

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO  
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA

MONOGRAFIA DE FINAL DE CURSO

A política de descriminalização em  
Portugal: Um estudo do seu modelo e seus  
resultados

João Nogueira Matzenbacher

Nº de Matrícula: 1311299

Orientador: Sergio Besserman Vianna

Dezembro 2018

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO  
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA

MONOGRAFIA DE FINAL DE CURSO

# A política de descriminalização em Portugal: Um estudo do seu modelo e seus resultados

João Nogueira Matzenbacher

Nº de Matrícula: 1311299

Orientador: Sergio Besserman Vianna

"Declaro que o presente trabalho é de minha autoria e que não recorri para realizá-lo, a nenhuma forma de ajuda externa, exceto quando autorizado pelo professor tutor".

---

João Nogueira Matzenbacher

Dezembro 2018

**"As opiniões expressas neste trabalho são de responsabilidade única e exclusiva do autor"**

## Sumário

Introdução.....	7
1. Portugal antes da Descriminalização.....	12
2. De 1999 a 2004: O início do processo (Estratégia Nacional de Luta contra a Droga)22	
3. 2005 a 2012: A continuação (Plano de Acção Contra as Drogas e as Toxicodependências).....	59
4. Conclusão .....	89
Referências bibliográficas .....	93

## Lista de figuras

Figura 1: Tabela de prevalência de usuários de drogas .....	16
Figura 2: Entrada em centros de tratamento em 1998 e 1999 .....	17
Figura 3: Utilização Metadona e LAAM.....	17
Figura 4: Mortes causadas por overdose .....	18
Figura 5: Classificação de criminosos relacionados a narcóticos.....	18
Figura 6: Consumo de drogas em 1999 por tipo de entorpecente .....	19
Figura 7: Classificação de criminosos relacionados a narcóticos em 1999.....	19
Figura 8: Encarcerados pela lei antidrogas.....	19
Figura 9: Número de apreensões de droga .....	20
Figura 10: Quantidade de droga apreendida.....	20
Figura 11: Preço das drogas no atacado e varejo.....	21
Figura 12: Presos por causa de drogas.....	38
Figura 13: Gastos Públicos através do IDT (€) .....	49
Figura 14: Gastos por etapa (€) .....	49
Figura 15: Gastos em programas (€) .....	50
Figura 16: Alunos (8º a 10º ano) em uso prevalente de drogas.....	50
Figura 17: Número de apreensões em escolas.....	51
Figura 18: Pacientes em Primeiro Tratamentos e drogas ingeridas.....	52
Figura 19: Pessoas em algum tipo de programa de tratamento .....	52
Figura 20: Pessoas em Programas de substituição .....	53
Figura 21: Mortes ligadas a uso de drogas .....	53
Figura 22: Total de casos diagnosticados com AIDS e associados a uso de drogas .....	54
Figura 23: Infrações, Processos e Julgamentos relacionados à droga .....	54
Figura 24: Número de Infratores Presumidos por Categoria.....	55
Figura 25: Número de presos ligados a drogas.....	56
Figura 26: Apreensões por droga.....	57
Figura 27: Quantidade apreendida (em gramas) por Droga .....	57
Figura 28: Preços (em euros) por Droga (em gramas) .....	58
Figura 29: Avaliação da Estratégia Nacional da Luta Contra a Droga 1999 - 2003 .....	61
Figura 30: Orçamento IDT – Gastos de tratamento (em Milhares de Euros).....	80
Figura 31: Prevalência de drogas em jovens .....	80
Figura 32: Prevalência de uso de drogas (15-64) .....	81
Figura 33: Prevalência de uso de drogas (15-34) .....	81
Figura 34: Pacientes em Primeiro tratamento e Droga causadora .....	82

Figura 35: Pacientes em Primeiro tratamento e Droga causadora.....	82
Figura 36: Pacientes em algum tipo de tratamento.....	82
Figura 37: Pacientes em algum tipo de tratamento.....	82
Figura 38: Pacientes em programas de substituição .....	83
Figura 39: Pacientes em programas de substituição .....	83
Figura 40: Mortes relacionados a drogas.....	83
Figura 41: Mortes relacionados a drogas (overdose).....	84
Figura 42: Casos de AIDS e usuários de drogas 2008 .....	84
Figura 43: Casos de AIDS e usuários de drogas 2008 .....	84
Figura 44: Processos .....	85
Figura 45: Processos .....	85
Figura 46: Categorias enquadradas aos infratores .....	85
Figura 47: Categorias enquadradas aos infratores .....	86
Figura 48: Total de presos relacionados a drogas e Porcentagem do total;.....	86
Figura 49: Número de apreensões por droga encontrada .....	86
Figura 50: Número de apreensões por droga encontrada .....	87
Figura 51: Quantidade apreendida por droga (em gramas) .....	87
Figura 52: Quantidade apreendida por droga (em gramas) .....	87
Figura 53: Preço (em euro) das drogas em Portugal (Por grama) .....	88

## Introdução

Durante anos, a motivação das entidades e instituições era acabar ou, pelo menos, suprimir com a atividade de consumo de drogas em todos os níveis, sejam eles um uso esporádico e recreativo até em situações de tráfico internacional, muito baseado em argumentos perpetuados pelo tempo, mas cujo embasamento científico já é duvidado em certos aspectos.

De acordo com o artigo *The Economics of the Drug War: Unaccounted Costs, Lost Lives, Missed Opportunities* (Mejía, Daniel; Csete, Joanne – 2016 – Open Society Foundations), é estimado um gasto mundial de 100 bilhões de dólares americanos por ano com o policiamento e combate às drogas ilícitas. Entre as diversas despesas, encontram-se o custo de manter encarcerados os usuários e dependentes de baixa renda, esquemas de interdição de áreas consideradas de risco controladas por narcotraficantes, expedições de busca e apreensão de drogas, entre muitas outras. Adicionalmente, há diversas tentativas de tentar reprimir mercados de drogas pelo mundo: segundo o artigo, os Estados Unidos gastaram, até 2015, 12 bilhões de dólares contra a produção e tráfico de opioides na região, e a Inglaterra gastou, anualmente, 1,3 a 1,9 bilhão de libra em métodos alternativos para cultivadores de opioides. No entanto, apesar disso tudo, em 2014 o Afeganistão produzia 85% de todo ópio do Mundo.

No Brasil, nos últimos quatro anos, estima-se um gasto de R\$ 3.6 bilhões no combate às drogas<sup>1</sup> e foi um dos motivadores pela recente intervenção acontecida no estado do Rio de Janeiro, custando por volta de R\$ 3,1 bilhões aos cofres públicos<sup>2</sup>.

“The war on drugs has failed” (Fernando Henrique Cardoso, César Gaviria e Ernesto Zedillo – *The War on Drugs is a Failure* - Artigo Wall Street Journal) foi dito quase 10 anos atrás e ela começa a se fazer entendida pelo mundo, causando mudanças nos paradigmas de como tratar o problema das drogas. Recentemente, diversos países têm adotado políticas alternativas sobre os usos de drogas: Uruguai<sup>3</sup>, Canadá<sup>4</sup> e certos

---

<sup>1</sup> SENAD, de acordo com reportagem SuperInteressante (<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2015-04/governo-investiu-em-quatro-anos-r-36-bilhoes-no-combate-drogas-diz-senad>)

<sup>2</sup> Agência Brasil: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/politica/noticia/2018-03/presidente-da-camara-quer-liberacao-de-r-31-bilhoes-para-intervencao-no-rio>

<sup>3</sup> Lecy Nº 19172 – Senado e Câmara de Representantes da República do Uruguai – Permite-se o consumo, venda e produção, ainda que esteja sob forte regulamentação do Estado, precisando-se de autorização para qualquer uma das etapas

estados dos Estados Unidos<sup>5</sup>, por exemplo, já aprovaram diversos graus de legalização de maconha, enquanto outros países parecem estar mais abertos a esse tipo de discussão.

No Brasil, apesar de já haver certo nível de debate sobre a situação, ela é geralmente atrapalhada por uma falta de conhecimento sobre o assunto, fazendo com que o diálogo na alta cúpula do governo sobre questões das mais variadas áreas seja travado, ainda que o país esteja fortemente envolvido nesse mercado. Em 2012, o Brasil já era o maior consumidor de cocaína do mundo, somente atrás dos Estados Unidos<sup>6</sup> e apresentou aumento no seu consumo em 2017, assim como o de Cannabis<sup>7</sup>, contrariando a tendência mundial. Finalmente, e talvez o dado mais grave, o Brasil é responsável por 20% de todo consumo de crack no mundo, sendo o país com o maior número de usuários também<sup>8</sup>.

No entanto, antes mesmo dessa onda surgir e antes da frase icônica de Fernando Henrique Cardoso, um país já havia tomado um caminho considerado arriscado na época sobre o assunto, com resultados interessantes: desde 2001, Portugal implementou leis de descriminalização<sup>9</sup> para todos os tipos de drogas ilícitas, incluindo maconha, cocaína, heroína, LSD/Ecstasy, opiáceos, entre outras, em um processo e planejamento com âmbitos de curto, médio e longo prazo.

Este estudo avaliará a execução portuguesa de um dos planos mais audaciosos já propostos no relacionamento entre drogas e política pública. Em 2001, o governo de Portugal pôs em efeito a *Estratégia Nacional de Luta contra a Droga*, dando início a uma legislação antidrogas nunca feita no mundo até então, em que se descriminalizou a posse de todas as drogas em solo português, desde que o possuidor dos produtos fosse considerado apenas um usuário.

Posto isso, cabe entender antes que as origens das proibições das drogas, em especial a da Cannabis, tiveram múltiplos fatores envolvidos e nem todos eram

---

<sup>4</sup> Controle Drogas and Substancias Cat., Bill C-45 (the Cannabis Cat.) – Permissão para fumo em ambientes públicos, mas ainda somente pode ser comercializada com uma prescrição médica

<sup>5</sup> GUIDE too U.S. Drug Lãs – Recovery.org – Existem níveis de diferenciação sobre as leis entre Estados. Atualmente, 47 estados já permitem a utilização de maconha para propósitos medicinais e 9 países permitem o uso recreativo da maconha

<sup>6</sup> LENAD (2012) - Unifesp

<sup>7</sup> Agência da ONU para Drogas e Crimes - UNODC (2017)

<sup>8</sup> Instituto Nacional de Pesquisa de Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas – INPAD (2016) – UNIFESP

<sup>9</sup> Lei n.º 30/2000

simplesmente um bem-estar ótimo da população. Após a Guerra Mexicano-Americana, no final do século XIX e início do século XX, a planta chamada de “marihuana” servia de desculpa para a expulsão de mexicanos dos Estados Unidos e para a marginalização de pessoas negras<sup>10</sup>. Com a “Marijuana Tax Act of 1937”, ficou-se proibido o seu uso e venda. No Brasil, ideias parecidas surgiram contemporaneamente. O chamado “Pito do Pango” era usado por negros escravos, cujos antepassados tinham trazido da África<sup>11</sup>.

O planejamento de Portugal, que é considerado único por muitos motivos, possui duas etapas completas e, na atual data desta escrita, a sua terceira etapa, ainda está em atividade. O artigo traz à tona uma breve análise das estruturas legais e sociais antes do lançamento da primeira política para então vermos a evolução destas através do tempo, além da criação de um cenário inicial onde as políticas descriminalizantes de Portugal entrarão.

Começaremos, então, com o estudo da *Estratégia Nacional de Luta contra a Droga*, a primeira das leis em que Portugal que trouxe uma nova abordagem nas políticas antidrogas. Definido quais as principais mudanças legislativas, trarei informações como as preocupações de sua implementação, a racionalidade por trás dessa medida e o seu contexto. Prontamente, embasado em diversos artigos e censos produzidos, tanto portugueses quanto europeus, seguirei com a demonstração de dados de saúde, segurança pública, econômica, entre outros, de âmbitos nacionais e do ano imediatamente antes da sua implementação e, também, demonstrando sua evolução com o tempo. Com esses dados em mãos, será possível analisar se as mudanças implementadas moldaram uma nova sociedade portuguesa, no sentido de tratamento a pessoas viciadas e participantes no comércio das drogas ilegais.

Em seguida, analisaremos o *Plano de Acção Contra as Drogas e as Toxicodependências*, a segunda etapa do planejamento português. Feito um esforço num caminho diferente, o governo entendeu a necessidade de adaptações em suas aplicações, fazendo alterações nas leis, uma mudança de enfoque para ajudar os considerados mais vulneráveis a terem uma relação maléfica com os produtos. Mais uma vez analisaremos a eficácia dessas políticas utilizando dados nacionais e internacionais, medindo a

---

<sup>10</sup> <http://www.drugpolicy.org/blog/how-did-marijuana-become-illegal-first-place>

<sup>11</sup> <http://www.boaconha.com/index.php/m-informa/m-historia/243-e-racista-a-criminalizacao-da-maconha-no-brasil.html?tmpl=component&print=1&la...>

evolução de dados em diversas áreas de preocupação do Estado, em anos estratégicos, assim como na etapa anterior.

O último passo planejado pelo governo de Portugal, e que ainda é atuante até 2020, o *Plano Nacional para a Redução dos comportamentos aditivos e das dependências* não será aprofundado neste trabalho, pois se entende que ainda está em atividade e suas mudanças e implementação são consideradas em andamento até mesmo para o Governo.

Apesar de demonstrações de dados de inquestionável importância, como a evolução do número de pessoas encarceradas, se houve aumento no número de pessoas que sofreram overdoses, se a descriminalização causou um aumento de usuários e dependentes, neste estudo teremos, também, uma análise do comportamento do mercado em Portugal, a fim de termos um estudo abrangente e vasto para o curso de Economia.

Um dos problemas encontrados em estudos sobre esse assunto - que é constantemente dito pelos próprios documentos portugueses - é a falta de dados e informações confiáveis para se fazer uma análise extensiva sobre a temática, dificultada ainda mais pelo fato dos problemas das drogas compreenderem vários campos de estudo e de administração. É nessa ausência de certeza que se faz necessário uma análise e discussão abrangente do assunto, muito porque até fatos comprovados ainda são ignorados ou repelidos, como por exemplo, o estudo feito pelo Prof. David Nutt, no artigo *Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis*, em que afirma que o álcool e a nicotina são causadores de mais problemas para si e para outros do que a maconha e a cocaína.

É necessário salientar que à medida que poderemos nos aprofundar em diversos sentidos, as informações que serão imputadas são de maneira majoritária apresentadas nos censos nacionais requeridos pelo Governo de Portugal<sup>12</sup> e por instituições especializadas europeias<sup>13</sup> que procuram pesquisar sobre o estado das populações com relação às drogas, podendo ter, portanto, algum grau de interesse de uma maneira ou de outras nos dados apresentados.

---

<sup>12</sup> Relatórios anuais da SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências – são publicados desde 2004

<sup>13</sup> European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)

Este trabalho pretende trazer à tona, então, as informações necessárias para que seja possível analisar e estudar uma política que, em 2009, Glenn Greenwald definiu como “julgando virtualmente por qualquer métrica, o modelo de descriminalização de Portugal é um sucesso ressoante” – (Glenn Greenwald, *Drug Decriminalization in Portugal*, pág. 2, *CATO Institute*). Adicionalmente, é esperado que, ao final deste estudo, haja razoabilidade o suficiente para, pelo menos, uma apreciação de uma diferente metodologia sobre o combate às drogas, uma luta que segue acontecendo intensamente pelo mundo a fora e, também, no Brasil, onde a apreciação primordial sobre o assunto é a minimização de consequências que o uso pode proceder, muitos dos quais ainda são desconhecidos justamente pela mentalidade de marginalização dos produtos e de seus usuários.

## 1. Portugal antes da Descriminalização

Para um estudo completo das políticas públicas de Portugal se deve entender a evolução da relação da sociedade e governo para com as drogas. Antes de analisarmos as políticas de descriminalização, veremos de forma breve as legislações antecessoras dentro de seu contexto histórico. A primeira lei portuguesa voltada sobre o assunto foi aprovada em 31 de agosto de 1926, com o Decreto nº 12/210, ocorrendo logo após a Convenção do Ópio de Genebra, de 1925. Com o objetivo de “defender a saúde pública como bem jurídico, realçando os ‘tão perniciosos efeitos’ das drogas”, seu sistema tinha como fim “aplicar penalidades, ditas como severas”<sup>14</sup>.

Do ponto de vista jurídico, os narcóticos eram vistos sem discrepância com outros farmacêuticos, em prova que as leis não as distinguiam. Havia diferentes níveis de classificação para os agentes do comércio de drogas: as sanções mais rígidas eram dadas aos vendedores contendo penalidades mais custosas, de 3000\$ a 5000\$ – Escudos era a moeda em circulação na época - e penas de seis meses a um ano de cadeia. Os importadores, depositários, fabricantes ou comerciantes de drogas e produtos farmacêuticos que não estivessem de acordo com os licenciamentos e/ou autorizações, além de estabelecimentos que permitam o uso ou tráfico de entorpecentes, seriam multados até 1000\$, além de outras formas de punições como o fechamento do estabelecimento. Finalmente, os médicos também seriam multados de 500\$ até 1000\$ caso não preenchessem corretamente os formulários.

Fica evidente que a legislação dessa época priorizava a saúde pública como responsável por lidar com estes problemas. De fato, “a legislação das drogas, essencialmente imbuída de uma lógica fiscal, começa, no entanto, a ter por referência a saúde pública, esboçando uma lógica sanitária”<sup>15</sup>.

Em 1961 houve a Convenção Única Sobre Entorpecentes, em que diversos países assinam um tratado para a proibição de produção e comércio de narcóticos específicos, exceto para fins de pesquisa e tratamento. Já em 1968 houve a primeira campanha antidrogas promulgada pelo governo em Portugal, com a afixação de cartazes por cidades portuguesas com o slogan “DROGAS-LOUCURA-MORTE”, acompanhados de uma caveira sob fundo preto. De acordo com Lúcia Nunes Dias, essa

---

<sup>14</sup> *A Criminalização da droga: Da emergência à aplicação da lei* - Cândido da Angra - pg. 30

<sup>15</sup> *A Criminalização da droga: Da emergência à aplicação da lei* - Cândido da Angra - pg. 34

campanha não teve nenhum tipo de embasamento teórico fundamental<sup>16</sup>. De acordo com Carlos Poiares, a ideia era relacionar a guerra lutada pelos soldados com a droga “se precisamos de soldados que defendem a Pátria, não deixemos que enlouqueçam e morram com a droga”<sup>17</sup>, tendo como em objetivo a alcinhar a drogas como uma ameaça externa a sociedade portuguesa, sendo vista de acordo com o artigo de Cândido da Agra como “Bode Expiatório”<sup>18</sup>. Em 1970, Portugal ratificou-se no tratado da Convenção Única sobre Estupefacientes, com a promulgação do Decreto-Lei 420/70, em 3 de setembro.

Em contraste com a antecessora, temos uma atitude muito mais conflituosa para com o problema. O consumidor, que antes era judicialmente não visto como agente participante numa atividade criminal, agora era tido como um potencial veículo para disseminação de atividades maliciosas: “o normativo inscreve-se numa lógica criminalizadora do consumo, ao ter em conta ‘os perigos que aquele consumo comporta para a saúde física e moral dos indivíduos’. Procura-se, pela intervenção da esfera jurídico-penal (...) defender a saúde pública e a moral” e “a defesa da saúde pública é bem evidente (...) na penalização da instigação ao consumo, temendo-se o contágio social”<sup>19</sup>.

Havia uma distinção de classes dos agentes: para traficantes, um aumento da pena para dois a oito anos, com uma multa de 1000\$, variando de acordo com os adicionais, como quando acompanhadas de prescritas ilegais ou fornecidas para menores de 18 anos. Nos casos em que ocorriam os chamados crimes de consumo, a pena durava até dois anos, com multas de 5000\$ até 50000\$.

As especificações legais mais uma vez buscavam punir com mais rigidez aqueles que provocavam um alastramento de comportamentos negativos para a sociedade – “(...) tenham ingerido as drogas na presença de outro, “com a consciência de poder incentivar ou difundir o uso de estupefacientes”<sup>20</sup>, demonstrando uma preocupação com a expansão da rede usuária de droga, característica que irá se revelar novamente nas etapas de descriminalização que serão exploradas. Outros adicionais jurídicos

---

<sup>16</sup> *As Drogas Em Portugal O Fenómeno dos Factos(sic) Jurídico-Políticos de 1970 A 2004* – Lucia Nunes dias, pg 34

<sup>17</sup> “A Descriminalização Do Consumo De Drogas: Abordagem Juspsicológica” – Carlos Poiares, pg 242

<sup>18</sup> “Dizer A Droga Ouvir As Drogas: Estudos Teóricos e Empíricos para uma Ciência do Comportamento Adictivo” – Cândido da Agra. Pg 35

<sup>19</sup> *A Criminalização da droga: Da emergência à aplicação da lei* - Cândido da Angra - pg. 35

<sup>20</sup> Decreto-Lei 420/70, artigo 4º

continuam presentes, como a punição para recintos onde ocorra consumo ou negócios de narcotráficos com multas de 10 a 100000\$ e outros foram adicionados, como propaganda das drogas, instigação, etc. Além disso, outros adendos foram sendo adicionados na questão do combate às drogas, à medida que a visibilidade social do fenômeno aumentava, assim como aumentava as intervenções policiais e o escopo das investigações<sup>21</sup>.

Em 1983, o governo intensificou sua posição combativa em relação às drogas, porém com uma estratégia adulterada. No Decreto-Lei nº 430/83, de 13 de dezembro, o governo português mais uma vez altera a base do combate às drogas. A repressão se intensificava no combate aos traficantes e ao comércio, mas com uma decrescente pressão à medida que as quantidades presentes no indivíduo diminuam. O termo “traficante-consumidor”, por exemplo, foi cunhado para definir as pessoas que buscavam o comércio para comprar drogas apenas para uso pessoal. Com essa estratégia, o objetivo era combater o consumo através de um controle dos agentes da oferta, ainda que, de acordo com Cândido da Angra, esperavam encontrar a resposta final da demanda<sup>22</sup>. Aumentou-se a abrangência se comparada à lei de 1970 com relação ao tráfico e atividades ilícitas, a fim de incluir todos os casos, exceto de consumo pessoal: a prisão prevista variava de dois a 18 anos, com multas de 20.000\$ a 5.000.000\$.

Havia diferenças em qual margem de prisão e de multa paga podiam enquadrar cada indivíduo e essa diferença se dava a qual droga estava presente, já que uma longa lista de diferentes tipos de narcóticos e químicos foi dividida em categorias diferentes, baseado em sua severidade. Adicionalmente, penalizava-se mais rigorosamente profissionais que praticavam abusos no exercício da profissão. Inclui-se também outros comportamentos relacionados ao uso de drogas, como negligência, desobediência qualificada, entre outras, com penalidade de prisões por até três meses ou sessões de terapia forçada, sendo esta mandatória em caso de detenções de pessoas jovens, de 16 a 21 anos.

O diferencial do tratamento dado pelas instituições portuguesas aos usuários foi posto em evidência durante estas formulações, diferenciando-se de outras legislações

---

<sup>21</sup> *A Criminalização da droga: Da emergência à aplicação da lei* - Cândido da Angra - pg. 39

<sup>22</sup> “Se estas medidas que pretendem reduzir a oferta são avaliadas como importantes, é, contudo, ao nível da procura que ‘a solução definitiva do problema terá de buscar-se’”. *A Criminalização da droga: Da emergência à aplicação da lei* - Cândido da Angra - pg. 42

sobre o tema contemporâneas: os indivíduos que fossem pegos e sentenciados por porte eram levados a clínicas de tratamento e terapia, caso ficasse constatado a sua dependência, abrindo mão das penas usuais proferidas aos consumidores ocasionais<sup>23</sup>. Essa característica, de tratamento a dependentes e preocupação geral com pessoas em processo de dependência, voltará a ser primordial na conjunção das leis futuras.

A partir da próxima mudança da lei, ela fica conhecida como a “A Lei da Droga”, em 1993, com o Decreto-Lei 15/93, de 22 de janeiro, e estamos na última etapa antes da implementação da política de descriminalização. Estas leis foram moldadas a partir da Convenção das Nações Unidas contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas de 1988 e elas não completamente renovam a base do texto da legislação, como nos casos anteriores. De fato, do texto original temos apenas uma redução da duração das penas em todas as instâncias em que se comprove o tráfico de drogas, com as mudanças sendo desenvolvidas para incluir parafernália relacionadas ao uso de narcóticos e matérias-primas de fabricação de drogas, além de novas substâncias sendo adicionadas as tabelas criadas em 1983. Amplifica-se o censo de recuperação dos toxicodependentes, como por exemplo: Artigo 44º - Suspensão da pena e obrigação de tratamento – e artigo 46º - onde se estabelece que prisões precisem ter habitações adequadas ao tratamento de toxicodependentes<sup>24</sup>.

O conceito de tratar os usuários e toxicodependentes como problemas de saúde pública está em crescimento nos tempos modernos, mas já era possível perceber traços dessa ideologia.

Ao longo deste artigo, exploraremos a evolução de dados públicos conforme avançamos nas etapas de descriminalização, com o propósito de conhecer todo o processo de atuação do combate a esse problema. Haverá ainda uma análise e explicitação de diversos dados em diferentes áreas de atuação, como saúde e segurança, a demonstração da variação e alterações históricas do mercado de narcóticos no país, além da prevalência, disseminação e desenvolvimento do mercado consumidor e, finalmente, dados orçamentários sobre os gastos relevantes ao combate das drogas.

---

<sup>23</sup> “(...) em caso de consumo ocasional, pode proferir simples admoestação ou dispensar a pena. Se se provar que o réu é toxicodependente, a aplicação da pena pode ser suspensa, desde que se sujeite a tratamento médico ou voluntariamente seja internado em estabelecimento adequado” *A Criminalização da droga: Da emergência à aplicação da lei* - Cândido da Angra - pg. 43

<sup>24</sup> Decreto-lei 15/93 – 22 de janeiro de 1993

Para tal, começaremos com a divulgação dos dados de interesse na sociedade no ano de 2000, isto é, um ano anterior à implementação da Estratégia Nacional de Luta contra Droga. Mediremos a evolução destes fatores graças às informações trazidas no relatório encomendado pelo Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA), chamado simplesmente de “Situação das Drogas”, em junção com o Instituto Português da Droga e da Toxicodependência. Para a atual fase, todos os dados foram trazidos do relatório de 2000.

Os dados para esse relatório foram adquiridos nas escolas da cidade urbana de Portugal em 1992 e depois em 1998, contendo um espaço amostral de 7.711 estudantes com idades entre 13 e 16 anos, nos últimos anos do primário, e alunos entre 16 e 19 anos, nos anos finais do secundário, com o objetivo de observar a entrada, persistência e evolução do uso de drogas, lícitas e ilícitas. 4.075 alunos de 185 salas em 42 escolas diferentes foram entrevistados no primário. Para os alunos no secundário, houve uma separação entre alunos que estudam em períodos diurnos e períodos noturnos, com 2.674 alunos de 148 salas em 42 escolas diferentes para os primeiros, que são diretamente relacionados com os alunos do primário, e 962 alunos de 143 salas em 33 escolas diferentes, que foram analisados a parte<sup>25</sup>. Abaixo está descrita a tabela de prevalência de usuários de drogas em algum momento da vida, ES significando Escola Secundária e EP significando Escola Primária:

<b>Droga</b>	<b>ES – 92</b>	<b>ES – 98</b>	<b>EP – 92</b>	<b>EP – 98</b>
Cannabis	15,9%	14,7%	5,1%	4,1%
Tranquilizantes	18,2%	19,4%	11,5%	10,2%
Estimulantes	6,4%	5,5%	4,3%	3,4%
Heroína	1,6%	0,5%	1,2%	0,7%
Cocaína	1,3%	1,7%	0,7%	0,5%
Crack	0,2%	0,3%	0,2%	0,4%
LSD	0,6%	2,5%	0,4%	0,7%
Ecstasy	-	2,7%	-	1,6%
Inalantes	2,9%	2,6%	5,2%	3,8%

Figura 1: Tabela de prevalência de usuários de drogas

<sup>25</sup> Portugal Drug Situation 2000 – EMCDDA – pg 17

Estas informações serão observadas, junto com o seu desenvolver, ao longo das medidas públicas aqui demonstradas nos capítulos futuros. A seguir, entraremos na área da saúde. Os primeiros dados apresentados são os de entrada em centros de tratamento em 1998 e 1999. Apesar de notoriamente ter deficiências<sup>26</sup>, esta é uma medida importante a fim de conhecer o comportamento da sociedade perante as drogas, com o passar dos anos.

	<b>1998</b>	<b>1999</b>
Usuários que requereram tratamento	25.170	28.427
Usuários em tratamento	23.654	27.750
Na lista de espera, em 31 de dez.	1.516	677

Figura 2: Entrada em centros de tratamento em 1998 e 1999

Destes 27.750 indivíduos de 1999, temos a contabilização de pacientes em programas de substituição e reabilitação, sendo elas diferenciadas para quando relacionadas à utilização Metadona e LAAM, duas substâncias que servem para tratar de viciados, e para programas sem-drogas.

Programa de substituição: Metadona	5.343
Programa de substituição: LAAM	697
Programa Sem-Drogas	21.710

Figura 3: Utilização Metadona e LAAM

O número de mortes relacionadas às drogas, um dos índices mais importantes que será analisado daqui em diante. Os três Institutos de Medicina Legais (IML) que serviram para extração de informações foram das cidades do Porto, para toda a região norte, de Coimbra, para região central, e de Lisboa, para a região sul. Esses números, no entanto, mostram pessoas que morreram e, no teste posterior, foram encontrados vestígios de drogas. Somente em 2008 eles passarão a relatar a morte causada diretamente por drogas (overdose):

<sup>26</sup> “(...) despite their known limitations which include the influence of the opening and re-dimensioning of the treatment facilities, the fact that they still do not include the total number of existing facilities in the country and that they only cover a part of the drug users population, i.e., they do not cover the street users nor those whose main substance of abuse is not heroin, who usually do not request treatment in those facilities.” Portugal Drug Situation 2000 – EMCDDA - pg 23

	<b>1998</b>	<b>1999</b>
Mortes	337	369

Figura 4: Mortes causadas por overdose

Aproximadamente 95% desses casos envolveram opioides, às vezes singularmente (29%) e majoritariamente em junção com outras (66%), sendo mais usuais cocaína e/ou álcool (50% cada). Outro dado que precisa ser mencionado, graças à conhecida correlação entre mortes de AIDS (em Portugal, SIDA) com a utilização de drogas. Esses números chegam a 1.722 mortes<sup>27</sup> de usuários de drogas com diagnóstico de AIDS, sendo esta 53% da população considerada<sup>28</sup>.

Os próximos dados são referentes aos casos de segurança pública. O relatório indica que, em 1999, um total de 13.020 indivíduos foram classificados como presumidamente culpados por crimes relacionados a narcóticos, sendo divididos nas classificações anteriormente mencionados: consumidor, usuários-trafficantes e trafficantes. No ano de 1998, 11.395 indivíduos foram classificados similarmente:

<b>Tipos</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>
Consumidor	6.910	8.030
Traficante-Consumidores	2.654	3.200
Traficantes	1.831	1.790

Figura 5: Classificação de criminosos relacionados a narcóticos

Agora esses os números de 1999, divididos em tipos de drogas com o que estavam relacionados. Foram encontradas mais de uma substância proibida, a classificação de “polidroga” é dada a ele. Esses dados são importantes para as explicações da evolução dos diferentes tipos de mercados de drogas, seja o mercado consumidor ou de demanda ou da própria oferta - medida em apreensões - que serão apresentados.

	<b>Consumidor</b>	<b>Traficante-Consumidor</b>	<b>Traficante</b>

<sup>27</sup> De 01/01/83 até 31/12/99, com notificações até 31/03/2000.

<sup>28</sup> Apesar de alto, esse número é menor do que a média da população de indivíduos diagnosticados com AIDS no total. Esse número é de 57%.

<b>Cannabis</b>	2.669	591	278
<b>Cocaína</b>	419	68	139
<b>Heroína</b>	3.121	1.279	618
<b>Polidrogas</b>	740	1.753	1.242
<b>Outros</b>	68	20	15

Figura 6: Consumo de drogas em 1999 por tipo de entorpecente

Precisa-se expressar a preocupação em relacionar diretamente os dados através dos tempos por causa das possíveis variáveis se alterando. Em 1999, por exemplo, houve um aumento de intervenções das polícias especializadas, o que gera um aumento nas quantidades de pessoas e produtos apreendidos. Mesmo com um aumento de apreensões, o número de convicções de 1998 para 1999 reduziu, graças a uma diminuição de 41% dos casos levados a corte quando o réu é consumidor<sup>29</sup>. Os números são apresentados a seguir:

	<b>1998</b>	<b>1999</b>
<b>Consumidor</b>	2.561	1.074
<b>Traficante-Consumidores</b>	156	173
<b>Traficantes</b>	1.952	1.653

Figura 7: Classificação de criminosos relacionados a narcóticos em 1999

A próxima categoria relevante na área de segurança pública é a quantidade de encarcerados sob pena das leis antidrogas.

	<b>1998</b>	<b>1999</b>
<b>Reclusos</b>	3.902	3.863

Figura 8: Encarcerados pela lei antidrogas

Destes, 99% foram empriionados por crimes de tráfico, mais especificamente por tráfico (87%), pequeno tráfico (6%) e tráfico-consumo (6%). O 1% restantes são de

<sup>29</sup> “The decrease in the number of individuals taken to court in 1999 was mainly verified due to the decrease in the number of individuals taken to court as users (-41%)” – EMCDDA – pg 31

usuários. As duas tabelas a seguir apresentam o número de apreensões e as quantidades apreendidas, por drogas.

<b>Droga</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>
Outros	221	218
Ecstasy	35	73
Cannabis	2.063	2.726
Cocaína	1.377	1.691
Heroína	3.750	4.058

Figura 9: Número de apreensões de droga

<b>Droga (em Kg)</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>
Liamba/Marijuana	7,1	65,8
Haxixe	5.574,8	10.636
Cocaína	625,0	822,6
Heroína	96,7	76,4
Ecstasy	-	86 gramas

Figura 10: Quantidade de droga apreendida

Ao analisar a variância das quantidades apreendidas, é necessário aplicar precaução, já que em alguns casos fatores exógenos podem estar interferindo na sua composição, não sendo, portanto, um indicador extremamente fiel da quantidade demandada e ofertada da droga na sociedade portuguesa. No relatório, eles explicam que:

Although more quantity of cocaine than heroin was seized, the former seems to be more in transit since (1) close to 53% of the seized cocaine was a result of the Customs' intervention, unlike those concerning other drugs and that (2) from the available information on traffic routes, cocaine is the substance with a higher percentage of seized quantity destined to other countries. The increase in the quantity of seized ecstasy may be a result of a more attentive intervention of the law enforcement agencies to this more recent drug and/or a real higher circulation of this substance in the national Market. (Portugal Drug Situation -EMCDDA – pág. 39).

O último dado apresentado, finalizando o cenário em que as políticas descriminalizantes moldarão pelas duas décadas posteriores, é o preço das drogas encontrados no atacado e no varejo em 1999. Os dados foram fornecidos ao relatório

pela Polícia Judiciária e a Direcção Central de Investigação do Tráfico de Estupefacientes.

Drogas	Atacado (Euros)	Varejo (Euros)
Heroína (Marrom)	24.939,89 - 29.927,8 / Kg	32,42 – 37,41 / g
Cocaína	27.433,88 - 32.421,86 / Kg	37,41 – 42,40 / g
Haxixe	498,80 – 997,60 / Kg	1 – 1,50 / g
Liamba/Marijuana	748,20 – 1.995,19 / Kg	1 – 1,50 / g
Ecstasy	1,25 – 2,49 / unidade	6,48 – 10,97 / unidade

Figura 11: Preço das drogas no atacado e varejo

Um dos objetivos deste artigo é capturar os resultados, demonstrando com dados empíricos, a evolução da sociedade em resposta das mudanças a partir das políticas do governo. A partir da próxima análise dos dados, haverá informação o suficiente para constatar tendências criadas pela Estratégia Nacional de Luta contra Droga, assim como para as outras etapas do plano português.

## **2. De 1999 a 2004: O início do processo (Estratégia Nacional de Luta contra a Droga)**

O período entre a última grande alteração da lei das drogas, em 1993, até 1998 foi considerada, de acordo com o autor Jorge Barbosa, uma “fase experimental”<sup>30</sup> para os planos que viriam a seguir. Isso acontece, segundo o artigo, por de uma crescente percepção social para com o problema das drogas ilícitas e preocupação com políticas de redução de danos em Portugal. Durante esses anos, diversos programas, instituições, projetos e propagandas foram criadas nas múltiplas áreas político-sociais que este problema permeia, com o objetivo de conter a comoção pública da época: na década de 1990, em especial na metade, Portugal passou por uma epidemia de AIDS, cuja transmissão passava-se também por utilizações de seringas usadas. O Primeiro-Ministro então ratificou o Despacho n.º 3229/98 de 16 de fevereiro, em que criava uma comissão de estudos para a elaboração de uma nova proposta de combate às drogas.

Em 1999 foi publicado o programa, com o título de Estratégia Nacional de Luta contra a Droga (ENDLCD), em que o pragmatismo e o humanismo eram considerados pilares fundamentais para o seu nascimento<sup>31</sup>. A comissão incluí professores responsáveis por diversos estudos sobre drogas e toxicodependências, além de profissionais de diversas áreas. São eles: Prof. Cândido Mendes, Dr. Nuno Pereira, Dr. João Augusto Goulão, Prof. Alexandre Tiedtke Quintanilha, Dr. António Gomes Martins, Dr. Joaquim Augusto Rodrigues, Dr. Maria Manuela Calado Marques, Dr. Daniel Sampaio.

Este programa constituiu mais do que meras enumerações de mudanças legislativas. É, na verdade, um estudo aprofundado e detalhado das várias relações que pessoas de qualquer história e fundo cultural possam ter com as drogas. Há análises críticas de programas em andamentos, uma descrição de projetos e estruturas organizadas existentes, avaliando-as, além de propostas que abrangem em diversas áreas públicas diferentes, a fim de atacar a problemática de uma maneira completa. Seus capítulos principais são divididos em: 1 – Prevenção; 2 – Tratamento, Redução de

---

<sup>30</sup> “A emergência da redução de danos em Portugal: da ‘clandestinidade’ à legitimação política” – Jorge Barbosa – pg 34

<sup>31</sup> “Pragmatismo e humanismo encontram-se e enlaçam-se para produzir um novo tipo de intervenção “ – *A Redução de Danos enquanto Pilar da Estratégia de Luta contra as Drogas* – Eduardo Maia Costa – pg 54

Danos e Ressocialização; 3 - Enquadramento Legal e Perspectiva Internacional (I e II); 4 - Investigação e Formação (A e B); 5 - Implicações Organizacionais.

Para as perspectivas apresentadas neste artigo, os dois primeiros serão analisados mais detalhadamente, pois nela serão expostas as mudanças mais práticas de interação entre o sistema político e a população, explicando como a exposição, tratamento e reinserção do pacientes deve ser alterada. Não obstante, este artigo irá relatar todos os pontos principais dos outros capítulos, cuja interação entre os agentes seja clara, evitando desenvolver muito sobre políticas internas, mudanças burocráticas e legislativas.

Mesmo em sua introdução e no sumário executivo, a importância de preservar os direitos dos dependentes fica em evidência. Nas palavras de Eduardo Maia Costa (2009), Juiz do Supremo Tribunal de Justiça de Portugal, a política de 1999 “(...) encara o toxicodependente não como uma entidade destituída de discernimento e vontade próprias e, como tal, merecedora de tutela paternal do Estado, a exercer por meio de uma intervenção regeneradora médico-terapêutica, mas sim como pessoa humana, autónoma, responsável e titular de direitos”. Deixam claro que os dados empíricos adquiridos por eles nos anos anteriores espantavam noções falsas que permeavam a sociedade sobre as situações das drogas<sup>32</sup>, por isso a necessidade de reformulação no tratamento dado para estas pessoas. A necessidade desses tratamentos é relatada diretamente pela comissão no quarto capítulo, parte A, Investigação e Formação.

Começam admitindo um pensamento já falado no artigo, que o combate às drogas foi falho, não vencendo o problema as drogas<sup>33</sup>. Uma preocupação exposta repetidamente é, também, a falta de progresso no conhecimento sobre as drogas, em uma plenitude de fontes<sup>34</sup>. Por isso, Portugal se propõe a colaborar com a criação de

---

<sup>32</sup> “Na Sociedade existem, infelizmente, muitas ideias pré-concebidas sobre o tema que são falsas e resultam também de uma reacção primária e não informada” – ENDLCD – pg 5

<sup>33</sup> “A ‘guerra da droga’ é o paradigma daqueles combates, cujos actores, dominados pelas emoções, creem poder vencer sem pensar. Resultado: nem o fenómeno das drogas foi vencido nem dele dispomos conhecimento solidamente fundado pelo método científico.” (Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga – pág. 101)

<sup>34</sup> “Dispomos, assim, de um amontoado de dados, pouco consistentes por não serem sujeitos a sistemáticas provas científicas e dispersos em razão de nulos ou lacunares quadros teóricos, designadamente interdisciplinares. (...) Nesta matéria, em termos gerais, todos os países estão atrasados, até os mais desenvolvidos. A vontade de poder, tendo dominado a vontade de saber, entregou o problema das drogas a um agir compulsivo que tem tido por aliados o pensamento mítico e o obscurantismo científico.” (Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga – pág. 101)

dispositivos confiáveis e estáveis de investigação sobre as drogas, da mesma forma que países como França, Holanda e Estados Unidos já possuíam. São variadas, iniciando com a filosofia que é necessário “conhecer para bem agir”, a opinião de constituir uma ideia sólida de práxis do conhecimento e, em terceiro e último lugar, utilizar essas práxis para divulgar a verdade e reduzir o desconhecimento que a população pode vir a ter. Essas justificações básicas vão de acordo com a necessidade de garantir um modelo de conhecimento, perante essas questões pouco respondidas e exploradas, que priorize minimizar custos não calculáveis em efeitos que ainda são desconhecidos no relacionamento entre indivíduo e droga.

A primeira parte a ser coberta é a da prevenção, sendo definida para o caso das toxicodependências como “(...) todas as iniciativas que, em princípio apoiadas numa estratégia global de actuação e em pressupostos teóricos sólidos, visam reduzir a procura dos diferentes produtos”. De acordo com Negreiros (1998), as qualidades essenciais para ações preventivas são quatro: proatividade; focalização; intencionalidade; avaliação, representando a necessidade de se conhecer indivíduos mais prováveis de entrarem em contato com as drogas, focando em fortalecer as pessoas que ainda não foram afetadas por tendências maliciosas, avaliando os efeitos das estratégias preventivas.

Para este caso, significa que a abordagem preventiva serve para reduzir a chance de um indivíduo de utilizar e/ou ficar dependente de drogas. Com essas duas ideias principais em mente, fica evidente que o maior problema é, então, identificar os diversos “perfis dos utilizadores de drogas”, porém admitem que para tal, seria necessário um estudo epidemiológico que ainda não existia no país.

O panorama da prevenção em Portugal é posto sob escrutínio neste capítulo. Os meios de atuação principais do Programa Nacional de Luta contra a Droga / Projecto VIDA eram, por meio dos Núcleos Coordenadores Distritais do Projecto Vida, situados em cidades de grande densidade urbana em Portugal, além de um esforço de coordenação, incluindo uma linha financeira, para Organizações Não-Governamentais (ONGs) que tratem do assunto. Nestes, atividades relacionadas à prevenção em diferentes graus eram exercidas.

Em 1993, o Programa de Promoção e Educação para a Saúde (PPES) integrava conceitos de prevenção primária nas escolas, porém seu escopo era bastante pequeno,

com tentativas de expansão ineficientes, de acordo com o relatório. O serviço de obtenção de informações relacionados ao assunto de narcóticos e toxicodependentes foi criado em 1990, com o nome de Serviço de Prevenção e Tratamento de Toxicodependência (SPTT), contatando os Centros de Informação e Acolhimento (CIAC). Após visitas a diversas instalações destas, porém, sua capacidade é questionada:

A impressão obtida foi a de um serviço composto por técnicos competentes e empenhados, mas soterrado por solicitações e reagindo a elas na medida das suas possibilidades, o que impede a reflexão atempada sobre estratégias, objectivos, métodos e avaliação de experiências” (ENDLCD – pág. 16).

Todos os programas principais, porém, apresentavam problemas de falta de coordenação, não havendo ações conjuntas entre organizações por causa disso. Outros problemas notados foram a falta de um estratégia global a nível escolar, a falta de instituições para uma abrangência completa, avaliações inexistente ou insuficiente.

As conclusões globais do capítulo, em relação com o panorama de programas de prevenção, são as seguintes: predominância de intervenções inespecíficas, de caráter vago; necessidade de usar mais ações pontuais; falta de coordenação das ações em curso; deficiente formação de técnicos envolvidos; escassez de material de prevenção; ausência de delineações de estratégias preventivas; pouca utilização de matéria curricular, no sistema de ensino; ausência do procedimento de avaliações.

Em 1993, previsto para implementação em 1998, portanto tarde demais para ser avaliado pelo relatório, iniciou-se o projeto Pato (Prevenção de Álcool, Tabaco e Outros), destinados a crianças do primeiro ciclo do Ensino Básico. Apesar dessa falta de análise no relatório, poderemos analisar dados públicos relacionados a estas estratégias, com suas evoluções durante o tempo e, assim, sendo possível ver se houve alguma modificação nas tendências desse grupo-alvo.

Os esforços para desenvolver programas de prevenção são muitos, pois precisam atacar diversos fatores de risco, difíceis de serem observados e tratados, mesmo com estudos epidemiológicos completos. Foram apontados no relatório, os seguintes riscos, a nível individual: insucesso ou abandono precoce da escola; comportamentos violentos e antissociais na infância; experimentação de drogas em idade precoce; pressão social; baixa autoestima. A nível familiar: precariedade econômica familiar; famílias

desagregadas; ausência de suporte emocional a jovens; expectativas irrealistas. A nível escolar: escolas ruins, com más instalações e/ou com ausência de regras e conflitos permanentes e pouca participação estudantil. É aqui que se separa padrões de tratamento para indivíduos considerado de risco, ou seja, pertencentes em bairros degradados, com altas taxas de desemprego, alto nível de consumo tóxico, em que as ações preventivas deverão ser mais fortes. Ao contrário de indivíduos com baixo risco, em que a promulgação de informação é considerada suficiente. Além de prover um programa de prevenção, existe a preocupação dessa comissão de um tratamento prolongado, com continuidade, o que não tem sido feito em Portugal até então.

Essa intervenção preventiva precisa ser avaliada de maneira crítica, usando dois métodos de avaliação, de acordo com o Prof. Negreiros, em “Considerações gerais sobre as actividades de prevenção do abuso de drogas em Portugal”, denominados como avaliações somativas<sup>35</sup> e avaliações formativas<sup>36</sup>. No mais, são consideradas fundamentais para o comitê, para uma boa avaliação, algumas perguntas que se encontraram ausente até então em programas nacionais. Estas perguntas, que serão melhor dissecadas futuramente em outras etapas do próprio relatório, são: “Qual a natureza e a dimensão do problema? Que intervenções são susceptíveis de afrontar o problema? Que grupo-alvo se pretende atingir com a intervenção? A intervenção atinge de facto o grupo-alvo? A intervenção está a ser executada de acordo com o plano delineado? A intervenção é eficaz?”.

Uma crítica presente nos programas do governo pré-descriminalização era a falta de uma estratégia global, cujos objetivos fossem claro e que a pudesse haver entendimento sobre questões que eram prioridades ou não. Para a criação desse plano, certos aspectos gerais deverão ser considerados e serão apresentados nesta seção do relatório. Primeiramente, garantem um foco aos jovens no final da infância até o início da adolescência, portanto dos nove aos 13 anos, em especial aqueles que se encontram em situações de risco. Depois, planejam uma integração maior de instituições governamentais no assunto, em especial dos campos de saúde e educação. Terceiramente, aprofundar o conhecimento da relação do abuso de álcool com drogas. O quarto ponto é que, baseado nesse desconhecimento, uma promessa de criar estratégias

---

<sup>35</sup> A avaliação somativa são aquelas que examinam se as pessoas tratadas por programas apresentam resultados observáveis em atividades relacionadas as drogas

<sup>36</sup> A avaliação formativa se baseia na descrição dos processos que foram planejados e aplicados, com avaliação também ao modo como foi posta em atuação em prática.

de prevenção focados em jovens com problemas com álcool. O próximo ponto se trata da propagação de informação, em que entendem que as mensagens devem evitar dois sentimentos: o da banalização e o da diabolização, o que inclui a ideia de culpabilização da vítima. Defendem o esclarecimento do nível de periculosidade e dependência e uma distinção de uso e abuso. O último ponto do aspecto geral é a de investimentos em trabalhos de rua, para captar pessoas fora de meios como escolas.

A maneira que o comitê visualizou proceder foi, portanto, uma mudança da estrutura organizativa da prevenção. Se antes os processos institucionais se davam pelo Núcleos Distritais do Projeto VIDA, já falados nesse relatório, agora era necessário concentrar os esforços num escopo menor, utilizando sedes municipais e regionais, focalizando em regiões que se encontrem com um número maior de pessoas em risco. A criação, portanto, do Conselho Local de Acção social, presidido pelo Presidente da Câmara Municipal, será feita e ocupada por entidades particulares sem fins lucrativos com e de organismos da administração pública central.

Nesses, a lista de pessoas desejadas para participarem: representantes da autarquia; pessoal técnico, treinado em áreas de prevenção; técnicos de saúde de centros locais e serviços do Serviço de Prevenção e Tratamento da toxicodependência (SPTT); professores e outros técnicos escolares, independente se participam do sistema público de educação; empregadores interessados; magistrados, com enfoque para a vara infantil; representantes de comissões de direitos humanos e de proteção a menores; elementos da força de segurança; associações familiares; representantes da Secretaria do Estado da Juventude. O conselho local teria o apoio permanente de um técnico da área psicossocial, em tempo integral.

A nível nacional, o pilar central será do Instituto Português das Drogas e das Toxicodependências, com Centro Regionais de Coordenação, responsáveis por acompanhar as iniciativas locais. O Instituto teria como principais capacidades formar agentes especificamente para assuntos de prevenção, coordenações de eventuais campanhas, criações de projetos inovadores, integrações em projetos e comissões internacionais. Como é um braço estatal já existente, a reorganização é necessária, em primeiro lugar para acomodar o Conselho Local de Acção Social (CLAS). Admitem que o processo requer tempo, especialmente para impor mudanças estruturais, portanto decidiram não fechar os centros do Projeto Vida, em curto prazo. A fim de afirmar e

legitimar a descentralização dos deveres, mas não o enfraquecer, participantes da Câmara Municipal e das Juntas de Freguesia, conselhos distritais de Lisboa, se farão presentes no CLAS. As mudanças legislativas incorporadas tiveram o intuito de facilitar a comunicação de projetos desenhados na administração central para os centros locais, com a criação de “Contratos-programa”. No entanto, os próprios autores admitem que tentaram criar caminhos de acordo com a legislação vigente, podendo haver espaço para uma maior facilidade no futuro se houvesse uma flexibilização dos mecanismos legais.

Criado o esqueleto sustentador, é necessário formular os programas em si. As operações, até então, tinham o objetivo primordial de aumentar a “abstinência do produto”, apesar de que, a partir desse documento, admite-se que a aplicação do tratamento de substituição por metadona pode ser considerado um fim definitivo, em certos casos. Para o comitê, “com efeito, as estratégias de redução de danos não raras vezes constituem os primeiros passos rumo a processos terapêuticos que ambicionam a paragem dos consumos.” (Estratégia Nacional de Luta contra a Droga - pág. 30).

Os tratamentos propostos serão focados em especial para o tratamento de utilizadores de heroína, responsáveis por mais de 95% dos pedidos de ajuda aos serviços especializados. Eles também são divididos entre serviço público e privado e eram oferecidos de maneiras a tratar as múltiplas faces que dependência da droga pode vir a tomar. De acordo com o relatório, os tratamentos continuaram ser presentes em ambos os setores, já que a pluralidade de opções é considerada positiva para o comitê e entre elas existem: consultórios de psicoterapia individual ou em grupo, terapia familiar, internamentos de alta duração, comunidades terapêuticas, utilizações de medicina combativa ao uso de drogas, como Naltrexone, além de certos pontos de substituição por metadona e LAAM. Discorrendo sobre como eram as obrigações no setor público, as divisões dos deveres são postas entre o Ministério da Saúde, da Justiça e Da Defesa.

O Ministério da Saúde tinha a responsabilidade de intervir em uma formação ainda maior de médicos capazes de identificar a dependência como problema de saúde, indicando os pacientes para Centros de Saúde especializados. Mantinham duas unidades de tratamento em dois Hospitais Psiquiátricos, um em Lisboa, outro no Porto, que já dispunham de consultas grátis para toxicod dependentes. Finalmente, a última obrigação do Ministério era a manutenção dos Centros de Saúde, que já foram mencionados nesses texto, o Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência (SPTT), que

se dividem em prestar um tratamento de três formas especializadas. Nos 30 Centros de Atendimento a Toxicodependentes (CAT), onde são prestados serviços médicos simples e ambulatórios de toxicodependentes, espalhados por todos os distritos de Portugal, mas admitem que a cobertura era defasada em certas áreas. Em três desses CATs há um serviço de desenvolvimento de atividades sócio profissional/ocupacional e em todos os outros há serviços de apoio à família. São nesses lugares onde o tratamento de drogas por substituição acontece e onde se pode conseguir medicamentos para tratamentos mais abrangentes.

Já nas Unidades de Desabilitação (UD), a responsabilidade era tratar de indivíduos com síndrome de abstinência, sob regime de internamento. Havia 39 vagas atualmente, com mais dez prontas para funcionamento num futuro próximo ao lançamento deste relatório. E nas Comunidades Terapêuticas (CT), onde pessoas com necessidades de tratamentos duradouros poderiam permanecer com acompanhamento profissional. Estavam disponíveis 34 lugares, em duas unidades em Lisboa e Coimbra, sem aumento desde 1977. No entanto, houve incentivos para colaborações público-privadas para construção de CTs com organizações sem fins lucrativos, fazendo com que existissem 37 CTs, somando mais 766 lugares, porém com modelos de tratamentos pluralizados.

O Ministério da Justiça fica responsável de administrar as estruturas para tratamento em meio prisional. As prisões, conhecidas como Estabelecimentos Prisionais (EPs), possuem alas especiais, chamadas de “Alas G” cuja estrutura é similar a uma Comunidade Terapêutica. Em algumas EPs, foram criadas as chamadas “Alas livres de drogas”. Mais importante, na opinião do comitê, foi o Protocolo assinado em 1997, onde se estabelece que se pacientes emprisionados fossem diagnosticados com problemas de drogas seriam direcionados para monitoramento do SPTTs.

Nesta área, o planejamento recomendado pelo comitê foi de aperfeiçoar a articulação dos CATs nas EPs, com deslocação de profissionais técnicos às prisões e/ou prisioneiros à CATs. Isso permitiu, que prisioneiros pudessem passar por tratamentos de substituição, por exemplo, ainda que de forma bastante cuidadosa. De maneira abrangente, a administração de drogas antagonistas, como Naltrexone, era mandatória

nos EPs. Na prática, porém, estes esforços não têm sido observados em todas as instalações<sup>37</sup>.

O Ministério da Defesa ocupa-se pelo tratamento nas Forças Armadas. Isto significa cuidar de medidas de prevenção, detecção e tratamento de toxicodependentes e alcoolismo nas Força Armadas, dentro das suas próprias estruturas. Apesar dessas ramificações de obrigações e direitos, as entidades privadas são agentes importantes no sentido de prover programas de tratamento, em especial no que diz respeito a tratamentos requerentes de internação por longa duração em Comunidades Terapêuticas. Os serviços prestados, modelos de tratamento, tipos de doentes que recebem entre outros fatores variam por instituições. O SPTT atribuiu licenças a estes estabelecimentos para suas operações e, em certos casos, criar colaborações com certas entidades, promovendo investimentos governamentais. Ao todo existiam na criação do relatório: cinco Centros de Consulta, cinco Unidades de Desabilitação com 41 lugares, sendo três com 30 lugares convencionados com o governo, seis Centros de Dia, com 245 lugares, sendo 185 convencionados, e 59 Comunidades Terapêuticas com 1.510, e tendo os 37 CTS e 766 lugares convencionados, como já mencionado.

A disponibilidade dos recursos, instituições e serviços, apesar de crescente na década de 1990 por todo país, apresentava falhas preocupantes para a comissão do relatório, em particular com respostas insuficientes para as áreas de Lisboa, Porto, Leiria, Aveiro e Setúbal, uma vez que consideraram que havia falta de profissionais nos CATs como capacidade de alcançar todos as partes destas regiões, por diversos motivos e, também, uma necessidade de retenção excessiva, ocasionando uma saturação dos serviços.

Problemas locais também são avaliados de maneira extensiva. As conclusões tiradas foram da falta de Unidades de Desabilitação em geral, falta de CTs no Norte, poucos programas de substituição, falta de programas como acompanhamento a grávidas dependentes fora de grandes centros, incluindo CTs que não aceitem grávidas. Similarmente, falta para mães dependentes com filhos lugares nesses recintos.

---

<sup>37</sup> “Embora se tenha assistido nos últimos anos a progressos importantes no tratamento de toxicodependentes em meio prisional, a verdade é que se verifica ainda uma grande desadequação dos meios existentes às necessidades, com alguns Estabelecimentos Prisionais a não disporem mesmo de serviços de saúde” (*Estratégia Nacional de Luta contra a Droga* - pg 35)

Apesar da obrigatoriedade de profissionais de diversas áreas, na opinião dos autores, atualmente “é notória a qualidade desigual da sua intervenção. Os mecanismos que garantam esta qualidade devem ser melhorados, quer em relação ao licenciamento, quer em relação à fiscalização posterior” (ENDLCD, pág. 36). A totalidade dos serviços prestados pelos SPTTs será também definida, integralmente. Incluem: centros de saúde, hospitais gerais e psiquiátricos, departamentos de psiquiatria, centros regionais de segurança social, centros de emprego, instituto de reinserção social, estabelecimentos prisionais e escolas (para acolhimento precoce de situações detectadas). No entanto, acham positiva a forma como acompanhamentos de toxicodependentes com patologias orgânicas associadas (AIDS, Hepatite, Tuberculose), grávidas e em tratamentos de substituição eram conduzidos.

As mudanças que estão para ocorrer precisavam de pontos genéricos para guiar futuras medidas aprovados pelos governos. Isso também é condizente com uma reparação de uma grande falha apontada anteriormente nas questões de tratamento, quando criticavam a falta de “plano geral” para na qual se guiar. A partir deste documento, torna-se necessário: garantir a acessibilidade do tratamento, uma vez que muitas das famílias relacionadas aos problemas das drogas não possuem meios de pagar por tratamentos, ainda que parte dos custos seja subsidiado. Na data do relatório, fazer o acompanhamento gratuito em serviços estatais era possível, porém admitindo que certas modalidades ficam acima do aceitável, pois certos tratamentos, como o do fármaco antagonista Naltrexone era de 40%. Nos custos de utilização de estruturas estatais, como CTs e Centros de Dias, 80% eram pagos pelo Estado. No âmbito privado, a comissão critica o fato de o paciente pagar pelo tratamento por completo, mesmo quando o paciente o abandonasse no meio, e diminuir a sobrecarga do ponto de vista ideológico. Esta ideia tenta combater a influência de posturas que são impostas por entidades na aplicação do tratamento a dependentes, sejam elas ideológicas ou religiosas, e promover a avaliação dos diversos programas. O maior problema da avaliação de modelos de tratamento é a dificuldade de precisar quais têm maior eficácia em cada caso, de acordo com a comissão.

Portanto, a preocupação seria de transferir a monitoração de resultados, incluindo de médio e longo prazo, para entidades vocacionadas, como universidades. Para auxiliar a angariação de dados, seria criado um sistema para recolher informações, guardado pelo Instituto Português das Drogas e das Toxicodependências e pelo SPTT. Os

aspectos gerais, que podem ser consideradas as partes práticas do lado mais imaterial dos pontos gerais, são apresentadas. Para comissão, era necessária para aquela data: dimensionar estruturas de acordo com o problema, começando com a instalação de um CAT em todos os distritos, resolvendo problemas de ineficiência de respostas, aumentando o número de profissionais de acordo com a demografia do distrito, particularidades culturais e estruturas familiares, sociais e governamentais (de acordo com o relatório, em cidades pequenas, baseadas em entidades familiares, o tratamento é mais facilmente levado aos dependentes, se comparado a regiões metropolitanas<sup>38</sup>); assegurar respostas para todo o tipo de toxicodependentes, incluindo com o contínuo progresso para atender grávidas, menores, alargando as respostas para estes grupos; assegurar para presos as mesmas medidas fora do meio prisional; e oferecer respostas em estados precoces de dependência.

Isso significa também trazer a discussão sobre drogas sem estigmatização de falsas informações, através de médicos de família e reconhecer falhas em fase inicial em programas livres de droga. Isto é, ao observar uma resistência sobre tratamento planejado ou falta de resultados após certo período de tratamento, a comissão recomenda com a não insistência dos tratamentos garantir que o desejo de abstinência não prejudique as intervenções com intenção de redução de danos. Neste aspecto, o comitê deixa claro que é preciso cuidar dos doentes, num sentido físico e psicológico, antes de forçá-los a uma cura<sup>39</sup>.

Baseados nestes aspectos e pontos gerais, a comissão finalmente se propõe a formular um Plano Estratégico. Em primeiro lugar, achavam imperativa a formação adequada de profissionais de saúde para o tratamento de dependentes, mesmo fora do SPTT. Os médicos de família devem ser a “primeira linha” no tratamento, com capacidade de transmitir informação para as famílias. Sugeriu-se ainda a criação de novas estruturas e consolidando as unidades existentes, com capital humano e material necessário. Nesse ponto, inclui-se expandir tratamentos de substituição, administrando-

---

<sup>38</sup> “ A título de exemplo, refira-se que em pequenas localidades é frequentemente possível envolver as famílias e a comunidade no processo de tratamento, sendo aí muito menor o recurso a unidades de desabilitação, a comunidades terapêuticas e às estruturas de apoio social. Pelo contrário, nas grandes áreas metropolitanas encontra-se uma percentagem muito mais elevada de toxicodependentes completamente desenraizados e solitários, que impõem a disponibilidade de maior oferta deste tipo de valências.” (*Estratégia Nacional de Luta contra a Droga* - pg 38)

<sup>39</sup> “s. Nesse sentido, há que aproveitar todos os contactos para tentar diminuir os prejuízos físicos ou psicológicos, mesmo quando os consumos se mantêm.” (*Estratégia Nacional de Luta contra a Droga* - pg 41)

os em lugares que não únicos para tratamento de toxicodependentes como hospitais psiquiátricos, por exemplo. O plano defendia ainda o aumento de oferta de lugares para Unidades de Desabilitação, mas somente em aliança com outras instituições de saúde; novas Comunidades Terapêuticas, com enfoque em menores, grávidas, mãe com filhos e outros indivíduos vulneráveis; possibilitar, aos presos toxicodependentes, todo tipo de opção de tratamento, acompanhamento por profissionais e fármacos. Estes pontos e aspectos serviriam como propulsor para campanhas com objetivo de Redução de Danos, um termo cunhado na Holanda, que complementa os tratamentos de prevenção e reinserção. Nele, o objetivo é um tanto quanto literal, pois almeja reduzir os danos causados por utilização de drogas, mesmo que o consumo se mantenha. Nas palavras de E. Buning e G. Van Brussel (1995), “se um consumidor de drogas (homem ou mulher) não consegue ou não quer renunciar ao consumo de drogas, deve-se ajudá-lo a reduzir os danos que causa a si mesmo e aos outros”. Nela, há mudanças, por exemplo, como a nomeação de consumidor para o utilizador de drogas, não toxicodependente, justamente para abranger um maior número de pessoas. As suas características intrínsecas dessa filosofia são: pragmatismo, pois a decisão de usar drogas é compreensível, já que leva benefícios para o usuário de alguma forma; humanismo, pois não há um julgamento moral por uso e/ou abuso de drogas; ênfase nos danos; atribuir como primeira prioridade diminuir as consequências do uso, sem necessariamente a abstinência; avaliação de custos e benefícios; prioridade para os objetivos imediatos.

A comissão também se preocupou em reafirmar que garantir políticas de redução de danos não significa que o país esteja caminhando para a legalização<sup>40</sup>. Essas preocupações expostas vão de acordo com os ensinamentos tomados pelo governo na sociedade portuguesa, em especial depois da metade dos anos 1980, porém sem uma correlação direta com ideias de redução de danos. Programas de trocas de seringas e de outros utensílios contribuintes para a prevenção de AIDS começaram em 1993. Outra iniciativa é a das boutiques, centros de estadia e convívio em áreas desoladas, que oferecem alimentação, banho e outros serviços, muito parecido com as Casas de *Sleep*

---

<sup>40</sup> “Esta distinção, de capital importância, é bem expressa por Des Jarlais ( 1995 ) quando escreve: ‘Uma das críticas mais vulgares aos programas de redução de danos ( como a troca de seringas ) é que seriam um primeiro passo no deslizar para a legalização das drogas actualmente ilegais. É fundamental perceber as diferenças entre uma perspectiva de redução de danos e de saúde pública e uma perspectiva libertária do tipo toda-a-gente-tem-o-direito-de-consumir-as-drogas-que-quiser.’” ( *Estratégia Nacional de Luta contra a Droga* - pg 48)

*in*, que têm a mesma ideia das boutiques, com a adição da possibilidade de estadia pela noite.

Como fica claro, apesar de um haver um bom começo, os programas seguidores dessa didática não se encontram em uma quantidade suficiente para a população portuguesa. Para a criação de outras medidas seguindo essa filosofia, a comissão acha importante ressaltar certos fatores, intrinsicamente ligados com a Redução de Danos. Eles incluem ter em conta todas as drogas e formas de consumo, mesmo sem dependência; ter em conta o risco causado pelos próprios programas de Redução de Danos, como uma possível banalização do consumo; não confundir programas de treinamento e Redução de Danos, o que significa, para a comissão, denegrir os programas de Redução de Danos com menos recursos ou capital humano, por não ter uma resposta fortemente de abstinência ou, ainda, de usar métodos de redução como forma de tratamento completo.

Com estes fatores em mente, a promoção de objetivos mais específicos se torna mais tangível e, portanto, possível de ser formulado. Os primeiros objetivos específicos levam mais em conta a utilização de drogas, porém com a intencionalidade de diminuir os estragos provocados por seu uso, por isso a primeira medida seria de promover uma menor adulteração das substâncias utilizadas, assim como promover melhorias nas condições de injeção, pois ambas levam a uma melhor saúde dos usuários, sejam qual for o grau de utilização em que se encontram.

Para cumprirem este planejamento, a criação de laboratórios para estudos de pureza das drogas é requerido pela comissão, assim como uma necessidade de reformulação das campanhas de informação, para que deixem claros que a utilização conjunta de filtros, algodões, colheres entre outras parafernálias auxiliares de drogas, para além das seringas, podem ocasionar a transmissão de doenças como AIDS, Hepatite B e C. Na verdade, essa tentativa de prevenir as transmissões é outro objetivo específico na estratégia de Redução de Danos. Chegam a mencionar, porém sem convicção, a criação de salas de injeção, onde usuários poderiam tomar drogas por vacinas, acompanhadas de profissionais e em lugares limpos. Também é reforçado a vontade da comissão de facilitar o acesso dos toxicod dependentes ao cuidados de saúde, por diversos meios: trabalho de rua, como distribuição de seringas e preservativos, em especial em lugares de prostituição, grande número de desabrigados, áreas de

entretenimento after-hours e etc; criação de boutiques em bairros com tráfico e/ou periféricos; programas gratuitos e de fácil acesso para rastreio de AIDS, hepatites e tuberculose; programas integrados de substituição, com medicação antiviral ou contra tuberculose.

O próximo ponto específico, que já vem sido abordado de maneira superficial, é de prevenir a marginalização social e a delinquência, indo além da criação programas fora do horário comercial, para o tratamento não conflitar com escola ou trabalho. Com isso em mente, as medidas variam para atingir vários níveis de integração e marginalização: aumento da tolerância em escolas e no trabalho; programas de administração de metadona para pessoas de baixo padrão econômico; criação de *sleep-ins* e de gabinetes de apoio.

Esses pontos, abrangentes e gerais, são auxiliados por programas de Redução de Danos em populações específicas, obviamente por apresentarem problemas únicos entre si. O primeiro é sobre a população prisional, um sistema que era considerado difícil de implementar medidas apropriadas por evitarem admitir a existência de drogas dentro dos EPs. As medidas chamadas “inquestionáveis” são: rastreio da entrada de drogas; fornecimento de preservativos; a manutenção e criação de “Alas Livres”; liberação e fornecimento de seringas. As grávidas são consideradas em risco quando usuários comprar qualquer produto no mercado negro, por isso deveriam ser postas sob tratamento de substituição.

Os filhos de toxicod dependentes também recebem atenção especial, sendo posto três recomendações para esse grupo: facilitar o acesso a consultas de planejamento familiar; apoiar preventivamente com programas próprios e, em alguns casos, adoção. Finalmente, a última população descrita é a que se prostitui, com o intuito de comprar drogas, e ela seria foco de certas medidas já tiveram sido postas em andamento, como trabalho de rua, administração de metadona para populações carentes, além de um melhor rastreio e encaminhamento.

Estas especificidades, é claro, foram formulado em conjunção com atitudes menos focalizadas, que seriam as medidas urgentes a serem postas a público e foram descritos na etapa “Plano estratégico proposto” do relatório, sendo expostos a seguir. É importante salientar que muitas das medidas descritas já foram, de alguma forma, incluídas e comentadas neste texto, porém o combate às drogas requer, muitas vezes, a

repetição de esforços e o mesmo ocorre ao planejá-los: a ampliação dos tratamentos de substituição, em especial com a criação imediata de programas de administração de metadona para populações carentes em Lisboa, Porto, Setúbal e Algarve, com planos para expansão se necessário, graças a utilização de ônibus adaptados e acompanhados por profissionais sociais e de saúde, cujos relatórios poderiam ser entregues a qualquer ONG com reconhecida idoneidade ou para a SPTT; criação de gabinetes em ONGs e autarquias, subsidiadas pelo estado, em lugares com alto nível de tráfico e/ou toxicodependentes; reformulação do programa de troca de seringas, com ampliação do seu alcance; aumento da divulgação de informações, incluindo especificações como o nível de pureza das drogas, os aditivos incluídos, etc.; sensibilizar doutores de família a fim de torná-los coordenadores das estratégias de Redução de Danos para toxicodependentes; facilitar o acesso gratuito dos toxicodependentes em programas, evitando a culpabilização; e coibir que o fato de ser utilizador faça com que o indivíduo seja marginalizado na escola ou no trabalho.

Finalmente, ao concluir a seção de tratamento, os autores clamam, mais uma vez, as obrigações sobre o assunto não se isolem apenas com a SPTT, mas seja dividido por outras estruturas de saúde, familiares, de justiça e de defesa.

O tratamento, também, não é a única etapa da luta contra drogas. Uma etapa costumeiramente preterida é a de reinserção do indivíduo na sociedade. Esses problemas foram abordados na seção Ressocialização do relatório de Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga. De acordo com o relatório, a grande maioria dos toxicodependentes são frequentadores de colégios e trabalhos, então o problema mais geral é a incapacidade desses indivíduos de entrarem em círculos sociais que não facilitem uma possível recaída<sup>41</sup>. Os acontecimentos sociais mais comuns que acontecem com pessoas que passaram por um tratamento de drogas são obviamente variados. Costumeiramente entram num estado de solidão, com amizade sendo substituída por cumplicidade em torno das drogas.

Outras formas da debilitação da reinserção social destes indivíduos, que podem fomentar um reentrada no mundo das drogas, é a incapacidade de certos indivíduos de

---

<sup>41</sup> “Ao contrário do que habitualmente se pensa, uma grande parte dos toxicodependentes mantém o seu emprego ou estuda, vive em casa dos familiares e não apresenta problemas de inserção. Encontram-se, no entanto, muito isolados socialmente, tendo abandonado todos os amigos não toxicodependentes, pois as relações de amizade foram em muitos casos substituídas por relações funcionais de cumplicidade em torno do consumo de drogas. Experimentam, por isso, uma profunda solidão quando param os seus consumos” (*Estratégia Nacional de Luta contra a Droga* - pg 56)

voltarem para casa após estadias em CTs, por qualquer motivo, a exemplo da falta de oportunidade para dependentes curados, graças a falta de formação profissional e experiência. Para aqueles que se encontram extremamente marginalizados, isto é sem família, casa, entre outros, o acompanhamento social precisa ser reforçado, com ajuda de múltiplos órgãos governamentais. Para auxiliar nestas questões, vagas demarcadas em Centros de Formação Profissional estatais seriam criadas, assim como vagas em empregos protegidos e a acomodação de pessoas em residências permanentes, providas pelo Estado.

De acordo com o relatório, a reinserção dos toxicodependentes não deve ser vista como etapa posterior ao tratamento, mas sim como etapa inclusiva deste tratamento, como havia sendo feito no país, ação criticada pela comissão para o próprio panorama do país na data. Apesar da falta de vagas em especiais para esses pacientes no governo, existiam certas entidades privadas que promoviam a reinserção de indivíduos recuperados através de vagas especiais, com apoio dos Ministérios do Emprego, Solidariedade Social e Saúde.

A comissão apresentou sua estratégia para incentivar processos de reintrodução social: incentivos a clubes e coletivos que se disponham a participar no processo de tratamento, incluindo a ressocialização; desenvolvimento de Centros de Dia; criação de apartamentos reinserção, chamados Unidades Residências de Reinserção; apoio a grupos de autoajuda; abertura de vagas em iniciativas de formação profissional para sujeitos em recuperação, incluindo bolsas em instituições privadas; criação de bolsas para estágios e apoio a programas de procura e manutenção de emprego; criação de vagas em empregos protegidos, incluindo apoio a criações de empresas de reinserção; criação de residências permanentes para aqueles considerados difíceis de reinseridos completamente; intervenção junto a escolas e trabalhos, a fim de facilitar a inserção no tratamento e prevenir a marginalização. Esses são últimos pontos na parte de tratamento do relatório, que é considerado por este artigo como o mais importante, para o trabalho proposto, uma vez que são essas mudanças de paradigma que serão postas em prática na sociedade nos anos futuros a essa publicação e certamente afetariam os dados dos anos futuros as suas implementações e que virão a ser apresentados.

Certos dados que o relatório utiliza foram adquiridos até 1997 e estudados para a criação deste, tendo suas interpretações como são assunto primordial da próxima seção

do relatório. Suas análises, de acordo com a comissão, descrevem tendências de comportamento em Portugal em certos parâmetros que foram julgados de interesse e incluem análises sobre agentes envolvidos no combate à droga, conforme a “Lei da Droga”, que já foi tratado aqui.

Alguns dos assuntos tratados são a forma sobre como cada categoria criminal tem sido punida, número de multas, aprisionamentos, quantidade de processos, e, apesar de sem dúvida importantes, descrevem um escopo muito maior do que o proposto por este artigo e, portanto, trarei apenas o que foi apresentado que se referenciem a comportamentos da sociedade, pois este é o tema principal desta peça.

Eles também tratam do espaço de tempo de 1993 até 1997, portanto anterior aos apresentados no início do artigo, e a razão pela descrição assim foi justamente para não haver dúvidas sobre a fonte dos dados. Isso significa que as afirmações apresentados a seguir veem da própria Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga.

As primeiras interpretações se tratam sobre como cada categoria é punida no combate à drogas. Apesar de as multas serem mais aplicadas do que prisões para casos contra consumidores e traficantes-consumidores, o sistema carcerário ainda prendia certos indivíduos destas categorias. Inclui-se, também, a porcentagem referente a presos por causa de drogas, no sistema carcerário como todo:

	<b>1993</b>	<b>1994</b>	<b>1995</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>
Traficante	1.237	1.432	1.616	2.166	3.123
Traficante-Consumidor	179	197	215	238	268
Consumidor	36	12	10	14	42
Crimes relacionado com Drogas	13,5%	18,8%	18,0%	20,7%	25,0%

Figura 12: Presos por causa de drogas

Outras constatações de interesse para a comissão incluem a dispensa de qualquer tipo de pena ou apenas uma admoestação para casos de consumo em apenas 10% dos casos em 1997. Prestação de trabalhos comunitários é a pena mais escassa, assim como a obrigação de tratamento. De maneira geral, os dados tratados pela comissão nesta

parte do relatório serviram para desmentir diversas afirmações feitas sobre particularidades sistema carcerário de Portugal, sendo uma delas de que haviam mais encarcerados por consumo e tráfico-consumo do que por tráfico simplesmente, o que é demonstrado como mentira. O julgamento, de maneira geral e sucinta, dado pela comissão para o que era aplicado costumeiramente em Portugal foi de que os procedimentos eram falhos. Nas palavras do relatório,

Em suma, os toxicodependentes ou consumidores habituais que tomaram contacto (sic) com a Justiça, ainda que apenas uma parcela reduzida do seu número global - que, aliás, não é conhecido com um mínimo de precisão - não foram alvo das medidas mais adequadas ao seu estado. Essa oportunidade foi muitas vezes desperdiçada, vingando uma visão repressiva, mais do que de recuperação e reinserção na comunidade. (*Estratégia Nacional de Luta Contra Drogas* -pág. 65)

Seguindo com o processo de avaliar os sistemas de combate às drogas, o relatório muda o foco para situações e acontecimentos junto ao Sistema Público. Para tal, foi feito um questionário enviado a 53 Distritos Judiciais (ou comarcas), sobre diversas questões relevantes sobre o tema. Foram com essas informações que a comissão formulou o relatório, por isso não é surpreendente que muitos dos pontos são considerados provas de pontos afirmados na seção de tratamento do relatório. Os pontos mais importante do inquérito foram relatados no documento e os mais relevantes são estes: a maioria dos distritos não possuem algum serviço de saúde capaz de identificação do estado de toxicodependência; 19 comarcas sem nenhuma perícia realizada; a prova do estado de toxicodependência, em julgamento, é assentado em confissões, sem perícia médica; pouco uso de medidas de suspensão da pena em troca de tratamento ou internamento; os CATs apenas cobrem 50% da área em causa e, sem contar outros meios do sistema de saúde público, 26,4% do espaço considerado está sem nenhuma cobertura; escasso acompanhamento, salvo em casos em andamento.

Outros argumentos mencionados se tratam são bastante exclusivas de particularidades sobre o que aconteceram dentro do sistema judiciário nessa época, mas as conclusões são correspondentes ao encontrado previamente, como falta de cobertura do Estado a todos. Críticas se voltam ainda à falta de peritos médicos nos tribunais e delegacias, falta de testes para determinar a utilização de drogas e ao desinteresse do Ministério Público de adotar medidas não privativas de liberdade, mas isto era atribuído à carência de acompanhamento profissional e até de instituições oficiais em partes do país para sustentarem a aplicação da pena. Mantendo a ideia de redução de danos para

indivíduos relacionados com a droga, a comissão sugere a mudança de algumas legislações portuguesas, entre as quais inclui a substituição de prisão preventiva a um regime de internamento para imposição legal de tratamento; dotar organismos com maior capacidade de realizar perícias; conseguir separar a população carcerária toxicodependente e não e assegurar que o sistema prisional provenha com todo apoio para recuperação do toxicodependente.

Essa recuperação, assim como no caso mais abrangente, deve incluir a reinserção desta pessoa na sociedade. Na opinião da comissão, o aprisionamento de um indivíduo viciado pode ser considerado, inclusive, como uma oportunidade única de tratamento, o que corrobora a sua vontade de incluir programas de Redução de Danos especiais para prisioneiros. No entanto, a preocupação aqui é com a recuperação do indivíduo de sua patologia e menos a sua capacitação. Os relatores admitem que, apesar da aprovação de leis facilitadoras do tratamento contínuo em prisões, por se tratarem de vagas voluntárias para médicos, muitas vezes não há capacidade para se tratar todos os casos, ainda que, permaneçam com o planeamento de contar com profissionais fora do sistema carcerário para o tratamento e acompanhamento de presos toxicodependentes.

A comissão concluiu que, apesar de benéfico, o contato entre o sistema judicial e de saúde é falho, pois se encontram longe de utilizar a prisão como ambiente propício para um tratamento correto da toxicodependência. E isso era considerado uma obrigação do estado. Leia-se “o contacto(sic) com o sistema de Justiça deve constituir um incentivo adequado ao tratamento e à reabilitação dos consumidores habituais e toxicodependentes.” (Estratégia Nacional de Luta Contra Droga - pág. 76).

De fato, como já mencionado, agente próprios do sistema preferem uma punição mais tradicional a intervenções forçadas de tratamento. Em suma, a comissão considera que os problemas dessa área são mais da área administrativa e prática do que legislativa. As propostas para melhora foram: criações de *task forces* capazes de realizar exames e perícias médicas, junto a entidades debilitadas como as prisões, delegacias, etc.; delimitações de dois anos no máximo nas execuções de tratamentos; uma maior representatividade nas EPs, contando com agentes de diversas entidades, incluindo a SPTT.

A próxima etapa do relatório se trata do combate de rua com a drogas. Isso significa que nessa parte do relatório, o foco será voltado para questões legislativas.

Como aconteceu no capítulo 1, o que será apresentado é um resumo das leis mais importantes e suas alterações, sem desenvolver explicitamente cada artigo e corolário que fora posto e discutido, pois estas cabem mais numa dissertação de direito comparativo do que de economia.

Como já dito, as leis de Portugal sobre as drogas, reguladas pelo Decreto-Lei nº 15/93 eram baseados na Convenção das Nações Unidas contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas de 1988, e por isso não fugiam muito dos tópicos debatidos. Uma preocupação dos legisladores da época era que mudanças que estavam para ocorrer pudessem ferir diretrizes desta convenção. Porém este temor foi rechaçado no relatório, garantindo que a constituição garantia em primazia os direitos de cada cidadão no país.

A primeira afirmação do relatório é a de defesa dos consumidores de drogas em sua própria residências e solitários, que, de acordo com “Lei da Droga”, deveriam ser punidos com prisão ou multa. Para os autores, deveria haver uma distinção entre o uso privado, cuja lei deveria ser alterada para não incluí-los, e o uso em grupo, pois este poderiam incitar outros a consumirem drogas. Para sustentar a primeira afirmação, apesar da detenção de drogas ser uma etapa que era para ser combatida, de acordo com a Convenção, isto se dava para não prejudicar autoridades na sua capacidade de chegar ao tráfico<sup>42</sup>.

Esse combate ao tráfico é a próxima seção a ser trabalhada, em todas as etapas, desde o trabalho do ministério até o exercício nas ruas pelos policiais. A liderança do combate às drogas era feita pelo Gabinete de Planeamento e Coordenação do Combate à Droga (GPCCD), porém a comissão o considera que este gabinete é muito “exterior” aos organismos policiais, dificultando a comunicação. Para eles, seria melhor uma situação menos suprematistas, em que os indivíduos pudessem ter algum contato com a entidade.

Duas críticas mais gerais que se mostraram mais importantes para os autores, na situação de atuação das forças policiais. A primeira é o sub-aproveitamento de certos organismos, no sentido de praticarem pouco as medidas recomendadas ao lidar com toxicod dependentes e a segunda é a falta de abrangência que certas entidades têm, como

---

<sup>42</sup> “responder-se-ia que nas Convenções se quis consagrar um compromisso que permitisse uma prática de actuação(sic) das autoridades repressivas, que não as inibisse de chegar até aos canais do tráfico”  
(*Estratégia Nacional de Luta contra a Droga* - pág. 82)

a IGAE, Inspeção Geral das Atividades Econômicas, que poderiam ser mais enquadrados no dispositivo geral de combate às drogas.

O combate como ocorria em Portugal era bastante condicionado à inteligência, como nas áreas de telecomunicações na época, e no acompanhamento constante de movimentações fronteiriças, em especial nas fronteiras marítimas. Havia uma dualidade sobre a perseguição de pequenos traficantes, porém, pois apesar de haver clamor local, esse agente lida especialmente com consumidores e traficantes-consumidores. Nestes casos, afirma o relatório, os principais problemas são a de entrada de “pequenas empresas”, gerando insegurança e atraindo jovens para fazer “dinheiro fácil”.

Realçam também que são a favor de que indivíduos participantes de atividades de pequeno tráfico sejam encaminhados para tratamento, logo após a intervenção policial, mas que também não devem permitir a continuação desse tipo de atividade, caso identificada. Outras etapas de investigações que foram alvos de uma revisão pelos autores incluem a utilização de agente infiltrados, com aparelhagens de captação de som e de visuais, além de uma revisão do sistema de combate da lavagem de dinheiro proveniente do tráfico. Estes fatores envolvem menos os agentes macroeconômicos da sociedade e, sim, peças estatais e observações de características de investigação feitas pelas entidades responsáveis, sendo consideradas fora da área de investigação deste artigo.

O que é necessário expor, no entanto, foram as mudanças legislativas propostas pela comissão. Estas mudanças, apesar de nem todas terem sido aprovadas e terem sofrido mudanças, deverão ser bons indicativos sobre mudanças que possivelmente poderão surgir em Portugal. Os dados que virão no futuro no artigo refletirão, em algum nível, as mudanças impostas na sociedade portuguesa pelas alterações das leis. A seguir, o que foi proposto: incluir a categoria de tráfico de menor gravidade nas leis; encontrar uma fórmula para atender melhor os casos do tráfico-consumidor, quando parte do que é comprado é repassado; melhores graduações nas sanções disponíveis; aumentar a disposição de troca de informações por atenuações a pena; afastar sanções a médico que prescrevam drogas autorizadas como substitutas de drogas; desconsiderar completamente que o transporte de seringas presuma o consumo de drogas; impossibilitar que apenas exames sejam provas para uma possível dedução de consumo de drogas; reintroduzir o princípio da oportunidade, criado na legislação de 1983, em

que se ofereceria assistência, desde a intervenção policial, em vez de reprimendas sancionatórias pela posse de drogas; utilizar como sanções medidas de tratamento para criminosos relacionados à droga, quando cabível; revisão da lei reguladora de laboratórios, para que revelem não só o princípio ativo de uma droga, mas também o que foi misturado e o seu grau de periculosidade; regulando os pedidos de exames feitos por empregadores; e previsão de medidas que avaliem as autorizações para manifestações, para que estas não possam servir de pretexto para consumo ou incentivo de consumo de drogas. Concretamente, as principais mudanças que ocorreram no *Plano Nacional Contra a Droga*, consideradas na etapa futura, foram acordos com a Espanha para combate e patrulha marítima, equivalente ao dito na etapa de segurança. Houve também acordos para “Combate ao Tráfico Ilícito” de diversos tipos de drogas entre Portugal e os países de Moçambique e Paraguai.

Em 1998, alguns meses após a formulação da comissão que escreveria a Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga, houve uma sessão especial das Nações Unidas, na qual reafirmar o interesse pelo combate às drogas. O posicionamento de Portugal foi baseado nas ideologias aqui apresentadas e tinham como objetivo implementar tais medidas até 2004, ano final do horizonte proposto pelo relatório. Em principal, esta reunião concordou no ponto que a luta contra drogas é um exercício que precisa ser atacado cooperativamente entre países. Com tal efeito em mente, a criação de institutos abrangentes o suficiente para armazenamento e estudo de grandes dados sobre assuntos da droga, além de um combate efetivo, como monitoramento e operações de apreensão, com ampla troca de informações entre países é essencial.

A formação dos métodos investigativos de estudos de maconha são assunto do capítulo III e, apesar de já ter sido apresentados no início do capítulo deste artigo, serão desenvolvidos com melhor enfoque a seguir. Como em todo o relatório, o assunto tratado é diversificado no sentido de categorias e aprofundado, como os detalhes dos processos investigativos na área biológica ou a área farmacológica. Cabe revelar dois pontos, porém, que são relativamente de interesse. O primeiro deles é a economia da droga e, em grau menor, nas ciências sociais. Destas primeiras, os investigadores definem como um processo similar a tese de Durkheim do fenômeno criminal, corroborado pelo estudo de A. Ehrenberg e P. Mignon, de 1992, *Drogues, politique et Société*, que afirmam ser necessário tratar as drogas como um produto da nossa sociedade. Sobre a economia das drogas, existem três vertentes principais, de acordo

com o relatório: A economia dos consumidores; A organização dos mercados das drogas e suas lógicas; as transformações econômicas e sociais relacionadas com o tráfico de drogas.

Sobre a economia dos consumidores, o ponto assimilado é que traficantes-consumidores não utilizam do tráfico de drogas como principal fonte de sustento, baseados nos trabalhos de M. Grapendaal, de 1995. Sobre a segunda vertente, o pensamento é feito a partir de M. Schiray e seus estudos, na qual define que a organização dos mercados e suas lógicas são estabelecidos em cinco níveis: uma lógica de sobrevivência, uma lógica de economia criminal nos níveis intermediários de transformação e distribuição, lógica de interpenetração com a economia oficial ao nível de certos intermediários, uma lógica de consumo e de inserção socioeconômica ao nível da distribuição final.

Por último, o relatório não nomeia nenhum precursor, mas menciona um artigo que ainda não fora divulgado, cujo objetivo é entender, realmente, as transformações relacionadas ao tráfico, demonstrando mais uma vez a quantidade de desconhecimento que se perpétua nesse assunto.

Como forma de combate dessa ignorância, a comissão avalia os processos de investigação de Portugal, que se desdobram em dois: a investigação administrativa, promovida por órgãos oficiais, cuja preocupação é mais a descrição de relações e estados relacionados a droga, e a investigação acadêmica, essa sim ocupada em explicar e interpretar pontos importantes para o futuro. Algumas das tendências da investigação acadêmica foram consideradas negativas, como o começo tardiamente do estudo desse assunto, mas em sua maioria, positivas, pois demonstram um crescimento de interesse, em múltiplas áreas científicas. Na verdade, é o planejamento do relatório incentivar estudos interdisciplinares, por acreditar que os efeitos das drogas são apresentados simultaneamente em várias fontes, por exemplo biológicas e farmacológicas, sociais e econômicas, entre outras. Adicionalmente, como tem acontecido rotineiramente, a ideia de que as drogas são uma questão de caráter mundial, a colaboração de países se mostra evidente, pois programas e experiências internacionais podem apresentar resultados e informações de grande utilidade.

Os detalhes sobre como a formação dos institutos investigativos são tratados no capítulo III. Isto é, detalham sobre como é necessário haver níveis diferentes de

formação nas áreas de saúde e educação. Não é, portanto, condizente com a ideia principal deste artigo, que são a de demonstrar a relação entre agentes na sociedade, não, necessariamente, criticar a formação destes. Esta explicação também é condizente com o último capítulo, que se trata das organizações e instituições portuguesas de maneira mais profunda, as mesmas que já foram mencionadas diversas vezes. As suas mudanças são certamente importantes, até para a facilitação da implementação das muitas ideias apresentadas.

Assim finaliza-se o primeiro relatório que documenta a mentalidade do governo português. Apesar de longo, é essencial para se poder compreender os trinta objetivos principais para o horizonte de 2004, que foram decretados na Resolução do Conselho de Ministros 30/2001, de 13 de março. Estes objetivos foram desenvolvidos e explorados por uma visão mais burocrata e legislativa e, portanto, não tão interessantes para o escopo deste artigo, o documento chamado Plano de Acção – Horizonte 2004. Porém aqui serão descritos apenas as metas principais, como declarada pela resolução. São divididas em objetivos de Redução de Procura, está por sua vez subdividida em prevenção primária: “1 - Reforçar as verbas destinadas à prevenção primária em 150%; 2 - Reduzir o número de novos consumidores de substâncias de idade inferior a 18 anos; 3 - Definir e implementar planos - se possível municipais - de prevenção primária em 100% dos concelhos do País; 4 - Duplicar a capacidade de intervenção da sociedade civil, através do envolvimento crescente das IPSS e ONG, bem como das associações juvenis, estudantis e desportivas, em actividades específicas de prevenção; 5 - Promover todos os anos campanhas mensais de prevenção de âmbito nacional, dirigidas à população em geral e a segmentos ou grupos delimitados, sobre o uso e abuso de substâncias lícitas e ilícitas e criar equipas de intervenção em espaços recreativos e de lazer, com o objectivo de informar sobre os efeitos do consumo de substâncias lícitas e ilícitas e de fomentar a informação sobre os riscos associados ao seu consumo; 6 - Assegurar, até 2002, a inclusão da prevenção dos consumos de substâncias lícitas e ilícitas nos projectos educativos das 1300 escolas da Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde (22% da população escolar) e, até 2004, em 100% das escolas; 7 - Entre 2001 e 2004, produzir e divulgar, em 100% das escolas e junto de 100 % dos parceiros educativos, materiais de apoio ao diagnóstico de situações de risco, bem como reforçar a produção de materiais existentes de apoio à prevenção da toxicod dependência, desde o 1.º ciclo do ensino básico até ao ensino secundário, recorrendo às novas

tecnologias de informação; 8 - Incluir objectivos de aprendizagem, sugestões de actividades e materiais de apoio relativos a esta temática nas orientações curriculares que estão a ser desenvolvidas para as diferentes áreas e disciplinas; 9 - Habilitar e capacitar as forças de segurança a quem compete a prática de uma polícia de proximidade para o desenvolvimento de acções preventivas na área da toxicodependência”.

Em prevenção e redução de riscos: “10 - Criar uma rede primária nacional de redução de riscos, composta por equipas de rua, pontos de contacto e de informação, programas de troca de seringas e programas de substituição de metadona de baixo limiar, em 100% dos distritos e uma rede secundária nacional de redução de riscos que cubra todos os concelhos com zonas críticas de consumo intensivo com programas de redução de riscos com a configuração mais adequada; 11 - Promover a criação de redes metropolitanas de centros de abrigo, de centros de acolhimento e de centros de dia meramente ocupacionais, que tendencialmente cubram 100% dos toxicodependentes sem enquadramento sócio familiar; 12 - Tornar disponíveis programas de redução de riscos acessíveis a 100% dos toxicodependentes reclusos; 13 - Suster e inverter a tendência de contaminação de toxicodependentes por HIV, hepatites B e C e tuberculose, fazendo-a convergir com a média da União Europeia; 14 - Diminuir em 50% o número de mortes relacionadas com o consumo de drogas; 15 - Diminuir as práticas de consumo problemático, nomeadamente a partilha de seringas (em pelo menos 50%) e o consumo endovenoso; 16 - Criar uma rede nacional de centros de terapêutica combinada para toxicodependentes e doentes com tuberculose e sida e criar uma rede nacional de centros de detecção precoce, anónima e voluntária do HIV, com rastreios gratuitos e acessíveis à população toxicodependente; 17 - Diminuir o consumo de heroína em um terço.”

Em questões de tratamento: “18 - Concluir até ao final de 2002 a rede nacional de CAT, aumentar em 50% o número de toxicodependentes em tratamento e incrementar substancialmente o número de toxicodependentes cujo tratamento obtém bons resultados; 19 - Reforçar até 2002 a capacidade instalada de serviços de desintoxicação em 50%, o que permitirá atingir a oferta suficiente para responder às solicitações; 20 - Reforçar em 100% a capacidade pública de tratamento de substituição de alto limiar de exigência; 21 - Reforçar até próximo dos 100% o número de centros de saúde que já colaboram com o SPTT na execução de terapêuticas de substituição e aumentar em

300% a adesão de centros de saúde e serviços hospitalares a protocolos de intervenção no rastreio e tratamento de toxicodependentes “

E finalmente de Reinserção social: “22 - Reforçar o Programa Vida Emprego, como programa central de reinserção social dos toxicodependentes e dos toxicodependentes reclusos, de modo a aumentar a respectiva capacidade em 50% e a incluir novas valências que concorram, nomeadamente, para a prevenção da desinserção de toxicodependentes ou ex-toxicodependentes empregados; 23 - Reforçar a rede de apartamentos de reinserção destinados a toxicodependentes em reabilitação, aumentando a capacidade actual em 100%.”

As medidas chamadas de Redução da Oferta incluem: “24 - Reduzir substancialmente a disponibilidade de drogas ilícitas, aumentando em cerca de 50% as quantidades de substâncias ilícitas apreendidas, através do esforço concertado das forças e serviços de segurança, articulando a actividade de produção de informações com a acção de polícia e com a investigação criminal nos termos da lei; 25 - Reduzir em cerca de 25% a criminalidade associada à droga, mediante o reforço das políticas comunitárias de policiamento de proximidade, o aumento de visibilidade das polícias e a racionalização dos respectivos dispositivos; 26 - Reforçar o combate ao branqueamento de capitais resultantes do tráfico de drogas, através da agilização do acesso à informação bancária e do estreitamento da cooperação com agências internacionais e polícias estrangeiras.”

As três outras seções são de investigação (2 medidas), avaliação (1 medida) e cooperação internacional (1 medida): “27 - Incrementar a investigação científica e a divulgação da informação daí resultante, reforçando as verbas destinadas a essa área em 200% e interessando as instituições universitárias e de investigação científica de maior prestígio para os temas da droga e da toxicodependência; 28 - Criar até 2002 uma rede informática de suporte' ao Sistema Nacional de Informação que permita otimizar a recolha de informação e institucionalizar a prática dos inquéritos nacionais tri anuais (2001, 2004, 2007, etc.) à população de modo a definir a evolução da prevalência do consumo de drogas e dos consumos problemáticos de drogas; 29 - Implementar a criação de mecanismos de avaliação (interna e externa) de 100% das acções, com vista ao reajustamento das acções desenvolvidas e, conseqüentemente, da política nacional; 30 - Estabelecer e implementar um programa conjunto com Espanha de controlo dos

fluxos transfronteiriços de traficantes e consumidores.”. A avaliação destas será descrita neste trabalho, na perspectiva do governo, no capítulo quarto, pois é tratado em relatório posterior.

O próximo passo é a demonstração da evolução dos diversos indicadores sociais, no mesmo modelo feito no capítulo I. Quando necessário, certos pontos falados na Estratégia Nacional de Luta Contra as Drogas retornarão, a fim de aproximar, ainda mais, o que foi descrito no plano e o que aconteceu de fato. A razão da inclusão de dados tão diversos e não-específicos vem da justificativa que as mudanças feitas em Portugal foram feitas de maneira contínua e através de várias frentes diferentes, como pode ser observado, e portanto seria irresponsável atribuir a um momento específico uma data de corte concreta. Mais uma vez, os dados que serão demonstrados foram relatados pelo *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (ou EMCDDA), com dados adquiridos em junção com o IDT e outras entidades relevantes. Antes de prosseguir, é importante relatar que os relatórios feitos pela EMCDDA são anuais e, muitas vezes, as informações relatadas fazem apenas menções a versões antigas dos números, já que não há atualização anual de todas as informações. Portanto, neste trabalho, iremos utilizar diversos relatórios mesclados em uma forma singular de demonstrar os resultados provenientes das mudanças de paradigma em Portugal.

Começamos com os dados de gastos feito pelo governo desde 1999 até 2004 através do IDT, entidade responsável pelo combate às drogas. Como vimos, suas responsabilidades aumentaram, tornando-a numa entidade autônoma de decisões durante essa época, portanto seu orçamento espelha a mudança. De fato, em 2002, o valor do seu orçamento foi atrelado ao Ministério da Saúde e seu valor é próximo dos gastos pelo IDT no futuro, o que pode ser evidencia da transferência de responsabilidades:

	<b>1999</b> <sup>43</sup>	<b>2000</b> <sup>44</sup>	<b>2001</b> <sup>45</sup>	<b>2002</b> <sup>46</sup>	<b>2003</b> <sup>47</sup>	<b>2004</b> <sup>48</sup>
Total disponível	9.302.580 (+ Projeto)	15.335.598	15.443.765	68.474.865,48*	65.205.966	68.747.306

<sup>43</sup> Drug Situation Report – Portugal 2000

<sup>44</sup> Drug Situation Report – Portugal 2002

<sup>45</sup> Drug Situation Report – Portugal 2002

<sup>46</sup> Drug Situation Report – Portugal 2003

\*incluem dados em conjunto sobre orçamento do Ministério da Saúde e IDT

<sup>47</sup> Drug Situation Report – Portugal 2004

<sup>48</sup> Drug Situation Report – Portugal 2005

	Vida)					
--	-------	--	--	--	--	--

Figura 13: Gastos Públicos através do IDT (€)

Um lado ruim dessa mescla de poderes foi a falta de dissociação entre o que foi gasto em cada etapa de estágios ou áreas de Controle de Danos e Diminuição de Riscos.

Área	2000 <sup>49</sup>	2001 <sup>50</sup>	2002 <sup>51</sup>
Prevenção	24.150.976	27.154.009	17.742.975*
Tratamento	31.333.187	32.192.202	40.523.179*
Reabilitação	15.229.195	15.661.162	5.506.116*
Redução de Danos	4.589.728	4.073.782	10.501.769,48*
Prisões	3.427.404	2.231.253	-
Segurança	24.007.142	23.768.318	456.911**
Pesquisa	2.097.445	732.036	456.911*
Cooperação Inter.	887.860	137.269	136.615*

Figura 14: Gastos por etapa (€)

A partir de 2003, os dados mais específicos se referem apenas em alastramentos de programas<sup>52</sup>.

	2003	2004
<b>Investimentos em programas de tratamento (alargamento do sistema público):</b>		
Gasto nacional	81.047	192.524
Gasto da União Europeia	590.983	103.588
Investimentos em ONGs	526.353	470.669
<b>Investimento em programas de prevenção</b>		
Renovação de Planos Municipais	1.678.552,07	5.335.793,24

<sup>49</sup> Drug Situation Report – Portugal 2002

<sup>50</sup> Drug Situation Report – Portugal 2002

<sup>51</sup> Drug Situation Report – Portugal 2003

\*\* Somente Dados da Polícia Alfandegária

<sup>52</sup> Drug Situation Report – Portugal 2005

Novos Planos Municipais	1.032.993,79	702.509,30
Arcabouço para Prevenção	207.274,13	1.211.735,00
Programas Ad-Hoc	402.205,14	415.220,46
<b>Programas de Reinserção</b>	2.815.779,95	1.532.227
<b>Apoio a famílias ou indivíduos em programas de tratamento</b>	3.153.786,71	2.725.619,69

Figura 15: Gastos em programas (€)

Um último, os gastos feitos através do programa Vida-Emprego, que será melhor especificado futuramente, pois sua explanação está ligada ao próximo relatório oficial do governo. No Plano Nacional Contra a Droga, o gasto total foi de 5.756.333,92 em 2004.

Com o princípio de continuar com a narrativa apresentada na introdução deste trabalho, o próximo dado é relativo ao uso de drogas na população mais jovem, em um total de 18 mil estudantes, de 13 a 18 anos. Os únicos dados apresentados aqui foram retirados da pesquisa feita pelo ESPAD, ou *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*, em 2003 e parcialmente relatados no *Drug Report* de 2004 do EMCDDA. Claramente, o maior problema é a falta dos dados referentes a uso de heroína. Isso deve ao fato desse consumo se fazer parte por uma “população oculta”, assim como uma possível distorção do uso de maconha<sup>53</sup>:

	2003
Cannabis	15%
Anfetamina	3%
LSD	2%
Tranquilizantes	5%
Cocaína	4%
Inalantes	8%

Figura 16: Alunos (8º a 10º ano) em uso prevalente de drogas

<sup>53</sup> “Também no estudo publicado em 2003 sobre consumos problemáticos de drogas em populações ocultas<sup>49</sup>, a cannabis surge juntamente com a heroína, como as drogas com maior relevância entre aquelas populações (...)” - Relatório Anual 2004 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências , IDT

Esses resultados demonstram que, apesar da descriminalização das drogas, as mudanças desses índices, se comparados com a tabela similar no capítulo, não foram tão significativas nas drogas apresentadas, exceto a de inalantes. Também é interessante que, de novo excluindo os inalantes, todas essas porcentagens ficaram abaixo da média dos países envolvidos no ESPAD, que somados são trinta cinco países.

Para Maconha, os resultados mais significativos podem ser vistos na categoria “Usados nos últimos 30 dias”, cujo número foi de 8%, portanto ligeiramente maior do que o relatado no questionário de 1998. Interconectado a este resultado estão os de apreensões de drogas ilegais apreendidas em escolas<sup>54</sup>.

1997/1998	1998/1999	1999/2000	2000/2001	2001/2002	2002/2003
12	12	45	60	98	76

Figura 17: Número de apreensões em escolas

Seguindo para a próxima informação relevante, a tabela a seguir mostra, em porcentagem, o que um indivíduo declara ter consumido nos últimos 30 dias quando há procura por “Primeiros Tratamentos”. O relatório de 2002 da EMCDDA não constou o número de indivíduos e suas referências se encontram antiquadas e até essa data, não havia preocupação em distinguir em áreas precisas, por isso há dupla contagem.

	2000	2001 <sup>55</sup>	2003 <sup>56</sup>	2004 <sup>57</sup>
Nº de Pacientes	9.559 <sup>58</sup>	8.743	5.212	5.023
Heroína	-	78%	55%	50%
Heroína E	-	-	24%	25%
Cocaína	-	-	-	-
Cannabis	-	27%	10%	12%
Cocaína	-	27%	5%	7%

<sup>54</sup> Drug Situation Report – Portugal 2004

<sup>55</sup> Drug Situation Report – Portugal 2002

<sup>56</sup> Drug Situation Report – Portugal 2004

<sup>57</sup> Drug Situation Report – Portugal 2005

<sup>58</sup> Drug Situation Report – Portugal 2002

Benzodiazepines	-	10%	2%	2%
Ecstasy	-	2%	0,6%	0,5%

Figura 18: Pacientes em Primeiro Tratamentos e drogas ingeridas

A própria melhora na metalinguagem das informações conforme os anos avançam são demonstrações do crescimento de importância dados a esses problemas e também são evidências de que muitas lacunas existem no próprio conhecimento público da situação. A ideia de interligação entre as diversas áreas para um completo parecer sobre políticas antidrogas será reforçada no próximo documento, mas já mostra as caras em partes deste trabalho.

Outro importante detalhe que deve ser observado é que a heroína é sempre a drogas mais prevalente nos casos de tratamento de saúde para indivíduos. De fato, de acordo com o relatório da EMCDDA de 2004, das 30.266 em todo tipo de tratamento, isto é, seja centro de reabilitação, centros terapêuticos, centros de dia, 63% eram usuários majoritariamente de heroína e 22% de heroína e cocaína. Vale ressaltar, que desde 1999, o aumento de pacientes em qualquer tipo de tratamento foi de apenas 9% (em 1999, haviam 27.750 pessoas em tratamento). Na tabela a seguir, a evolução completa desse número

	2000	2001	2002	2003	2004
Total	29.204	32.064	31.835	29.596	30.266

Figura 19: Pessoas em algum tipo de programa de tratamento<sup>59</sup>

Um dos métodos mais incentivados é o de substituição e por isso seus dados são demonstrados a seguir.

	<b>2000<sup>60</sup></b>	<b>2001<sup>61</sup></b>	<b>2002<sup>62</sup></b>	<b>2003<sup>63</sup></b>	<b>2004<sup>64</sup></b>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

<sup>59</sup> Drug Situation Report – Portugal 2005

<sup>60</sup> Drug Situation Report – Portugal 2002

<sup>61</sup> Drug Situation Report – Portugal 2002

<sup>62</sup> Drug Situation Report – Portugal 2003

<sup>63</sup> Drug Situation Report – Portugal 2005

<sup>64</sup> Drug Situation Report – Portugal 2005

<b>Com Metadona</b>	7.598	9.664	10.201	9.765	10.438
<b>Com Buprenorfina</b>	7	527	1.943	2.743	4.143
<b>Com LAAM</b>	719	42	0	0	0

Figura 20: Pessoas em Programas de substituição

Em questões de saúde, o último, mas definitivamente não menos importante dado a ser demonstrado para esse período são os de mortes relacionados a drogas. Esses dados foram feitos em instituições forenses, com o uso de testes toxicológicos *post-mortem*.

	2000	2001	2002	2003	2004
Mortes	318	280	156	152	156

Figura 21: Mortes ligadas a uso de drogas<sup>65</sup>

Opioides são, novamente, os principais causadores das mortes relacionadas às drogas – 88%, 81%, 69%, 64%, 69% para os respectivos anos – e geralmente misturados com cocaína e/ou álcool (44%). Sobre as outras drogas, o comportamento observado envolve um aumento da detecção de cocaína (37% em 2003, 44% em 2002 e 34% em 2001 e 200), mas um decréscimo na detecção de Cannabis.

Por último, é presumido que em 51% em 2004 a causa da morte foi algum tipo de overdose. Esse valor, percentualmente, é um aumento se comparado ao ano passado, mas menor do que a série histórica: 44% em 2003, 58% em 2002, 73% em 2001 e 72% em 2000. Enfim, há de mencionar a relação entre a AIDS e as drogas. Felizmente, de acordo com o relatório, tanto o número absoluto quanto o número relativo de usuários de drogas diagnosticados com a doença caiu. O gráfico demonstra a relação:

<sup>65</sup> Drug Situation Report – Portugal 2005

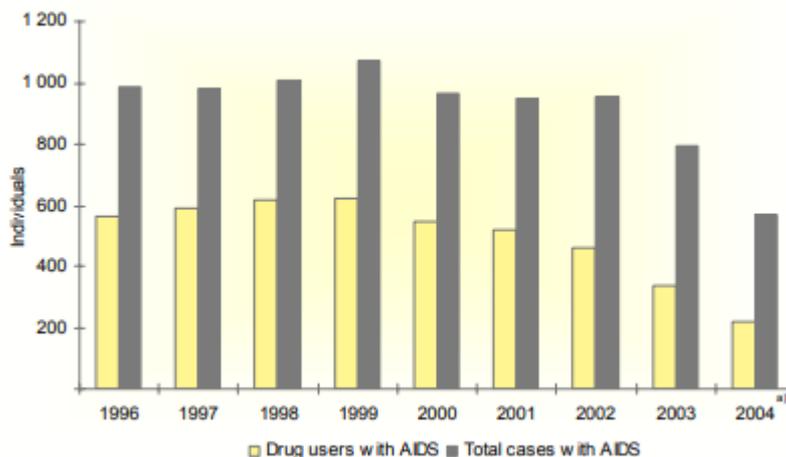


Figura 22: Total de casos diagnosticados com AIDS e associados a uso de drogas<sup>66</sup>

Os dados a seguir têm a ver com a segurança pública, de maneira geral. Comprovando o comportamento do governo, o número de Infratores Presumidos reduz drasticamente após o ano 2000, quando a lei de descriminalização é oficialmente outorgada. Também mostraremos o número de processos que foram levados a frente, mesmo contando aqueles cujos julgamentos foram adiados e os processos de fato julgados.

	2000 <sup>67</sup>	2001 <sup>68</sup>	2002 <sup>69</sup>	2003 <sup>70</sup>	2004 <sup>71</sup>
Infratores Presumidos	14.276	8.736	5.255	5.318	5.159
Processos Instaurados	4.064	2.366	5.580	6.100	5.370
Julgamentos	3.154	1.783	1.640	1.625	1.390 <sup>72</sup>

Figura 23: Infrações, Processos e Julgamentos relacionados à droga

<sup>66</sup> Drug Situation Report – Portugal 2005

<sup>67</sup> Drug Situation Report – Portugal 2001 - EMCDDA

<sup>68</sup> Drug Situation Report – Portugal 2002 - EMCDDA

<sup>69</sup> Drug Situation Report – Portugal 2003 - EMCDDA

<sup>70</sup> Drug Situation Report – Portugal 2004 - EMCDDA

<sup>71</sup> Drug Situation Report – Portugal 2005 - EMCDDA

<sup>72</sup> Drug Situation Report – Portugal 2005 - EMCDDA

A grande diferença para explicar a queda de Infratores Presumidos é justamente a extinção da visão criminal do consumidor. Dividindo estes por categorias criminais, isto é, traficantes, traficantes-consumidores e consumidores, temos as informações a seguir:

	2000 <sup>73</sup>	2001 <sup>74</sup>	2002 <sup>75</sup>	2003 <sup>76</sup>	2004 <sup>77</sup>
Traficantes	2.478	2.041	2.318	2.222	2.277
Traficantes- Consumidores	3.806	3.117	2.932	3.074	2.882
Consumidores	7.592	3.302	-	-	-

Figura 24: Número de Infratores Presumidos por Categoria

Com a saída de cena dos consumidores, a número de infratores reduz para mais da metade, possivelmente ajudando um melhor foco nas forças policiais e judiciais. Há também informação sobre quais tipos de droga o indivíduo carregava, assim como os dados daqueles que foram, de fato julgados.

Em 2004, em 65% dos casos o infrator possuía apenas um tipo de droga, com o haxixe sendo a mais comum (42%), fato que tem sido frequente ao longo dos anos. Pela primeira vez, neste ano, os condenados encontrados com apenas uma droga foram mais frequentemente ligados ao haxixe (28%), seguidos pela heroína (24%), antiga campeã no quesito, cocaína (11%) e cannabis herbal (ou liamba) (5%).

O número de presos por causa de ligações com drogas, em 2004, atingiu seu número mais baixo desde 1997. Esses dados não foram reportados em todos os relatórios, por isso a tabela aparenta estar escassa.

<sup>73</sup> Drug Situation Report – Portugal 2001 - EMCDDA

<sup>74</sup> Drug Situation Report – Portugal 2002 - EMCDDA

<sup>75</sup> Drug Situation Report – Portugal 2003 - EMCDDA

<sup>76</sup> Drug Situation Report – Portugal 2004 - EMCDDA

<sup>77</sup> Drug Situation Report – Portugal 2005 - EMCDDA

	2001 <sup>78</sup>	2004 <sup>79</sup>
Presos relacionados a drogas	3.930	2.927
% do total	42%	29%

Figura 25: Número de presos ligados a drogas

Deste total, em 2004, 89% são considerados traficantes. Talvez mais interessante são os dados obtidos por meio de uma pesquisa feita em 2005, cujos resultados resumidos foram descritos no relatório de 2004 da EMCDDA<sup>80</sup>: Usuários de drogas pesadas (heroína e cocaína) têm cinco vezes mais chance de cometerem crimes para financiar seus hábitos; pessoas cujo uso de drogas envolve injetáveis possuem três vezes mais chance de praticar crimes; viver longe da família causa um risco também três vezes maior de adotar um comportamento criminal; apesar do nível de educação não ser significativo, ser desempregado aumenta a chance de adoção dessas práticas, também em três vezes.

Outros exemplos variáveis que foram observados, mas não apresentaram mudanças significativas: ser ou não religioso, ter baixa renda familiar e não pertencer a grupos de apoio. Também é interessante que os crimes são, em geral, relacionados com crimes aquisitivos (52,1%) e contra a Lei das Drogas (45,1%), sendo muito raramente possível ver crimes violentos com relação a drogas. De fato, a presença de crimes violentos no histórico de presos relacionados a drogas é cinco vezes menor do que aqueles não relacionados<sup>81</sup>.

Dando prosseguimento à demonstração dos indicadores sociais que foram apresentados no capítulo anterior, a próxima tabela corresponde a qual tipo de droga estava presente nas apreensões e sua quantidade. Porém, na demonstração de resultados nos relatórios, a escolha de como apresentá-los foi se alternando, por isso não há anos para as informações explícitas. Eles falam, porém, de *trends* de crescimento e decaída, que serão expostos abaixo:

<sup>78</sup> Drug Situation Report – Portugal 2002 - EMCDDA

<sup>79</sup> Drug Situation Report – Portugal 2005 – EMCDDA

<sup>80</sup> Drug Situation Report – Portugal 2005 – EMCDDA – pg 49

<sup>81</sup> “The article refers that the type of crime committed by drug abusers in prison was particularly related to acquisitive crime (52,1%) and drug law offences (45,1%) but rarely violent crimes which was more than 5 times lower in drug abusers in prison than in non-drug abusers in prison.” – Drug Situation Report 2005 – Portugal – pg 50

	2003 <sup>82</sup>	2004 <sup>83</sup>
Haxixe	2.276	2.439
Heroína	1.154	1.088
Cocaína	988	1.047
Liamba	210	289
Ecstasy	149	158

Figura 26: Apreensões por droga

Primeiro é importante ressaltar que não necessariamente um número de apreensões significa mais quantidade apreendida (traremos a quantidade apreendida em 2004 a seguir). As quantidades consideradas para apreensão são 100g para cocaína e heroína, 1kg para Cannabis, 50 pílulas para ecstasy.

Sobre os *trends*, foi partir de 2002 que o número de apreensões envolvendo cannabis superou o de heroína<sup>84</sup>, portanto é interessante que logo no ano sucessor a diferença expandiu-se para quase o dobro.

	2000	2001	2002	2003	2004
Heroína	567.533	316.039	96.315	72.365	99.047
Cocaína	3.026.374	5.573.994	3.140.103	3.016.881	7.422.752
Haxixe	30.467.121	6.472.688	7.022.029	31.555.686	28.994.459
Liamba	223.212	234.533	361.026	264.821	229.929
Outros	25.106	14.265	13.006	19.353	24.456
Ecstasy (pílula)	25.496	126.451	222.466	155.492	107.734,5

Figura 27: Quantidade apreendida (em gramas) por Droga<sup>85</sup>

Por último, poderemos ver a evolução do mercado das drogas, com seus preços demonstrados a seguir. Repetiremos nesse caso o ano de 1999, pois ele precisado melhor no relatório mais recente. Entretanto, ainda se encontrar dentro dos parâmetros mostrados.

<sup>82</sup> Drug Situation Report 2003 – Portugal

<sup>83</sup> Drug Situation Report 2004 – Portugal

<sup>84</sup> “Contrarily of what had been happening since 1990, in 2002, cannabis, and not heroin, was the substance involved in more seizures” – Drug Situation Report 2003 – Portugal – pg 23

<sup>85</sup> Drug Situation Report 2005 – Portugal

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Heróina	31,33	49,72	50,27	43,78	46,80	46,54
Cocaína	40,37	60,31	53,31	38,57	41,40	42,23
Haxixe	1,09	4,13	4,06	2,45	2,49	2,31
Liamba	1,40	3,83	3,26	2,62	4,00	2,66
Ecstasy (por pílula)	6,70	11,70	6,86	5,90	5,27	4,50

Figura 28: Preços (em euros) por Droga (em gramas)<sup>86</sup>

Um último dado de relevância, ainda que não demonstrado, é o *trend* de aumento da pureza média para cannabis e cocaína, assim como nas pílulas<sup>87</sup>. Diversas teorias podem ser feitas em relação a todos e qualquer índice apresentados aqui. Mais uma vez, ressalto o teor demonstrativo deste trabalho e deixo para relatar conclusões gerais para o final.

---

<sup>86</sup> Drug Situation Report 2005 – Portugal

<sup>87</sup> “Concerning purity, and according to the data reported in Standard Table 14, increases were verified in the average purity of cannabis herb and cocaine. The composition of pills sold at street level, as reported in Standard Table 15, also indicates a general decrease of the percentage of the tested illicit substance in pills, except for MDA (with similar values registered between 2003 and 2004) and the combination of MDMA+AMPH, for which registered values were higher than in 2003.” - Drug Situation Report 2005 – Portugal pg 59

### 3. 2005 a 2012: A continuação (Plano de Acção Contra as Drogas e as Toxicodependências)

Os dois relatórios apresentados a seguir, lançados nos anos 2005 e 2010 respectivamente, são mais objetivos do que na etapa anterior do processo de tratamento de Portugal sobre as drogas e menos teóricos e ideológicos, além de uma análise sobre os processos que estavam em atuação, procedimentos que não ocorrem nesses dois casos. Portanto, com o intuito de manter o espírito de espelhar as mudanças que ocorriam em Portugal, este artigo reportará esses dois relatórios em apenas um capítulo, já que os planos apresentados no primeiro serão complementados no segundo.

O principal, que descreve as atuações e é considerado com um documento estruturante, chama-se *Plano Nacional Contra a Droga e a Toxicodependência* (PNCDT), publicado em novembro de 2005, um ano posterior ao fim do horizonte contido na Estratégia Nacional de Luta Contra Droga. Salientam um ponto trazido à tona no relatório anterior, declarando que existe uma responsabilidade comum entre países no combate ao tráfico e produção ilícita, assim como em princípios para redução da procura. No entanto, aprovado em dezembro de 2004, foi aprovado no Conselho Europeu um acordo para a priorização das políticas nacionais no combate às drogas. Os objetivos acordados entre os países e serão tratados com prioridade na estipulação do PNCDT são três:

Atingir um nível elevado de protecção da saúde, de bem-estar e de coesão social complementando a acção dos Estados Membros em matéria de prevenção e redução do consumo de droga, da dependência e das consequências nefastas da droga em termos sociais e de saúde; - Garantir um elevado nível de segurança para o público em geral, adoptando medidas contra a produção de droga, o tráfico internacional de droga e o desvio de precursores e intensificar a acção preventiva contra a criminalidade relacionada com a droga através de uma cooperação eficaz alicerçada numa abordagem conjunta; - Reforçar os mecanismos de coordenação da União Europeia de forma a garantir a complementaridade das medidas adoptadas a nível nacional, regional e internacional e assegurar que contribuem para a eficácia da política em matéria de droga dentro da União Europeia e nas suas relações com outros parceiros internacionais. (*Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicodependência - pág. 5*).

Como se pode ver, essas intenções, gerais como escritas, serão desenvolvidas por meio de várias medidas que hão de se apresentadas. Para um nível europeu foi

confeccionado o Plano de Acção 2005-2008, cujos detalhes não serão descritos neste trabalho.

O relatório, em sua nota introdutória, volta a mencionar os princípios de humanismo e pragmatismo, entre outros, e chega a complementá-los dizendo que

A centralidade na pessoa humana, a parceria activa com a sociedade civil, a proactividade e políticas de proximidade, a prevenção em meio escolar e familiar, o reconhecimento de que o tratamento resulta, a necessidade de planos de acção nacionais e sectoriais, de planos e respostas integradas, do combate ao tráfico, da eficácia na dissuasão, da construção de conhecimento, de novas respostas a novas dependências e a responsabilidade partilhada, constituem linhas de força que emergem daquele processo avaliativo. (Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicodependência - pág. 7).

A primeira mudança destacada é a criação do Instituto da Droga e da Toxicodependência, ou IDT, sendo a junção do Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência, entidade já discutida, e o Instituto Português da Droga e da Toxicodependência em unidade singular, com as responsabilidades adquiridas de ambas as entidades: desenvolver e por em prática programas de redução de procura, tratamento e coordenação, com as de pesquisa e observação.

Assim, inicia-se a avaliação dos procedimentos em execução, já que o relatório menciona que, após a fusão, houve um processo de desaceleração das mudanças propostas na ENLCD<sup>88</sup>, cujas responsabilidades ficaram completamente centradas no IDT, pois foram dados a seu Presidente do Conselho de Administração, que trabalha em conjunto com o Coordenador Nacional do Combate à Droga e à Toxicodependência, pelo Ministro da Saúde, capacidade geral para gerir todos os programas criados cujo assunto fosse a luta contra as drogas e o tratamento de dependentes destas.

Tendo posto isto, entramos na parte de avaliação da política anterior, a Estratégia Nacional de Luta Contra Droga. Dividida em avaliação externa e avaliação interna, ela compreende concomitantemente uma análise da situação atuante em Portugal, na visão do governo representado pela comissão autora<sup>89</sup>, verificando as áreas que precisam sofrer modificações, através das atitudes que serão recomendadas por este documento.

---

<sup>88</sup> “Na sequência da fusão propriamente dita, as vicissitudes que se seguiram, nomeadamente quanto à liderança do IDT e sua repercussão em toda a estrutura do Instituto vieram a contribuir para uma desaceleração evidente do ritmo de execução daquela ‘Estratégia’.” (Plano Nacional Contra a Drogas e as toxicodependências, pág. 5)

<sup>89</sup> Os autores participantes não são nomeados nos documentos.

Prepondo-se aos resultados, denotam as limitações nas quais incluem: a falta de diagnóstico ex-ante; excessiva institucionalização e burocratização dos serviços governamentais; um processo legislativo atribulado e lento; problemas de coordenação; instabilidade e restrições financeiras para serviços com responsabilidades no combate à droga.

A avaliação externa, que é desenvolvida no documento separado chamado *Avaliação da Estratégia Nacional da Luta Contra a Droga 1999-2003* é a resposta mais direta, por assim dizer, dos trinta objetivos propostos na Resolução do Conselho de Ministros 30/2001, de 13 de março, já enunciados aqui. Antes, um quadro geral<sup>90</sup> para resumir a situação:

	Nº de Objetivos	Informação não disponível	Atingidos	Parcialmente Atingidos	Não Atingidos
Redução da Procura	23	6	5	9	3
Redução da Oferta	3	1	1	1	0
Investigação	2	0	1	1	0
Avaliação	1				1
Cooperação Internacional	1		1	0	0
Total	30	7	8	10	5

Figura 29: Avaliação da Estratégia Nacional da Luta Contra a Droga 1999 - 2003

Começando com os objetivos, que foram descritos na [página 43](#) deste trabalho, foram considerados impossíveis de averiguar, por ter informação inexistentes e/ou insuficientes os objetivos 1, 4, 7, 8, 11, 16, 26. Os objetivos atingidos, que terão, em forma resumida, justificativas de por que foram considerados atingidos: objetivo 9, já que as forças de segurança passaram a desenvolver ações de prevenção; objetivo 13, graças à variação de 25% das notificações de caso de HIV entre 1999 e 2003 - queda de 9 pontos percentuais nos rastreio de hepatite B em estruturas de tratamento, assim como quedas em Hepatite C (-3 pp). Houve aumento (1pp) em tuberculose; objetivo 14, com queda de 59% de mortes associadas ao consumo de drogas; objetivo 17, com

<sup>90</sup> Retirado de Plano Nacional Contra a Droga Política (pág. 9)

prevalência menor de consumidores de longa data até 16 anos, morte associadas a opiáceos caiu 72%; objetivo 20, aumento de 146% em programas de substituição opiócia; objetivo 24, com variações de acima de 100% na apreensão de diversas drogas entre períodos 1995/1999 e 2000/2004; objetivo 27, com maior financiamento e instituições; objetivo 30, com colaboração com a Espanha.

Os objetivos considerados parcialmente atingidos foram: 5, 6, 10, 12, 15, 19, 21, 22, 23, 28. As razões para tal foram similares entre si, sempre havendo um aumento no que é proposto, porém não no nível que fora acordado.

As razões, porém, dos falhanços são importantes, pois pintam respostas interessantes a todas as mudanças feitas por Portugal antes de 2005 e serão relatadas de modo similar as bem sucedidas: objetivo 2, pois houve um aumento do número de alunos com prevalência em consumo de drogas, de 12,3% para 17,7%; objetivo 3, Apenas 24,4% dos concelhos abrangidos por clínicas de prevenção primária; objetivo 18, variância insuficientes no número de primeiras consultas e consultas de segmento; objetivo 25, aumento do número de crimes elevados em associação às drogas; objetivo 29, já que não houve a implementação de nenhum projeto de avaliação interna e externa, em 100% das ações.

Voltando ao PNCDP, a avaliação interna foi feita em modelo SWOT para a atuação dos serviços, em que se considera os pontos fortes, fracos, ameaças e oportunidades. Começando com os pontos fortes, que são a evolução na qualidade de intervenção; expansão dos serviços, com maior disponibilidade e conhecimento técnico e científico; abertura e envolvimento da sociedade social na promoção de projetos antidrogas; capacidade de encaminhamento e garantia de acesso a tratamento para os que procurarem.

Os pontos fracos foram as falhas de definição para uma avaliação completa; falta de indicadores objetivos e verificáveis; dificuldades para respostas articuladas e abrangentes, geograficamente; ineficiência nas integrações entre instituições e agentes.

As oportunidades foram consideradas a capacidade de produção de documentos legais para todas as áreas do ENLCD; crescimento da comunidade científica; ganhos de saúde graças à diminuição de doenças e mortes relacionadas às drogas.

Por último, resta falar das ameaças consideradas, que são a maior penetração de drogas psicoativas, em especial nos jovens; vulnerabilidade de oscilações institucionais; dificuldade de cobrir geograficamente com todos os serviços; aumento da visibilidade e diversidade dos perfis de consumidores.

A conclusão do relatório é que o seu predecessor foi decisivo para moldar novas políticas e princípios estruturantes, consideradas inovadoras, além de manter um piso sólido para entrada de novas medidas<sup>91</sup>.

A metodologia por trás da composição da Política Nacional Contra à Droga e às Toxicodependências foi estruturada em seis “eixos”, na qual se dividem em vetores. Os eixos, por sua vez, são chamados de “áreas transversais” quando faladas em assuntos de coordenação; cooperação internacional; informação, investigação e formação e avaliação; reordenamento jurídico. Estas áreas se referem à redução da procura e da oferta, são eixos relativos a áreas de missão. Esta etapa da Política de Descriminalização é mais focada no eixo das áreas transversais, e isso será representado ao longo deste capítulo.

No mais, seis objetivos gerais que foram anunciados na ENLCD remanescem e são relembrando aqui, uma vez que são feitos nos documentos oficiais: contribuir para uma estratégia eficiente e adequada em nível internacional e europeu; assegurar a melhorar informação da sociedade portuguesa sobre o fenómeno da droga; reduzir o consumo de drogas, sobretudo entre os mais jovens; garantir os meios necessários para tratamento e reinserção; defender a saúde pública e segurança; reprimir o tráfico ilícito e a lavagem de dinheiro.

Estamos prontos, então, para iniciar o estudo da primeira área transversal, coordenação, dividida em quatro questões: interna, intraministerial, interministerial e externa. A grande preocupação desta comissão é diminuir a ineficiência administrativa, derivada da falta de coordenação entre níveis burocráticos do governo. Por isso, a sugestão se trata de uma reorientação das entidades, com fim de erradicar os problemas.

---

<sup>91</sup> “É pois legítimo considerar que a ENLCD contribuiu decisivamente para o carácter inovador e enquadrador das políticas neste domínio em Portugal e que a sua concepção e princípios estruturantes mantêm a sua contemporaneidade, independentemente da evolução social, no âmbito das drogas e das toxicodependências, quer a nível nacional, quer internacional. A actualidade da ENLCD permite assim mantê-la como base de trabalho”

Começando com a reformulação interna, a nível do Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT), haverá descentralização do poder, aumentando as competências para níveis regionais e locais, através das Delegações Regionais e das Unidades Especializadas, respectivamente. Para o âmbito intraministerial, o relatório criticou a forma isolada como o IDT combatia as drogas em Portugal. Na opinião da comissão, é importante que o Ministério da Saúde e os seus participantes sejam capazes de lidar com pacientes toxicodependências de forma profissional capacitada. Por isso, a comissão fala da criação, com ajuda do Alto Comissariado de Saúde, um fórum de discussão, promoção e avaliação de várias intervenções do Ministério da Saúde nas diversas áreas de tratamento.

Na questão Interministerial, repetem o intuito de manter a liderança do IDT em assuntos relacionados à droga, porém reforçando a necessidade de comunicação com outros setores governamentais, como o Ministério da Educação, Ciência e Tecnologia. Para mais, na opinião dos autores, a cooperação não deve se limitar a recolha, tratamento e divulgação de dados, mas também na articulação e condução de políticas. As entidades aconselhadas para aperfeiçoar estratégias comuns com a segurança social, com instituto de emprego e formação profissional, com o Instituto Português da Juventude, o Instituto do Desporto de Portugal e o Conselho Económico e Social. Adicionalmente, a criação de uma comissão técnica, com representantes ministeriais, capazes de dinamizar planos criados para o combate às drogas.

Por último, a questão externa da coordenação prestigia a mobilização social, educativa e cívica. A população, como demonstrada no plano anterior, tem um papel considerável na batalha portuguesa, uma vez que são unidades privadas que participam em etapas essenciais do combate à droga, com a oferta Comunidades Terapêuticas e Unidades de Desabilitação, além de Apartamento de Reinserção, Centros de Dia e integrados planos municipais, como trabalhos de rua e gabinetes de apoio.

De fato, o relatório ressalta a necessidade de ampliar a oferta de áreas de tratamento, em especial CTs, que já estavam em estado de saturação, pois houve frustrações com investimentos realizados e seus retornos. Por esta razão, afirmando querer otimizar os investimentos, argumenta-se uma ideia também antiga: focar para populações de risco, isto é, adolescentes, mães com filhos pequenos, dependentes

químicos com idade avançada e pessoas com duplo diagnóstico, que além de toxicodependentes, são alcóolicos.

É a primeira vez, no entanto, que o documento aborda situações de estrangeiros, nomeadamente pessoas “países de Leste, africanos ou de etnia cigana”, cuja elaboração de projetos precisa evitar o ostracismo dos mesmos. Outras sugestões nessa parte do relatório envolvem a adaptação de programas de alcoolismo para atender os casos necessários e a criação de Unidades Residenciais de Longa Duração (sob responsabilidade do IDT), em que indivíduos seriam postos caso não houvesse chance de reinserção, por causa de patologias físicas ou mentais. Por último, o IDT manteria, nesse aspecto, a responsabilidade de formar e aperfeiçoar técnicos e unidades.

Os assuntos de cooperação internacional não foram desenvolvidos extensivamente capítulo anterior, pois foram considerados repetitivos. Desta vez, porém, sua importância é aumentada, levando em consideração a necessidade de combates multifacetados contra o problema das drogas, em especial o tráfico. Começam tratando problemas de coordenação, tentando normalizar os diversos acordos internacionais existentes, por isso recomendam criar condições para uma melhor convergência de pontos, para enfim centralizar toda a informação necessária para cada projeto.

A seguir, consideram uma necessidade de reforçar a participação de Portugal em diversos acordos multilaterais, grupos de pesquisa e combate, em que o assunto era relacionado às drogas, como por exemplo, na ativação dos Planos de Ação da União Europeia, envolvimento no Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT). Outro fator notável é a recomendação de fortalecer as relações com Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP), auxiliando-os a implementar políticas antidrogas cooperativamente. Nas relações bilaterais, foi recomendado reforçar as estruturas de prevenção e investigação em aeroportos, inclusive consolidando relações com membros da Polícia Judiciária no para melhor controle da fronteira. Aumentar a relação com a Espanha é considerada ação prioritária, para promover trabalhos conjuntos com objetivo de redução de danos. Além disso, promover estratégias com países selecionados, nomeadamente Brasil, Holanda, os PALOP e Venezuela, entre outros.

Concluindo esta seção do relatório, é necessário replicar o sentimento que acordos bilaterais e multilateral, nessa área em geral, são bastante similares e equivalente, em sentidos de dificuldade de articulação e de processamento.

A informação, investigação, formação e avaliação, como opções estratégicas, foram agrupadas em uma única seção do documento e serão tratados a seguir. A filosofia inerente das mudanças que já virão é a de sempre adquirir mais conhecimentos para aprimoração, porém nunca tentar implementar medidas que possam danificar a harmonia e coerência das intervenções e análises de resultados. A ideia de que essas atividades são essências, pois “aliam, num processo contínuo, a inovação e a qualidade e a excelência do capital humano, contribuindo para a construção de uma sociedade baseada no conhecimento.” (*Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicodependência*, pág. 26).

É preciso, agora, definir os termos apresentados, nos olhos deste novo documento: a informação é o campo preocupado em harmonizar, dar coerência e sistematizar a recolha dos dados, planejados ou em execução, além da utilização de dados em diversas atividades para programas; a investigação tem a tarefa de produzir conhecimento científico baseado nesses dados, levando, em última instância, a estabelecer relações de causalidade comprovados; a formação que é definido como o processo de capacitar e manter profissionais com os conhecimentos requeridos para as diversas áreas de atuação; avaliação, que permite diagnosticar os processos intervencionistas, julgando seus resultados em frente aos objetivos prefixados.

Começaremos falando do âmbito da informação, a mais extensa. A falta dela foi a razão pela qual sete dos 30 objetivos não puderam ser avaliados, como apresentado acima neste trabalho. Planejam continuar ideias do ENLCD, de valorizar os meios na qual se recolham as informações, a fim de garantir a qualidade e o acesso a informação. De mudanças, a instituição do Sistema Nacional de Informação sobre Drogas e Toxicodependências (SNIDT) já existente deverá tender para a conquista de reconhecimento rápido de padrões e tendências, mais do que apenas medir dados, e para isso necessitam de um desenvolvimento de normalizar conceitos e indicadores. Se a nível nacional a harmonização é prioridade, a nível local é necessário identificar as assimetrias nas regiões, com a realização de diagnósticos de várias fontes de intervenções em nível comunitário, com ajustes de acordo com as necessidades. Outro

ponto de importância é a transmissão interna de informações dentro das próprias instituições, que era considerada em necessidade de evolução. Seguindo a mentalidade de aprimoração da divulgação em nível local, a comissão recomenda a publicação de artigos de conhecimento científico por sites de públicos alvo diferentes, com um linguajar acessível para o cidadão comum e isso inclui, para auxiliar esse processo, a melhora dos sites institucionais.

A investigação é baseada, mais uma vez, em um acordo europeu para haver “melhoria mensurável e sustentável da base de conhecimentos<sup>92</sup>”. O relatório reafirma a necessidade de conhecimento de situações e indicadores locais, promovendo mudanças específicas para qualidades únicas de cada local. Esse paradigma fica conhecido como “Investigação-Ação”(sic). Esse tipo de atividade também inclui a verificação da evolução do fenômeno da droga, a fim de determinar públicos-alvo em necessidade de intervenção. Similarmente ao ENLCD, a preocupação com as populações escolares, prisionais em meio militar e no meio laboral em geral é ressaltada.

A terceira vertente analisada é a Formação, e mais uma vez, apesar de simples sua definição, a sua importância é reconsagrada neste documento, pois esta é considerada crítica para sucesso em qualquer tipo de intervenção, mas é fundamental manter uma abordagem consistente, integrada e interdisciplinar. Mais uma vez, determinam que é necessário manter as ideias do documento anterior em vigor, isto é, garantir a qualidade da intervenção formativa nos agentes, com o objetivo final de disseminar informação de qualidade para a sociedade civil. Característica que precisam ser trabalhadas são aquelas ligadas às competências técnico-pedagógicas dos interventores, além de conhecimentos científicos adequados para aqueles que formam os próprios interventores. Em especial, observar os acontecimentos desenvolvidos na União Europeia, na área de formação.

Por último, a avaliação é vista como peça necessária do processo de intervenção, tendo, em última instância, a finalidade de promover cultura de qualidade e avaliação, com integração feita na conceptualização de quaisquer programas em todas as áreas operacionais.

É do interesse da comissão manter a centralidade desses pontos no IDT, porém é necessário aumentar sua eficiência. Por isso, o relatório propõe, ao concluir esta etapa,

---

<sup>92</sup> Conselho da União Europeia, Doc. 15074/04, CORDROGUE 77, SAN 187, ENFOPOL 178, RELEX 564 (Estratégia da União Europeia de Luta contra a Droga e a Toxicodependência).

reformulação completa do sistema de emissão de licenças e autorizações de funcionamento, assim como a fiscalização e avaliação destas unidades de intervenção. Poderemos, enfim, prosseguir para a parte do relatório que se trata das áreas de missão, isto é, as medidas tomadas em questões de procura e demanda de dependentes.

Começaremos com as estratégias de Redução de Procura, que se baseiam de modo geral na intervenção do Ministério da Saúde no tratamento das toxicodependências. Mantendo o espírito de continuidade, o foco do relatório se volta a certos pontos de otimização, sempre com o intuito de reduzir os danos causados por relações danosas com as drogas. O primeiro ponto envolve a centralidade no cidadão, no sentido que é necessário mais do que tratar um paciente, mas também se envolver nas suas “necessidades objetivas e subjetivas<sup>93</sup>”. Isso significa que a satisfação global do paciente deve ser priorizada, já que ele é considerado uma entidade e deveria ter uma participação na sua própria vida<sup>94</sup>, por isso os serviços deveriam ser priorizados na área de saúde, dando opção aos cidadãos. Não obstante, isso não negava em absoluto uma intervenção preventiva, em situação de maior risco para o indivíduo e para comunidade.

O próximo ponto é o de Territorialidade, que enquadra justamente o ponto já falado em cima, de participação e atuação localizada e territorial, a fim de evitar atividades descoordenadas e dispersão de respostas. Em âmbito nacional, o que significa afetar o IDT, reafirmam o interesse de reestruturar a organização interna, descentralizando competências, e a razão disso é bastante direta, já que o importante das políticas são os seus resultados, e estes são mais sentidos num nível local<sup>95</sup>. A abordagem integrada, não esquecendo os lados individuais e sociais que envolvem as toxicodependências, significa organizar a intervenção operacional com dispositivos abrangentes, oferecendo uma rede de ações. O jeito mais básico para que isso seja realizável é através da formação, com profissionais capazes de operar em todas as áreas das etapas de intervenção: prevenção, tratamento, redução de riscos e minimização de danos, reinserção e dissuasão.

---

<sup>93</sup>“A intervenção em toxicodependências não constitui um fim em si mesmo, devendo descentrar-se das substâncias e assumir a centralidade no cidadão e nas suas necessidades objectivas e subjectivas. ( *Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicodependência*, pág. 32)

<sup>94</sup> “em função da satisfação global dessas necessidades, tendo em conta que os indivíduos têm uma palavra activa e uma corresponsabilidade na definição do seu projecto de vida, em termos de equitativos direitos e deveres de cidadania.” ( *Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicodependência*, pág. 32)

<sup>95</sup> “A percepção das realidades e dos fenómenos é mais sentida e melhor percebida a nível local, pelo que se deve partir das suas necessidades/propostas para construir planos de intervenção que respondam a diagnósticos territoriais, identificando prioridades para o início ou continuidade das intervenções.”( *Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicodependência*, pág. 33)

Apesar da aparente saturação de deveres, o relatório diz que “tal não significa que todos podem/sabem fazer tudo, mas que cada um pode trazer, por via da sua experiência adquirida, mais valia à intervenção nesta problemática.” (*Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicod dependência*, pág. 35)

O plano de investimento para o IDT, no sentido de desenvolver o sistema compartilhado de tratamento, como sugerido pelo relatório, são: Unidades Especializadas (UEs) com articulação entre si e com as Comissões para a Dissuasão da Toxicod dependência (CDTs); dividir as responsabilidades, descentralizando as competências entre UEs, Serviços Centrais e Delegações Regionais; criar programas com respostas integrais no lugar dos programas com respostas parciais, como sugerido.

No lado externo da situação, a comissão autora argumenta que é necessário melhor transparência nas parcerias com autarquias privadas, parte importante do processo de descriminalização de Portugal. Apesar de gozarem de liberdade para adotarem modelos próprios, a preocupação se torna facilitar a comunicação de órgão, para uma melhor cooperação. Para o futuro, Portugal reforça a mentalidade de não se fechar em apenas atividades estatais para o tratamento de toxicod dependências e sugere continuar com a participação de agentes fora do escopo do governo para áreas com lacunas e definir linhas protocolares para orientações de articulações.

Um dos pontos importantes de discussão foi a inclusão de ideias estratégicas de áreas fora da toxicod dependência para serviços de IDT, como álcool e tabaco. Como consequência dessa mentalidade de melhorias do PNCDT, o ponto debatido a seguir é sobre a excelência dos mecanismos de certificação, nomeadamente na busca de atrair pessoas interessadas em agir na saúde pública<sup>96</sup>. A comissão pretende: melhorar a qualidade da gestão em todos os níveis, implementando uma gestão por objetivos; reforçar a formação interna; construir um sistema de indicadores e de seu processamento, para implementar avaliações contínuas; definir linhas a nível nacional para diferentes áreas.

O próximo ponto se trata do assunto de prevenção. Apesar das mudanças ocorridas nos últimos anos, admitem que os programas de prevenção agem, ainda, como uma mensagem de diabolização da droga, o que não impede, por exemplo, que jovens

---

<sup>96</sup> O IDT, a nível central e/ou regional, deve criar um conjunto de incentivos que tornem “apetecível” e estimulante a escolha de enveredar por um processo de acreditação e melhoria da qualidade. Deve-se dar oportunidades a quem deseje implementar processos de mudança e de inovação, desde que estes sejam baseados em critérios de avaliação rigorosos.”(PNCDT pg36)

que usem drogas de maneira recreativa passem a usá-la de maneira insubstituível nos momentos de lazer. Os objetivos gerais dessa parte do relatório são: aumentar o conhecimento sobre substâncias psicoativas, através da implementação de programas de disponibilização de informação a agentes interessadas em ingressar na área, para estimular mais estudos sobre as diversas relações das drogas com indivíduos e melhorar os instrumentos de diagnóstico rápido para situações locais.

Criações de método tecno-científicos, ou seja um remodelamento em questões de sites e programas com viés tecnológico, incluindo métodos de acompanhamento e aumentando a oferta destas. A otimização do programa Linha Vida (linha telefônica para suporte a toxicodependentes e interessados) é mencionado diretamente, sendo necessário evoluí-lo para disponibilizar chats virtuais e blogs.

Outros programas que sugerem desenvolver, a fim de “Aumentar a abrangência, a acessibilidade, a eficácia e a eficiência dos programas de prevenção (PNDCT, pag. 38)” incluem sensibilizar a sociedade como todo nos riscos da utilização de substâncias psicoativas, promover desenvolvimento geral em áreas de intervenção complementar, implementar planos no meio escolar que envolva a família, feita como criação do Programa Nacional de Saúde Escolar e o programa Escola Segura, assim como adição no conteúdo curricular dos colégios para que os assuntos de prevenção existam nesse meio, identificar, por base de diagnósticas, a necessidade de programas específicos baseados na territorialidade, aumentar o número de programas de prevenção seletiva e indicada, reforçar centros governamentais com conhecimento específico e aumentar a participação em projetos de cooperação internacional.

Em questões de dissuasão, tópico importante na ótica de Redução de Danos estimulou a criação das já mencionadas Comissões para Dissuasão de Toxicoddependências, ou CDTs. A criação delas fomenta justamente a ideia de que o uso de drogas provém de linhagem de ações pessoais, mas também seu contexto social, por isso buscam encontrar, nas áreas complementares, saídas para os toxicodependentes, as vezes até para meios punitivos. Os pontos principais que permeiam esta etapa do tratamento são similares aos já feitos, como a necessidade de acompanhamento adequado e com qualidade técnica.

Para tal, uma aproximação do IDT aos CDTs é considerado essencial, para assim, inclusive, harmonizar as práticas e procedimentos destas entidades. A necessidade

manter uma dinâmica de articulação entre os diferentes serviços é outro ponto repetido, e planeja-se isso por meio de articulação intraministerial liderado pelo Ministério da Saúde, além de melhoras no serviço interno do IDT. Por último, o ponto final a ser mencionado é, mais uma vez, aumentar o conhecimento na área.

Todas as mudanças sugeridas buscam a redução de riscos e minimização de danos, ponto que serão tratados diretamente no relatório. Retomando a ideia de que, apesar de abstinência ser um objetivo ideal, é necessário reformular as expectativas para a realidade pragmática de que o possível é, realmente, achar alternativas que reduzam os danos. Isso inclui prover planos de baixa participação ou exigência, como disponibilizar parafernália para o toxicodependente.

Os objetivos gerais, de acordo com o relatório, são prover uma rede global de resposta, o que significa mudanças e reforços em utilitários como Equipes de Rua, Unidades Móveis, Gabinetes de Apoio. Assegurar estruturas intermediárias, como casas de abrigo e acolhimento, para uma melhor estabilização de pacientes antes de incluí-los em programas de tratamento propriamente ditos.

Por último, recomendam uma ampliação dos CATs, tratados no capítulo anterior, para alargar sua intervenção. A preocupação com populações específicas emerge novamente, mas para que o enfoque seja feito de acordo com os contextos em que se encontram na atualidade, como nas pessoas que usam drogas por método recreativo e em espaços noturnos.

Para questões de tratamento propriamente ditas, o relatório começa elogiando as respostas feitas nos últimos anos, porém se preocupam com dificuldades apresentadas na captação de pessoas dependentes de heroína, pois estas não têm sido capturadas pelas opções de tratamento em nível satisfatório. Outra crítica feita é a falta de vagas nas grandes áreas metropolitanas do Porto de Lisboa, cujo fluxo migratório dificulta a perpetuação de medidas de acompanhamento. Apesar do foco claro no tratamento de dependentes de heroína, o relatório afirma que não conseguiu achar uma resposta satisfatória para tratar dependentes de outras drogas, porém que não admitem o vício.

Apesar de recomendado na ENLCD, a comissão considerou "não concretizada" a disponibilização de todos os programas de tratamento no meio prisional. De fato, um dos objetivos gerais, nesse documento, para as questões de tratamento é garantir que toda população tenha acesso em tempo útil a respostas terapêuticas integradas, cujas

medidas incluem a criação de uma "via verde", sistema originário nas rodovias portuguesas, onde há a atrelação de documentos ao veículo e, por isso, não precisam parar em pedágios, por exemplo. Outra medida é a tentativa de eliminar listas de espera em programas públicos, já que isso é um aumentador de frustração e constrangimento para aqueles que procuram os serviços.

A oferta desses serviços também deve ser diversificada, conseguindo atender pessoas com problemas físicos e psicossociais com acompanhamento periódico. O último ponto geral importante é a manutenção das melhorias contínuas em todos os níveis de programas e intervenções, por meio de análises investigativas e profissionais qualificados, seja onde for sua formação (através de IDT ou externamente).

Sobre questões de reinserção, que mais uma vez é apreciada com etapa no processo de tratamento, algumas características que a elas pertence: a socialização do indivíduo; reestruturação da vida pessoal; formulação de um projeto de vida sustentável e envolvimento da comunidade e família no processo. O programa "Vida-Emprego" é mencionado nominalmente, pois estabelece esta reinserção nos âmbitos sociais e profissionais. No entanto, esse documento apresenta, enfim, algumas mudanças ideológicas se comparadas ao primeiro documento apresentado neste trabalho.

Agora, na opinião da comissão, o primeiro problema que precisa ser focado é a da desinserção, que significa mudar o comportamento não necessariamente do toxicod dependente, mas sim dos círculos que ele se encontra, em especial no trabalho. É importante, inclusive, que não haja marginalização mesmo em casos em que o indivíduo possa colocar suas prioridades acima da sociedade (exemplo, um militar toxicod dependente).

Os objetivos gerais desses vetores são denominados então: garantir a transversalidade de recursos institucionais e não-institucionais, que permitam o desenvolvimento de projeto de vida responsável. Garantir participação global no processo de reinserção, com ajuda de parceiros externos, que precisariam ter o apoio do Ministério do Trabalho e Solidariedade Social e com apoio da Defesa Nacional e do Ministério da Justiça, para a entrada no meio militar e prisional, respectivamente. Os processos de reinserção necessitam, também, de melhoria contínua, com evoluções metodológicas e de conhecimento, harmonizando o que já existe e com uma melhor captação de informação.

O último assunto a ser tratado no documento são aqueles relacionados à diminuição da demanda, o que envolve o lado mais combativo na relação da sociedade com as drogas. Primeiramente, começam falando a diminuição do uso de heroína, no ponto de vista de visibilidade, por outras drogas, como haxixe e cocaína. A comissão concorda que a apreensão de drogas no mercado português envolve, também, uma parte destinada ao mercado externo. As principais mudanças consideradas foram aquelas que o governo se propôs mudar, diminuindo a taxa de condenação de traficantes-consumidores. De fato, de acordo com o relatório, dos 1.669 indivíduos condenados por causa de drogas, em 2004, 95% foram por tráfico, enquanto apenas 4% foram de traficantes-consumidores e 1% de consumidores. O número de presos por causa de descumprimento da Lei da Droga diminuiu também para o menor número desde 1997, com queda de 18% no número de inclusos, sendo eles 2.927 indivíduos. Nenhum deles era consumidor puro, e sua composição são de pessoas condenadas por tráfico (89%), tráfico de menor gravidade (8%) e traficantes-consumidores (3%).

O objetivo final do relatório é ainda bastante direto: reduzir, de forma significativa, a prevalência de consumo na população, tendo em vista as várias preocupações humanas já prestigiadas. As recomendações incluem: aumentar a cooperação com a Europol, Eurojust e outras organizações para o combate ao tráfico; combater a atividade criminosa em questões de precursores químicos da droga e a manutenção de esforços de identificação de operações de lavagem de dinheiro; investigar ligações entre produção e tráfico de drogas com terrorismo; capacitar a formação dos serviços de aplicação da lei; aumentar o trabalho de prevenção da criminalidade associada à droga.

Termina-se, assim, o Plano Nacional Contra à Droga e as Toxicodependências. Apesar de suas determinações não terem, admitidamente, a inclusão de mudanças drásticas de paradigma, ela é uma evidencia clara sobre como os problemas de droga precisam de uma manutenção de longo prazo, com ajustes feitos a fim de entrar incisivamente nas áreas de problemas. Mais uma vez fica claro a ideologia de querer diminuir os custos não observáveis e não diagnosticáveis, como o bem-estar do indivíduo, por trás de ações em geral não intrusivas e abrangentes.

Para o final, os objetivos gerais do documentos serão mostrados e se originalmente esses pontos serviriam de abertura para o PNCDP, com as mudanças

específicas aparecendo depois, agora servem para visualizar, mais uma vez, o quão abrangente foram as mudanças propostas pelo seus autores: 1. Reorganizar e aumentar a abrangência do Sistema Nacional de Informação sobre Droga e Toxicodpendência; 2. Reduzir a oferta aumentando a captura dos traficantes; 3. Desenvolver uma nova geração de iniciativas e de programas de prevenção com os municípios, as famílias, as escolas, os clubes desportivos, as associações, os locais de diversão (bares, discotecas, etc) e as empresas; 4. Melhorar os sistemas de redução de riscos e de minimização de danos através do desenvolvimento das linhas de acção já prosseguidas (programa de substituição, troca de seringas, campanhas pelo uso do preservativo, etc); 5. Enriquecer os serviços prestados – em diversidade dos públicos-alvo e na regulação dos padrões terapêuticos adoptados – actualmente oferecidos pelas redes de centros de tratamento ou de dia e pelas comunidades terapêuticas, melhorando também os sistemas de acompanhamento e avaliação; 6. Lançamento de um novo espectro de iniciativas para reduzir o estigma social da droga junto dos empregadores e promoção da reinserção social e laboral; 7. Reorganização do IDT e estabelecimento de novo modelo de cooperação interministerial; 8. Clarificar prioridades para os esforços de formação e de investigação, passando a potenciar melhor os seus resultados.

Como na era anterior, o documento apresentado veio com uma série de propostas mais concretas sobre o que se pretendia alcançar com as mudanças. Estas propostas são vistas no “Plano de Acção Horizonte - 2008”, cujos pontos são descritos como “Resultados a atingir”. Iremos, então, complementar as informações de acordo com o resultado publicado pelo IDT, onde a avaliação dessas propostas foi feita, no do documento de avaliação interna.

Existe um terceiro documento com propostas e planos similares, mas a sua avaliação está incluído e é integral para o estudo dessa terceira etapa, caracterizado pela publicação *Plano Nacional Para Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências*, não será feito no presente momento, dado que seus focos são alterados e mereceriam apreciação diferenciada, além de estarem em acção atualmente e, portanto, não completamente implementadas. Antes, há de se ressaltar alguns comentários feitos na análise SWOT divulgada, pois já demonstram os resultados mais diretos da *Plano Nacional contra as Drogas e Toxicodpendência* e do *Plano de Acção Horizonte 2008*.

Começaremos com os Pontos Fortes, em que já se evidencia melhora na capacidade de comunicação interinstitucional, ponto longamente discutido como problema durante o documento. Com a criação do Plano de Acção, os objetivos e práticas puderam ser facilmente identificadas e, portanto, ajudaram a melhorar a convergência e compartilhamento de informações. O documento também considera um ponto forte as políticas de ressocialização e redução de riscos.

Do outro lado, a quantidade de objetivos por vezes atrapalhava na priorização de certas informações, assim como sua monitoração. Não houve completa implementação dos planos propostos, muito por causas de “envolvimento insuficiente” de entidades<sup>97</sup>. Existia certa resistência de parceiros internos em adicionar causas de Redução de Risco e Minimização de Danos. Nas áreas de Oportunidade, inclui-se a crescente importância de Portugal nos sistemas de Cooperação Internacional, além da inclusão de problemas salientados do uso de álcool nas mãos do IDT. Como ameaça, há a inclusão da falta de programas de dissuasão, assim como o alargamento da rede atendida (por exemplo, a inclusão de alcoólicos), causando transtornos em matérias de redução de riscos. Podemos começar a falar, então, dos resultados do programa. Ao todo foram anunciadas 246 ações pretendidas, com 210 executadas, 18 parcialmente, 14 não executadas e 4 não consideradas<sup>98</sup>. Não se é pretendido falar sobre todas elas, pois afinal, estão compreendidas em 19 resultados gerais já mencionados.

O primeiro é ponto é “Assegurar a efectiva implementação das estruturas de coordenação do combate à droga e à toxicodependência”. Isso foi possível graças a criação de diversas entidades, incluindo a Comissão Técnica do Conselho Interministerial, que gerencia outras 11 Subcomissões em múltiplas áreas, como Acompanhamento e Avaliação. A mobilização dessas subcomissões facilitou o atendimento de profissionais e entidades, criando ganhos públicos. A transformação e cimentação do Instituto da Droga e da Toxicodependência como órgão principal para criação e promulgação de programas absorveu outras entidades públicas no país.

O segundo resultado esperado era “Aumentar a capacidade de influenciar as decisões tomadas nas várias instâncias internacionais e regionais de cooperação, melhorando assim a eficácia da intervenção nacional.” A crescente importância de Portugal no cenário europeu se deveu, em não pequena parte, na tomada da Presidência

---

<sup>97</sup> PLANO DE ACCÇÃO – HORIZONTE 2008 - RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO INTERNA – pág. 19

da União Europeia, o que permitiu a implementação de políticas similares às adotadas em Portugal, mas em especial permitiu um melhor foco na detenção de ligações tráfico que chegavam ao país, em particular, das drogas provenientes da África Ocidental.

O terceiro resultado pretendido é similar, na ideia de maior projeção portuguesa no cenário mundial, como fortalecer a participação de Portugal nos fóruns internacionais que abordam o fenómeno das drogas – estratégia, aliás, que também espelha a alastramento dos seus planos para a Europa. Diz o documento que a promoção de políticas de troca de informação promove aproximação operacional das entidades de segurança, aumentando a importância do tratamento no sistema penal e preocupação com uso e distribuição pública. Além disso, diversas conferências foram tratadas, lideradas pelo IDT, sobre o assunto (“Desenvolver as relações de cooperação em matéria de luta contra a droga, no âmbito dos mecanismos multilaterais e bilaterais existentes”). Também envolve práticas com participações internacionais, mais um vez demonstrando que a ideia promovida do documento, de que o fenómeno da droga deve ser combatido unificadamente. Acordos com o Brasil para pesquisa no chamado *Projecto da Rede de Pesquisa sobre Drogas*, criado “com o objectivo de promover a formação, o intercâmbio e a descentralização de recursos humanos em pesquisa sobre drogas”. Outros acordos de cooperação de trocas de informação foram feitos, com Venezuela e os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa.

No que se refere aos processos de Informação, Investigação, Formação e Avaliação, começamos com o objetivo “Contribuir para um maior e melhor conhecimento do fenómeno das drogas e das toxicodependências e para a melhoria contínua da qualidade da informação, de forma a apoiar a intervenção e a decisão e a contribuir para a melhoria dos resultados obtidos”. Para tal, foi feita uma reformulação do Sistema Nacional de Informação sobre Drogas e Toxicodependências, (SNIDT) em que se pôde armazenar um Sistema de Informação Multidisciplinar. Reajuste dos instrumentos de recolhe dados em CTs e CDs e um maior investimento para a identificação de doenças. Também foi investido em processos de harmonização de indicadores relativos a respostas dos serviços. Inúmeros processos são elogiados em questões de investigação, alguns dos quais incluídos aqui, como ESPAD, inquéritos das prisões (que foram usados pelos Drug Situation Report do European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) entre outros. Por último, o relatório creditou ao enfoque

na formação de melhor profissionais para uma melhora na área de combate da procura e da oferta.

As questões judiciais se encontram em “Clarificação do quadro e relacionamento institucional” e envolvem mudanças legislativas para financiar projetos, regulamentar mudanças, entre outras. Em áreas de missão, mais especificamente em questões de redução de procura, ganham destaque temáticas como “Redução quantificável do consumo de drogas, da toxicodependência, dos riscos para a saúde e dos riscos sociais relacionados com as drogas”.

O relatório afirma que a redução da procura de jovens é um marco dos avanços (de 2002 para 2008), fato que é retratado nos resultados demonstrados. O mesmo vale para a população em geral, fato que também será apresentado aqui. Outros dados não relatados explicitamente, mas que o argumento enumera são as quedas no uso de drogas endovenosas, cenários de exclusão e diminuição da prevalência de drogas em consumidores problemáticos, assim como os avanços na relação AIDS/droga e nas mortes com relação a drogas, ambos também prestes a serem demonstrados. “Aumentar a qualidade da intervenção preventiva através do reforço da componente técnico científica e metodológica.” Este ponto é relativamente simples, e se trata de avanços na maneira como diagnósticos são feitos em postos de saúde, facilitando o recolhimento de informações, podendo assim produzir os melhores planos e metodologias. A criação de programas e objetivos gerais é feita para que haja melhor convergência de planos e para melhor adquirir dados. Existe também a preocupação de melhor avaliar a continuidade dos programas de prevenção. “Aumentar a abrangência, a acessibilidade, a eficácia e a eficiência dos programas de prevenção” fala dos meios de comunicação criados com esse tema, incluindo um site (tu-alinhas.pt), voltado para o público juvenil, assim como um investimento na Linha Vida (prevenção/assistência por telefone). No mais, se descreve a continuação de programas focados em deixar drogas fora de áreas escolares.

Voltando para questões de segurança, temos “Garantir a eficiência na aplicação da lei, assegurando o acompanhamento adequado, justo, com qualidade técnica e que vá ao encontro das necessidades efectivas dos indiciados consumidores”. Nele se confere preocupação pelo aumento no número de processos até 2008 (dado demonstrado), porém reafirmam o desejo de fazer com que o processo prático de testes seja cumprido.

“Promover e garantir a articulação entre serviços com responsabilidades e/ou implicações na aplicação da lei” foi garantida pela criação da Subcomissão de Dissuasão da Toxicodependência, em que se harmoniza as atuações pelas entidades do governo (da polícia a tribunais). Por último, no vetor de Redução de Riscos e Minimização de Danos, “construir uma rede global de respostas integradas e complementares, no âmbito da redução de riscos e minimização de danos com parceiros públicos e privados” contou com a ajuda das Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), uma ONG cujo objetivo é juntar pessoas e entidades privadas no financiamento de programas sociais, estratégias especializadas para cada localidade, podendo assim, haver mais absorção das informações em pessoas não alcançadas pelo governo. Também elogiam o tratamento feito pelos trabalhos sócio sanitários, que incluem disponibilização de material para uso seguro de drogas e preservativos.

“Disponibilizar programas de redução de riscos e minimização de danos a grupos específicos.” Os grupos específicos em questão são aqueles relacionados ao sistema prisional e jovens, então programas como Escola Segura e Ala Segura são reconhecidos. Sobre os jovens, houve a preocupação em alargar o conhecimento difundido sobre uso de drogas, em especial os sintéticos, criando linhas estratégicas com organizadores de eventos.

No tratamento, as medidas são diretas: “Garantir a toda a população que o deseje o acesso em tempo útil a respostas terapêuticas integradas (articuladas e complementares).” São apresentados os números, refletindo uma maior absorção do sistema público de pacientes<sup>99</sup>; disponibilizar uma oferta de programas de tratamento e de cuidados diversificada, abrangendo um amplo leque de abordagens psicossociais e farmacológicas, orientadas por princípios éticos e pela evidência científica, que envolve uma melhora a assistência a grupos como grávidas e/ou com recém-nascidos, assim como a assistência em casos de abuso conjunto de drogas lícitas ou ilícitas; e implementar processo de melhoria contínua da qualidade a nível de todos os programas e intervenções terapêuticas. Através da criação de linhas de orientação técnica para os diferentes tipos de intervenção, assim como uma qualificada avaliação para tal linha.

---

<sup>99</sup> aumento de novos utentes em primeiras consultas, passando de 5023, em 2004, para 5124, em 2007, do número de utentes atendidos em tratamento, passando de 30.266, em 2004 para 34.266, em 2007, do número total de consultas realizadas, passando de 379.172, em 2004, para 472.913, em 2007 e do número médio de consultas por utente, que passou de 12,5, em 2004, para 13,8, em 2007 - PLANO DE ACÇÃO – HORIZONTE 2008 - RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO INTERNA – pág. 40

Nas questões de reinserção, “Garantir a abrangência e a transversalidade dos recursos institucionais/não-institucionais da Reinserção nas várias áreas de vida do cidadão, de forma a facilitar o desenvolvimento de projectos de vida responsáveis e responsabilizantes”. Muito é dito sobre essa etapa, mas ela é, basicamente, um apelo para uma contínua valorização de trabalhos multidimensionais também nos casos de inserção, incluindo auxílio em questões de trabalho, sustento, família e prevenção de recaídas, como a criação do programa Vida Emprego, cujo objetivo é empregar pessoas toxicodependentes. Outras associações, de colaboração publico-privada, também são mencionadas.

Continuando, outro resultado pretendido é “Potenciar a Reinserção enquanto processo global, implicando todos os actores na óptica da abordagem e das respostas integradas, através de uma gestão participada e efectiva.” E isso foi feito no estabelecimento de um corpo teórico, para melhor estudo das técnicas de reinserção.

O último ponto a ser tratado, em questões de resultados diretos que o Plano de Ação pretendia atingir, se refere ao eixo de redução de oferta: “Reduzir de forma significativa a prevalência do consumo de drogas entre a população, bem como os prejuízos a nível social e para a saúde causados pelo consumo e pelo comércio de drogas ilegais e assegurar, tendo em consideração as conquistas e valores em termos de direitos e liberdades fundamentais, um elevado nível de segurança para o público em geral, tomando medidas contra a produção e o tráfico de drogas e o desvio de precursores (incluindo o transfronteiriço) e intensificando as medidas de prevenção contra a criminalidade relacionada com a droga através da cooperação eficaz, firmada numa abordagem conjunta, com as forças de outros Estados”. Aqui, tratam de números que serão demonstrados, refletindo um aumento nos esforços de captura e apreensões de drogas.

Podemos enfim, demonstrar, por meio de indicadores e números continuamente apresentados por este trabalho, o cenário em que Portugal estava antes da última etapa, ainda em atuação. Eles também terminarão de moldar o que foi dito no documento de avaliação do *Plano de Acção Horizonte 2008*. Voltamos, então para os dados entre 2005 e 2012, adquiridos através de diversos relatórios do EMCDDA dessa época, que serão unidos para uma demonstração singular. Por se estar considerando grande quantidade de anos, irei dividir as informações em dois conjuntos de ano, de 2005 a 2008 e de 2009 a

2012. Começamos com os gastos que foram feitos pelo IDT, para a aplicação dos planos de ação e manutenção dos serviços.

	2005 <sup>100</sup>	2006 <sup>101</sup>	2007	2008
Gasto Executado	72.875,7	92725,9	91109,7	*39714,3

Figura 30: Orçamento IDT – Gastos de tratamento (em Milhares de Euros)

Para obter as informações sobre prevalência de drogas em jovens no colégio, foi feito um questionário para em alunos do oitavo e décimo ano, e foram coletada pelo ESPAD, mais um vez. Seus resultados de 2007 e 2011 serão apresentados.

	2007	2011
Cannabis	13%	16%
Tranquilizantes	6%	7%
Outras Drogas (exceto Cannabis)	6%	8%
Inalantes	4%	6%

Figura 31: Prevalência de drogas em jovens

Também é relatado, no documento de 2013, o estudo geral feito através de um censo nacional sobre a prevalência de drogas na população, em geral em toda população jovem e adulta. Os valores apresentados são de 2001, 2007 e 2012, contendo, então, todas as eras estudadas:

	2001	2007	2012
Cannabis	7,6%	11,7%	9,4%
Heroína	0,7%	1,1%	0,6%
Cocaína	0,9%	1,9%	1,2%

<sup>100</sup> Estimado de Drug Situation Report 2006 – Portugal - EMCDDA

\*Primeiro Semestre

<sup>101</sup> Drug Situation Report 2010 – Portugal - EMCDDA

Anfetaminas	0,5%	0,9%	0,5%
Ecstasy	0,7%	1,3%	1,3%
LSD	0,4%	0,6%	0,6%
Cogumelos	-	0,8%	0,6%

Figura 32: Prevalência de uso de drogas (15-64)<sup>102</sup>

	2001	2007	2012
Cannabis	12,4%	17,0%	14,4%
Heroína	1,1%	1,1%	0,3%
Cocaína	1,3%	2,8%	1,4%
Anfetaminas	0,6%	1,3%	0,5%
Ecstasy	1,4%	2,6%	2,3%
LSD	0,6%	0,9%	0,9%
Cogumelos	-	1,4%	1,1%

Figura 33: Prevalência de uso de drogas (15-34)<sup>103</sup>

Passando para área da saúde, veremos a evolução nas áreas de primeiro tratamento, isto é, pessoas buscando tratamento pela primeira vez. É importante ressaltar que nem todos os pacientes que entram no sistema de primeiro tratamento estão, necessariamente, envolvido com drogas e somente a partir de 2010 temos uma distinção entre paciente procurando tratamento antidrogas e de outras causas. Em geral esse número testou perto dos 50% do total, mantendo uma tendência natural crível e que possivelmente sirva para os outros anos. Veremos também os dados de pacientes em qualquer tipo de tratamento:

	2005	2006	2007	2008
Nº de Pacientes	4.844	4.745	5.124	7.019
Heroína	77%**	76%**	59,5%	51,1%
Cannabis	11%	10,8%	10,9%	10,5%
Cocaína	20%**	20,48%**	11,6%	10,8%

<sup>102</sup> Drug Situation Report 2013 – Portugal - EMCDDA

<sup>103</sup> Drug Situation Report 2013 – Portugal - EMCDDA

Figura 34: Pacientes em Primeiro tratamento e Droga causadora

104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111

	2009	2010	2011	2012
Nº de Pacientes	7.643	3.120*	2.265*	2.001*
Heroína	47,5%	54%	52,3%	33,8%
Cannabis	11,7%	21%	25,3%	38,3%
Cocaína	8,7%	12%	12,5%	17,5%

Figura 35: Pacientes em Primeiro tratamento e Droga causadora

Ao observar o número total de pacientes que buscaram algum tipo de tratamento, é importante ressaltar que em 2010 para 2011 houve uma mudança no sistema de atendimento Português, quebrando uma a tendência clara.

	2005	2006	2007	2008
Total	31.822	32.460	34.266	38.532

Figura 36: Pacientes em algum tipo de tratamento<sup>112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119</sup>

	2009	2010	2011	2012
Total	38.875	37.983	-	29.062

Figura 37: Pacientes em algum tipo de tratamento

---

<sup>104</sup> Drug Situation Report 2006 – Portugal - EMCDDA

<sup>105</sup> Drug Situation Report 2007 – Portugal- EMCDDA

<sup>106</sup> Drug Situation Report 2008 – Portugal - EMCDDA

<sup>107</sup> Drug Situation Report 2009 – Portugal - EMCDDA

<sup>108</sup> Drug Situation Report 2010 – Portugal - EMCDDA

<sup>109</sup> Drug Situation Report 2011 – Portugal - EMCDDA

<sup>110</sup> Drug Situation Report 2012 – Portugal - EMCDDA

<sup>111</sup> Drug Situation Report 2003 – Portugal - EMCDDA

\*Usuários de drogas

\*\*Dados de “Cocaína”/“Heroína” somados com “Heroína e Cocaína”

<sup>112</sup> Drug Situation Report – Portugal 2006 - EMCDDA

<sup>113</sup> Drug Situation Report – Portugal 2007 - EMCDDA

<sup>114</sup> Drug Situation Report – Portugal 2008 - EMCDDA

<sup>115</sup> Drug Situation Report – Portugal 2009 - EMCDDA

<sup>116</sup> Drug Situation Report – Portugal 2010 - EMCDDA

<sup>117</sup> Drug Situation Report – Portugal 2011 - EMCDDA

<sup>119</sup> Drug Situation Report – Portugal 2013 - EMCDDA

\*Usuários de drogas

\*\*Dados de “Cocaína”/“Heroína” somados com “Heroína e Cocaína”

O último dado relevante a área de saúde pública apresentado aqui tem a ideia de seguir dando importância aos programas de substituição, cuja importância na sociedade cresce ano a ano.

	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>
<b>Com Metadona</b>	11.241	12.289	13.159	14.111
<b>Com Buprenorfina</b>	4591	4.545	4.623	4.704

Figura 38: Pacientes em programas de substituição

	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
<b>Com Metadona</b>	15.754	16.255	16.564	20.395
<b>Com Buprenorfina</b>	4.975	4.855	4.672	3.632

Figura 39: Pacientes em programas de substituição

A seguir, seguem os dados referentes a mortes relacionadas a drogas. Esses dados, que seguiam o mesmo método desde 1998, isto é, se encontrado em um exame post-mortem a utilização de drogas, as mesmas foram incluídas no registro para o relatório do EMCDDA. No entanto, a partir de 2008, a definição de morte causada por drogas sofre uma reestruturação, com base em teste que detectem abuso de drogas post-mortem, melhorando a distinção entre overdose e outros acontecimentos. Isso explicará a mudança drástica nos valores<sup>120</sup>.

	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>
<b>Mortes</b>	219	216	314

Figura 40: Mortes relacionados a drogas

<sup>120</sup> “Following a strategic recommendation of the Action Plan on Drugs 2009-2012<sup>40</sup>, as well as the implementation in the last decade of several procedures to improve the quality of the national mortality<sup>41</sup> statistics, since 2009 we start to present data from the national mortality statistics of INE, I.P. Simultaneously we intensified the work on optimizing the information coming from the INML, I.P. It was possible to obtain information about the causes of direct death and manners of death of the cases with positive toxicological results for illicit substances, and thus distinguish among these, the cases of overdose” – Drug Situation Report 2013 – Portugal – EMCDDA pg 89

	2008	2009	2010	2011	2012
Mortes	20	27	26	10	16

Figura 41: Mortes relacionados a drogas (overdose)

Por se tratar de um assunto bastante importante na opinião do governo e estar intimamente ligado ao uso de drogas, apresenta-se também duas tabelas, de 2008 e 2012 respectivamente com a relação entre usuários de drogas e casos de AIDS:

Cases/Gender Age Group	AIDS Cases						
	Total Number of Cases				Drug Users		
	Total	M	F	Unkn.	Total	M	F
<b>Total</b>	<b>15 020</b>	<b>12 269</b>	<b>2 750</b>	<b>1</b>	<b>7 133</b>	<b>6 080</b>	<b>1 053</b>
≤ 14 years	117	63	54	..	2	2	..
15-19 years	164	106	58	..	94	69	25
20-24 years	1 186	881	305	..	865	678	187
25-29 years	2 804	2 238	565	1	1 980	1 651	329
30-34 years	3 117	2 627	490	..	2 012	1 747	265
35-39 years	2 605	2 190	415	..	1 329	1 170	159
40-44 years	1 766	1 504	262	..	600	530	70
45-49 years	1 104	914	190	..	165	155	10
50-54 years	798	656	142	..	44	39	5
55-59 years	491	392	99	..	10	9	1
60-64 years	376	289	87	..	..	..	..
≥ 65 years	428	353	75	..	1	1	..
Unknown	64	56	8	..	31	29	2

Figura 42: Casos de AIDS e usuários de drogas 2008<sup>121</sup>

Gender Age Group	AIDS Cases						
	Total Number Cases				Drug Users		
	Total	M	F	Unkn.	Total	M	F
<b>Total</b>	<b>17 373</b>	<b>14 029</b>	<b>3 343</b>	<b>1</b>	<b>7 801</b>	<b>6 653</b>	<b>1 148</b>
≤ 14 years	144	78	66	..	2	2	..
15-19 years	173	110	63	..	97	71	26
20-24 years	1 284	951	333	..	905	709	196
25-29 years	2 994	2 373	620	1	2 057	1 712	345
30-34 years	3 440	2 875	565	..	2 149	1 870	279
35-39 years	2 982	2 479	503	..	1 501	1 318	183
40-44 years	2 142	1 792	350	..	724	635	89
45-49 years	1 430	1 160	270	..	249	229	20
50-54 years	999	809	190	..	62	56	6
55-59 years	661	516	145	..	16	15	1
60-64 years	491	375	116	..	3	2	1
≥ 65 years	563	453	110	..	1	1	..
Unknown	70	58	12	..	35	33	2

Figura 43: Casos de AIDS e usuários de drogas 2008<sup>122</sup>

<sup>121</sup> Drug Situation Report 2009 – Portugal – EMCDDA pg 89

<sup>122</sup> Drug Situation Report 2013 – Portugal – EMCDDA pg 87

Chegamos à apresentação dos dados referentes a políticas de segurança pública. Primeiramente, mostrando o número de infratores, processos iniciados e finalizados (julgamentos) e, a seguir, as quais classificações se encontravam na hora do julgamento, terminando com o número de pessoas presas por causa da leis antidroga e seu percentual do total.

	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>
Infratores Presumidos	5.560	5.425	5.202	5.424
Processos Instaurados	-	2.366	5.580	8.573
Julgamentos	-	1.288	1.287	1.163

Figura 44: Processos<sup>123,124,125</sup>

	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
Infratores Presumidos	6.318	6.320	6.178	-
Processos Instaurados	4.064	7.315	6.898	8.573
Julgamentos	1.360	1.483	1.629	1.616

Figura 45: Processos

	2005	2006	2007	2008
Traficantes	3.308	3.047	2.774	3.138
Traficantes- Consumidores	2.252	2.359	2.424	2.286

Figura 46: Categorias enquadradas aos infratores<sup>126</sup>

<sup>123</sup> Drug Situation Report 2008 – Portugal – EMCDD

<sup>124</sup> Drug Situation Report 2012 – Portugal – EMCDD

<sup>125</sup> Drug Situation Report 2013 – Portugal – EMCDD

<sup>126</sup> Drug Situation Report 2012 – Portugal – EMCDD

	2009	2010	2011	2012
Traficantes	3.733	3.679	3.545	-
Traficantes-Consumidores	2.615	2.615	2.636	-

Figura 47: Categorias enquadradas aos infratores<sup>127</sup>

	2008	2012
Presos (relacionados a drogas)	1.849	2.252
% do total	21%	21%

Figura 48: Total de presos relacionados a drogas e Porcentagem do total<sup>128,129</sup>

O detalhamento dos números acima é razoavelmente parecido ao feito no capítulo anterior. A substância envolvida durante o enquadramento dos indivíduos geralmente era o Haxixe (Variando entre 66%, em 2005, até 78%, em 2012, do total) cujo crescimento em relação a outras drogas fica mais acentuada. A heroína, por sua vez, tem estado num processo de diminuição, tendo a presença relatada em 8% dos casos em 2012, sendo que era 14% em 2008. A cocaína se manteve entre o 6-8% entre 2008 e 2012. Um tendência encontrada em 2008 foi a queda relativa do uso de heroína para condenação de indivíduos: de 52% em 1999 para 12% em 2008<sup>130</sup>. Em sequência, veremos o número de apreensões e a droga encontrada:

	2005	2006	2007	2008
Haxixe	-	2.531	2.227	2.616
Heroína	-	1.317	1.309	1.347
Cocaína	-	1.399	1.369	1.437
Liamba	-	341	424	383
Ecstasy	-	135	110	88

Figura 49: Número de apreensões por droga encontrada<sup>131</sup>

<sup>127</sup> Drug Situation Report 2012 – Portugal – EMCDD

<sup>128</sup> Drug Situation Report 2008 – Portugal – EMCDD

<sup>129</sup> Drug Situation Report 2012 – Portugal – EMCDD

<sup>130</sup> “The trend, initiated in 1998, of the decreasing importance of heroin related convictions, continued, (12%, 14%, 16%, 18%, 24%, 28%, 40%, 44%, 45%, and 52% of the cases, respectively in 2008, 2007, 2006, 2005, 2004, 2003, 2002, 2001, 2000 and 1999);” Drug Situation Report 2008 – Portugal – EMCDD – pg 101

<sup>131</sup> Drug Situation Report 2013 – Portugal – EMCDD

	2009	2010	2011	2012
Haxixe	3.144	3.063	3.093	3.298
Heroína	1.421	1.462	1.169	971
Cocaína	1.475	1.599	1.386	1.238
Liamba	568	533	660	816
Ecstasy	63	86	95	101

Figura 50: Número de apreensões por droga encontrada

Para constar como apreensão de drogas, repete-se a forma de contabilização passada, isto é, toda vez que é encontrada mais de 100g para heroína e cocaína e 1kg para cannabis, é creditada como apreensão. Sobre as quantidades apreendidas:

	2005	2006	2007	2008
Heroína	-	144.295	61.669	68.090
Cocaína	-	34.477.476	7.362.975	4.877.905
Haxixe	-	8.503.664	44.623.450	61.262.140
Liamba	-	151.915	133.300	36.634
Ecstasy (pílulas)	-	133.290	70.591	70.309

Figura 51: Quantidade apreendida por droga (em gramas)<sup>132</sup>

	2009	2010	2011	2012
Heroína	128.073	46.947	72.908	65.541
Cocaína	2.697.083	3.244.350	3.678.217	4.019.866
Haxixe	22.965.577	34.773.666	14.632.884	18.314.067
Liamba	5.044.569	40.079	107.873	49.390
Ecstasy (pílulas)	8.987	48.370	7.791	73.887

Figura 52: Quantidade apreendida por droga (em gramas)

<sup>132</sup> Drug Situation Report 2013 – Portugal – EMCDD

Finalmente, para concluir a etapa de apreciação do mercado da droga, o preço das substâncias.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Heroína	42,17	37,57	33,25	36,62	35,32	35,74	28,04
Cocaína	45,73	44,65	45,56	47,44	46,00	50,07	48,01
Haxixe	2,18	3,45	3,28	2,99	3,59	3,12	3,03
Liamba	2,15	4,70	5,09	6,22	-	-	-
Ecstasy (por pílula)	3,18	3,20	2,80	-	3,68	-	-

Figura 53: Preço (em euro) das drogas em Portugal (Por grama)<sup>133</sup>

As tendências de mudança de pureza das drogas também são confirmadas no relatório. Para o cannabis e o ecstasy, a pureza tem aumentado. Já para heroína, na sua forma química base, a pureza tem diminuído.

<sup>133</sup> Drug Situation Report 2013 – Portugal – EMCDD

#### 4. Conclusão

Portugal é visto hoje como ícone no tratamento governamental sobre as drogas. Muitos periódicos, tais como *The Economist*<sup>134</sup>, *The Guardian*<sup>135</sup>, *Time*<sup>136</sup>, *New York Times*<sup>137</sup>, *France TV*<sup>138</sup> entre outros, veículos que tratam as políticas feitas no país como sucesso.

Em minha opinião, a principal conclusão que pode ser tirada de todo este processo é a necessidade de se retirar o estigma da Droga na sociedade. Podemos ver isso presente diversas vezes, em especial no primeiro documento, a *Estratégia Nacional de Luta contra as Drogas*, em que se encontram convictos que um dos potencializadores do processo malicioso de consumo de drogas vem da marginalização feita por pessoas e instituições para com pessoas que abusam das substâncias ou até mesmo daquelas que já superaram o problema. Se um indivíduo tem a certeza de que o sistema não o penalizará por suas escolhas individuais, sua tendência será, naturalmente, de confiar mais no mesmo, evitando assim o que é, indiscutivelmente, a pior consequência da exclusão e marginalização de pessoas: a morte delas. Entre 2006 e 2010, no Brasil, 40.692 pessoas morreram<sup>139</sup> pelo uso de drogas lícitas ou ilícitas, média de 8 mil por ano e esse número é subestimado, pois na opinião do então presidente da Confederação Nacional dos Municípios, Paulo Ziulkoski, “não há uma cultura de informação dos médicos”. Não estão incluído, ainda, o número de pessoas que morrem por causa de confrontos entre policiais e traficantes, problema absolutamente intertemporal encontrado no Rio de Janeiro, no Nordeste e em vários lugares no Brasil e no Mundo.

Seguindo ainda essa linha de falta de conhecimento, há ainda, em múltiplos e diversos círculos, um desconhecimento sobre processos de toda natureza, de administrativos e até patológicos, em relação às drogas e que devem ser consideradas

---

<sup>134</sup> “Harm reduction is the right way to treat drug abuse” -

<https://www.economist.com/europe/2018/11/24/harm-reduction-is-the-right-way-to-treat-drug-abuse>

<sup>135</sup> “Portugal’s radical drugs policy is working. Why hasn’t the world copied it?” -

<https://www.theguardian.com/news/2017/dec/05/portugals-radical-drugs-policy-is-working-why-hasnt-the-world-copied-it>

<sup>136</sup> “Want to Win the War on Drugs? Portugal Might Have the Answer” -

<http://time.com/longform/portugal-drug-use-decriminalization/>

<sup>137</sup> “Opinion | How to Win a War on Drugs” -

<https://www.nytimes.com/2017/09/22/opinion/sunday/portugal-drug-decriminalization.html>

<sup>138</sup> “Au Portugal, la dépenalisation des drogues est un succès” - [https://www.francetvinfo.fr/sante/drogue-addictions/cannabis/au-portugal-la-depenalisation-des-drogues-est-un-succes\\_2511975.html](https://www.francetvinfo.fr/sante/drogue-addictions/cannabis/au-portugal-la-depenalisation-des-drogues-est-un-succes_2511975.html)

<sup>139</sup> <https://ciencia.estadao.com.br/noticias/geral,consumo-de-drogas-legais-e-ilegais-mata-8-mil-pessoas-por-ano-no-pais,831451>

com prioridade pelo governo. De fato, a preocupação primordial na composição dos documentos em Portugal foi reconhecer a própria insuficiência dos meios existentes e empenhar-se para tratá-los, a partir da criação do Instituto da Droga e da Toxicodependência, dando assim uma ligação direta para todos aqueles envolvidos com o assunto. A importância de uma figura central no assunto é especialmente importante, pois é preciso haver a aceitação por parte de governos mundo a fora, e também no Brasil, de que a droga deve ser tratada em diversas frentes diferentes, com preocupações sim de segurança e saúde, mas também em frentes sociais, psicológicas e comportamentais. O Brasil ainda não possui um observatório especializado no assunto.

Fica retratada com bastante ênfase, também, a necessidade de um trabalho internacional e cooperativo para enfrentar o tráfico ilegal. As drogas são um problema macroeconômico, cuja solução não será encontrada em programas nacionais individualistas. Portugal soube identificar as portas de entrada e, mais importante, trabalhou em conjunto com países europeus, africanos e latino-americanos para não só um combate mais eficaz, mas também para que a troca de informações seja estimulada, facilitando o trabalho das forças de patrulha e segurança. Uma das razões pela qual o número e quantidade apreendida tem aumentado vem justamente dessa mobilização governamental neste assunto.

De acordo com os relatórios já aqui apresentados, apesar de descriminalizado em 2000, Portugal tem menos usuários jovens em uso prevalente de drogas. Aliás, sejam os números específicos para estudantes ou da população em geral, a descriminalização de drogas não apresentou nenhum tipo tendência de aumento significativo, pelo menos em termos gerais, exceto, talvez da cannabis para a população portuguesa. Ainda, pode se observar que houve um processo de diminuição no uso de drogas mais potentes como a heroína e a cocaína.

É difícil apontar, exatamente, uma causa para esse tipo de comportamento, não podendo, no momento, discernir efeitos da divulgação de informação, da diminuição da marginalização ou mesmo da melhora dos serviços, mas não é infundada a ideia de que todos estes processos podem ter tido efeito nesse processo.

A quantidade de pacientes é uma questão interessante, pois até 2009, além do tratamento a pacientes usuários de drogas ilegais, os relatórios incluíam pessoas que procuravam o sistema de Primeiros Tratamentos também por causa de bebida. No

entanto, pegando esses números desde 2000 e da descriminalização, não houve aumento no número desses pacientes, pelo menos até o meio da época estudada, no entanto é turva a razão pelo seu crescimento, pois nessa época houve ao aumento da preocupação com a bebida.

Nos últimos três anos, de 2010 a 2012, quando começaram a diferenciar os pacientes, temos, inclusive, uma queda do número de pacientes procurando ajuda. Queda aparece também na quantidade de mortos com ingestão de drogas com o passar do tempo, o que poderia ser explicado, também, pela mudança de percepção da sociedade como todo em relação aos usuários de droga. A busca por tratamentos é considerada um sucesso, com os processos de substituição podendo acontecer até me farmácias, por exemplo, ajudando na expansão da oferta desse serviço. O fácil acesso a esse tipo de tratamento possibilita uma série de melhoras para a população, que não precisa arcar com custos de longas transições urbanas.

Em questão de segurança, talvez o dado mais relevante seja a constante queda da participação de presos por causa de drogas. Isso se deve, em primeiro lugar e obviamente, pela falta de prisões feitas para os consumidores de drogas ilegais, os “usuários”. De 2001 para 2004, a queda foi de 17%, quase que deixando pela metade o número de presos, trazendo benefícios que podem ser úteis até para a sociedade brasileira, cujas celas superlotadas e o sistema judicial abarrotado poderiam usar de uma folga, em pelo menos um dos lados mais problemáticos da sociedade.

A preocupação com esses pacientes e seu bem estar, incluindo tratamento para aflições de abstinência, por exemplo, ainda parecem longe da nossa realidade, mas a sua utilização pode ter sido relevante para a queda de do número de usuários de drogas pesadas. Em pacientes com AIDS, outro grupo considerado em situação vulnerável, a parcela de pessoas também usuárias caiu, graças aos diversos programas de informação e precaução criados pelo governo e citados aqui.

Se a quantidade e número de apreensões sobem com o tempo, isso vem da maior preocupação de Portugal em combater esse problema de uma forma mais técnica e especialista, além dos diversos processos de cooperação criados. Talvez isso seja prova de uma maior eficácia do seu planejamento, incluindo a parte que oficiais de justiça não precisam se preocupar, pelo menos no mesmo grau de severidade, com usuários simples de drogas ilícitas.

As maiores mudanças, pelo menos neste trabalho, com poder descritivo limitado, foram as de paradigma. A aceitação de que o conhecimento da área, em suas múltiplas faces, era inadequado e insuficiente foi o primeiro passo para Portugal construir as suas políticas descriminalizantes. Se ainda não é possível um tratamento efusivo, completo e mais humano para todos no Brasil, é necessário, pelo menos, uma abertura de um diálogo claro, informado e coerente sobre as opções de como lidar com as drogas. Portugal mostra que se preocupar primeiro com a própria pessoa pode causar grandes avanços.

## Referências bibliográficas

DOMOSŁAWSKI, Artur. **Drug Policy in Portugal: The Benefits of Decriminalizing**. Disponível em: < <https://www.opensocietyfoundations.org/reports/drug-policy-portugal-benefits-decriminalizing-drug-use> > . Acesso em 10 dez. 2018.

BARBOSA, Jorge. **A emergência da redução de danos em Portugal: da 'clandestinidade' à legitimação política**". Revista Toxicodependências. 15 (1), 33-42.

CFA Institute. **Standards of Practice Handbook**, 11th Edition. Disponível em: < <https://www.cfainstitute.org/en/ethics/codes/standards-practice-handbook> > . Acesso em 10 dez. 2018.

DA ANGRA, Cândido; Paulo Fonseca, Ernesto; Quinto Jorge; Poiares, Carlos (1997) – **A Criminalização da droga: Da emergência à aplicação da lei**. Disponível em: < [https://sigarra.up.pt/fpceup/pt/pub\\_geral.pub\\_view?pi\\_pub\\_base\\_id=115641](https://sigarra.up.pt/fpceup/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=115641) > . Acesso em 10 dez. 2018.

EMCDDA. **Portugal Drug Situation**. Disponível em: < [http://www.emcdda.europa.eu/publications-database?search\\_api\\_views\\_fulltext=Portugal](http://www.emcdda.europa.eu/publications-database?search_api_views_fulltext=Portugal) > . Acesso em 10 dez. 2018.

GONÇALVES, Ricardo; Lourenço, Ana & Da Silva, Sofia Nogueira. **A social cost perspective in the wake of the Portuguese strategy for the fight against drugs**. Disponível em: < <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S095539591400231X> > . Acesso em 10 dez. 2018.

Governo Português/IDT. **Plano de Acção Contra as Drogas e as Toxicodependências: Horizonte 2008**. Disponível em: < [http://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD\\_PUBLICACOES/Attachments/42/plano\\_accao\\_horizonte\\_2008.pdf](http://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/42/plano_accao_horizonte_2008.pdf) > . Acesso em 10 dez. 2018.

Governo Português/IDT. **Plano de Acção: Horizonte 2008 Relatório de Avaliação Interna**. Disponível em: < [http://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD\\_PUBLICACOES/Attachments/33/P\\_A\\_horizonte\\_2008\\_relatorio\\_avaliacao\\_interna.pdf](http://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/33/P_A_horizonte_2008_relatorio_avaliacao_interna.pdf) > . Acesso em 10 dez. 2018.

Governo Português/IDT. **Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicodependências**. Disponível em: < [https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Plano\\_Nacional\\_contra\\_a\\_Droga\\_e\\_as\\_Toxicodependencias\\_2005\\_2012.pdf](https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Plano_Nacional_contra_a_Droga_e_as_Toxicodependencias_2005_2012.pdf) > . Acesso em 10 dez. 2018.

Governo Português; QUINTANILHA, Alexandre Tiedtke. **Estratégia Nacional de Luta Contra Droga**. Disponível em: < [http://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD\\_PUBLICACOES/Attachments/48/E\\_Ncomissao.pdf](http://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/48/E_Ncomissao.pdf) > . Acesso em 10 dez. 2018.

GRAND, Jean-Paul; BREEKSEMA, Joost J. **Drug Policy in The Netherlands**. Disponível em: <

[https://www.researchgate.net/publication/317167175\\_Drug\\_Policy\\_in\\_The\\_Netherlands](https://www.researchgate.net/publication/317167175_Drug_Policy_in_The_Netherlands) >. Acesso em 10 dez. 2018.

GREENWALD, Glenn. **Drug Decriminalization in Portugal**. Disponível em: <<http://www.ablemesh.co.uk/PDFs/drugdecriminportugal.pdf>>. Acesso em 10 dez. 2018.

MEJÍA, Daniel; CSETE, Joanne. **The Economics of the Drug War: Unaccounted Costs, Lost Lives, Missed Opportunities**. Disponível em: <[https://www.unodc.org/documents/ungass2016/Contributions/Civil/OpenSociety/The\\_Economics\\_of\\_the\\_Drug\\_War\\_-\\_Unaccounted\\_Costs\\_Lost\\_Lives\\_Missed\\_Opportunities.pdf](https://www.unodc.org/documents/ungass2016/Contributions/Civil/OpenSociety/The_Economics_of_the_Drug_War_-_Unaccounted_Costs_Lost_Lives_Missed_Opportunities.pdf)>. Acesso em 10 dez. 2018.

NUTT, David J. **Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis**. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21036393>>. Acesso em 10 dez. 2018.

**Relatório Anual 2004: A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências, IDT**. Disponível em: <>. Acesso em 10 dez. 2018.