ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

PROJECTO DE LEI N.º 116/IX

DEFINE AS BASES DA ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO DA TOXICODEPENDÊNCIA E DE SEPARAÇÃO ENTRE DROGAS DURAS E DROGAS LEVES

Exposição de motivos

I - Narcotráfico: um negócio protegido

Ao fim de nove décadas de proibição e repressão do consumo de estupefacientes os resultados estão à vista de todos: a toxicodependência afecta de forma grave a sociedade, quer pelas suas consequências ao nível da saúde pública quer pela criminalidade associada ao preço inflacionado das substâncias, em virtude da proibição em vigor. No nosso país, pelo menos, 17,4% da população entre os 15 e 64 anos já consumiram algum tipo de droga (Notícias IPDT, 2, Junho de 2002).

Apesar do forte investimento no aparelho repressivo dos Estados, a produção e o tráfico de drogas movem cada vez mais dinheiro e interesses. A fronteira entre este negócio ilegal e a aplicação dos lucros em actividades respeitáveis é já inexistente, dada a liberdade de movimentos dos capitais, a existência de *off-shores* e o segredo bancário que pode proteger os narcotraficantes e pode dificultar as investigações às suas operações bancárias.

Hoje em dia os mercados financeiros vivem em paredes-meias com investimentos resultantes do mercado ilegal das drogas, o que gera efeitos perigosos. Diz o documento que define a Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga, aprovado em Conselho de Ministros do anterior governo, no seu ponto 4, que «a própria dimensão do negócio ilícito da droga e a sua penetração obscura na economia legal ameaçam a estabilidade das economias e dos mercados financeiros». Por exemplo, a crise financeira japonesa foi agravada pelo crédito malparado de 800 biliões de dólares da mafia *yakuza*, que deixou vários bancos à beira da insolvência. Durante o *boom* económico dos anos 80, e aproveitando o ambiente especulativo, esta organização criminosa reinvestia os proveitos do seu negócio na construção civil e no sector imobiliário em geral, nomeadamente através de sociedades de empréstimos imobiliários.

A economia paralela que representa hoje o comércio ilegal de drogas não pode ser facilmente substituível. É o ex-director do Observatório Geopolítico das Drogas, actual consultor da União Europeia para o assunto, Alain Labrousse, quem calcula que dos lucros do mercado mundial de drogas cerca de 90% são investidos nos países ricos e apenas 10% nos países produtores. O mesmo autor não esquece que desde 1989, o ano em que as grandes potências ocidentais anunciaram medidas drásticas contra o narcotráfico e o branqueamento de capitais, mas que foram insuficientes e incoerentes, a produção de narcóticos duplicou.

A produção de drogas ilegais é hoje em dia uma das indústrias mais lucrativas à face do planeta, motivando e organizando um poderoso tráfico internacional que é protegido pela regra da clandestinidade. Em 1997,

segundo a Interpol, o comércio de drogas valeria 400 biliões de dólares, distribuídos na proporção de 90% para o traficante, 6% para o agricultor, 2% para o comerciante da matéria-prima e outros 2% para os responsáveis pela transformação do produto.

Entretanto, o consumo está generalizado nas sociedades modernas, que legalizaram e generalizaram algumas drogas no passado (cafeína, teína, etc.) e ilegalizaram outras, algumas das quais foram legais no passado (morfina e cocaína), como outras que foram produzidas mais recentemente pela indústria química (a heroína, o LSD, e os estimulantes anfetamínicos, por exemplo). Hoje em dia uma parte significativa da juventude e da população tem ou teve alguma experiência com estas drogas. A dependência extrema que algumas delas criam torna-se assim um mercado reservado e extremamente vulnerável, presa dos traficantes e das teias de corrupção que apadrinham o negócio das drogas.

A criminalidade que resulta desta situação tem-se agravado sintomaticamente nos últimos anos em todos os países. A política proibicionista e a solução repressiva têm gerado, tem facilitado e tem protegido a clandestinidade do tráfico, a manipulação criminosa da qualidade das drogas, a violência e criminalidade que estão associadas à dependência e a inconsciência da sociedade sobre o problema. A política proibicionista não pode ser considerada uma solução para o problema da droga: de facto, é parte integrante do próprio problema e é cúmplice do seu agravamento.

Novas tendências do tráfico e do consumo:

Por outro lado, a definição de uma actuação terapêutica ou preventiva a partir da mera distinção entre drogas legais e ilegais é um erro, e um erro perigoso, não apenas porque canaliza os esforços para uma repressão inconsequente, mas sobretudo porque coloca num segundo plano de perigosidade as substâncias actualmente vendidas no mercado legal. Como alerta o relatório do Órgão Internacional de Controlo de Estupefacientes (OICE) das Nações Unidas, apresentado em Janeiro de 1999, uma das preocupações centrais deste organismo é actualmente a subida do consumo de metilfenidato, um estimulante usado para tratar problemas de falta de atenção das crianças. Esta subida representa uma duplicação das vendas em mais de 50 países, sendo que nos Estados Unidos este estimulante é receitado a bebés com um ano de idade.

Depois do *boom* das últimas décadas, a produção de cocaína e heroína parece ter estabilizado, a avaliar pelas estatísticas publicadas e pelas apreensões feitas. Segundo a Interpol, 200 milhões de pessoas usam casual ou regularmente drogas ilegais - destes, 140 milhões consomem cannabis, 30 milhões usam estimulantes de tipo anfetamínico, 13 milhões cocaína e oito milhões heroína (dos quais dois milhões vivem no Paquistão). Este organismo policial calcula ainda que se produzem anualmente cerca de 5000 toneladas de ópio, 450 toneladas de heroína e 800 toneladas de cocaína. A quantificação é mais difícil no caso dos estimulantes, tranquilizantes e também da cannabis, com 3500 toneladas apreendidas em 1997. Já se vê que as políticas meramente assentes na repressão não têm razões para festejar: estas drogas estão a conquistar novos mercados e até nos países de maior consumo vêem o seu lugar

ameaçado pela nova vaga de drogas sintéticas (ecstasy e derivados anfetamínicos).

As redes de traficantes acompanham os novos tempos, modernizando a tecnologia empregue, diversificando a oferta e aproveitando a desregulamentação dos mercados financeiros para reinvestir os lucros em negócios fora da clandestinidade, o que vem tornar cada vez mais ténue a fronteira que separa economia legal e ilegal.

Deste modo, o mapa tradicional do tráfico de drogas ilegais mudou consideravelmente nos últimos anos. Não que os países produtores tenham deixado de o ser, mas as rotas do tráfico disseminaram-se por quase todo o globo, ao ponto da Comissão de Narcóticos do Conselho Económico e Social das Nações Unidas considerar toda a África como uma região de trânsito. Alguns países produtores, cujas circunstâncias tinham mudado nos últimos anos prejudicando a produção, voltam entretanto a produzir heroína, como é o caso do Afeganistão. O relatório aprovado em Viena em Março de 1999 dá outros exemplos deste fenómeno, como a expansão dos circuitos de tráfico a todo o continente americano e a cada vez mais complexa rota balcânica, que envolve novos países.

A Europa continua a ser a maior zona de destino de heroína, embora o mercado dê sinais de saturação, com a estabilização - e mesmo o recuo, em certos países - do consumo. Várias razões são apontadas para esta tendência aparente. O Observatório Geopolítico das Drogas (OGD) sugere que este fenómeno diz apenas respeito às comunidades marginalizadas, que consomem heroína injectada. Por outro lado, desenvolve-se um novo mercado de consumo por parte de cidadãos integrados socialmente, que

fumam heroína com elevado grau de pureza, sem a ocorrência de crime associado ao consumo ou recurso aos serviços de saúde. Mantendo-se fora das estatísticas oficiais, o perfil destes consumidores só é conhecido pelos seus fornecedores.

Os novos mercados da heroína mostram a mudança no funcionamento das redes do narcotráfico. Os Estados Unidos - que representam o segundo maior destino mundial - continuam a braços com o aumento do consumo, no momento em que as redes latino-americanas que abastecem o país de cocaína vão ganhando terreno na distribuição de heroína. Segundo dados publicados pela Interpol, a heroína mexicana representa já 5% do mercado total norte-americano. Da mesma forma, já não é novidade a apreensão em solo europeu de heroína produzida na Colômbia. O relatório do OGD referente a 1998 alerta para o facto deste politráfico não se restringir apenas às drogas ilegais, mas a tudo o que tem procura e margens de lucro generosas: é o caso dos materiais nucleares na Rússia e na Turquia; das armas nos Balcãs e em África; dos cigarros na Europa, Ásia ou América Latina; dos automóveis roubados na Europa de Leste ou Médio Oriente; ou dos imigrantes ilegais para a Europa ou Estados Unidos.

O fracasso da política de «guerra à droga»:

Durante anos a política oficial sobre toxicodependência resumia-se a um apelo belicista: a «guerra às drogas» devia conduzir a uma sociedade sem drogas. O resultado foi um fracasso catastrófico. Como explicava recentemente uma das grandes revistas científicas de referência no campo da medicina, *The Lancet:*

«É compreensível que os americanos tenham dúvidas sobre a «guerra às drogas». Desde os anos 70 os USA gastaram biliões de dólares num esforço essencialmente fútil para parar o influxo de drogas, aprisionaram centenas de milhares de homens e mulheres, impondo a muitos homens e mulheres longas sentenças de prisão por ofensas menores, e gastaram biliões em campanhas de escasso impacto através dos média e do sistema de educação. Se bem que os apoiantes desta abordagem agressiva argumentem com o facto de que o uso de drogas nos USA foi reduzido desde os seus picos dos finais dos 70 e 80, o abuso de drogas ilegais e de drogas prescritas é ainda difundido e manteve-se essencialmente sem alterações nos últimos anos. Parece assim que esta abordagem, se pode ser creditada pela diminuição do uso de drogas, está esgotada.» (editorial de 31 Março de 2001).

Continua o mesmo editorial do *The Lancet*:

«A alternativa é tratar o abuso de drogas como um problema de saúde pública. Tal abordagem exige o redireccionamento de muitos dos recursos legais actualmente em uso. O acesso ao tratamento, por exemplo, deve ser muito ampliado. Tem sido calculado que somente um em cada quatro das pessoas que necessitam de tratamento a dependência do álcool e drogas tem acesso aos programas nos USA. Assim, é necessário um grande aumento na despesa com os tratamentos, e deve ser aprovada legislação exigindo às seguradoras privadas que cubram adequadamente as despesas com tratamento por toxicodependência. (...) Finalmente, é necessária mais investigação para compreender a biologia, a psicologia, e a sociologia do abuso de drogas. Obviamente, isto será um esforço enorme, e que exigirá

muita coragem política. Mas estudo atrás de estudo tem vindo a demonstrar que o tratamento e a prevenção ajudam muito mais pessoas a um custo muito menor do que as medidas correntes. É tempo de que a América ultrapasse a sua cruzada moral e adopte uma abordagem de saúde pública para o problema do abuso de drogas, uma abordagem que é muito mais provável que seja bem sucedida e que será certamente mais humana.»

Ora, o problema dos Estados Unidos é sensivelmente o mesmo que se vive na Europa, e foi essa tomada de consciência que determinou alterações significativas na abordagem dominante. Em Portugal a nova política para a toxicodependência constitui uma das mais importantes decisões da anterior legislatura, decidindo privilegiar o tratamento do toxicodependente em detrimento das políticas criminalizadoras então em vigor.

Essa nova política de descriminalização do consumo respondia a uma necessidade e a uma urgência. Ao conduzir a questão da toxicodependência à autoridade policial, judicial ou prisional, as políticas anteriores condenavam-se à incompetência e inoperacionalidade, tendo como único resultado o aumento da população prisional e tendo efeito nulo em termos de prevenção, de redução de riscos ou mesmo de tratamento. Ora, o resultado destas políticas tinha sido que Portugal, em termos relativos, passara a ser o país europeu com maior taxa de incidência da toxicodependência e, entre os toxicodependentes, de maior grau de contaminação por doenças infecto-contagiosas. Era urgente adoptar outras políticas mais eficientes.

Por isso, a nova política de descriminalização do consumo foi geralmente aceite por técnicos, terapeutas, comunidades, doentes e famílias, apesar do protesto da direita que anunciou um referendo para o qual depois não conseguiu suficiente apoio popular. A população portuguesa entendeu, aceitou e apoiou esta nova orientação que procura tratar a toxicodependência como uma doença e não como um crime.

Ao longo do período de aplicação da nova legislação, verificou-se que esse consenso maioritário tornava necessário aplicar novas medidas, nomeadamente no âmbito da prevenção e redução de riscos. Nesse sentido, o Bloco de Esquerda levou a discussão em plenário da Assembleia da República, em 2001, um projecto de criação de salas de injecção assistida. Pretendia-se, com a aprovação dessa medida, evitar as overdoses e a contaminação dos toxicodependentes por doenças infecto-contagiosas e ainda facilitar o acesso a informação e a programas de tratamento. A bancada então maioritária opôs-se a esta legislação usando o argumento circunstancial de que o governo a iria adoptar a breve prazo: pouco tempo depois, o governo aprovou o Decreto-Lei n.º 183/2001, que adoptou essa medida, entre outras, tendo, no entanto, excluído as salas de injecção assistida das cadeias, onde mais eram precisas. Verifica-se agora que esse decreto ficou sem aplicação.

Por todas estas razões, impõe-se retomar e consolidar a política de prevenção e de tratamento da toxicodependência, promovendo uma estratégia de prevenção que seja articulada, multifacetada, coerente e competente na resposta aos grandes problemas.

Ao verificar-se a inutilidade de uma estratégia de prevenção baseada na desinformação («todas as drogas são iguais») ou na tentativa de criação de pânico («droga, loucura, morte»), impõe-se, pelo contrário, uma estratégia de informação serena acerca do risco e perigosidade do consumo de drogas, que mobilize os recursos indispensáveis para os programas de prevenção articulada em resposta aos diversos públicos e de tratamento que responda às suas necessidades.

Assim, o Bloco propõe uma orientação e iniciativas para a prevenção da toxicodependência, nomeadamente na definição da rede nacional de instituições públicas e privadas de prevenção e tratamento. Essa orientação conjuga-se com a política de separação entre drogas leves e drogas duras, de tal modo que se retire o comércio de derivados do cannabis do âmbito de actividade dos narcotraficantes e das suas redes de influência. De facto, essa ponte que se pode estabelecer entre os consumos de drogas leves e de drogas duras tem sido um dos instrumentos mais importantes para a extensão da venda ilegal de cocaína e de heroína, entre outras substâncias. Deste ponto de vista, essa medida é um dos pilares mais importantes de uma estratégia de prevenção da toxicodependência.

Tem sido uma das consequências do proibicionismo - só desafiado desde a aprovação da nova legislação sobre toxicodependência em 2000 - a criação da condições que facilitam aos narcotraficantes a instrumentalização de todas as dependências para uma gestão monopolista do mercado, de tal modo que possam impor e generalizar o consumo das drogas que são simultaneamente as mais caras e as que conduzem a uma

mais acentuada degradação da capacidade e autonomia individual dos consumidores.

No entanto, a experiência anterior e o fracasso do proibicionismo, como, por exemplo, no caso da proibição do álcool nos Estados Unidos, demonstram categoricamente que um dos instrumentos mais efectivos para tal estratégia é o controlo de um mercado ilegal unificado. Pelo contrário, só se previne separando.

O certo é que o uso das drogas legais está disseminado por todo o mundo, e o seu consumo tem efeitos importantes na saúde pública, sendo por vezes mais grave do que o efeito de drogas ilegais.

As drogas legais e as ilegais:

Os efeitos para a saúde do uso de algumas das drogas legais que estão disseminadas por todo o mundo não são qualitativamente distintos dos das drogas ilegalizadas. Veja-se o caso do álcool ou do tabaco, responsáveis por milhões de mortes todos os anos e para os quais a hipótese de proibição à escala mundial é posta de lado de forma categórica. A Associação Portuguesa de Prevenção do Alcoolismo calculava em 1995 que um em cada 10 portugueses é dependente do álcool, afectando com essa dependência de forma indirecta pelo menos mais uma pessoa em cada 10.

O álcool é directamente responsável pela tragédia que se vive nas estradas portuguesas e nas cenas de violência doméstica em muitos lares. Mas os sucessivos governos desdobram-se em apoios ao sector vitivinícola e fomentam a expansão das rotas de comércio dos vinhos portugueses e a sua produção em massa. Na Resolução do Conselho de Ministros n.º

166/2000, de 2 de Novembro de 2000, afirma-se mesmo que «O alcoolismo é a maior toxicodependência dos portugueses», e é verdade. As medidas adoptadas neste campo têm-se limitado a estratégias de prevenção e de informação, bem como de controlo dos preços (impostos sobre o tabaco e álcool, e outras medidas de regulação da oferta) e da qualidade da oferta.

O mesmo se passa com o tabaco, directamente responsável pelas mortes devido a problemas cardiovasculares ou pelo cancro do pulmão. Apesar da cruzada moralista que, tal como no princípio do século em relação às drogas hoje ilegais, faz hoje o seu caminho nos Estados Unidos, parece estar ainda longe um cenário de proibição. Mas é curioso ver os seus opositores argumentarem contra a proibição do tabaco com um discurso que se aplica na perfeição contra os efeitos proibicionistas em relação às drogas hoje legais.

A hipocrisia que serve de base a esta duplicidade de discursos não pode ser separada do poder económico que suporta cada um dos negócios que aqui se discutem. É evidente que para os *lobbies* dos produtores do álcool e do tabaco interessa manter a imagem da perigosidade associada ao estatuto legal: umas drogas serão condenáveis porque ilegalizadas, outras serão negócios a favorecer porque são legalizados. Enquanto assim for a sociedade vai continuar a ser encaminhada para utilizar as drogas legais de que dispõe sem ser alvo de condenação, e as formas de evasão continuarão a estar condicionadas pelas drogas toleradas pelo sistema, beneficiando com isso o próprio Estado, através dos impostos sobre o tabaco e o álcool, e lucrando as empresas que as produzem e comercializam, mesmo que os efeitos em termos de saúde pública sejam graves.

Existe ainda uma outra categoria de drogas legais, que inclui, aliás, a utilização controlada de derivados de opiáceos e de outras drogas, que são alguns dos produtos farmacêuticos com venda legalmente controlada em farmácias. Nesse caso, optou-se por regras rígidas que definem o acesso tanto a fabricantes (a indústria farmacêutica) quanto a consumidores (mediante a intermediação de pessoal qualificado do sistema nacional de saúde). É um sistema desse tipo e com esse controlo que o Bloco tem proposto para a distribuição medicamente assistida de heroína a toxicodependentes que não acedam a programas de tratamento. Serve este sistema como referência, porque se demonstrou neste caso que pode a legalização ser completamente compatível com controlo social e com protecção da saúde pública.

II - Uma nova abordagem do problema da toxicodependência

Com a legislação sobre prevenção que é aqui proposta é dado mais um passo no sentido de uma nova abordagem do problema da toxicodependência, assente exclusivamente numa perspectiva de saúde pública, afastando os consumidores do circuito clandestino, da marginalidade e das práticas de risco no consumo das substâncias em causa.

Prevenção e articulação dos serviços de saúde:

Uma aposta séria na prevenção, em particular dirigida à juventude, sem moralismos mas com informação acerca dos efeitos de cada substância para a saúde, deve estar no centro desta nova política, nomeadamente

aproveitando os recursos e verbas transferidas do aparelho repressivo e do sistema prisional. Neste sentido, subscrevemos a análise feita no relatório da Comissão de Estratégia de Combate à Droga:

«Exige-se uma alteração radical da política de informação relativamente às drogas. A informação deve evitar dois perigos em que frequentemente tem incorrido: o da banalização e o da diabolização. A desvalorização dos riscos que os consumos pressupõem aparece de braço dado com a insistência numa informação desadequada ao contexto e à população-alvo, logo sem credibilidade (ex. cartaz dizendo «defende-te, a droga mata», numa atmosfera de belicismo inconsequente, ou campanhas em tudo semelhantes ao já famoso *Just say no*, tão do agrado de alguns elementos influentes da sociedade americana). A culpabilização e discriminação sistemática dos toxicodependentes fazem-nos deslizar do estatuto de cidadãos com deveres, direitos e um problema grave a resolver para o de «objectos-problema», cujo afastamento da «parte sã» da sociedade passa a ser um imperativo na tentativa de impedir o «contágio».»

Da mesma forma, é necessária uma maior disponibilidade financeira para os tratamentos de recuperação, sobretudo dos toxicómanos dependentes de heroína e de cocaína. Libertam-se assim as energias para tratamentos mais demorados de pelo menos um ano. A lógica central deste «núcleo duro» do tratamento seriam as comunidades terapêuticas de médio e longo curso - seis meses a um ano - e não como agora as consultas avulsas.

À lógica das desintoxicações-recaídas repetidas opomos o argumento do tratamento mais consequente para os heroinómanos em programas

prolongados, com equipas integradas e multidisciplinares, com valências médicas, psicológicas, psicoterapêuticas, sócio-terapêuticas, familiares e comunitárias.

Este sistema só será adequado se for realizado em locais próprios, ligados às estruturas de saúde. O modelo mais adequado deve preservar o que já existe, sem no entanto «invadir» os centros de tratamento com a prescrição de drogas legais ou substitutas, como a metadona.

No caso da distribuição da metadona é importante que o circuito a definir não seja misturado com a actividade dos centros de tratamento. Devem ser criadas estruturas intermédias fora dos Centros de Atendimento a Toxicodependentes (CAT), por exemplo sediados em hospitais públicos ou em locais próprios onde exista um registo informatizado dos utentes - de forma a evitar dosagens repetidas - e elaboração de análises toxicológicas prévias - para evitar *overdoses* por acumulação com outros opiáceos. Estes centros podem albergar outros programas de substituição para além da metadona e devem ser alargados desde já ao meio prisional, a par da prometida e esquecida proposta de distribuição de seringas no interior das cadeias.

Da mesma forma, as estruturas a criar para efeito de disponibilização de heroína para toxicodependentes devem obedecer às mesmas regras - com registo informatizado e sob vigilância médica, e separadas dos CAT, dos locais de distribuição de metadona e de quaisquer outras soluções que tenham como objectivo o tratamento dos toxicodependentes.

Algumas destas estruturas podem ainda exercer funções de supervisão das chamadas «casas de xuto», que devem ser instaladas desde

já nos locais de consumo público, como foi até há pouco o Casal Ventoso. Estas «casas de xuto», instaladas por iniciativa pública e sob controlo médico, permitem prevenir os riscos da actual ilegalidade inerente ao tráfico, que não garante a segurança do consumidor nem a qualidade ou composição da substância a ingerir. Estes locais asseguram condições de higiene, nomeadamente através da distribuição de *kits* com os materiais necessários ao consumo que existe hoje em dia à vista de todos os que vivem ou passam pelas zonas e bairros de consumo.

Outro exemplo é o de a introdução do plano de troca de seringas nas prisões - há vários anos em curso em várias cadeias do vizinho Estado espanhol, sem que a segurança dos guardas tivesse sido posta em causa por isso. Já em Abril de 1999 dizia o então Provedor de Justiça, Meneres Pimentel:

«Entendo que, sem prejuízo do combate à entrada e circulação de droga nas prisões, e tendo presente os números de toxicodependentes e da incidência de doenças infecciosas nas prisões, a par de um juízo de prognose quanto à sua evolução, se deveria proceder à realização de estudos sobre a criação, nos estabelecimentos prisionais, de instalações próprias para a administração pelos reclusos toxicodependentes de droga por via endovenosa, dispondo de material esterilizado e de assistência médica adequada, com sistema de recepção de seringa à entrada do compartimento contra a sua devolução à saída, tendo em vista a redução dos riscos, actualmente alarmantes, de infecção em meio prisional resultante da partilha de seringas.» (30 de Abril de 1999, intervenção no

IX.º Colóquio sobre «Atitudes, Comportamentos e Toxicodependência», promovido pelo PROSALIS).

No mesmo sentido, o Bloco de Esquerda defende a importância da criação de salas de injecção assistida nas prisões, a serem criadas com as necessárias medidas de segurança.

A criação e desenvolvimento de centros de tratamento livres de drogas devem ser outra das prioridades do sistema. Nestes centros, que podem coincidir com os actuais CAT, os toxicodependentes podem atravessar uma fase de desintoxicação com uso de medicamentos, seguindo-se uma outra fase com uso de antagonistas opiáceos e, em complemento ou alternativa, a psicoterapia. Para além destes centros é igualmente urgente alargar a rede de comunidades terapêuticas estatais que recorram predominantemente ao uso da psicoterapia. Pela simples razão de que hoje em dia não existe essa rede - funcionam apenas duas comunidades terapêuticas do Estado português, com 40 camas no total -, trata-se de uma reivindicação básica para que o tratamento seja encarado como uma prioridade.

Outro problema decisivo é a incidência da toxicodependência na geração de comportamentos criminosos. Actualmente, mais de dois terços da população prisional está condenada por pequenos crimes associados aos preços inflacionados das drogas ilegais. Ao encaminhar o toxicodependente para programas de acompanhamento com prescrição médica ou de tratamento, a política proposta neste projecto de lei procura igualmente avançar na resposta ao drama nas prisões portuguesas.

Portugal com voz própria nos foruns internacionais:

Ora, com as medidas já adoptadas em Portugal e com as que agora são propostas, avança-se no sentido de uma nova abordagem do problema da toxicodependência, assente exclusivamente numa perspectiva de saúde pública, procurando afastar os consumidores do circuito clandestino, da marginalidade e das práticas de risco no consumo das substâncias em causa.

Por outro lado, Portugal deve assumir uma responsabilidade maior no debate internacional sobre toxicodependência e controlo de estupefacientes. Ao tomar a iniciativa de deixar de considerar o consumidor de drogas como um criminoso e de separar os mercados das drogas, o Estado português não abandonará a cooperação internacional no combate ao tráfico ilegal, antes mostra que a melhor forma de vencer esse combate é acentuar a prevenção, criar programas de tratamento que seja eficientes e retirar o mercado ao narcotráfico, orientando predominantemente o esforço repressivo para a identificação das transações de capitais suspeitas e dos circuitos do narcotráfico, nomeadamente as que envolvem branqueamento de capitais e a sua posterior introdução em actividades lícitas, e para a apreensão das drogas ilegais. Ao mesmo tempo, sublinha-se assim que os sistemas nacionais de saúde se devem qualificar para responder a este problema epidémico.

Neste contexto, os organismos que representam o país nos fóruns internacionais sobre o tema devem procurar aprofundar o debate sobre as políticas alternativas à repressão do consumo, no sentido de estabelecer pontes e dar apoio, com base na recente experiência portuguesa, aos países que renunciem igualmente a uma prática proibicionista repressiva sobre o

consumidor. Essa política deve ser substituída porque, a par dos trágicos efeitos para a saúde pública e para a vida de milhões de pessoas, vem desresponsabilizando os Estados e as sociedades do seu papel na prevenção da dependência de substâncias legais, por vezes indutoras de efeitos bem mais gravosos desse ponto de vista, e cuja permanência no mercado legal não é posta em causa. Não há prevenção eficiente com base na hipocrisia da promoção de drogas legais que são bons negócios e da proibição de drogas ilegais que também continuam a ser bons negócios. E não há prevenção suficientemente eficiente quanto ao uso e abuso de drogas ilegais, pela muito simples razão de que todo esse consumo se exclui da visibilidade social e ocorre num contexto de clandestinidade e reserva que o coloca à margem de qualquer campanha de informação dirigida.

O Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, na sua nota 2, de Abril e Maio de 2002, regista, aliás, que o caminho que o país adoptou depois da descriminalização do consumo de droga tem vindo a ser seguido - ou já era desenvolvido - noutros países europeus, e que tal orientação é consonante com os tratados internacionais:

«1 — As convenções das Nações Unidas sobre droga deixam espaço de manobra para que os países controlem como melhor entenderem a posse ilícita de droga para consumo pessoal, sem definirem rigidamente sanções específicas.

2 — Na UE a legislação que regula o consumo pessoal de droga varia de país para país. Nalguns países, as sanções previstas incluem penas de prisão; noutros, a posse para consumo pessoal foi descriminalizada nos últimos anos. (…)

3 — Na maioria dos Estados-membros os tribunais tendem agora a aplicar sanções não penais ao consumo e posse de droga.»

E nas conclusões desta nota insiste-se em que a política criminalizadora não deve abranger a penalização do consumo, mas somente o tráfico:

«A filosofia subjacente à Convenção de 1988 das Nações Unidas e a disposição que estipula que a detenção de estupefacientes ou substâncias psicotrópicas para consumo pessoal deve ser tipificada como infracção penal relacionam-se mais com o combate ao tráfico internacional de droga do que com a criminalização dos consumidores de droga. (…) No caso do consumo e posse de droga, a maioria dos Estados-membros recorre a mecanismos que permitem evitar a aplicação de sanções penais a uma elevada percentagem dos consumidores detidos.»

Verifica-se assim que as linhas de força da nova legislação portuguesa, adoptada em 2000, correspondem ao movimento dominante na União Europeia. Não se justificava, assim, o movimento de repulsa e de reposição da situação anterior, que o PSD e o PP procuraram gerar na sociedade portuguesa, e que, aliás, abandonaram quando abdicaram da proposta de realização de um referendo para repor a situação anterior, de criminalização do consumidor de droga.

O comércio passivo dos derivados de cannabis:

No que respeita à alteração ao Decreto n.º 61/94, que regulamenta a Lei n.º 15/93, ela justifica-se pela nova abordagem da questão da toxicodependência que se impõe ao fim de nove décadas de proibicionismo e de sete anos de vigência daquela lei.

Com esta alteração, é dado o enquadramento legal à separação dos mercados das drogas, através de instituição do comércio passivo das substâncias incluídas na tabela I-C, sujeito às regras, ao controlo e à fiscalização dos organismos competentes por lei.

Pretende-se ainda operar uma separação de mercados entre as substâncias inscritas na tabela I-C (cannabis e seus derivados) e as restantes, dado que o consumo das primeiras não se encontra directamente associado a efeitos despersonalizantes e acarreta iguais ou menores riscos para a saúde pública do que outras substâncias legais, como o álcool ou o tabaco. Tendo-se consciência de efeitos nocivos associados ao seu consumo, sobretudo em doses importantes, pretende-se prevenir através da informação e da capacidade de decisão das pessoas, que constituirá sempre o critério determinante de uma prevenção eficaz.

O comércio passivo dos derivados da cannabis visa suprimir as regras que no comércio actual constituem um encorajamento à produção, venda ou consumo. Os seus princípios fundamentais opõem-se às características do comércio ordinário, da livre concorrência, da liberdade do comércio e indústria, de modo a privar a rede de distribuição de toda a agressividade comercial.

A exclusão das regras de direito de concorrência passa pela criação de um controlo da produção, importação e distribuição de cada tipo de droga. Atributos essenciais do comércio tradicional são assim recusados ao distribuidor de substâncias controladas. É o caso do direito da propriedade das marcas e do direito ao símbolo que permite a fixação de uma clientela. A recusa do reconhecimento de marca justifica-se pelo facto de a marca

comercial ser actualmente um poderoso meio de promoção de produtos. Isto vale não só para a publicidade comercial, inconcebível para os produtos deste tipo, como também para outras formas de propaganda directa (promoção, *marketing*...) ou indirecta (patrocínio, mecenato...) utilizados nos media.

O comércio passivo das drogas leves pressupõe uma política de preços que exclua as drogas comercializadas do índice de preços. Esta exclusão permite agir sobre a oferta e a procura sem outros constrangimentos que não sejam os imperativos sanitários. Do lado da oferta, uma política de venda a preços estudados permite eliminar os traficantes do mercado lícito. Do lado da procura, uma fixação hábil dos preços permite orientar os consumidores para os produtos menos nocivos. É contudo claro que o comércio passivo, mesmo que alargado numa segunda fase a outras substâncias, não vem resolver o problema da toxicodependência, na medida em que não fornece soluções aplicáveis ao consumidor abusivo. São por isso necessários princípios anexos de prevenção e de reparação dos custos sociais. Estes princípios são a informação aos consumidores e a tributação do custo social da droga.

Este projecto de lei contempla a possibilidade de se prever num momento futuro a inclusão de algumas substâncias da tabela II-A no sistema de comércio passivo ou em sistema análogo, o que se justifica pela insuficiência de conhecimentos e de debate científico acerca das substâncias em causa, e mais concretamente do seu efeito na saúde a longo prazo.

Tem sido esta a orientação defendida por muitos profissionais de saúde associados ao tratamento de toxicodependentes, mas também de outros intervenientes nos processos sociais da toxicodependência. O Dr. Carlos Rodrigues Almeida, Juiz de Direito na 4.ª Vara Criminal, em Lisboa, publicou recentemente um estudo sobre *Uma abordagem da política criminal em matéria de droga*, que argumenta no mesmo sentido:

«Se é a vida, a saúde e a liberdade do consumidor, a segurança das pessoas em geral e o integral desenvolvimento da infância e juventude que constituem os bens jurídicos e os bens jurídico-penais dignos de tutela, a intervenção do Estado deve procurar salvaguardar tais interesses recorrendo ao direito penal apenas se e na medida em que existir carência de tutela penal, ou seja, na medida em que a criminalização dos comportamentos se torne necessária e seja adequada ao fim em vista, não provocando efeitos secundários intoleráveis.

Nesse sentido há, em primeiro lugar, que analisar a susceptibilidade de lesão daqueles interesses que cada uma das substâncias actualmente incluídas no conceito de droga representa a fim de, em função dessa avaliação, delinear a política concreta para cada uma, que pode e deve ser diversa consoante o diferente grau de danosidade da substância.

Penso que algumas das substâncias actualmente sujeitas a controlo, de que a cannabis é um exemplo paradigmático, não representam um perigo para aqueles bens jurídicos de molde a justificar a intervenção do direito penal, pelo menos quando o seu consumo seja feito por maiores e em privado.

Não obstante saber que ainda subsiste alguma polémica nos meios científicos sobre os efeitos do consumo dos derivados da cannabis, parece-me relativamente segura a afirmação que ele não é susceptível de pôr em perigo a vida e, se comparado com o consumo de álcool e de tabaco, as consequências para a saúde dos consumidores e para a segurança das populações não são mais gravosas do que as destas substâncias, sendo a dependência que gera, a existir, apenas psíquica e em grau moderado.

Também não justifica a intervenção penal a ideia de que o consumo dos derivados da cannabis constituiria um primeiro passo numa escalada da droga. Se é verdade que muitos dos consumidores de heroína consumiram em momentos anteriores derivados da cannabis, também é verdade que consumiram e consomem álcool e tabaco, não sendo por isso que estas substâncias são ilegalizadas. É, por outro lado, seguro que a grande maioria dos consumidores de derivados de cannabis nunca evoluíram para o consumo de heroína. Se nesta sede os derivados da cannabis apresentam especificidade, ela apenas deriva da ilicitude que está associada ao seu consumo.

Por tudo isto parece preferível legalizar e controlar o cultivo, fabrico, transporte, comercialização e consumo de tais produtos, garantindo a sua qualidade e, no caso dos canabinóides, o seu teor de THC, promovendo, em simultâneo, campanhas de sensibilização das populações, e em particular da juventude, no sentido de defenderem a sua saúde e recusarem o consumo de qualquer substância psicoactiva, mas deixando à livre opção de cada um a decisão final. De resto é sempre preferível um consumo legal e em privado, socialmente integrado, que evite o abuso, a um consumo

clandestino ou semiclandestino, gerador de segregação e susceptível de penalização.

Quanto a estas substâncias, a intervenção do direito penal deveria cingir-se à punição das transacções efectuadas fora do circuito legal estabelecido, nomeadamente da venda a menores. Proibidos ficariam também todos os actos de promoção do consumo, em especial a publicidade.»

É essa a opção estratégica seguida por este projecto de lei.

Em consequência, é necessário impor a separação dos mercados de drogas leves e duras, através de instituição do comércio passivo e sob autorização municipal das drogas leves, sujeito às regras, ao controlo e à fiscalização dos organismos competentes, e uma política de prevenção, de combate ao narcotráfico e de tratamento dos toxicodependentes que decorra dessa separação.

O comércio passivo dos derivados da cannabis contrapõe-se às regras que, no modelo típico de comércio, constituem um encorajamento à produção, venda ou consumo de um qualquer produto. Os seus princípios fundamentais opõem-se deste modo às características do comércio ordinário ou da livre concorrência, bem como aos princípios tradicionais da liberdade do comércio e indústria, e deste modo privam a rede de distribuição de toda a agressividade comercial.

A exclusão das regras de concorrência e de promoção publicitária conduz ao controlo da produção, importação, distribuição e forma de comercialização de cada tipo de droga. Certos atributos do comércio clássico são assim recusados ao distribuidor de substâncias controladas. É o

caso do direito da propriedade das marcas e do direito ao símbolo que permite a fixação de uma clientela. A recusa do reconhecimento de marca justifica-se pelo facto de a marca comercial ser actualmente um poderoso meio de promoção de produtos. Isto vale não só para a publicidade comercial, inconcebível para os produtos deste tipo, como também para outras formas de propaganda directa (promoção, *marketing*...) ou indirecta (patrocínio, mecenato...) utilizados nos media.

O comércio passivo das drogas leves pressupõe ainda uma política de preços que exclua as drogas comercializadas do índice de preços. Esta exclusão permite agir sobre a oferta e a procura sem outros constrangimentos que não sejam os dos imperativos sanitários. Do lado da oferta, uma política de venda a preços controlados permite eliminar os traficantes do mercado lícito. Do lado da procura, a fixação dos preços permite orientar os consumidores para os produtos menos nocivos. É, contudo, claro que esta separação de mercado não vem resolver magicamente o problema da toxicodependência, na medida em que não fornece soluções aplicáveis ao consumidor abusivo. São por isso necessários princípios complementares de prevenção e de reparação dos custos sociais mesmo no que diz respeito ao abuso do consumo de derivados da cannabis. Estes princípios baseiam-se na tributação do custo social da droga.

Finalmente, esta política permite uma melhor informação aos consumidores sobre a nocividade e o risco das dependências, porque os abrange na actividade socialmente explícita que é o consumo legal.

Esta política é sustentada pelos estudos científicos que estão disponíveis. Em 11 de Novembro de 1995 a revista *The Lancet*, já atrás citada, tinha publicado um editorial em que afirmava que, face aos estudos realizados, «O consumo de cannabis, mesmo no longo prazo, não é prejudicial à saúde». Três anos mais tarde, reavaliando a tempestade de debates provocados por esta afirmação, a mesma revista voltava a publicar um editorial em que analisava os resultados de um seminário sobre os efeitos de cannabis na saúde pública. Os médicos e cientistas reunidos nesse seminário estudaram efeitos da ingestão de derivados da cannabis, como a irritação dos brônquios, ou avaliaram o risco de acidentes em resultado da intoxicação, discutindo ainda a dependência e possível afecção das capacidades cognitivas com o uso intenso a longo prazo. Estas provas estavam, ao tempo, a ser consideradas por uma Comissão da Câmara dos Lordes, para efeitos de uma recomendação de realização de novas experiências clínicas de aplicação de drogas leves nos casos de esclerose múltipla e dor crónica. A comissão aprovou então a recomendação da reclassificação da cannabis para que pudesse ser eventualmente prescrita pelos médicos.

O editorial desta revista argumentou então, face a tal evidência científica, que, «De acordo com a evidência científica resumida por Hall e Solowij, será razoável considerar a cannabis como menos ameaçadora para a saúde do que o tabaco e o álcool, produtos que em muitos países são não só tolerados e publicitados mas que são também uma fonte útil de rendimentos fiscais. O desejo de tomar substâncias que alteram o comportamento é uma característica duradoura das sociedades humanas em

todo o mundo, e mesmo a legislação mais draconiana não conseguiu extinguir esse desejo - porque por cada substância banida será descoberta uma outra, e é provável que todas tenham algum efeito nocivo na saúde. Isto deveria ser considerado pelos legisladores sociais que, condenando as indulgências de outras pessoas, as procuram ilegalizar. Ora essa legislação não se livra do problema, só o transfere para outro lado. (...) Qualificaremos a nossa opinião de há três anos atrás e diremos que, segundo a evidência médica disponível, o uso moderado de cannabis tem escassos efeitos prejudiciais para a saúde, e que as decisões sobre a legalização ou proibição da cannabis deveriam basear-se noutro tipo de considerações» (editorial de 14 Novembro de 1998).

É de assinalar igualmente que em outros países o uso medicinal da cannabis está definido e regulamentado. A 17 de Março de 1999 o Instituto de Medicina dos Estados Unidos apresentou um relatório declarando que a marijuana tem efeitos benéficos para os doentes terminais, em conclusão de um estudo pedido pelo *Office of National Drug Control Policy* da Casa Branca. Em seis Estados dos EUA, o uso médico de marijuana é autorizado por decisão de referendos. Em 23 Dezembro de 2000, o governo holandês criou uma instituição nacional para determinar o uso médico da cannabis e para estudar o seu efeito terapêutico, instituição que autorizará e coordenará a produção e terá o monopólio da importação e exportação. O Governo do Canadá autorizou entretanto o aumento do número de pacientes que usam cannabis, por exemplo para o controlo da epilepsia, estando a desenvolver um estudo em comunidades de pessoas infectadas por HIV. O Supremo Tribunal de Ontário, em 30 de Agosto de 2000, tinha

decidido que o governo devia clarificar as regras sobre drogas, de modo a permitir o uso terapêutico.

A partir desta evolução dos conhecimentos médicos e do sentido de responsabilidade social, consideramos que a legalização do consumo dos derivados da cannabis é a melhor solução para a saúde pública, e que a sua repressão é a pior, facilitando a estratégia dos narcotraficantes.

III - Concretizar uma estratégia de prevenção e tratamento

O relatório da Comissão para a Estratégia Nacional de Combate à Droga representou um avanço no sentido da sistematização de propostas, reunindo técnicos e especialistas num debate aberto e plural. Este projecto de lei desenvolve o Plano Estratégico ali proposto, e sublinha a sua urgência, defendendo o Bloco de Esquerda como medidas complementares de uma estratégia de prevenção e tratamento, nomeadamente:

— A criação de gabinetes de apoio e centros de abrigo a partir de autarquias e ONG, subsidiadas para tal efeito pelo Estado. Preferencialmente devem articular-se com equipas de rua que desenvolvam trabalho nos bairros de tráfico e junto de toxicodependentes sem abrigo, «arrumadores» e prostitutas/os, com a finalidade de promoverem comportamentos de redução de danos (uso de preservativo, troca de seringas, rastreio de doenças infecto-contagiosas, cuidados sanitários, manutenção de hábitos de higiene, etc.);

— A revisão do actual programa de troca de seringas, procurando identificar as lacunas a nível da cobertura do território e respectivas causas,

dando-lhe novo fôlego e, quando necessário, estabelecendo esquemas de troca alternativos - nas estruturas de saúde, nas ONG e com distribuidores automáticos, de forma a que, em todo o país, haja locais de troca acessíveis;

— A implementação nas prisões de uma política de redução de danos que inclua um rastreio sistemático das doenças infecciosas à entrada e periodicamente, o fornecimento de preservativos e a existência de alas livres de drogas. Neste capítulo, pronunciamo-nos tal como vários membros da Comissão pela implementação do programa de troca de seringas no interior dos estabelecimentos prisionais bem como de criação, com as devidas medidas de segurança, de salas de injecção assistida;

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

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

— Facilitar o acesso gratuito dos toxicodependentes aos meios contraceptivos. Não permitir que o simples facto de ser consumidor ou toxicodependente possa ser motivo - não justificado por razões de

segurança - para excluir ou prejudicar alguém na sua actividade laboral ou escolar.

Uma urgência nacional: se é certo que a política de prevenção e tratamento tem feitos grandes progressos em Portugal, o que se confirma pelos dados do IPDT (Relatório de 2001), é igualmente evidente que é preciso um novo impulso para desenvolver a política de prevenção e tratamento da toxicodependência. O número total de consultas no âmbito dos serviços tutelados pelo IPDT subiu de 310044 em 2000 para 352281 em 2001, havendo nesse ano 32064 utentes em tratamento. Ao mesmo tempo, havia 12863 utentes em tratamento de substituição (metadona, buprenorfina e LAAM). Apesar deste esforço, que se verifica abranger ainda uma pequena parte da população toxicodependente, existe ainda um longo percurso a percorrer, a partir da viragem da política operada em 2000.

É para responder a esta urgência nacional que se impõe definir um plano coerente de prevenção e de tratamento da toxicodependência. Tal é a orientação geral que é seguida pelo presente projecto de lei. Assim, os Deputados do Bloco de Esquerda apresentam à Assembleia da República o seguinte projecto de lei:

Capítulo I
Disposições gerais

Artigo 1.º
(Objecto)

A presente lei define o quadro da política de prevenção e redução da toxicodependência.

Artigo 2.º
(Objectivo)

O objectivo das medidas adoptadas por esta lei é a coordenação de uma intervenção social, pública e privada, estruturada e sistemática, que garanta a diminuição sustentada da incidência da toxicodependência em Portugal, reduzindo a procura de drogas e a vulnerabilidade dos toxicodependentes em relação aos narcotraficantes, estimulando o combate ao narcotráfico e formando pessoal científico, técnico e profissional que acompanhe e intervenha junto dos cidadãos que sofram de toxicodependência.

Artigo 3.º

(Programas)

A política de prevenção e redução da toxicodependência inclui programas nas áreas seguintes:

a) Prevenção primária do consumo de drogas;
b) Prevenção de riscos e redução de danos;
c) Apoio e tratamento dos toxicodependentes;
d) Formação profissional dos técnicos em toxicodependência;
e) Separação de mercados entre drogas leves e drogas duras.

Capítulo II
Prevenção primária do consumo de drogas

Artigo 4.º

(Prevenção social)

O programa de prevenção primária de consumo de drogas inclui:

a) A política de prevenção geral, baseada na informação pública acerca dos efeitos das drogas e na estratégia de redução dos consumos;

b) Sub-programas específicos de informação sobre as dependências decorrentes do uso das drogas ilegais e do tabaco, do álcool e de medicamentos específicos;

c) Informação e prevenção do uso de drogas e álcool no trabalho, em particular em funções desempenhadas nos sistemas de transportes ou noutros que envolvam responsabilidade sobre pessoas;

d) Sub-programas que respondam a situações de alto risco, em particular na construção civil e entre profissionais de segurança;

e) Informação e prevenção acerca do uso de drogas no desporto;

f) Políticas dirigidas ao envolvimento das família na prevenção, nomeadamente através do desenvolvimento da capacidade parental de comunicação e acompanhamento, informação e apoio, com o devido suporte por parte dos Ministérios da Educação e saúde;

g) Políticas dirigidas ao envolvimento das comunidades escolares e de outras instituições na difusão da informação e na prevenção da toxicodependência entre os jovens, sob a coordenação do Ministério da Educação.

Artigo 5.º

(Prevenção em cooperação com outras instituições)

A política de prevenção da toxicodependência inclui ainda programas especiais desenvolvidos através de instituições como:

a) Prisões, onde a informação sobre os riscos da toxicodependência se dirige a todos os detidos e presos;

b) Instituições de acolhimento de jovens,;

c) Comunicação social, através de protocolos de colaboração entre essas empresas e os organismos responsáveis pela coordenação da prevenção.

Capítulo III
Prevenção de riscos e redução de danos

Artigo 6.º
(Definição de política de prevenção de riscos e redução de danos)

A política de prevenção de riscos e de redução de danos inclui as medidas que visem evitar a infecção ou re-infecção por doenças infecto-contagiosas de toxicodependentes ou de quem com eles contacte, e ainda evitar os consumos de substâncias estupefacientes em doses que provoquem perigo de vida, e determina as condições de criação e supervisão de salas de injecção assistida, bem como as condições de funcionamento e coordenação das equipas de rua de auxílio aos toxicodependentes.

Artigo 7.º
(Criação de salas de injecção assistida)

1 — Consideram-se salas de injecção assistida as instalações onde seja feito o consumo de estupefacientes por via intravenosa em condições de controlo sanitário e de higiene.

2 — A autorização de abertura das instalações, a verificação das condições sanitárias e de higiene e a definição dos critérios de selecção de profissionais de saúde e outros nestas salas é da responsabilidade da Administração Regional de Saúde da respectiva zona, sob proposta dos municípios ou de associações ou organizações não governamentais, ou ainda de outras instituições públicas, podendo ainda as Administrações Regionais de Saúde tomar a iniciativa da sua abertura se razões de saúde pública assim o aconselharem.

3 – A criação de salas de injecção assistida nas prisões é determinada pelo Ministério da Justiça e a aplicação desta decisão é coordenada com o Ministério da Saúde, salvaguardando as devidas medidas de segurança.

Artigo 8.º

(Condições de utilização das salas de injecção assistida)

1 — Nas instalações da sala de injecção assistida é interdita a venda de estupefacientes, a venda, distribuição e consumo de bebidas alcoólicas e a presença de máquinas de jogo.

2 — Todos os materiais necessários ao consumo, com excepção da substância estupefaciente, são fornecidos ao utente em condições adequadas de higiene e, após o consumo, ficam em poder do responsável da sala.

Artigo 9.º

(Supervisão das salas de injecção assistida)

1 — A supervisão e acompanhamento dos técnicos e do funcionamento das salas de injecção assistida são da responsabilidade do Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência.

2 — As infra-estruturas dedicadas ao funcionamento das salas de injecção assistida devem igualmente servir para prestar informações aos toxicodependentes facilitando o encaminhamento voluntário para locais de tratamento.

Artigo 10.º

(Equipas de rua)

1 — As equipas de rua no âmbito da política de prevenção e combate à toxicodependência são as equipas multidisciplinares que contactam com os toxicodependentes nos seus locais de habitação ou de consumo frequente, no sentido de promoverem a informação sobre toxicodependência, a inserção no sistema de saúde, a protecção contra a transmissão de doenças infecto-contagiosas e, em geral, o acesso às medidas de prevenção de danos e de redução de risco.

2 — As equipas de rua são constituídas por profissionais cuja qualificação, projecto e intervenção é reconhecida e acompanhada pelo Ministério da Saúde, a quem compete aprovar os seus programas de

actuação, que definem a área, os objectivos, o orçamento, o financiamento e as formas de avaliação.

3 — Cada equipa de rua está representada no Conselho Nacional das Equipas de Rua.

Artigo 11.º

(Conselho Nacional de Equipas de Rua)

O Conselho Nacional de Equipas de Rua, cuja composição é definida pelo Ministério da Saúde, tem como funções apresentar pareceres sobre políticas de redução de riscos, determinar os critérios de avaliação dos projectos apresentados para a constituição e acção das equipas de rua e definir o seu quadro de actuação.

Artigo 12.º

(Programa de trocas de seringas)

1 — O Ministério da Saúde coordena o programa de troca de seringas, através de protocolos com as farmácias e outras instituições do sistema de saúde.

2 — A troca de seringas é gratuita, feita sob anonimato e em condições que garantam a redução de riscos entre a população toxicodependente.

Capítulo IV
Apoio e tratamento dos toxicodependentes

Artigo 13.º

(Definição de políticas de apoio e tratamento dos toxicodependentes)

O sistema de saúde cria as condições para o apoio e tratamento dos toxicodependentes, através da intervenção de entidades públicas e, sob supervisão e em protocolo com o Ministério da Saúde, de entidades privadas.

Artigo 14.º

(Centros e comunidades terapêuticas)

O programa de apoio e tratamento de toxicodependentes é desenvolvido pelas seguintes instituições, entre outras:

a) Comunidades terapêuticas que desenvolvem programas de tratamento livres de drogas e que criam as condições de apoio psicológico e médico, incluindo o internamento, para a desabituação da toxicodependência,

b) Centros de atendimento de toxicodependentes, que organizam prestação de informação e de cuidados de saúde a toxicodependentes e o apoio terapêutico, incluindo o fornecimento de medicamentos e, quando

necessário, de terapêuticas de substituição, o internamento, ou o apoio a desintoxicação em meio familiar ou outro.

Capítulo V
Formação profissional dos técnicos em toxicodependência

Artigo 15.º
(Formação de técnicos em toxicodependência)

1 — Os Ministérios da Educação e da Saúde definem a política de formação e os critérios de avaliação de cursos de formação dos técnicos em toxicodependência.

2 — O Ministério da Saúde, através dos organismos especializados no tratamento da toxicodependência, organiza ou colabora na organização de cursos de actualização científica e profissional destinados à comunidade profissional que intervém no tratamento da toxicodependência.

Capítulo VI
Organização das estruturas e programas de prevenção

Artigo 16.º
(Rede pública de prevenção e tratamento da toxicodependência)

Os serviços públicos de combate à toxicodependência são organizados em rede nacional, e coordenados por um Conselho Nacional de

Tratamento da Toxicodependência, com composição a definir por lei, competindo-lhe coordenar a execução dos programas de prevenção e tratamento da toxicodependência.

Artigo 17.º

(Conselhos distritais de prevenção e tratamento da toxicodependência)

1 — São formados, nos termos da lei, Conselhos Distritais de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência, tendo como função a articulação da rede pública que executa os programas de informação e prevenção primária do consumo de drogas, de prevenção de riscos e de redução de danos, de apoio e tratamento dos toxicodependentes, de formação profissional dos técnicos em toxicodependência, e ainda a cooperação com outras entidades envolvidas no tratamento de toxicodependentes nos termos do artigo seguinte.

2 — Aos conselhos distritais compete ainda, em cooperação com as autoridades municipais ou regionais, definir os planos locais de prevenção da toxicodependência.

Artigo 18.º

(Condições de estabelecimento de protocolos com instituições privadas)

1 — As instituições da rede pública podem definir protocolos de colaboração com instituições privadas para a prossecução dos objectivos de prevenção da toxicodependência e de tratamento dos toxicodependentes, nos termos do número seguinte.

2 — Todos os projectos que dão origem a protocolos com instituições privadas são sujeitos a concurso público, em que podem participar instituições credenciadas pelo Ministério da Saúde no âmbito da intervenção em toxicodependência.

Artigo 19.º

(Avaliação de programas e instituições)

Todos os programas e projectos definidos e financiados no âmbito da política de prevenção e de combate à toxicodependência são submetidos a avaliação pública, nos termos da lei.

Capítulo VII
Separação entre drogas leves e drogas duras

Artigo 20.º

(Define a política de separação entre drogas leves e drogas duras)

É definida a política de separação entre drogas leves e drogas duras e as regras do comércio passivo de drogas leves, nos termos dos artigos seguintes.

Artigo 21.º

(Definição de droga leve)

Para os efeitos da presente lei, são consideradas drogas leves as substâncias descritas na Tabela I-C da Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro.

Artigo 22.º

(Altera o Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro)

O artigo 40.º do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, com a redacção que lhe foi dada pela Lei n.º 45/96, de 3 de Setembro, e pela Lei n.º 30/2000, de 29 de Novembro, é alterado, passando a ter a seguinte redacção:

«Artigo 40.º

Consumo

Quem consumir ou, para seu consumo, cultivar, adquirir ou detiver plantas, substâncias ou preparações compreendidas nas tabelas I a IV em locais não autorizados, fica sujeito ao regime contra-ordenacional da lei em vigor.»

Artigo 23.º

(Altera o Decreto-Lei 15/93, de 22 de Janeiro)

1 — São aditados ao Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, com a redacção que lhe foi dada pela Lei n.º 45/96, de 3 de Setembro, e pela Lei n.º 30/2000, de 29 de Novembro, os seguintes artigos, integrados sistematicamente no Capítulo V, sob a epígrafe «Comércio passivo»:

«Artigo 47.º-A

(Definição e autorização para a prática do comércio passivo)

1 — Entende-se por comércio passivo a venda em estabelecimentos autorizados das substâncias inscritas na tabela I-C e nas condições definidas neste diploma.

2 — As autorizações para a prática do comércio passivo são requeridas, nos termos do artigo 5.º do Decreto Regulamentar n.º 61/94, de

12 de Outubro, às câmaras municipais, que são as autoridades competentes para a emissão de tais autorizações.

3 — Compete à câmara municipal responder ao pedido de autorização no prazo máximo de 60 dias, fundamentando a sua resposta.

Artigo 47.º-B

(Características do estabelecimento autorizado para a prática do comércio passivo)

1 — O estabelecimento deve ter por actividade principal o comércio das substâncias indicadas no artigo anterior.

2 — No estabelecimento é interdito o consumo e a venda de bebidas alcoólicas.

3 — O estabelecimento deve ficar situado a uma distância superior a 500 metros de estabelecimentos de ensino básico e secundário.

4 — No estabelecimento é interdito o uso e a presença de máquinas ou outros instrumentos de jogo.

Artigo 47.º-C

(Publicidade do estabelecimento)

É interdita qualquer forma de publicidade, propaganda, patrocínio e utilização pública de marca associada ao estabelecimento ou a qualquer um dos produtos comercializados ou oferecidos no interior do mesmo.

Artigo 47.º-D

(Regras de comércio)

1 — É interdita a entrada e a presença de menores de 16 anos, bem como a venda ou entrega das substâncias nos termos do disposto no artigo 19.º da presente lei.

2 — A quantidade da substância adquirida por cada cidadão não pode exceder a dose média individual calculada para 30 dias.

3 — Cabe ao INFARMED definir as regras a que deve obedecer o controlo da qualidade das substâncias sujeitas ao comércio passivo, de forma a evitar adulterações e outros factores que possam pôr em risco a saúde pública.»

2 — Os actuais Capítulos V, VI, VII, VIII da Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, passam, respectivamente, a Capítulos VI, VII, VIII e IX.

Artigo 24.º

(Altera o Decreto Regulamentar n.° 61/94, de 12 de Outubro)

Os artigos 5.º, 9.º, 13.º, 14.º, 15.º, 27.º, 37.º, 38.º, 43.º, 70.º e 79.º do Decreto Regulamentar n.° 61/94, de 12 de Outubro, na redacção dada pelo Decreto Regulamentar n.º 23/99, de 22 de Outubro, passam a ter a seguinte redacção:

«Artigo 5.°

(...)

1 — (...)

2 — As autorizações só são concedidas se fundamentadas nas necessidades do País e desde que o uso das substâncias ou preparações seja limitado a fins médicos, médico-veterinários, científicos, analíticos ou didácticos, ressalvadas as excepções previstas nas convenções referidas no artigo 3.° e as substâncias inscritas na tabela I-C.

3 — (...)

4 — A autorização para o início da actividade do estabelecimento previsto no ponto 1 do artigo 47.º-A do Decreto-Lei n.º 15/93, alterado pela presente lei, depende de parecer favorável da câmara municipal da área onde se situa.

Artigo 9.°

(...)

1 — (...)

2 — (anterior n.º 3)

Artigo 13.°

(...)

1 — Quem pretender autorização para o cultivo de espécies vegetais incluídas nas tabelas I e II, para fins médicos, médico-veterinários, de comércio legal ou de investigação científica, deve requerê-la ao INFARMED.

2 — (...)

3 — (...)

4 — A cultura de espécies vegetais inscritas na tabela I-C em quantidade de acordo com a finalidade exclusiva de consumo próprio não necessita de autorização.

Artigo 14.°

(...)

1 — (...)

2 — (anterior n.º 3)

Artigo 15.°

Extracção e fabrico

1 — Quem, pela primeira vez, pretender autorização para extrair alcalóides de espécies vegetais incluídas das tabelas I-A, I-B e I-C ou para os fabricar por síntese, para fins médicos, médico-veterinários, de comércio

legal ou de investigação científica, deve requerê-la ao INFARMED até 31 de Outubro, com referência ao ano seguinte.

2 — (...)

3 — (...)

4 — (...)

5 — (...)

6 — A utilização de substâncias compreendidas nas tabelas I, II-B e II-C pela indústria para fins diferentes dos fins médicos, médico-veterinários, científicos ou de comércio legal só pode ser autorizada se o requerente demonstrar o domínio de técnicas apropriadas de transformação.

7 — (...)

Artigo 27.°

(...)

1 — Salvo o disposto no artigo 47.º-A da Lei n.º 15/93, aditado pela presente lei, só mediante apresentação de receita médica ou médico-veterinária com as especificações constantes dos números seguintes podem ser fornecidas ao público as substâncias e preparações compreendidas nas tabelas I e II.

2 — (...)

3 — (...)

4 — (...)

Artigo 37.°

(...)

É proibida a publicidade respeitante a substâncias e preparações compreendidas nas tabelas I a IV, com excepção de publicações técnicas ou suportes de informação destinados exclusivamente a médicos e outros profissionais de saúde e a comerciantes devidamente autorizados.

Artigo 38.°

(...)

1 — (...)

2 — Os rótulos apostos nos recipientes que contenham substâncias ou preparações compreendidas nas referidas tabelas, destinadas a venda, têm obrigatoriamente a indicação da proveniência e da quantidade, em peso ou em proporção, das substâncias contidas e a denominação comum internacional comunicada pela Organização Mundial de Saúde, para além do que se encontra determinado em outras disposições legais, se for caso disso.

3 — (...)

4 — (...)

Artigo 43.°

(...)

1 — (...)

2 — (...)

3 — (...)

4 — Ficam isentas do pagamento de taxa ou de quaisquer encargos as pessoas colectivas públicas, bem como os casos previstos no n.º 4 do artigo 13.º.

Artigo 70.°

(...)

1 — O fornecimento de substâncias ou preparações compreendidas nas tabelas I-A, I-B e de II a IV sem receita médica, especial ou normal, constitui contra-ordenação punível com coima de 2500 a 250000 euros.

2 — (...)

Artigo 79.º

(...)

A publicidade, propaganda, patrocínio e utilização pública de marca respeitante a substâncias e preparações compreendidas nas tabelas I a IV e a estabelecimentos autorizados ao seu comércio passivo fora do que se

dispõe no presente diploma constitui contra-ordenação punível com coima de 500 a 10 000 euros.»

Artigo 25.º

(Adita um artigo ao Decreto Regulamentar n.° 61/94, de 12 de Outubro)

Ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, é aditado um artigo 84.º-A, com a seguinte redacção:

«Artigo 84.º-A

Violação das proibições

1 — A venda ou o consumo de bebidas alcoólicas em estabelecimentos autorizados para a prática do comércio passivo, constitui contra-ordenação punível com coima de 2500 a 25000 euros.

2 — O uso ou a presença de máquinas ou outros instrumentos de jogo nos estabelecimentos referidos no número anterior constitui contra-ordenação punível com coima de 2500 a 25000 euros.

3 — A entrada ou a presença de menores de 16 anos ou de doentes mentais manifestos nos estabelecimentos referidos no n.º 1 constitui contra-ordenação punível com coima de 2500 a 25000 euros por cada indivíduo, até ao limite máximo de 100000 euros.

4 — A venda de substâncias ao mesmo cidadão excedendo a dose média individual calculada para 30 dias constitui contra-ordenação punível com coima de 2500 a 25000 euros.

5 — A tentativa é punível.

6 — Com a aplicação da coima, podem ser aplicadas as sanções acessórias previstas na lei geral.»

Artigo 26.º

(Revoga artigos do Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro)

São revogados o n.º 2 do artigo 9.º, os n.os 2 e 4 do artigo 14.º e o n.º 4 do artigo 16.º, do Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro.

Capítulo VIII
Disposições complementares e finais

Artigo 27.º

(Regulamentação complementar)

O Governo regulamenta a presente lei no prazo de 90 dias a partir da sua entrada em vigor.

Artigo 28.º

(Entrada em vigor)

A presente lei entra em vigor com a publicação do Orçamento do Estado que segue à sua aprovação.

Palácio de São Bento, 18 de Setembro de 2002. Os Deputados do BE: *Francisco Louçã — Luís Fazenda.*