lugar para a constituição de um clima social dissoluto de criminalidade organizada e poderosa que corrompeu a polícia, os políticos e tornou insuportáveis os danos sociais do proibicionismo. A Lei foi revogada, o comércio e a venda, que estavam na mão das mafias locais com chorudos lucros, foi legalizado. Os proibicionistas rejeitam como falaciosa a analogia entre o proibicionismo do álcool e o actual para as outras drogas (Teasley, 1992). Contudo um ponto deve ser considerado: apesar da nocividade física do álcool ser grande, superior à de outras drogas ilícitas, a decisão de legalizar foi tomada e mantida, provavelmente porque o governo americano julgou que a redução da nocividade social associada à proibição compensaria largamente o aumento da prevalência dos consumos e a respectiva morbilidade associada.

3) O abolicionismo defende que o consumo de drogas passa pela diversidade de opções, de culturas e de valores prevalentes na sociedade de mercado. Reprimir é inútil como forma de redução da oferta enquanto os condicionalismos estruturais do mercado persistirem. Quanto à redução da procura a legalização permitiria uma melhor educação da população consumidora no sentido da protecção dos riscos de cada droga e permitiria, através da taxação obter financiamentos substanciais para programas de prevenção. À semelhança das leis do álcool seriam necessárias leis repressoras do consumo de drogas em circunstâncias que criem riscos intoleráveis para o próprio ou para os outros designadamente a condução. A implementação de uma política abolicionista seria sempre faseada e as medidas a tomar estritamente controladas pelo seu impacte. Operacionalmente as questões relevantes do lado da regulamentação da oferta seriam:

- 3.1) Que circuito de distribuição?
- 3.2) Para quais drogas?
- 3.3) Que critérios de acesso a esse circuito?

3.1) Numa fase inicial pode ser defendida uma distribuição sob controlo médico ou, eventualmente, farmacêutico a pessoas identificadas como toxicodependentes. A questão da idoneidade dos intervenientes teria que ser ponderada pois seriam os

garantes dos critérios de acesso estabelecidos. A experiência do sistema de distribuição de metadona de baixo limiar poderia ser estendida em programas de manutenção nas drogas de escolha. Os custos do sistema seriam imputados aos consumidores mas controlados de modo a desincentivarem o mercado negro. Contudo, não perdendo de vista que um dos principais objectivos deste sistema seria anular este mercado ilícito de drogas e o respectivo narcotráfico, é importante pensar paralelamente num outro sistema de abastecimento de canabinóides ou de quantidades restritas de outras drogas aos consumidores recreacionais, menos restritivo e que poderia ter por base a rede das farmácias ou outra criado propositalmente como as coffee shops holandesas, evitando criar oportunidades de segregar para o mercado negro os consumidores recreacionais.

3.2) As substâncias psicoactivas deveriam ser reclassificadas segundo a sua efectiva utilização nos actuais estilos de vida, em função dos riscos físicos e mentais imediatos e a prazo, – para o próprio e para os outros –, e do potencial de abuso e de dependência. Se considerarmos riscos diferenciais para as diversas drogas faz sentido que o circuito de drogas de menos risco como os canabinóides seja mais acessível que o das drogas pesadas.

3.3) A entrada no sistema deveria desincentivar a entrada a não iniciados e não ser acessível a menores. A questão da interdição a menores é particularmente delicada quanto a cumprir simultaneamente a especificação de não empurrando os menores para o mercado negro, não os iniciar nas drogas. É nossa convicção que em qualquer caso a acessibilidade regulamentada seria sempre mais controlável que a proporcionada pelo mercado clandestino. Em geral deveria não ser tão acessível que encorajasse o consumo a não iniciados mas suficientemente acessível a pessoas identificadas como toxicodependentes para anular a necessidade de um mercado negro de drogas.

4) Na Holanda apenas um terço dos utentes dos programas de metadona são nacionais; cerca de um terço pertence a minorias étnicas e outro terço é composto por estrangeiros maioritariamente de países vizinhos. É inconcebível no espaço europeu de circulação livre a implementação de alterações significativas na acessibilidade às drogas num país, sem que houvesse lugar a

migrações com efeitos sociais imprevisíveis. Por outro lado os governos têm compromissos internacionais no quadro das Nações Unidas sobre a produção e oferta de estupefacientes e o grau de liberdade de que dispõem actualmente é estreito. A par de debates que inflectissem uma opinião pública mal esclarecida e globalmente desfavorável seriam necessários movimentos diplomáticos concertados a nível europeu para alterar os tratados das Nações Unidas.

Conclusões

Pensamos existir actualmente uma crescente abertura, designadamente de entidades com relevo público, para a discussão do problema das drogas. Parece constituir-se um consenso sobre a discussão separada do problema das drogas e o problema legal das drogas, incluindo os custos da repressão da oferta. Existe alguma abertura para a consideração dos argumentos abolicionistas. A actual situação assenta mais na inércia do sistema defendida por um role de argumentos proibicionistas de fraca qualidade (MacCoun, Kahan, Gillespie & Rhee, 1993), do que pela efectiva demonstração de razões capazes de mobilizar as forças sociais em torno da resistência aos consumos de drogas. O carácter emocional dos argumentos proibicionistas acena com um espectro apresentado de um modo terrificante visando provocar uma adesão acrítica ao abstencionismo na base de pressupostos éticos contraditórios com os vigentes nas sociedades democráticas desenvolvidas.

Falharam e, dadas as repercussões a todos os níveis políticos, cada vez mais os decisores requerem fundamentação objectiva (epidemiológica, clínica, sociológica, etc.) para as opções políticas e menos se arriscam a optar com base em posições dogmáticas. Esta exigência de melhor fundamentação dos argumentos apresentados, decorrente, em parte, da influência da Saúde Pública, torna a discussão mais clara.

O problema é abertamente discutido, curto-circuitando a legalidade que defende o status quo, o que sugere acreditar-se na capacidade do sistema evoluir para uma posição antagónica se for demonstrada a sua razoabilidade.

A consideração global do problema das drogas trará vantagens designadamente ao nível da prevenção e do controlo do efeito de escalada em que o tabaco e o álcool são portas de entrada. As variações nos padrões de consumo devem-se a factores socio-culturais complexos em que os esforços de controlo da oferta são pouco significativos, mesmo quando envolveram os grandes recursos da Guerra das Drogas. Reconhece-se a continuidade entre as actuais toxicod dependências e determinados valores, culturas e estilos de vida. A propósito das campanhas de prevenção primária reconhece-se geralmente a sua ineficácia em mudar comportamentos das pessoas realmente em risco e a estrita necessidade de avaliação de resultados dado o risco das intervenções induzirem efeitos paradoxais. Acredita-se na necessidade de melhor fundamentação teórica dos modelos de intervenção, de um estrito controlo dos resultados e da investigação de novas metodologias, designadamente de técnicas comportamentais de moldagem de atitudes a par da educação e da informação correcta sobre drogas.

O debate sobre a política das toxicod dependências é uma necessidade. É preciso formarem-se novos consensos sociais eticamente consistentes com os valores que se reconheçam saudáveis para o Homem contemporâneo. Pensa-se que uma política de toxicod dependências, proibicionista ou abolicionista, só será aplicada com eficácia se os cidadãos se identificarem com ela. Acredita-se, também, na tolerância à diferença como um valor democrático fundamental. ■

Nuno Felix da Costa

FML

Observatório VIDA

BIBLIOGRAFIA

- AGRA, C., (1995). *Da rapsódia à sinfonia. Os modos elementares do pensamento da droga.* Toxicodependências, 3, 47-58.
- Assembleia do Conselho da Europa, 3-9-1990. Doc. 6278.
- Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, (1996). Relatório parecer 17/CNECV/96 sobre Liberalização da "droga" e despenalização do seu consumo. Lisboa.
- BRADLEY, A.M., (1987). *A capsule review of the state of the art: the sixth special report to the US Congress on alcohol and health.* Alcohol Health Res. World, summer.
- BRECHER, E., *Licit and illicit drugs.* Boston, MA. Little, Brown & Co, 1972.
- DRUCKER, E. & HANTMAN, J.A., (1995). *Harm reduction drug policies and practice: International developments and domestic initiatives.* Bull, N.Y., Ac. Medicine, 72,2, 335-338.
- EMRICK, C.D., (1975). *A review of psychologically oriented treatment of alcoholism: the relative effectiveness of different treatment approaches and the effectiveness of treatment versus no treatment.* J. Studies Alcohol, 36, 88-110.
- ERICKSON, P.G., (1990). *A public health approach to demand reduction.* J. Drug Issues, 20, 3.
- FELIX DA COSTA, N., (1995). *Contentamento e prazer.* Toxicodependências, 1, 5-13.
- JONAS, S., (1992). *Public Health approach to the prevention of substance abuse.* In Substance abuse: a comprehensive textbook.
- Jonas, S., (1994). *Dealing with the drug problem.* Preventive Medicine, 23, 539-544.
- MACCOUN, R.J., KAHAN, J.P., GILLESPIE, J. & RHEE, J., (1993). *A content analysis of the drug legalization debate.* J. Drug Issues, 23, 615-629.
- MARKS, J., (1991). *The north wind and the sun.* Proc. R. Coll. Phys. Edinb., 21, 319-327.
- MCGINNISS, J.M. & FOEGE, W.H., (1993). *Actual cases of death in the United States.* JAMA, 270, 2207.
- MORGAN, D.W. et al., (1973). *Heroin use - contagious disease or social problem?* Proceedings of the 1973 annual meeting of the American Psychiatric Association, 141-142.
- NEWMAN, R.G., (1995). *Drug policy reform: Societal and clinical Perspectives.* Bull, N.Y., Ac. Medicine, 72,2, 321-334.
- NICHOLSON, T., (1992). *The primary prevention of illicit drug problems: an argument for decriminalization and legalization.* J. Primary Prevention, 12, 275-288.
- NIDA. Household Survey, 1990, Rockville, M.D.: NIDA, 1990.
- PATRÍCIO, L., (1994). *Não seja cúmplice.* Lisboa: Bertrand.
- POIARES, C.A., (1995). *A legislação penal de droga: contribuição para uma análise do discurso do legislador.* Toxicodependências, 3, 17-29.
- RENO, R.R. & AIKEN, L.S., (1993). *Life activities and life quality of heroin addicts in and out of methadone treatment.* Intern J. Addictions, 28, 211-232.
- REUTER, P. & CAULKINS, P., (1995). *Redefining the goals of national drug policy: Recommendations from a working group.* Amer. J. Publ. Health, 85, 1059-1063.
- RIBEIRO, J.S., (1995). *Dependência ou Dependências? Incidências históricas na formalização dos conceitos.* Toxicodependências, 3, 5-16.
- ROBINS, L.N., (1973). *Follow-up of Vietnam drug users, Special action, Office Monograph, Series A, nº 1, SAODAP, Washington, DC.*
- SINGLE et al., (1992). *The costs of substance abuse in Canada.*
- STEVENSON, R., (1994). *Winning the War on Drugs: To legalize or not?* Hobert Paper nº124, Institute of Economic Affairs, London.
- TEASLEY D.L., (1992). *Drug legalization and the "lessons" of Prohibition.* Contemporary Drug Problems, Spring.
- WARNER, L.A., et al., (1995). *Prevalence and correlates of drug use and dependence in the United States.* Arch. Gen. Psychiatry, 52, 219-229.
- WALTMAN, D., (1994). *Key ingredients to effective addictions treatment.* J. Subst. Abuse Treat., 12, 429-439.