

SÉRIE DE MODELOS SOBRE POLÍTICAS DE DROGAS

Política da Droga em Portugal

Os Benefícios da Descriminalização
do Consumo de Drogas



OPEN SOCIETY
FOUNDATIONS

Política da Droga em Portugal

Os Benefícios da Descriminalização do Consumo de Drogas

Artur Domosławski
(Traduzido do Inglês para Português por Nuno Portugal Capaz)

Junho de 2011

Global Drug Policy Program



**OPEN SOCIETY
FOUNDATIONS**

Copyright © 2011 Open Society Foundations

Esta publicação está disponível em formato pdf no website da Open Society Foundations, ao abrigo da licença Creative Commons, que permite a cópia e distribuição da publicação na sua totalidade, desde que a autoria seja atribuída à Open Society Foundations e seja usada para fins não comerciais. As fotografias não podem ser usadas separadamente da publicação.

ISBN: 978-1-936133-59-8

Para mais informações, contactar:

Global Drug Policy Program

Open Society Foundations

c/o Helsinki Foundation for Human Rights

Ul. Zgoda 11, 00-018

Warsaw, Poland

www.soros.org/initiatives/drugpolicy

Capa e paginação por Judit Kovács | Createch Ltd.

Fotografia de Capa © AP Photo | Gael Cornier | Unidade Móvel de troca de seringas, Lisboa, Portugal

Impresso por Createch Ltd | Hungria

Prefácio à edição portuguesa por Fernando Henrique Cardoso¹

Política da Droga em Portugal é um estudo lúcido, crítico e extremamente oportuno sobre o impacto da descriminalização das drogas na preservação da saúde e da segurança das pessoas e da sociedade.

Conheci de perto a experiência de Portugal na visita que fiz ao país em janeiro de 2011. Conversei com líderes políticos, médicos, trabalhadores da área social, especialistas de segurança pública e investigadores. Visitei o Centro de tratamento e reabilitação das Taipas, assisti a sessões de uma Comissão para a Dissuasão da Toxicodependência, conversei com jovens em escolas e com pessoas condenadas por crimes relacionados com o tráfico de drogas.

Pude constatar o caráter inovador, a abrangência e a consistência da política nacional de droga num país de arraigada tradição conservadora. Impressionou-me a frase que ouvi do dr. João Goulão: “o objetivo da política de Portugal é combater a doença e não os doentes”.

Toda a evidência disponível demonstra que as medidas punitivas por si só, por mais duras que sejam, não são capazes de reduzir os consumos. Pior, em muitos casos têm consequências nefastas. Ao estigmatizar os usuários de drogas, o medo da polícia e o risco de prisão tornam mais difícil o acesso ao tratamento.

1. Presidente do Brasil por dois mandatos (1994–98 e 1999–2002), co-presidente com César Gaviria e Ernesto Zedillo da Comissão Latino-Americana sobre Drogas e Democracia (2008) e presidente da Comissão Global sobre Política de Drogas (2011).

Ao descriminalizar as drogas Portugal quebrou um paradigma. Ao invés de insistir em medidas repressivas ineficazes, quando não claramente contraproducentes, Portugal optou por políticas mais humanas e eficientes.

Constato, portanto, que Portugal foi o primeiro país a seguir integralmente uma das principais recomendações da Comissão Global sobre Política de Drogas por mim presidida: “Pessoas que usam drogas mas não causam dano a outros não são criminosos a encarcerar mas sim pacientes a tratar”.

Esta mudança de foco é, ao mesmo tempo, simples e profunda. Uma pessoa doente precisa de ajuda e apoio para sua reinserção social.

O estudo mostra de forma convincente que a descriminalização das drogas não é vista como uma panacéia, solução mágica capaz de resolver todos os problemas. Bem ao contrário, a descriminalização se insere no contexto mais amplo de uma política abrangente cujo objetivo é reduzir o dano que as drogas causam para as pessoas e as sociedades.

Trata-se também de uma política pragmática, despida de moralismos e preconceitos, cujo objetivo é preservar a saúde e a segurança dos cidadãos. Os instrumentos coercitivos podem ser utilizados quando necessário mas não são mais o componente central.

Portugal atribui maior valor ao tratamento e à redução do dano e investe mais em formas de regulação social para induzir à redução do consumo. Para tanto, a política portuguesa atribui grande importância à dissuasão e à prevenção.

Por todas essas razões não hesito em dizer que a política nacional da droga em Portugal representa uma verdadeira mudança de paradigma na política internacional de droga. A experiência portuguesa revelou-se uma alternativa mais humana e eficiente que as ações puramente repressivas que, ademais de inúteis, violavam direitos humanos básicos, como o direito à saúde e à reintegração social.

O estudo analisa com objetividade e prudência os resultados da política em termos de prevalência dos consumos desde 2001. Por controvertidas que sejam as estatísticas, é certo que a temida ‘explosão dos consumos’ não se materializou. Portugal não se transformou num ‘paraíso das drogas’.

Por isso mesmo preocupa-me saber que medidas recentes pelo Governo português, adotadas no calor da crise econômica e financeira, ameaçam enfraquecer componentes fundamentais da política nacional de droga, a começar pela anunciada extinção do Instituto da Droga e da Toxicod dependência (IDT).

Graças a este organismo, o Ministério da Saúde tinha a capacidade de delinear as políticas (em concertação com os parceiros de outros ministérios e com a sociedade civil) e dispunha dos meios para as implementar na prática, no terreno. Ou seja, Portugal tinha à sua disposição uma rede de respostas de tratamento, prevenção, redução de danos e reinserção social, gerida e coordenada pelo Instituto. Tudo isto, segundo estou informado, a um

custo mínimo na medida em que o orçamento do IDT representa uma percentagem irrisória do total do Ministério da Saúde.

Temo que num momento em que o ambiente económico e social do País é propício ao recrudescimento dos consumos – mais marginalidade e exclusão, mais desespero (logo, mais pessoas a consumirem substâncias), mais gente a praticar atividades de tráfico para subsistir – estas alterações orgânicas venham a retirar capacidade de intervenção e debilitar a eficácia da política nacional de droga.

Até mesmo do ponto de vista estritamente económico, esta opção me parece indesejável. O enfraquecimento da rede de tratamento e prevenção pode levar ao recrudescimento dos consumos e a outros efeitos nefastos para a saúde e o bem estar das pessoas. Caso este passo atrás se concretize, Portugal infelizmente corre o risco de se ver obrigado a gastar muito mais, só em anti-retrovirais, porque os números da SIDA vão voltar a subir.

A experiência de Portugal é por demais importante como referência mundial de uma abordagem inovadora e bem sucedida para ser posta em risco num momento em que a incerteza e preocupação quanto ao futuro afetam não só Portugal mas muitos países da União Europeia.

Sabemos todos que a ‘guerra às drogas’ fracassou e que é preciso abrir o debate, confrontar experiências, explorar novas soluções. Oxalá Portugal continue a ocupar o lugar de vanguarda que conquistou ao ousar inovar.

Prefácio

50 anos após a primeira Convenção das Nações Unidas sobre Drogas, o debate acerca do modelo punitivo, que domina a política da droga a nível mundial, está a aquecer. Confrontados com os efeitos desastrosos dessa política, muitos países estão a repensar as estratégias repressivas que falharam na redução da oferta e consumo de drogas, produzindo muitas vezes resultados devastadores para indivíduos e sociedades.

O gabinete de combate à droga e crime da ONU (UNODC – United Nations Office on Drugs and Crime) tem repetidamente confirmado no seu Relatório Mundial de Drogas que os esforços para erradicar e controlar a produção de substâncias ilegais tem sido largamente ineficaz. Mas o que é mais importante é que existem cada vez mais evidências de que as políticas repressivas da droga falham ao não ter em conta o fator humano.

Prisões no mundo inteiro estão cheias de pessoas condenadas por crimes relacionados com drogas. Muitas delas viram-se envolvidas com o consumo ou tráfico de drogas devido a problemas de adição ou pobreza. As altas taxas de encarceramento têm um impacto negativo junto dos reclusos, das suas famílias e das sociedades, para quem representam um enorme fardo económico. Frequentemente, a punição é largamente desproporcionada, com longas penas de prisão atribuídas a pequenos delitos.

Responder ao consumo de drogas com legislação repressiva significa que a saúde pública sairá prejudicada. As dependências não são tratadas: dentro da generalidade das prisões não existem programas de troca de seringas, de substituição de opiáceos ou outros tratamentos. O VIH e a Hepatite C alastram facilmente. Muitos presos iniciam o seu consumo de drogas na prisão e muitos sofrem de overdoses pouco após a sua libertação. A prisão,

pura e simplesmente não é a resposta para o consumo de drogas ou para os pequenos delitos relacionados com drogas. Precisamos de encontrar uma resposta melhor, mais humana.

A base para esta resposta pode ser encontrada no crescente movimento internacional liderado por cientistas, médicos, consumidores de drogas, políticos e responsáveis pela aplicação das leis que estão empenhados em soluções efetivas, duradouras e humanas para os desafios do uso de drogas. A Global Commission on Drug Policy cujos membros incluem 4 ex-presidentes, um ex-Secretário Geral da ONU e um prémio Nobel, lançou um relatório em Junho de 2011 que condena a guerra contra as drogas e alerta os governos para considerarem seriamente alternativas como a descriminalização. O *The Lancet*, reputado jornal Britânico especializado em questões médicas, publicou uma edição especial em Julho de 2010 sobre a problemática do VIH entre os consumidores de drogas. A declaração de Viena de 2010, subscrita pelos chefes da UNAIDS e pelo Global Fund do Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, tem 20,000 assinaturas em defesa de políticas da droga baseadas em critérios científicos. A campanha global liderada pela AVAAZ – End the war on drugs – juntou mais de 600,000 assinaturas.

Surpreendentemente, Portugal – um pequeno país conhecido pelos seus valores conservadores, de forte tradição Católica e com uma Democracia relativamente recente – tornou-se um modelo internacional em termos de política da droga. Num dramático afastamento da norma, Portugal descriminalizou a posse de drogas para consumo em 2000. Ao remover a questão da posse pessoal da esfera judicial para a esfera da saúde pública, Portugal deu ao mundo um poderoso exemplo de como uma política nacional da droga pode funcionar em benefício de todos. Na última década, Portugal assistiu a uma queda significativa no número de novas infeções por VIH e de mortes relacionadas com droga. Em vez de definharem numa cela de prisão, os dependentes de drogas em Portugal recebem atualmente tratamentos efetivos em programas que os procuram integrar de volta na sociedade. Até o sistema judicial beneficiou, com as polícias focadas na interceção do tráfico de larga escala e das redes internacionais de tráfico. Como resultado, a segurança pública aumentou.

Portugal provou que a descriminalização não leva a um aumento do consumo de drogas. Pelo contrário, demonstrou que uma estratégia pragmática e humana pode, de facto, reduzir o consumo de drogas, a dependência, as recaídas e a infeção por VIH. Portugal deu-nos a esperança de que podemos superar a propaganda, baseada no medo da “guerra às drogas”, que paralisa as sociedades e dificulta as reformas. Portugal provou que uma estratégia baseada no respeito pela dignidade humana e no direito à saúde pode aumentar a segurança pública.

Política da Droga em Portugal: Os Benefícios da descriminalização do consumo de drogas é a segunda de uma série de publicações do Open Society Foundations's Global Policy Program, que procura documentar exemplos positivos de reformas mundiais nas políticas da

droga. Esperamos que esta publicação inspire políticos, defensores e os próprios consumidores de drogas a desenhar novas políticas guiadas pelos princípios dos direitos humanos, saúde pública e desenvolvimento social.

Kasia Malinowska-Sempruch
Diretora, Global Drug Policy Program
Open Society Foundations

Índice

Agradecimentos	13
Resumo	15
I. Introdução	17
II. Portugal antes de 2001	19
III. Uma nova filosofia para a Política da droga	23
IV. Despenalização, Descriminalização e Legalização	27
V. Uma nova Filosofia em ação	29
VI. A atitude da polícia	39
VII. Vantagens e desvantagens	41
VIII. Consumo de drogas e Política atual	45
IX. Conclusões	51
Acerca do Autor	53

Agradecimentos

A lista de pessoas a quem eu gostava de agradecer é tão longa quanto as pessoas que entrevistei, talvez até mais longa. Acima de tudo, gostava de agradecer às pessoas que entrevistei em Lisboa, particularmente aos membros do Instituto da Droga e da Toxicodependência, assim como às pessoas em cargos públicos e organizações não-governamentais relacionadas com as atividades do Instituto. Sem a cooperação destas pessoas e respectivas organizações, este trabalho não seria possível.

Um agradecimento especial ao Nuno Portugal Capaz e à Genevieve Harris pela sua assistência na revisão deste documento.

Finalmente, queria expressar a minha gratidão à Kasia Malinowska-Sempruch que inspirou e iniciou o meu envolvimento com este projeto, assim como à Magda Dabkowska que abriu muitos caminhos em Lisboa e à Alexandra Kirby-Lepesh que contribui para a tradução e edição geral deste texto.

Artur Domosławski

Resumo

Há dez anos atrás, Portugal lançou e experimentou o que poucos países se atreveram a tentar: a descriminalização da posse de droga para consumo, incluindo drogas que alguns países classificam como “duras”, como a cocaína e heroína.

Estas mudanças, na política nacional da droga em Portugal, constituem um ponto de viragem para o país e um marco na política internacional da droga. Em vez de tentar diminuir o uso através da punição dos consumidores, as novas medidas mantêm as drogas ilegais mas já não tratam o consumo como um crime. As mudanças são particularmente significativas para Portugal, um país conservador marcado por uma história de ditadura fascista e por uma Igreja Católica com uma influência poderosa na política e vida social.

As alterações em Portugal não se resumem ao tratamento da posse de drogas para consumo como uma contra-ordenação administrativa, também incluem um vasto leque de medidas em áreas como a prevenção e educação social, desencorajando o uso de substâncias, a redução de danos, o tratamento de toxicodependentes e a assistência na sua reinserção social.

Contrariamente às preocupações iniciais relativas à nova estratégia portuguesa, estudos mostram que o número de consumidores de drogas não aumentou dramaticamente, chegando mesmo a diminuir em algumas categorias. Além do mais, o número de pessoas com doenças relacionadas com o consumo de drogas (como VIH e Hepatites B ou C) diminuiu na generalidade.

De acordo com especialistas portugueses e internacionais, estas tendências positivas estão enraizadas na política da droga, que oferece tratamento a pessoas dependentes, em

vez de os abordar como criminosos. Os níveis de consumo de drogas em Portugal são dos mais baixos da União Europeia.²

Apesar das novas políticas serem por vezes alvo de debate interno e algumas disputas, nomeadamente em termos de custos económicos, a política de descriminalização e a filosofia por detrás desta não levantaram uma verdadeira polémica, fundando-se no consenso entre políticos e a sociedade Portuguesa em geral.³

Os efeitos da experiência Portuguesa em termos de política da droga foi corroborada pela investigação, e a reação dos Portugueses foi verificada por estudos fiáveis. Esta experiência pode e deve servir de lição para o mundo que foi apanhado na falhada “guerra às drogas”. A natureza inovadora da posição Portuguesa prova que não são gerais, polícias ou juizes criminais, mas antes médicos, trabalhadores da área social e investigadores que deverão dar resposta às questões relacionadas com drogas.

2. The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *Statistical Bulletin 2010*, “Lifetime prevalence of drug use in Nationwide surveys among the general population.” Apenas 8 de 28 países avaliados apresentam um nível inferior ao de Portugal de consumo de cannabis, 10 de 27 – cocaína, 4 de 27 – anfetaminas, 4 de 27 – ecstasy, 5 de 23 – LSD.

3. Entrevistas com Anália Torres, Casimiro Balsa, João Goulão e Maria de Belém Roseira.

Introdução

O objetivo deste estudo é mostrar as circunstâncias que levaram à atual lei da droga em Portugal, os mecanismos que foram usados para efetivar essa mudança e, mais importante, discutir os valores e ideias que estão na origem da lei portuguesa da droga, como funciona, e qual o impacto que teve nos consumos de drogas e respectivos danos em Portugal.

O estudo apresenta os resultados desta política, analisados por investigações ao consumo de drogas e avaliações de investigadores independentes e funcionários governamentais de instituições que tratam as questões relacionadas com drogas.

O estudo e as suas conclusões são largamente baseadas em entrevistas com pessoas que trabalham em diferentes áreas da política da droga em Portugal. Estes grupos ou personalidades vão desde os que criaram a política, aos decisores que debateram e defenderam estas reformas, às pessoas que estão empenhadas de uma forma diária nas áreas da prevenção e educação, na redução de danos e tratamento, nas que procuram ajudar os toxicodependentes a reinserirem-se na sociedade, e aqueles que aplicam as leis contra traficantes de larga escala.

Das 20 entrevistas realizadas, 15 foram feitas a especialistas em questões de droga e 5 a consumidores de drogas. Estas entrevistas foram complementadas com a análise de estudos prévios sobre a política da droga em Portugal, a análise ao consumo de substâncias psicoativas, e em documentos da polícia e do Instituto da Droga e da Toxicodependência.

Pessoas Entrevistadas

- ▶ João Goulão, Presidente do Conselho Diretivo do Instituto da Droga e da Toxicod dependência (IDT, IP)
- ▶ Fernanda Feijão, Responsável do Núcleo de Investigação do IDT, IP
- ▶ Paula Marques, Diretora do Departamento de Intervenção Comunitária do IDT, IP
- ▶ Nuno Portugal Capaz, Sociólogo, membro da Comissão para a Dissuasão da Toxicod dependência de Lisboa
- ▶ Paula Andrade, Responsável do Núcleo de Redução de Danos do IDT, IP
- ▶ Alcina Ló, Responsável do Núcleo de Reinserção do IDT, IP
- ▶ Ana Sofia Santos, Responsável do Núcleo de Relações Internacionais do IDT, IP
- ▶ Henrique Barros, Coordenador Nacional para a Infecção VIH / Sida
- ▶ Miguel Vasconcelos, Diretor do Tratamento da UD-Centro das Taipas
- ▶ Maria de Belém Roseira, Deputada da Assembleia da República, ex-ministra da Saúde
- ▶ Américo Nave e os trabalhadores da “equipa de rua” (esta equipa distribui agulhas, seringas e outros itens de redução de danos do kit português)
- ▶ João Fernandes Figueira, Inspetor Chefe da Polícia Judiciária
- ▶ Anália Torres, Professora de Sociologia, Presidente da Associação Europeia de Sociologia
- ▶ Casimiro Balsa, Professor de Sociologia, autor de estudos sobre drogas e abuso de drogas
- ▶ Brendan Hughes, Analista Sénior do European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)

Foram também entrevistados 5 consumidores de drogas anónimos na rua e na Unidade de Desabilitação – Centro das Taipas.

II. Portugal antes de 2001

Após a Segunda Guerra Mundial, Portugal, assim como a Espanha do General Franco, eram os únicos países europeus onde o poder era exercido por grupos políticos de inspiração fascista com origem na década de 1920. Portugal era uma sociedade profundamente católica, tradicional e conservadora, governada pelo ditador António Salazar. Durante o regime de Salazar, a Igreja Católica obteve uma influência significativa.

O Portugal de Salazar era um país autocrático, fechado a novas ideias, às mudanças das sociedades Ocidentais e às novas tendências culturais e da moda. Os movimentos de contracultura da década de 1960 que celebravam o uso de drogas como uma componente de moda e cultura passaram em larga medida ao lado de Portugal. O uso de drogas (principalmente o LSD) era aceite em Portugal na relativamente diminuta comunidade de artistas e boémios, mas era esporádico e tinha pouco impacto social ou cultural.

Apenas no final da década de 1970 é que a problemática das drogas começou a ser notada em Portugal. Uma variedade de fatores poderão ter contribuído para o aumento do consumo de drogas em Portugal: o final da guerra colonial em África, o regresso de pessoas das colónias (incluindo soldados portugueses) e a queda do regime de Salazar em 1974, que resultou numa rápida abertura de um país fechado ao mundo exterior.

Uma observação recorrente feita por alguns dos entrevistados neste estudo foi que o uso de drogas, ou, para ser mais preciso, o uso de cannabis, tornou-se mais visível em Portugal com o regresso de cidadãos portugueses das colónias onde a marijuana era cultivada e consumida abertamente. Outros mantêm que com a abertura de Portugal após 1974, o consumo de drogas constituiu simplesmente uma parte de um vasto leque de situações

que começaram a partilhar com outras sociedades ocidentais quando o país, na procura de uma cooperação multilateral com outros países, se expôs a novas ideias, tendências e modas.

Após meio século de isolamento, os portugueses estariam pouco preparados para a onda de mudanças que veio com essa abertura do final da década de 1970. Não possuíam um conhecimento sobre as drogas, sobre a distinção entre drogas pesadas e leves, sobre os diferentes problemas que poderia constituir o seu consumo, os riscos que representavam para a saúde ou os tipos de problemas sociais que poderiam causar.

No início dos anos 80, a droga mais comumente consumida em Portugal era o haxixe e a marijuana, mas a heroína já tinha aparecido nos finais de 1970. A heroína traficada, do Paquistão e da Índia através da ex-colónia de Moçambique, por portugueses de origem paquistanesa era vendida nas ruas de Portugal em finais da década de 1970, início da década de 1980. Quando dois grandes grupos de tráfico de heroína foram desmantelados em Moçambique, a heroína começou a chegar da Holanda. Uma vez que o tráfico de heroína em Portugal era assegurado por uma série de pequenos grupos de traficantes, as autoridades não conseguiram pará-lo. O consumo desta substância também começou a mudar por esta altura, com os consumidores a começarem a fumar e a injetar esta droga.

Em finais de 1980, e em especial no início de 1990, o consumo de drogas tornou-se um motivo de preocupação social. Muitas pessoas na sociedade portuguesa concluíram que o país tinha um problema sério de consumo de drogas e uma alta taxa de consumos. Na altura, esta convicção não era baseada em nenhum estudo sobre o consumo, mas sim em impressões gerais e no conhecimento empírico. Um fator que terá contribuído para essa impressão foi o facto de em algumas zonas de Lisboa e de outras grandes cidades o consumo de drogas se ter tornado mais aberto e visível.

Um estudo do Eurobarómetro realizado em 1997 mostrava que os portugueses percecionavam as questões relacionadas com a droga como o principal problema social do país. Doze anos depois, em 2009⁴, quando a nova lei de descriminalização do consumo de drogas começou a ser implementada, as drogas passaram a ocupar o 13º lugar na lista das questões sociais que maior preocupação causava aos portugueses.

O primeiro estudo exaustivo sobre o consumo de drogas em Portugal levado a cabo em 2001, mostrava que, ao contrário da crença popular, o nível de consumo de drogas no país era, na altura, dos mais baixos da Europa. Apenas cerca de 8 por cento dos portugueses admitiam ter consumido drogas ao longo da sua vida.⁵

4. João Goulão, “Interdiction or Decriminalization – What Works with Drug Crime?” Discurso feito no 12th International Criminal Law Congress 2010.

5. Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2001 (Inquérito nacional sobre o consumo de substâncias psicoativas conduzido pelo Professor Casimiro Balsa et. al em 2001). Entrevista com Casimiro Balsa.

Porque é que se verificou uma discrepância tão grande entre os resultados deste estudo – não particularmente alarmantes – e a percepção pública de que as drogas constituíam um dos maiores problemas sociais? Apesar de Portugal ser um dos países da Europa com um dos níveis mais baixos de consumo de drogas ilícitas entre a sua população, os especialistas acreditam que durante as décadas de 1980 e 1990 era um dos países que tinha uma maior prevalência de consumos problemáticos⁶, particularmente de heroína.⁷ O estudo de 2001 mostrou que cerca de 0,7% da população havia consumido pelo menos uma vez heroína durante a sua vida, a segunda maior taxa da Europa, atrás da Inglaterra e País de Gales (1%).⁸ Um documento recente do EMCDDA mostra que o consumo da população em geral mantém-se abaixo da média europeia, no entanto “os consumos problemáticos e os danos relacionados com o consumo de drogas estão perto, e algumas vezes acima, da média europeia”.⁹ Simultaneamente devemos salientar que o número de consumos problemáticos aparenta uma diminuição em anos recentes.¹⁰ Por exemplo, a prevalência de consumos de heroína na faixa etária dos 16–18 anos caiu de 2,5% em 1999 para 1,8% em 2005.

O Professor Casimiro Balsa¹¹ acredita que a causa da preocupação social estava relacionada com a visibilidade do consumo de drogas em locais públicos (na rua, jardins ou bares). Num país em que a moral tradicional dominou durante tanto tempo, tais comportamentos atípicos eram considerados como incompatíveis com a moral pública. Esta preocupação serviu de base à percepção acerca da seriedade da problemática do consumo de drogas em Portugal. A preocupação parece ter surgido de uma forma natural e generalizada entre as pessoas e não promovida por algumas correntes de opinião. Na verdade, a própria Igreja não se pronunciou abertamente acerca da política da droga, nem, de facto, se pronunciou

6. Por consumos problemáticos entenda-se o consumo intravenoso ou de longa duração / regular de opiáceos, cocaína e / ou anfetaminas. Ecstasy e cannabis não estão incluídos nesta categoria (Definição do EMCDDA).

7. João Goulão, citado em: Beyrer, C. et al., “Time to act: a call for comprehensive responses to HIV in people who use drugs” *The Lancet: HIV in People Who Use Drugs, Special Issue*, Julho de 2010. Ver também Hughes, C., Stevens, A. The effects of Decriminalization of Drug Use in Portugal, The Beckley Foundation, Dezembro de 2007.

8. Balsa et al.

9. Moreira, M., Hughes B., Costa, Sorti C., Zobel F. (2011), Drug Policy Profiles: Portugal, EMCDDA, p.17.

10. Por exmplo, a prevalência de consumos de heroína etre os 16/18 anos caiu de 2,5% em 1999 para 1,8% em 2005. Para mais, vide Greenwald, G. (2009), Drug Decriminalization in Portugal; Lessons for Creating Fair and Successful Drug Policies, The Cato Institute, p.14.

11. Sociólogo envolvido no estudo de 2001.

abertamente sobre outras questões políticas (com exceção da questão do aborto) desde que a revolução democrática introduziu a separação entre Estado e Igreja.

A primeira resposta governamental ao problema do uso de drogas e respetiva preocupação social foi a criação do centro de tratamento das TAIPAS em Lisboa.¹² Este esforço governamental foi também acompanhado pela criação de algumas clínicas privadas de tratamento. Na realidade, apesar da Igreja ser descrita por um entrevistado como tendo passado despercebida em termos de política da droga, teve de facto um papel muito importante nomeadamente no que toca aos aspetos sociais do tratamento e na etapa de reinserção dos consumidores de drogas. Por exemplo, responsáveis da Igreja estiveram à frente do Projeto Vida, instituído em 1987 e visto como a “semente” do Instituto da Droga e da Toxicoddependência (IDT) por um entrevistado, continuando atualmente a dirigir algumas comunidades terapêuticas.

Apesar deste esforços, o consumo de drogas continuou a aumentar. Dados relativos aos consumidores de heroína entre os infetados com VIH-positivo (60%) eram particularmente alarmantes.¹³

Simultaneamente, o medo da polícia e de serem tratados como criminosos dissuadia muitos consumidores de drogas de procurarem tratamento. A implementação de programas de trocas de seringas e agulhas, apesar de recomendada por membros do IDT, permanecia ilegal. O sistema legal considerava os consumidores de drogas de forma similar aos traficantes. De acordo com as leis baseadas nesta perspetiva, os programas de trocas de seringas e agulhas eram vistos como uma forma de ajudar os consumidores a cometer um crime.

Um aumento dos consumidores, um aumento dos toxicoddependentes e um aumento das preocupações sociais fizeram com que as drogas se tornassem uma questão política em 1998, com proeminentes debates e discussões sobre a temática a ocorrerem no parlamento, no governo, nos meios de comunicação social e nas ruas. Apesar de Portugal ser historicamente um país tradicional, conservador e autoritário, o governo respondeu a esta preocupação crescente com o desenvolvimento de uma resposta surpreendente e pouco convencional.

12. Para mais detalhes vide discussão na página 37.

13. Entrevista com Henrique Barros, Cordenador Nacional para a Infecção VIH/Sida.

III. Uma nova filosofia para a política da droga

Olhando para outras jurisdições, quando uma questão social de interesse particular relacionada com alguma lei criminal surge, muitos governos reagem com “políticas de emergência” ou “políticas de tolerância zero”. Muitas vezes, não se trata de introduzir um “estado de emergência” ou de endurecer as leis e sanções relativas a determinada questão social, mas antes de desenvolver medidas de consciencialização pública, como no caso das campanhas de promoção da condução cívica, que promovam uma mudança mais efetiva dos comportamentos.

Ao contrário do que seria exetável, as ações do governo português em 1998 foram exatamente o oposto das políticas de “emergência” e de “tolerância zero”. Em alternativa, o governo nomeou um comité de especialistas – Médicos, Sociólogos, Psicólogos, Advogados e Ativistas Sociais – e pediu-lhes que analisasse a problemática das drogas em Portugal e que formulasse recomendações que poderiam vir a transformar-se numa estratégia nacional.

Após oito meses, este comité apresentou os resultados do seu trabalho¹⁴ e recomendou a descriminalização da posse de drogas para consumo, tanto as “pesadas” como as “leves”, como a forma mais efetiva de limitar o consumo de drogas e de reduzir o número de toxicodependentes. O comité recomendou também que, a par das alterações legislativas,

14. Os resultados foram apresentados sobre a forma de “Estratégia Nacional de Luta contra a Droga”, 1999.

o governo deveria concentrar-se nas questões da prevenção e educação, redução de danos, ampliação e melhoria dos programas de tratamento de toxicodependentes e em atividades que ajudassem grupos de risco ou consumidores de drogas a manter ou restaurar as suas ligações com a família, o trabalho e a sociedade.

Recomendações detalhadas de reformas práticas eram consideradas secundárias em relação à formulação de uma nova filosofia que as sustentasse, e esta abordagem foi a chave para as mudanças na política da droga em Portugal.

Na base desta nova filosofia estava a ideia de que apesar do consumo de drogas não ser bom, as drogas não são em si um mal absoluto que requer altos níveis de encarceramento dos consumidores, como se observa nas várias políticas de “guerra às drogas” noutros países. De facto, um dos entrevistados, Nuno Portugal Capaz, membro da Comissão para a Dissuasão,¹⁵ salienta que aqueles que desenvolveram esta política assumiram que tentar criar uma sociedade “livre de drogas” era uma ilusão que nunca se tornaria realidade – como criar uma sociedade em que os seus condutores não excederão os limites de velocidade.

Por detrás desta nova filosofia estava o reconhecimento de que as pessoas usam drogas por uma série de razões: problemas pessoais, fatores sociais ou por recreação ou prazer. O comité concluiu que a punição repressiva não tem explicação racional e é desproporcionada relativamente a uma ação que pode não ser saudável para o consumidor mas que geralmente não é diretamente prejudicial ou hostil em relação a terceiros.

Os especialistas que desenvolveram estas reformas sentiram que tratar o consumo de drogas através do sistema criminal dificultava a procura voluntária de tratamento por parte dos toxicodependentes. A criminalização fazia com que alguns consumidores de drogas sentissem medo de pedir ajuda médica com receio de punição, ou com medo de um registo criminal que lhes traria dificuldades em termos laborais e de inserção na sociedade.

Baseado nestes princípios, o comité fez da descriminalização do consumo de drogas uma das principais recomendações ao governo. Com a descriminalização, o Estado manteria a regra da proibição mas tomaria as suas sanções fora do enquadramento do sistema judicial.

A Descriminalização em si não é uma ação ou uma política. “ Não tem os poderes mágicos que alguns reivindicam,” como nota o Presidente do IDT, João Goulão, um dos membros chave no desenvolvimento da nova abordagem portuguesa e da nova política relativa ao consumo de drogas. A descriminalização apenas cria um enquadramento legal para a implementação de políticas de redução de danos causados pelo consumo de drogas e para a reinserção social dos toxicodependentes. Para os consumidores, a descriminalização elimina o motivo pelo qual os dependentes tinham medo de se submeterem a tratamento. Também permite àqueles que ajudam os toxicodependentes, a prestarem auxílio, sem o receio de

15. Para mais detalhes sobre o trabalho das Comissões para a Dissuasão ver página 31.

serem considerados cúmplices da prática de um crime. Esta abordagem é baseada em razões humanistas (isto é, uma pessoa doente precisa de ajuda) e pragmáticas (isto é, as medidas repressivas têm sido ineficazes em limitar os consumos).

O resultado desta nova abordagem foi a criação das Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência. Estas vieram substituir os tribunais criminais como resposta do Estado para o consumo de drogas. Estas comissões procuram informar as pessoas e dissuadi-las de consumir drogas. Também têm o poder de aplicar sanções administrativas e de encaminhar pessoas para tratamento, com o seu consentimento.

O desenvolvimento destas Comissões para a Dissuasão em 2001, constituiu um importante passo simbólico que refletia a nova abordagem em termos de política da droga, ao colocá-las sob a tutela do Ministério da Saúde, em vez do Ministério da Justiça, como acontece noutros países.¹⁶ As ações com vista à diminuição da procura, assim como, lidar com situações de toxicodependência passariam a fazer parte da política de saúde, e não da justiça criminal. Com isto, a resposta oficial em relação aos consumidores de drogas passou de vê-los como criminosos para passar a tratá-los como doentes.

O desenvolvimento desta nova abordagem teve alguns precedentes em práticas anteriores. Apesar de a lei portuguesa antes de 2001¹⁷ prever a detenção dos consumidores de drogas até 3 anos de prisão, isto raramente se verificava. Quando a polícia abordava um consumidor de drogas geralmente tentava obter informações relativamente aos traficantes – algumas vezes com sucesso, outras nem tanto – antes de deixar o consumidor seguir o seu caminho. Em caso de “reincidência”, alguns processos poderiam seguir para tribunal, que normalmente aplicava penas como multas, trabalho comunitário ou a escolha entre cumprir pena ou submeter-se a tratamento. Em todo o caso, era efetuado um averbamento ao registo criminal dessa pessoa.

A nova estratégia de descriminalização da posse para consumo requeria da parte do governo uma nova lei, que foi aprovada em 2000.¹⁸ A aceitação por parte do governo da grande maioria de recomendações do comité de especialistas constituiu um desvio da prática legislativa normal em Portugal. Os políticos geralmente aceitam algumas recomendações e rejeitam outras, tomando essas decisões com base nos resultados que poderão vir a obter nas próximas eleições em detrimento dos efeitos a longo prazo que poderão ter.

16. Anteriormente, duas estruturas coexistiam: O Instituto Português da Droga e da Toxicodependência sob tutela da Presidência de Conselho de Ministros e o Gabinete de Planeamento, Coordenação e Luta contra a Droga sob tutela do Ministério da Justiça.

17. Decreto-Lei nº 15/93 publicado em 1993.

18. Lei nº30/2000 de 29 de Novembro de 2000.

Quando a nova estratégia e legislação que veio descriminalizar a posse para consumo entrou em vigor, os seus apoiantes defenderam que era baseada na noção fundamental de “combater a doença e não os doentes”. A estratégia era abrangente e incluía razões para escolher a política da descriminalização; abordava as necessárias medidas de prevenção e educação; propunha ideias em termos de redução de danos; sugeria passos a dar no sentido de melhorar e generalizar o acesso a programas de tratamento (financiados pelo estado); e fomentava a introdução de programas de reinserção social para toxicodependentes.

A aprovação da lei e a implementação da nova estratégia foi acompanhada por uma série de informações e campanhas de educação dirigidas a grupos de potenciais consumidores. Segundo um dos entrevistados, as campanhas que tinham como alvo uma audiência mais alargada mas com resultados pouco efetivos, por exemplo campanhas televisivas, foram substituídas por outras dirigidas a grupos específicos (escolas, estudantes universitários, imigrantes e desempregados) com cada campanha a ter as suas especificidades em termos de mensagem e argumentos adaptados a esses grupos.

A nova lei da droga e as suas reformas foram aprovadas com o aval do governo, mas com críticas, nomeadamente de alguns políticos de “direita”, dos setores mais tradicionalistas da sociedade e de alguns meios de comunicação social. Foi dito que a descriminalização teria como consequência um aumento no consumo de drogas, que Portugal se transformaria num “paraíso de drogas”, o destino principal para o turismo de drogas, atraindo multidões de estrangeiros que poderiam aqui consumir sem conflitos significativos com a lei. Apesar de um debate público antes da sua aprovação, a mesma nunca esteve em causa porque na altura o governo detinha uma maioria absoluta no parlamento. Mesmo com o governo a procurar delegar a responsabilidade desta nova política no comité independente de especialistas, tomou as medidas legislativas necessárias para a sustentar, transformando a nova política em lei em menos de três anos.

O facto de haver uma oposição à nova lei e às respectivas reformas sublinha a questão fundamental acerca deste processo em Portugal: porque é que o governo adotou a nova política de uma forma tão decisiva? Alguns dos entrevistados neste estudo defendem simplesmente que o governo tinha a convicção e a vontade política de que estava no caminho certo. Outro entrevistado do IDT afirma que após viver tantos anos sob uma ditadura, o povo português era sensível às necessidades dos ofendidos e dos mais fracos; mantendo isto em mente, o governo estava seguro que o seu eleitorado seria capaz de ver os toxicodependentes como pessoas doentes, em vez de criminosos, e portanto iria reagir favoravelmente a esta nova política.

IV. Despenalização, Descriminalização e Legalização

A lei portuguesa de 2000¹⁹ estipula as quantidades exatas de cada substância para que a sua posse para consumo próprio seja considerada uma contra-ordenação. Na generalidade, esta quantidade é o que se assumiu ser o suficiente para o consumo de uma pessoa para um período de 10 dias (a lei estipula a quantidade em detalhe – em gramas ou comprimidos – para cada substância: cannabis folha, 25 gramas; haxixe, 5 gramas; cocaína, 2 gramas; heroína, 1 grama; LSD ou ecstasy, 10 comprimidos).

Inicialmente havia uma discrepância entre as quantidades estabelecidas pela tabela anexa e a que era usada pelos tribunais. No entanto, os tribunais estavam genericamente agradecidos por serem aliviados de algum do seu fluxo de trabalho. Pela prática atual, prevalece entre todas as partes que a tabela de quantidades deve ser encarada como indicativa e não definitiva. Como exemplo, temos que referir que a tabela estabelece as quantidades que são consideradas para consumo próprio, mas é tarefa da polícia esclarecer qual a intenção da posse. Se uma pessoa tem em sua posse uma quantidade que pode ser considerada para consumo mas é apanhada a vendê-la, esta situação continua a configurar um crime.

19. Lei nº 30/2000 de 29 de Novembro de 2000.

Sob a nova estratégia a compra, posse e consumo de drogas ilícitas deixou de ser considerada um crime para passar a ser considerada uma contra-ordenação.

A descriminalização difere da despenalização porque a compra, posse e consumo de substâncias ilícitas, em quantidades superiores às necessárias para 10 dias de consumo, continua a ser considerada um crime e poderá acarretar a aplicação de sanções de âmbito criminal. No entanto, estas sanções não implicam geralmente a aplicação de penas de prisão.²⁰

Quando questionados sobre o porquê da introdução da descriminalização e não da legalização – um conceito discutido abertamente hoje em dia por outras autoridades políticas e intelectuais, especialmente na América Latina – os entrevistados apresentam uma série de razões. Alguns centram-se nas questões relacionadas com os acordos e tratados internacionais assinados por Portugal, que obrigam os seus signatários a manter a proibição das drogas. A legalização seria contrária a esses acordos, enquanto que a descriminalização não. Outros defendem que esta nova filosofia mantém uma forte convicção que o consumo de drogas é prejudicial e indesejável e não deve ser percecionado apenas como uma opção pessoal uma vez que acarreta consequências sociais. Foi afirmado que a política portuguesa da droga não se trata de dar luz verde ao consumo de drogas, mas sim de reduzir danos, parar com punições insensíveis e atingir um maior controlo sobre o problema das drogas.

20. De acordo com o EMCDDA: “Descriminalização” implica a remoção de uma conduta ou atividade da esfera criminal. A proibição mantém-se a regra, mas as sanções aplicadas para o consumo (e os seus atos preparatórios) não subsumem no enquadramento da lei criminal. Por contraste, “despenalização”, significa a remoção de sanção penal estabelecida pela lei. No caso das drogas, nomeadamente a cannabis, despenalização geralmente significa a eliminação de penas privativas de liberdade. Para mais informações acerca das diferenças entre descriminalização e despenalização ver Greenwald, G. (2009) *Drug Decriminalization in Portugal: Lessons for Creating Fair and Successful Drug Policies*, The Cato Institute, p.2

V. Uma nova filosofia em ação

O reconhecimento da necessidade de respeito pela dignidade humana, o entendimento das escolhas de vida e circunstâncias sociais do outro e o suporte constitucional do direito à saúde, serviram de base à alteração de abordagem da problemática do consumo de drogas.²¹ Do ponto de vista dos políticos portugueses, a toxicod dependência deveria ser encarada como uma doença que urge prevenir, e os toxicod dependentes deverão ser considerados doentes que necessitam de assistência e não criminosos que deveriam ser encarcerados.

A política foi pensada, de forma a que pudesse dar resultados positivos quando todos os seus elementos funcionassem em pleno. Tinha que ser abrangente e incluir todos as questões relacionadas direta e indiretamente com o consumo de drogas. As principais áreas seriam: prevenção, dissuasão, redução de riscos e danos, tratamento e reinserção social.

21. A Estratégia Nacional de Luta contra a Droga de 1999, estipula que: “A garantia do acesso ao tratamento de todos os toxicod dependentes que se desejem tratar é uma prioridade absoluta desta estratégia nacional de luta contra a droga. O princípio humanista em que esta estratégia se baseia, a consciência de que a toxicod dependência é uma doença e o respeito da responsabilidade do Estado em assegurar o direito constitucional dos cidadãos à saúde, justifica esta opção estratégica fundamental e a consequente mobilização de recursos para cumprir esse direito”.

Prevenção

Um dos conceitos chave da política da droga em Portugal é a prevenção. Esta é realizada pelo IDT em cooperação com outros departamentos governamentais como o Ministério da Educação e a Polícia, assim como com ONG's financiadas pelo Estado.

Em 2005, o IDT iniciou um diagnóstico a nível nacional com o objetivo de identificar áreas e grupos de pessoas que estariam em maior risco de desenvolver problemas de consumos de drogas e/ou de dependência. Baseado nesse diagnóstico, o IDT desenvolveu medidas que incluíam atividades de educação de âmbito global, mas também esforços focalizados em grupos ou áreas de maior risco. Nas escolas, centros de saúde, centros recreativos ou desportivos e em contextos festivos, os jovens foram “bombardeados” com informação relativa aos malefícios do consumo de drogas.

Os contextos festivos, identificados como áreas onde é extremamente comum o início dos consumos de drogas, receberam especial atenção por parte das unidades de prevenção do IDT. Estas unidades são constituídas por equipas de técnicos especializados que vão a locais como bares e discotecas assim como festivais, concertos e outros eventos de jovens, e misturam-se com as pessoas tentando passar informação acerca do consumo de drogas. As equipas de prevenção procuram dissuadir aqueles que já consomem drogas através da passagem de informação acerca das possíveis implicações desses na sua saúde e na sua vida. As equipas também procuram identificar casos problemáticos de consumos, encaminhando para os apoios adequados.

O IDT optou deliberadamente por esta abordagem mais discreta e localizada do que por campanhas de larga-escala que, segundo estudos realizados nos Estados Unidos da América,²² mostraram ser capazes de despertar a curiosidade de pessoas para as drogas, induzindo uma primeira experimentação, em vez de os dissuadirem dessa primeira experiência.

“As medidas preventivas só são eficazes se forem sistemáticas e não acontecimentos únicos,” refere um membro de uma equipa de prevenção. “Ações únicas são um desperdício de tempo e dinheiro”.

Esta divulgação também consiste na organização de eventos desportivos direcionados a públicos jovens, como o Bike Tour com o slogan “Energia ... Usa só a tua”. A palavra “drogas” não aparece mas é subentendida pelos participantes. Esta é uma tentativa de chegar aos jovens de uma forma indireta com uma mensagem que defende um estilo de vida saudável.

22. Paula Marques do IDT refere o estudo de Lela S. Jacobson da University of Pennsylvania, *Explaining the Boomerang Effect of the National Youth Anti-Drug Media Campaign*. Este estudo foi apresentada na International Conference on the Evaluation of Public Policies and Programs on Drugs, organizado pelo IDT durante a Presidência Portuguesa da União Europeia em 2007.

Foi uma decisão consciente não se focar numa condenação agressiva de desencorajamento do consumo de drogas.

Como parte das atividades de prevenção, o IDT disponibiliza uma linha telefónica para jovens e seus pais, assim como um serviço online onde se podem encontrar informações e conselhos, é o site “Tu-Alinhas”, que tem cerca de 3500 visitas por mês.

Medidas preventivas relacionadas com a procura de drogas (ou seja, consumidores ou potenciais consumidores) são desenvolvidas pela polícia através de programas como o “Escola Segura”, que envolve o patrulhamento das áreas envolventes às escolas, principalmente em zonas consideradas de risco. O objetivo é afugentar potenciais traficantes. O programa usa polícias à paisana em carros diferenciados, que ostentam apenas a inscrição “Escola Segura”.

Os consumidores entrevistados para este estudo indicam que as mensagens de prevenção lhes chegaram e que estavam conscientes das diferentes campanhas (isto é, em escolas, na televisão e através das equipas de rua). Mas, o facto de serem consumidores sugere que, pelo menos para eles, as campanhas não terão sido eficazes. Por outro lado, e em termos globais, existe uma forte evidência de que as medidas direcionadas à prevenção do início dos consumos ou pelo menos ao adiar desses consumos tem sido relativamente bem sucedida: o consumo de drogas na faixa dos 15-19 anos (provavelmente a mais importante em termos de política da droga) tem vindo a decrescer acentuadamente.²³

Comissões de Dissuasão

A Dissuasão, operacionalizada nas Comissões para a Dissuasão da Toxicod dependência constituem em Portugal a segunda linha de intervenção do Estado.

Cada um dos 18 distritos do país tem a sua Comissão de Dissuasão que são constituídas por três membros, nomeados pelos Ministros da Saúde e da Justiça. O membro designado pelo Ministro da Justiça é um jurista, os outros dois são geralmente profissionais de saúde ou da área social.²⁴ As comissões são apoiadas por uma equipa técnica de psicólogos, sociólogos ou assistentes sociais, e juristas.

23. Degenhardt L. et al. (2008), “Toward a global view of alcohol, tobacco, cannabis, and cocaine use: findings from the WHO World Mental Health Surveys”, *Public Library of Science Medicine* 5, nº 7 (2008): e141 DOI, 10.1371/journal.pmed.0050141 – conforme citado em: Greenwald, G. 2009, *Drug Decriminalization in Portugal*, Cato Institute.

24. Moreira, M., Hughes B., Costa, Sorti C., Zobel, F. (2001), *Drug Policy Profiles: Portugal*, EMCDDA, p.17.

Quando os consumidores são abordados, a polícia fica com os seus dados, apreende a substância ilegal e a pessoa é então notificada para comparecer perante a Comissão para a Dissuasão. Por vezes a pessoa pode ser conduzida à esquadra de polícia, com o objetivo de verificar alguma informação e para completar a burocracia inerente, mas não é detida.

Se uma pessoa não comparecer perante a Comissão de Dissuasão, uma sanção administrativa pode ser aplicada na sua ausência, como por exemplo uma coima, revogação da carta de condução ou licença de uso e porte de arma, trabalho a favor da comunidade, ou proibição de frequentar determinados locais.²⁵

Na Comissão para a Dissuasão, as motivações para o consumo, o historial de consumos, questões de dependência, questões familiares e laborais são discutidas.²⁶ A Comissão procura facilitar uma discussão aberta através da qual os consumidores tomem consciência dos riscos associados a esse consumo, incluindo as consequências legais de uma reincidência e, explicar, recomendar e encaminhar para tratamento/acompanhamento, quando for caso disso.

Uma audiência com a Comissão não tem a mesma carga formal de uma audiência em tribunal, minorizando a estigmatização dos consumidores. De facto, os consumidores entrevistados neste estudo descrevem ter sentido menos receio de serem presentes perante a Comissão do que teriam se tivessem sido presentes a tribunal, como no antigo sistema. A audiência tem lugar numa sala normal, com uma mesa onde membros da comissão e indiciados abordados por posse de substâncias ilegais se sentam. Os indiciados podem ser apoiados por um terapeuta ou advogado, e o representante legal é obrigatório no caso de menores de 18 anos. No caso dos indiciados com mais de 18 anos, a correspondência não tem obrigatoriamente que ser enviada para a sua morada se a pessoa não quiser que terceiros tenham conhecimento do seu processo.

Se uma pessoa é presente à Comissão pela primeira vez, na grande maioria dos casos a Comissão suspende o processo e não aplica nenhuma sanção. Se um consumidor não dependente é presente à Comissão uma segunda vez, pode ser-lhe aplicada uma coima de valor aproximado de 30€ ou 40€, e proporcionalmente mais em reincidências futuras. Outras sanções administrativas incluem trabalho comunitário, apresentações regulares em local designado pela Comissão, privação da gestão de subsídio ou benefício atribuído por entidades públicas ou a participação em algumas sessões de prevenção em grupo.

25. Para uma lista completa das sanções, ver Lei 30/2000.

26. Estatisticamente, há cerca de 6 a 7 notificações marcadas por dia na Comissão de Lisboa, embora haja comissões fora dos grandes centros urbanos que tratam menos processos anualmente.

Sanções idênticas poderão ser aplicadas a toxicodependentes, num primeiro processo, caso estes não aceitem submeter-se voluntariamente a tratamento. Todavia, tais indivíduos geralmente não são sancionados uma vez que a comissão procura motivá-los a aderir a um processo de tratamento e não forçá-los a tal. Por lei, uma coima pecuniária nunca pode ser aplicada a um toxicodependente, uma vez que tal poderia dar origem à prática de outras atividades ilegais com vista à obtenção do dinheiro para suportar essa coima.

Para aqueles que não estão preparados para aderir a um processo terapêutico, a comissão adopta uma postura individualizada e flexível de motivação para o tratamento e/ou de redução de danos. Apesar de terem o poder de ir aumentando progressivamente o peso das sanções, raramente o fazem, exceto em casos de consumidores ocasionais potencialmente envolvidos em situações de tráfico/consumo mas contra quem não existam provas suficientes para uma condenação, ou em casos de pessoas que são repetidamente abordadas próximas de escolas. Comummente, um aviso escrito é dado àqueles que não estão preparados para serem dissuadido. Mas a Comissão também pode ser mais criativa e, por exemplo, prorrogar o período de suspensão quando surge novas ocorrência. Isto acontece normalmente quando um indivíduo está envolvido em processo de tratamento/accompanhamento mas ainda não está preparado para reduzir os seus consumos ou, tendo atingido a abstinência de drogas pesadas, como por exemplo de heroína, mantém consumos de haxixe. Um membro do IDT afirma que nestes casos costumam ter uma “abordagem mais leve”: “se temos perante nós um indivíduo dependente de heroína que está a conseguir manter-se abstinente desses consumos mas continua a consumir algum haxixe, muito francamente, esse é o menor dos seus problemas!”²⁷

O não cumprimento das sanções administrativas aplicadas constitui um crime de desobediência e pode ser encaminhado para o tribunal. No entanto, um entrevistado da Comissão de Lisboa afirma que esses casos são muito raros.²⁸ Se a sanção é cumprida ou o processo suspenso, o caso não pode ser encaminhado para um tribunal.

Um jovem consumidor recreativo de cannabis, entrevistado para este estudo, afirma que o ter sido presente à Comissão o fez repensar os seus consumos de drogas. No entanto, afirma que tem mais receio da reação dos seus pais (se eles vierem a ter conhecimento dos seus consumos) do que das sanções que a Comissão lhe poderia aplicar. De facto, um membro da Comissão de Lisboa, entrevistado para este estudo, afirma que a Comissão não tem o poder de forçar ninguém a fazer o que quer que seja. Não existe a ilusão de que uma

27. Entrevista com Nuno Portugal Capaz, membro da Comissão para a Dissuasão da Toxicod dependência de Lisboa.

28. Ibid.

pessoa deixe de consumir drogas após uma conversa acerca desses consumos, mas espera-se que os consumidores reflitam um pouco mais sobre esses consumos. A apresentação à Comissão também pode ser útil para os consumidores que não tenham muita informação sobre drogas, para que estes se tornem mais conscientes dos riscos de saúde que podem constituir para si e para os outros, e também saberem onde se devem dirigir se necessitarem de ajuda médica. Segundo este membro da Comissão de Lisboa, a Comissão, tenta aconselhar as pessoas de forma a que elas possam desenvolver uma relação mais saudável com as drogas, mesmo nos casos em que decidam continuar a consumi-las.

O Registo Central das Comissões é uma aplicação informática onde são registados dados sobre as ocorrências de consumo, que drogas são consumidas, em que quantidades e em que regiões. Toda esta informação permite um diagnóstico da situação de mercado em termos de substâncias e seus consumidores e permite adotar métodos de prevenção. O acesso a esse Registo apenas é permitido ao IDT. Teoricamente esse acesso poderá ser também concedido a um tribunal, mas na prática isto nunca aconteceu até hoje. O Registo Central também dá informações úteis às Comissões de Dissuasão, como por exemplo se um indiciado é primário ou reincidente. As entrevistas levadas a cabo com consumidores sugerem que muitos ainda recebem o estigma associado ao consumo de drogas, mas os esforços da Comissão para manterem a confidencialidade são por eles valorizados como compensação dessa estigmatização.

Em algumas situações os casos são de difícil categorização. Por exemplo, se a polícia aborda alguém que tem em sua posse uma quantidade de droga muito superior ao que é considerado para 10 dias de consumo, o caso é remetido para tribunal e é tratado como um suspeito de tráfico. Mas, se uma pessoa é abordada com uma quantidade ligeiramente superior aquilo que a lei considera para consumo próprio, o tribunal pode remeter o processo para a Comissão. Se o juiz decide manter o caso, ele é tratado como um “crime de consumo” e as sanções aplicadas são similares às que a Comissão aplica. De facto, cabe ao juiz decidir se o suspeito é apenas consumidor de drogas ou se se trata de uma situação de tráfico e se se trata de um consumidor dependente ou não. As Comissões também podem remeter processos para tribunal, nos casos em que, no decorrer do processo, os seus membros acreditem que se trata de uma situação de tráfico mesmo estando o indiciado na posse de uma quantidade inferior ao considerado pela lei.

Existem ainda casos, como por exemplo os de consumo/tráfico em que os papéis são difusos. O tráfico, ainda que de menor gravidade, continua a ser considerado um crime e tem que ser tratado por um tribunal. O que é suposto acontecer é o processo ser dividido em dois com a situação de tráfico a ser tratada pelo tribunal e a do consumo pela Comissão. Muitas vezes porém, por falta de provas ou outras razões, estas situações são apenas remetidas para as Comissões e não para o tribunal. Nestes casos, um entrevistado descreve o ponto de

vista da Comissão: “tratamos estes casos como de um consumidor normal, porque sabemos que se a pessoa resolver o seu problema de dependência, ele (eventualmente) não terá mais necessidade de se dedicar ao tráfico”.

Redução de Riscos e Danos

O Estado desenvolve atividades de redução de riscos e danos através de uma unidade do IDT.²⁹

Antes da descriminalização do uso de drogas, o Governo Português levava a cabo algumas atividades de intervenção de pequena escala baseadas na redução de riscos, estes esforços entravam em conflito com a lei e apenas providenciavam alguma assistência de curta duração. Os primeiros centros de apoio, que eram usados por um pequeno número de pessoas, procuravam passar informação relativa ao tratamento (apesar de o tratamento não ser acessível a muitos consumidores). O Governo também ajudou a estabelecer os primeiros albergues para consumidores sem-abrigo.

Quando o novo modelo entrou em vigor em 2001, as atividades de redução de riscos e danos tornaram-se sistémicas. Atualmente o IDT financia 69 projetos em todo o país, assim como 30 equipas de técnicos especializados que trabalham nas ruas e em centros, providenciando metadona a dependentes de heroína e albergues para consumidores sem-abrigo.

90% destes projetos são assegurados por ONG's financiadas pelo Estado, após concurso lançado pelo IDT. De acordo com um funcionário do IDT, esta foi a solução adoptada porque as ONG's são mais flexíveis que as agências governamentais e tem um melhor acesso às pessoas na rua. Também se descobriu que as ONG's são melhores que as agências estaduais a estabelecer uma relação de confiança entre os prestadores de serviços e os consumidores. Apesar do Estado não almejar a punição dos seus consumidores, eles ainda têm que ser presentes às Comissões de Dissuasão e poderão ser sancionados. Portanto, as agências governamentais, ao procurarem ajudar os consumidores, não podem originar desconfiança ou hesitações.

Esta realidade verifica-se no trabalho diário dessas equipas multidisciplinares em locais de Lisboa onde os consumidores se encontram. Os técnicos são conhecidos dos consumidores e existe uma relação de confiança, mas quando estas equipas são acompanhadas por um investigador existe claramente uma situação de desconforto. Apesar de os consumi-

29. Concomitantemente com a Unidade de Redução de Riscos e Danos, existem também unidades específicas no IDT de prevenção, tratamento e reinserção social.

dores terem acedido a falar com o investigador, expressaram a sua preocupação aos técnicos de que poderia tratar-se de um polícia à paisana.

O papel dos trabalhadores das equipas de rua, uma das mais importantes atividades de redução de danos, consiste em rondas diárias aos lugares onde os consumidores se costumam juntar. Uma equipa de duas ou três pessoas – uma das quais tem que ser um profissional da área da psicologia – distribuem kits aos consumidores. O componente mais importante destes kits são as seringas e agulhas limpas para os consumidores de heroína. O kit contém também outros utensílios de higiene como água destilada, gaze e um preservativo.

Por forma a conseguirem um kit novo, os consumidores têm que devolver as seringas e agulhas usadas, o que normalmente fazem. Ao promover a troca de seringas e agulhas usadas, o kit desempenha um papel importante em termos de saúde pública ao prevenir a infeção por VIH e outras doenças transmitidas pelo sangue (como a Hepatite C) entre os consumidores de drogas injetáveis.³⁰

Outra função importante dos trabalhadores de rua é falar com os consumidores acerca do seu historial de dependência, informá-los acerca das possibilidades de tratamento ao seu dispor, mediar com os centros de tratamento e, ajudar no comprometimento com o apoio psicológico ou médico que possa dar resposta aos problemas que levaram ao uso de drogas. Os consumidores de heroína são também informados dos programas de substituição por metadona nos quais podem ser integrados de forma gratuita em determinados centros.³¹

As unidades móveis deslocam-se às zonas onde os consumidores se encontram ou a zonas onde as pessoas podem estar mais propensas ao consumo de drogas, como por exemplo, grandes eventos com jovens ou festivais de música. Os trabalhadores destas unidades também atuam em zonas universitárias distribuindo folhetos e inaladores descartáveis. A equipas vão a estas festas e locais fornecer informação acerca das consequências do consumo de drogas e sobre opções de tratamento.

30. A troca de seringas é uma intervenção bem documentada e apoiada por grandes instituições médicas, como a Organização Mundial de Saúde ou a National Institutes for Health (EUA). Num estudo recente sobre troca de seringas na Austrália entre 2000 e 2009, foi estimado que se distribuíram entre 27-31 milhões de seringas, evitando uma estimativa de 32,050 infeções por VIH. Por cada dólar gasto, o governo terá poupado 4 dólares em custos de saúde de curto prazo. Ver: National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research, *Evaluating the Cost Effectiveness of Needle and Syringe Programs in Australia*, 2009.

31. Existem dois centros fixos em Lisboa, assim como várias extensões e unidades móveis.

Entrevistas com trabalhadores de rua e especialistas nesta área revelaram que as atividades de redução de danos e riscos em Portugal são suportadas pela convicção ética subjacente de que se um toxicodependente não se encontra em condições de ultrapassar a sua dependência, o Estado deve ainda assim providenciar ajuda para que essas pessoas possam salvar e manter alguma qualidade de vida. Em vez de abandonar ou marginalizar os consumidores de drogas, a sociedade deve procurar reduzir os danos que eles possam infligir a si próprios, aos que os rodeiam e à sociedade onde se inserem.

Tratamento

Doentes toxicodependentes podem receber tratamento em vários centros especializados. Um dos centros de tratamento, Unidade de Desabilitação – Centro das Taipas, providencia cuidados abrangentes em diferentes fases e níveis de tratamento.

O Centro das Taipas tem três equipas de psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais e oferece consultas, tratamento, psicoterapia e programas de metadona. Os casos mais graves podem ficar internados até 2 semanas, onde podem fazer a desintoxicação e iniciar tratamento, que se pretende, venha a ter continuidade. Miguel Vasconcelos, psiquiatra e diretor do Centro das Taipas, afirma que cerca de metade dos que recorrem à clínica para tratamento o mantêm, enquanto que a outra metade o abandona após a desintoxicação. Notando no entanto que algumas das pessoas que inicialmente abandonam o tratamento, acabam por voltar.

A par do tratamento estritamente médico, os doentes do Centro das Taipas podem também participar em sessões de fisioterapia (para se tornarem “conscientes do seu corpo”) ou terem formação em artes ou tecnologias de informação.

Todos os anos o número de pessoas a ingressar em programas de tratamento em Portugal tem vindo a aumentar (5.124 em 2007, 7.019 em 2008 e 7.643 em 2009). Em 2010, cerca de 40.000 toxicodependentes submeteram-se a tratamento, um número recorde. No entanto, os entrevistados não acreditam que isto se deva a um aumento significativo dos consumos, mas sim devido aos esquemas de prevenção que chegam a cada vez mais toxicodependentes.³²

32. Entrevista com João Goulão, Presidente do IDT.

Retorno à vida: na saúde e em sociedade

O último “link” da política da droga é a assistência dada aos toxicodependentes na sua reinserção social. As equipas responsáveis pela reintegração social trabalham geralmente em cooperação com os centros de tratamento.

As equipas de reinserção social preparam previamente um diagnóstico das condições do toxicod dependente em tratamento e depois, em conjunto com a pessoa, desenham um plano de ação que estabelece objetivos concretos como a melhoria das habilitações, o regresso ao trabalho ou ambos. Os membros das equipas de reintegração também ajudam os indivíduos a encontrar trabalho ou aconselham como procurar um trabalho.

Mantendo a confidencialidade do indivíduo, as equipas procuram estimular a consciencialização de escolas, empregos e zonas residenciais das áreas do toxicod dependente em questão. O objetivo é ultrapassar o preconceito contra os toxicod dependentes e preparar o terreno para o regresso do indivíduo à comunidade onde outrora viveu e trabalhou.

O IDT coopera com empresas que empregam toxicod dependentes em tratamento – normalmente no setor dos serviços, e tem condições para financiar um número limitado de estágios de nove meses nestas empresas – que em alguns casos podem ser alargados para contratos de dois anos.

Os responsáveis pela implementação desta política defendem que uma das maiores dificuldades na integração de ex-toxicod dependentes é o acesso à habitação. Muitos toxicod dependentes saem do tratamento sem terem um sítio onde ficar. Dependendo da sua situação familiar, estes indivíduos podem candidatar-se a viver em apartamentos do IDT por um período de 6 a 12 meses. Estes apartamentos são geralmente partilhados com outra pessoa que se encontra em tratamento. Durante este período, os indivíduos que procuram reinserir-se na sociedade têm que procurar um emprego que lhes permita assegurar uma habitação com os seus próprios recursos.

Custos

O orçamento anual do IDT em 2010 foi de 75 milhões de Euros, mas esta não é a soma total gasta na política da droga em Portugal. Outros Ministérios providenciam alguns recursos também, como por exemplo o Ministério da Administração Interna (polícias), da Justiça e da Educação. É difícil, portanto, avançar uma estimativa precisa. O custo total desta política é o orçamento anual do IDT mais os custos destes outros Ministérios.

VI. A atitude da Polícia

Inicialmente, as forças de segurança adotaram uma atitude negativa em relação à nova política e à descriminalização da posse para consumo. Para tal existiram várias razões. Em primeiro lugar, muitos polícias, especialmente os de gerações mais antigas, que sempre trabalharam na “linha da frente” consideravam a droga como um mal; estavam menos disponíveis para aceitar a alteração de paradigma que a nova política requeria do que aqueles que estavam menos “endurecidos” pelo confronto diário com consumidores problemáticos.

Em segundo lugar, muitos polícias previram a perda de potenciais informadores. Antes de 2001, as pessoas detidas por posse de drogas eram muitas vezes interrogadas e questionadas acerca dos seus fornecedores. Com a descriminalização, e sem a sanção penal com que ameaçar os consumidores, a polícia estava preocupada com uma potencial perda do poder que poderia usar para levar os consumidores a fornecerem informações relativas aos traficantes. De acordo com um polícia graduado, este argumento é enganador, uma vez que os consumidores detidos nunca foram, na prática, uma fonte importante de informação acerca dos traficantes. Ocasionalmente, graças às informações dos consumidores, terá sido possível descobrir o local onde drogas estavam armazenadas ou apanhar o rasto de uma rede de tráfico mas esta situação não era nem comum nem relativamente importante em termos de tráfico de larga escala. De facto, em retrospectiva, esta preocupação já não é sentida pelos polícias.

Em terceiro lugar, muitos polícias estavam preocupados com o impacto que a nova política teria nos seus recursos financeiros e humanos. Como já discutimos, antes de 2001, existia uma espécie de descriminalização *de facto*, com a polícia a deter os consumidores de

drogas normalmente para obter informações e raramente referenciando essas situações para tribunal. Consequentemente, quando a polícia foi chamada à discussão, alguns levantaram a questão de como iriam eles conseguir ter recursos e tempo para tratar de toda a burocracia sempre que apanhassem alguém em posse de drogas, e que tal iria afastá-los de funções mais importantes. As últimas estatísticas mostram, no entanto, que estes receios não se materializaram uma vez que o número de pessoas que são referenciadas para as Comissões de Dissuasão é superior às que eram referenciadas para os tribunais antes de 2001.

De facto, os resultados da descriminalização são, hoje em dia, considerados positivos pelas forças de segurança.

Atualmente, em vez de perseguirem os consumidores de drogas, gastando tempo e dinheiro a detê-los, para recolher impressões digitais e fotografias, a polícia consegue libertar recursos para se focar no combate ao crime organizado e tráfico de droga. Dados recentes mostram que a polícia faz atualmente menos apreensões, mas apreende maiores quantidades de droga. Tem também havido uma maior cooperação internacional desde a introdução da nova política em 2001, o que tem sido bastante útil uma vez que Portugal é uma das portas de entrada de droga na Europa, para o haxixe de Marrocos e a Cocaína da Colômbia, Bolívia, Brasil e Venezuela.

Em conclusão, parece que tanto a polícia como a sociedade em geral se apercebeu que a polícia tem tarefas mais importantes e difíceis do que apanhar consumidores de droga. Ao invés, o seu objetivo principal deveria ser a interceção de grandes quantidades de drogas e desmantelamento de redes internacionais de tráfico e, de facto, a nova política permitiu-lhes fazer isso mesmo.

VII. Vantagens e Desvantagens

Uma das consequências notadas – ou talvez coincidências – da descriminalização foi a queda da taxa de crimes relacionados com o consumo de drogas, especialmente a pequena criminalidade por parte de consumidores por forma a obter dinheiro para a sua próxima dose. Como um dos entrevistados do IDT notou, os toxicod dependentes ao sentirem os efeitos da ressaca já não precisam de roubar porque podem dirigir-se a um dos centros onde lhes será administrada terapêutica de substituição por metadona. De facto, o efeito da disponibilização de tratamento por metadona nas taxas de crime está bem documentado em vários países e é consistente com a experiência portuguesa.³³

Também, de acordo com os entrevistados, a abertura e visibilidade do consumo de drogas em áreas urbanas – uma das maiores causas de preocupação social relativa ao uso de drogas nas décadas de 1980 e 1990 que levou Portugal a alterar a sua política – diminuiu desde 2001. O consumo de drogas ainda é visível, claro, em alguns lugares, particularmente em Lisboa, mas mesmo este consumo às claras é atualmente controlado e monitorizado pelas equipas de rua, que são pagas pelo Estado, circulando diariamente por essas áreas providenciando kits de redução de danos, incluindo troca de seringas.

Outra consequência extremamente positiva – e uma que, segundo os entrevistados, é improvável que se trate de uma coincidência – é a diminuição da percentagem de consumidores de drogas (principalmente heroína) entre os infetados com VIH em Portugal.

33. Ver e.g. Lind, B. et al., “The effectiveness of methadone maintenance treatment in controlling crime: an Australian aggregate level analysis,” *Br J Criminol* (2005) 45 (2): 201–211.

Em 2000, havia 2,758 novos diagnósticos de pessoas infetadas com VIH, das quais 1,430 eram consumidores de drogas (52%). Em 2008, o número total de novos diagnósticos era de 1,774 dos quais 352 eram consumidores de drogas (20%). Esta tendência manteve-se em 2009, apesar de os dados para esse ano ainda não estarem disponíveis: até Março de 2010, o número total de novos casos era de 1,107 dos quais 164 eram consumidores de drogas (16%).³⁴

Um sinal de alarme, no entanto, notado por João Goulão, Presidente do IDT, é o aumento do número de mortes relacionadas direta ou indiretamente com o consumo de drogas. De acordo com os critérios do EMCDDA em 2009, houve 27 casos de mortes relacionadas com drogas, representando um aumento em relação ao ano anterior em que se verificaram apenas 20 casos. Os números registados em 2009 são os maiores desde 2003, mas inferiores aos verificados em 2002.

João Goulão e outros entrevistados alegam que estas mortes poderão não estar necessariamente relacionadas com o consumo de drogas mas incluir também casos de indivíduos que haviam consumido drogas anteriormente. O problema, segundo eles, é que existem duas entidades, o Registo Especial do Instituto Nacional de Medicina Legal e o Registo Geral de Mortalidade do Instituto Nacional de Estatística, que avaliam os mesmos dados com base em fórmulas diferentes. Por exemplo, se uma pessoa morre num acidente de viação e o médico legista, ao testar o corpo, descobre cannabis no seu organismo – mesmo que essa pessoa não tenha fumado marijuana nas últimas duas semanas e não havendo qualquer evidência que sugerisse que essa pessoa estivesse sob o efeito de drogas – o Instituto Nacional de Medicina Legal considera que se trata de uma morte relacionada com droga, enquanto que o Instituto Nacional de Estatística não a consideraria como tal. Henrique Barros, coordenador nacional para a infecção com VIH / Sida do Ministério da Saúde, tem uma perspectiva mais pessimista e não descarta a possibilidade de overdoses serem “responsáveis” por pelo menos parte dessa tendência. No entanto, outro entrevistado, Nuno Capaz, fornece uma perspectiva sociológica: como houve um aumento dos dados vindos de ambos os institutos e um enorme aumento dos testes a substâncias feitos pelos médicos legistas, para efeitos de comparação entre anos devia ter-se em atenção as percentagens médias relativas aos testes realizados e não os números absolutos. Fazendo tal exercício, Capaz afirma que o aumento talvez se deva a um aumento do número de testes realizados e não a causas mais sinistras; da mesma forma que, segundo ele, o aumento dos dados de transmissão por VIH, quando comparado com outros países na UE em anos recentes poderá ser também atribuído ao aumento do número de pessoas testadas.

34. Estes são dados estatísticos oficiais disponibilizados pelo IDT.

Uma desvantagem da política é comum a quase todos os esforços de controlo do consumo de drogas: a política tem um impacto não equitativo entre os jovens e os pobres. As pessoas notificadas para as Comissões de Dissuasão são aquelas que não têm a possibilidade de fazê-lo em casa, como por exemplo os mais jovens, ou aqueles que estão na “mira” da polícia, geralmente pobres a viver em bairros problemáticos. Como ilustração, a seguinte tabela mostra-nos a distribuição de pessoas que foram notificadas recentemente para a CDT de Lisboa:

Idade	Notificações	Porcentagem
16-19	461	10.99
20-24	1,318	31.42
25-29	913	21.76
30-34	613	14.61
35-39	408	9.72
40-44	243	5.79
45-59	144	3.43
50-54	74	1.76
55+	20	0.47

Nota-se que mais de 50% das pessoas presentes à comissão tem menos de 29 anos. No entanto, foi notado pelos entrevistados que este problema não será inerente à política portuguesa das drogas. Certamente, a tenra idade dos que são notificados para se apresentar na Comissão deve-se às práticas policiais e ao facto de a maioria dos consumidores de drogas serem jovens. Um aspeto positivo que podemos retirar desta estatística é que esta política da droga está a fazer um bom trabalho em atingir os mais jovens, escalão demográfico nuclear e muito importante.

Outra potencial desvantagem desta política é a preponderância de casos por consumo de cannabis. Por exemplo, nos últimos dois anos e meio, 73.9% dos casos notificados para a Comissão de Dissuasão de Lisboa foram referenciados por consumo de cannabis, haxixe ou marijuana. Isto aumenta a preocupação acerca da atuação da polícia e dos esforços das Comissões serem proporcionais ao seu custo/benefício, mas os entrevistados sentem que é preferível serem as Comissões, em vez dos tribunais, a tratarem destes casos de consumo de cannabis. As Comissões constituem um bom “meio-termo”, sugeriu um dos entrevistados. Por outro lado, há mais pessoas a serem referenciadas para as Comissões por consumo de drogas do que havia antes de 2001, o que poderia atenuar o benefício da abordagem mais branda das Comissões.

VIII. Consumo de drogas e política atual

A chave para avaliar a atual política da droga em Portugal é observar o que aconteceu em termos de prevalência dos consumos desde 2001.

De acordo com um estudo de 2001,³⁵ 7.8% da população portuguesa havia experimentado drogas pelo menos uma vez ao longo da sua vida. De acordo com um estudo de 2007³⁶ (o mais recente), esse número aumentou para 12%. Quando o estudo foi realizado em 2001, percebeu-se que as pessoas mais velhas na sua generalidade não tinham experimentado drogas, com a percentagem de pessoas acima dos 55 anos que haviam experimentado drogas a ser quase nula. As drogas eram maioritariamente consumidas por jovens. O estudo de 2007 inclui uma nova geração que não havia sido estudada em 2001; daí que pareça que o consumo de drogas subiu abruptamente. Cada estudo consequente, em 5, 10 ou 20 anos, independentemente da política seguida, poderá mostrar um “aumento” dos consumos conforme mais pessoas jovens que experimentaram drogas, pelo menos uma vez ao longo da sua vida, vão sendo incluídas e respondem “sim” à questão acerca dos consumos de drogas.

35. Estudo do IDT (Núcleo de Estudos e Investigação), *Portugal – Drug Research and Trends in Drug Use since 2001*.

36. Relatório Anual do IDT 2007.

Por forma a perceber o que realmente aconteceu em termos de consumos de drogas desde 2001, torna-se importante analisar as diferentes faixas etárias e como os consumos de drogas mudam entre estes grupos.

O consumo de drogas, especialmente de cocaína, aumentou em todas as faixas etárias, mas existe uma exceção que tem um significado especial. De acordo com a análise do grupo dos 15–24 anos, o consumo de drogas aumentou de 12.4% para 15.4% com um aumento substancial no grupo dos 20–24 anos. No entanto, o nível de consumo de drogas no grupo mais “sensível” (15–19 anos) diminuiu de 10.8% para 8.6%. Este resultado dá esperanças aos profissionais e especialistas Portugueses,³⁷ uma vez que o período tardio da adolescência, entre os 15 e os 19 anos, determina se uma pessoa vai consumir drogas no futuro ou não. Além do mais, estudos realizados entre estudantes de dois grupos etários (13–15 e 16–18) também mostraram que o consumo de drogas decresceu desde 2001.

Através de outro estudo,³⁸ sabemos também que os estudantes consideram que o acesso às drogas é fácil, mas ao mesmo tempo a maioria considera que o consumo de drogas é uma decisão de “alto risco” – provavelmente um resultado das campanhas de informação e educação. Mais estudantes também acreditam que é difícil parar o consumo regular de drogas, mesmo que seja “só” cannabis, que é considerada por muitos como uma droga leve.

O sucesso também pode ser reclamado visto que as taxas de reincidência são baixas, sugerindo que a aproximação sistémica resulta. Dos indivíduos notificados para a Comissão para Dissuasão de Lisboa nos últimos dois anos e meio, apenas 395 de 4.981 eram reincidentes, uns meros 7.9%.

Outro fenómeno positivo em Portugal é o facto de o consumo de heroína, a droga mais problemática, não ter aumentado e vir-se a manter em níveis mais ou menos estáveis desde que a nova política entrou em vigor. De facto, funcionários do IDT consideram que o consumo de heroína está “sob controlo”, o que significa que não existe uma nova epidemia e que o número de consumidores não tem aumentado.

Quanto desta tendência se deve à nova política não é claro, uma vez que na Europa Ocidental em geral a procura de heroína também tem vindo a estabilizar ou diminuir desde

37. Esta conclusão surge do estudo internacional realizado em 17 países de 5 continentes – Degenhardt, L. et al. (2008), “Toward a global view of alcohol, tobacco, cannabis, and cocaine use: findings from the WHO World Mental Health Surveys,” *Public Library of Science Medicine* 5, n.º 7 (2008) e141 DOI, 10.1371/journal.pmed.0050141 – as quoted in: Greenwald, G., *Drug Decriminalization in Portugal*, CATO Institute.

38. ESPAD / ECATD, “Drug use in the Portuguese school population according to the 2003 and 2007 school survey” (Materiais não publicados do Núcleo de Estudos e Investigação do IDT).

2001.³⁹ Certamente podemos afirmar que o terrível aumento na prevalência dos consumos previsto pelos detratores das reformas não se materializaram. Por outro lado, os consumidores de heroína em Lisboa alegam que a oferta de heroína é muito mais baixa do que a procura; o que pode sugerir que as operações policiais têm sido tão ou mais efetivas do que as campanhas de prevenção e as medidas de dissuasão. O resultado, de qualquer forma, é positivo.

Um sucesso inegável é a mudança da forma como a heroína é consumida. Atualmente, é mais vezes fumada que injetada. Este desenvolvimento contribuiu para um “efeito secundário” positivo: a diminuição da percentagem de consumidores infetados com VIH-positivo. Tal sucesso pode ser atribuído à política de prevenção e redução de danos, e, acima de tudo, à informação acerca dos riscos de injetar heroína e ao aumento dos programas de troca de seringas e agulhas.

A Política Portuguesa da Droga na União Europeia e no contexto internacional mais alargado

Um funcionário do EMCDDA entrevistado para este estudo notou que a tendência para a despenalização e até para a descriminalização está a aumentar em muitos países da União Europeia (isto é, Áustria, Alemanha, Luxemburgo, Holanda e Espanha). Todavia, apenas Portugal, e desde 2010, a República Checa, alteraram a sua aproximação ao consumo de drogas de uma forma sistémica, o que significa uma alteração relevante em termos legislativos, políticos e práticos; outros países entretanto fizeram pequenos ajustamentos.

As políticas de redução de danos também têm vindo a ganhar apoios, como afirma um documento do EMCDDA:⁴⁰

Historicamente, o tópico da redução de danos tem sido mais controverso. Isto está a mudar, e a redução de danos faz parte de um pacote abrangente de medidas de redução da procura que aparentam ter-se tornado mais explícitas na abordagem Europeia. Isto é evidente no facto de tanto os tratamentos de substituição de opiáceos, como os programas de troca de seringas e agulhas, estarem presentes em quase todos os países membros da União Europeia.

39. UNODC, 2010, *The Globalization of Crime: A Transnational Organized Crime Threat Assessment*, Vienna. p.120: “Since 2000 ... demand in Western and Central Europe has been stable or declining, as have prices.”

40. EMCDDA, 2007, *The State of the Drug Problem in Europe*, p.12.

Do mesmo modo, em *Drug Decriminalization in Portugal*,⁴¹ Glen Greenwald nota que “Em 10 anos, a disponibilização de medidas de redução de danos, tais como os tratamentos opiáceos de substituição, aumentaram cerca de 10 vezes por toda a UE.”

Vários entrevistados referem exemplos de políticas repressivas no estrangeiro, como por exemplo nos Estados Unidos, onde a acessibilidade e consumos aumentam e diminuem independentemente da abordagem sistémica repressiva e punitiva do governo,⁴² e argumentam que a criminalização do consumo não diminui a acessibilidade das drogas. Esta crença é suportada na experiência de Portugal onde a descriminalização não levou a um aumento dessa acessibilidade. Quanto ao consumo, enquanto que se verificou um aumento para certas drogas e em determinadas faixas etárias em Portugal, um aumento comparável ocorreu em países em que o consumo de drogas é criminalizado. De facto, podemos afirmar que se verificou uma tendência europeia de ligeiro aumento do consumo de determinadas drogas (cocaína, anfetaminas, ecstasy) assim como a estabilização ou diminuição do consumo de cannabis.⁴³

Com exceção do seu relativamente alto consumo “problemático” de heroína, Portugal tem um dos níveis mais baixos de consumos de drogas na União Europeia. No que toca ao consumo de cannabis, Portugal está “atrás” da Bélgica, Dinamarca, Finlândia, França, Alemanha, Reino Unido, Grécia, Irlanda, Luxemburgo, Holanda, Noruega, Espanha e Suécia, de acordo com estudos que cobrem o período 2001-2005. No caso do consumo de cocaína, Portugal apenas está “à frente” da Grécia, Lituânia, Luxemburgo, Polónia e Roménia; outros países da UE têm níveis de consumo maiores ou muito maiores desta substância.⁴⁴

Esta tendência não decresceu nos anos subsequentes como confirma o estudo do EMCDDA. O boletim estatístico de 2010 mostra que apenas 8 de 28 países europeus estudados têm um consumo inferior ao português em termos de cannabis, 10 de 27 países estu-

41. Greenwald, G. (2009), *Drug Decriminalization in Portugal. Lessons for creating fair and successful drug policies*, CATO Institute, p.11

42. Referência é feita à discussão no *CATO Handbook for Policymakers* publicada pelo CATO Institute na p.338, e no *National Survey on Drug Use and Health* (relatório de 2009), publicado pelo National Institute of Drug Abuse, pp.20-21. A pesquisa na pág. 93 demonstra que os aumentos e diminuições do consumo de marijuana são independentes da política permanentemente repressiva dos Estados Unidos.

43. Entrevista com Brendan Hughes (funcionário do EMCDDA). Ver também EMCDDA Statistical Bulletin 2010: <http://www.emcdda.europa.eu/situation/cocaine/1>, <http://www.emcdda.europa.eu/situation/amphetamines/1>, <http://www.emcdda.europa.eu/situation/cannabis/1>

44. Relatório Anual do IDT 2007, citado em: Greenwald, G. (2009), *Drug Decriminalization in Portugal*, CATO Institute.

dados têm um consumo inferior de cocaína, 4 de 27 um consumo inferior de anfetaminas, 4 de 27 um consumo inferior de ecstasy e 5 de 23 um consumo inferior de LSD.⁴⁵

Finalmente, o sucesso do modelo português tem sido reconhecido a nível internacional. No início houve alguma preocupação por parte do International Narcotics Control Board⁴⁶ e outros (por exemplo, dos Estados Unidos) que Portugal estivesse a quebrar as convenções das Nações Unidas ao adotar a política de descriminalização. Em Portugal, todavia, os proponentes das reformas mantiveram a sua posição de que a política respeitava as obrigações internacionais assumidas. Os organismos de políticas da droga das Nações Unidas, impressionados com os resultados obtidos, inverteram a sua posição e vêm agora elogiar o modelo português que consideram estar “conforme os Parâmetros da Convenção.”⁴⁷ Várias delegações, tanto oficiais (da Noruega) como não oficiais (e.g. do Brasil, Inglaterra, França e Estados Unidos) vieram a Portugal avaliar este modelo na perspectiva de replicá-lo noutras jurisdições.

45. EMCDDA, 2010, Statistical Bulletin 2010, *Lifetime Prevalence of Drug Use in Nationwide Surveys among the General Population*, disponível em: <http://emcdda.europa.eu/stats10/gpstbib>.

46. Ver INCB, 2001, *Report of the International Narcotics Control Board for 2001*, pp.167–169 E/INCB/2001/I.

47. Ver UNODC, 2009, *World Drug Report for 2009*, pp.167–169 e nota de rodapé 24, p.183: “O International Narcotics Control Board estava inicialmente apreensivo quando Portugal alterou a sua lei em 2001 (ver relatório anual desse ano), mas após uma missão a Portugal em 2004, ‘percebeu que a aquisição, posse e abuso de drogas permaneciam proibidos,’ e afirmou que ‘a prática de eximir pequenas quantidades de drogas de procedimento criminal é consistente com os tratados internacionais de controlo de drogas.’”

IX. Conclusões

Após 10 anos de descriminalização, o tema das drogas deixou de ser controverso em Portugal. Enquanto algumas vozes solitárias continuam a criticar esta política com objetivos políticos,⁴⁸ os seus argumentos têm pouco impacto no público em geral ou nos legisladores. Apesar de o IDT estar atualmente a sofrer alguns cortes orçamentais, isto é consequência da crise económica em geral e não uma questão de apoio à política atual.

As evidências da última década reprimem até os mais acérrimos opositores. Os medos não se materializaram. Portugal não se transformou, nem pouco mais ou menos, num destino para turismo de drogas e a descriminalização não provocou um aumento claro dos consumos. João Goulão, o Presidente do IDT e um dos principais proponentes da política portuguesa da droga, acredita que um dos grandes feitos desta política foi a redução dos consumos entre as idades de maior risco, a faixa etária 15–19 anos. Apesar de não poder ser considerada uma prova direta da eficácia da política portuguesa, será certamente, como argumentam os decisores políticos com satisfação, uma coincidência promissora.

O governo deve ser louvado pela sua paciência e determinação: refutou opções políticas de emergência quando os problemas de droga aumentaram em favor de um profundo debate sobre como adotar uma estratégia efetiva; articulou a filosofia por detrás da estratégia

48. Ver, por exemplo, Manuel Pinto Coelho, “Decriminalization of Drugs in Portugal – the Real Facts,” 2 de Fevereiro de 2010, discursando no World Forum Against Drugs na qualidade de Presidente da Associação para um Portugal Livre de Drogas.

de forma a que o país percebesse a nova abordagem e avançou com essa mudança de uma forma decisiva, apesar da oposição, criando as infraestruturas necessárias e realizando o investimento financeiro que permitiu que a nova política passasse à prática. E, finalmente, tendo a paciência de deixar passar os anos de forma a que o impacto da política pudesse ser efetivamente monitorizado e as evidências de base desenvolvidas.

É vital perceber adequadamente o fenómeno da política da droga em Portugal. A descriminalização não é tratada como uma solução mágica. Por forma a reduzir os consumos, as soluções legais têm que ser suportadas por uma política abrangente que ajude os consumidores a reduzirem riscos e danos, a iniciar tratamento e a regressar à sociedade em condições de saúde.

Governos por esse mundo fora podem aprender muito com a experiência portuguesa. O relatório da Global Commission on Drug Policy aponta Portugal como a prova de que a descriminalização não resulta num aumento dos consumos ou de situações de dependência, e incentiva os governos a “substituir a criminalização e a punição de consumidores de droga com a oferta de serviços de saúde e tratamento para aqueles que deles necessitem.”⁴⁹ Um número especial do jornal médico Britânico *The Lancet* também apresentou Portugal como prova de que o humanismo e o pragmatismo podem funcionar por forma a conseguir uma redução das infeções por VIH, dos consumos de drogas e das situações de dependência.⁵⁰

Talvez a maior lição da política portuguesa de descriminalização seja a de demonstrar que há formas de superar a falta de vontade das elites políticas e os receios das sociedades amedrontadas pela propaganda da “guerra às drogas”, fazendo-o através da construção de políticas da droga racionais e humanas.

49. Global Commission on Drug Policy, *War on Drugs: Report of the Global Commission on Drug Policy*, Junho de 2011

50. João Goulão citado em: Beyrer C. et al., “Time to Act: a call for comprehensive responses to HIV in people who use drugs,” in *The Lancet: HIV in people who use drugs*, special issue, Julho 2010.

Acerca do Autor

Artur Domoslawski é o autor de vários livros sobre a América Latina (*Gorączka latynoamerykanska* – Febre da América Latina) assim como sobre movimentos anti-globalização (*Swiat nie na sprzedaz* – O mundo não está à venda). Realizou entrevistas com proeminentes dissidentes intelectuais nos Estados Unidos (*Ameryka zbuntowana* – América Rebelde), e completou recentemente uma biografia largamente debatida de Ryszard Kapuscinski (*Kapuscinski Non-Fiction*), pela qual recebeu o 2010 Grand Press Journalist of the Year Award. Domoslawski trabalhou para o principal diário polaco, *Gazeta Wyborcza*, durante 20 anos antes de assumir a sua atual posição de repórter internacional e colunista na revista semanal *Polityka*. Em 2005, foi um Knight Fellow na Universidade de Stanford e em 2009 foi bolseiro do Remarque Institute da Universidade de New York.

Global Drug Policy Program

Lançado em 2008, o Global Drug Policy Program procura a mudança de paradigma das atuais abordagens punitivas das políticas internacionais da droga, para um paradigma baseado nos conceitos de saúde pública e nos direitos humanos. Este programa procura alargar, diversificar e consolidar uma rede de organizações com a mesma opinião, que desafiem ativamente o atual estado das políticas internacionais da droga. As duas principais atividades do programa são a atribuição de financiamentos e, em menor escala, trabalho de lobbying ativo.

Atualmente, as políticas globais da droga são caracterizadas por estratégias de “mão pesada” da lei, que não só falham em atingir os objetivos de reduzir os consumos, produção e tráfico, como ainda resultam em documentados aumentos de violência relacionada com drogas, crises de saúde pública e abusos dos direitos humanos.

Open Society Foundations

Ativa em mais de 70 países, a Open Society Foundations trabalha para construir democracias vibrantes e tolerantes em que os seus governos são responsáveis perante os seus cidadãos. Trabalhando com comunidades locais, a Open Society Foundations apoia a justiça e direitos humanos, a liberdade de expressão e o acesso à saúde pública e à educação.

Políticas da droga baseadas nos direitos humanos e na promoção da saúde pública são uma prioridade para a Open Society Foundations. Os nossos esforços focam-se no desenvolvimento de organizações relacionadas com novas políticas da droga, na promoção de colaborações e no alargamento da base de interessados na reforma das políticas da droga, habilitando os consumidores a defender os seus direitos a nível nacional e internacional e apoiando estudos sobre os custos económicos e sociais das atuais políticas da droga.

Política da Droga em Portugal: Os Benefícios da Descriminalização do Consumo de Drogas é o segundo de uma série de publicações do Open Society Foundation's Global Drug Policy Program que procura documentar exemplos positivos de reformas de políticas da droga pelo mundo fora. Esperamos que *Política da droga em Portugal* possa inspirar políticos, defensores e os próprios consumidores a desenhar políticas que sejam guiadas pelos princípios de direitos humanos, saúde pública e desenvolvimento social.

Para além das reformas da política da droga, a Open Society Foundations trabalha em mais de 70 países na promoção da saúde, direitos e igualdade, educação e juventude, governos e responsabilização, meios de comunicação e artes. Procuramos construir democracias vibrantes e tolerantes em que os governos sejam responsáveis perante os seus cidadãos.

