



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UnB
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

DARIANA BOGEA LEITE

**ENTRE O PROIBICIONISMO E A REFORMA DAS POLÍTICAS
INTERNACIONAIS SOBRE DROGAS: A INFLUÊNCIA DA GLOBAL
COMMISSION ON DRUG POLICY – 2011 A 2016.**

Brasília

2017

DARIANA BOGEA LEITE

**ENTRE O PROIBICIONISMO E A REFORMA DAS POLÍTICAS
INTERNACIONAIS SOBRE DROGAS: A INFLUÊNCIA DA GLOBAL
COMMISSION ON DRUG POLICY – 2011 A 2016.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade de Brasília - UnB como requisito básico
para Graduação no Curso de Serviço Social.

Orientadora: Prof^a Dr^a Denise Bomtempo Birche de
Carvalho.

Brasília

2017

L533a

Leite, Dariana Bogea

A influência entre o proibicionismo e a reforma das políticas internacionais : a influência da Global Commission on Drug Policy – 2011 a 2016 / Dariana Bogea Leite. – Brasília, 2017.

124 f.

Orientação: Prof^a. Dr^a. Denise Bomtempo

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social)

Universidade de Brasília, Instituto de Ciências Humanas, Curso de Serviço Social, 2017.

1. Global Commission. 2. Convenções Internacionais. 3. Drogas. I. Título.

**Universidade de Brasília/UnB
Instituto de Ciências Humanas/IH
Departamento de Serviço Social/SER**

Dariana Bogea Leite

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO APRESENTADO AO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA –
UnB**

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Dra. Denise Bomtempo Birche de Carvalho
Doutora em Ciências Sociais/Sociologia
Université de Paris I – Panthéon Sorbonne - França
(Professora Orientadora)

Prof.^a Dra. Carolina Cassia Batista Santos
Doutora em Ciências Sociais
Universidade Estadual de Campinas

Prof.^a Dra. Ana Lúcia de Oliveira Monteiro
Doutora em Política Social
Universidade de Brasília

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ser a minha força e o alicerce em toda minha trajetória de vida.

A minha mãe, Antonia Bogea, por todo apoio nos estudos e na vida: a sua força e coragem me impulsionam a ser um ser humano melhor.

A Dario Vieira Leite Filho, meu falecido pai, pelos aprendizados e ensinamentos que levarei pela vida inteira.

Aos meus irmãos, Dariane Bogea e Dário Bogea pelo convívio e por todos os ensinamentos.

Aos meus amigos, em especial, as amigas, Nathália Antunes e Sara Raissa por serem a minha segunda família que construí em Brasília.

A minha orientadora, professora Denise Bomtempo, pela paciência e excelente orientação em todo processo de desenvolvimento deste trabalho.

A toda minha família, especialmente meus avós Maria José e Maurício Rodrigues e as minhas tias Conceição, Duca, Célia e Rosário pelo amor e carinho compartilhados. Juntos somos mais fortes.

RESUMO

No presente estudo abordamos as reformas da política internacional sobre drogas, analisando especificamente a *Global Commission on Drug Policy*, desde o surgimento do consumo problemático das drogas até épocas atuais. A presente pesquisa busca responder às seguintes perguntas chaves: qual é a problematização do consumo de drogas em nível internacional? Como o Estado e os organismos internacionais não governamentais enfrentam a problemática de guerra às drogas em nível global? Quais são as novas estratégias globais? O objetivo geral desta pesquisa é compreender as estratégias de soluções propostas pela *Global Commission on Drug Policy* no enfrentamento do problema em nível internacional. Os objetivos específicos consistem em: a) contextualizar o fenômeno das drogas em nível global; b) identificar quais são as estratégias globais da *Global Commission on Drug Policy*; c) analisar uma estratégia global trazida por essa comissão. Com relação à metodologia, a pesquisa possui duas características que se complementam. De um lado, trata-se de uma pesquisa exploratória, haja vista a inserção no campo da pesquisa. De outro, trata-se de um estudo de caso de uma organização não governamental internacional, que obteve/têm grande influência na discussão e implementação de novas estratégias globais do atual sistema internacional de drogas. Quanto aos procedimentos metodológicos foi realizado um levantamento de literatura e de documentos sobre o tema no sítio da internet com os seguintes descritores: drogas, Global Commission, saúde, Convenções Internacionais, UNGASS, redução de danos sociais e à saúde e direitos humanos. Utilizamos a técnica de análise de conteúdo para organizar o material coletado e escolher os eixos de análise a partir do levantamento de literatura, dos documentos e dos relatórios selecionados a fim de compreender e explicar o fenômeno do consumo de drogas e analisar as estratégias globais propostas pela *Global Commission on Drug Policy*. Diante do exposto, concluímos que o fenômeno do consumo problemático de drogas deve ser enfrentado com estratégias globais e eficientes, que priorizem a saúde, a segurança e os direitos humanos, pois o proibicionismo trouxe várias consequências e não conseguiu resolver a problemática em questão. Sendo assim, faz-se necessário considerar novas estratégias globais que possuem comprovação científica quanto à eficácia, bem como reforçar que o proibicionismo traz consequências negativas à sociedade e, inclusive, fragiliza a democracia.

Palavras-chave: drogas, Global Commission, saúde, Convenções Internacionais, UNGASS, redução de danos sociais e à saúde, direitos humanos.

ABSTRACT

In the present study, we dealt with reforms of international drug policy, specifically analyzing the Global Commission on Drug Policy. From the emergence of problematic drug use to present times. The present research seeks to answer the following key questions: What is the problematization of drug use at the international level? How do the State and Civil Society face the problem of drug war on a global level? What are the new global strategies? The general objective of this research is to understand the strategies of solutions proposed by the Global Commission on Drug Policy in dealing with the problem at the international level. The specific objectives are: a) to contextualize the phenomenon of drugs at a global level; B) identify the global strategies of the Global Commission on Drug Policy; C) analyze a global strategy brought by the Global Commission on Drug Policy. Regarding the methodology, the research has two characteristics that complement each other. On the one hand, this is an exploratory research, given my insertion in the field of research. On the other hand, it is a case study of an international non-governmental organization, which has gained great influence in the discussion and implementation of new global strategies of the current international drug system. As far as methodological procedures were concerned, literature and documents on the subject were made available on the Internet, with the following descriptors: drugs, Global Commission, health, International Conventions, UNGASS, harm reduction and human rights. We used the technique of "content analysis" to organize the collected material and to choose the axes of analysis from the literature survey, the documents and the selected reports in order to understand and explain the phenomenon of drug use, and to analyze the global strategies Proposed by the Global Commission on Drug Policy. In view of the above, we conclude that the phenomenon of problematic drug use must be tackled with global strategies that prioritize health, safety and human rights, since prohibitionism has had several consequences and has not been able to solve the problem in question and taking into account these new Global strategies that have scientific proof of their efficacy, we feel the need to discuss.

Keywords: drugs, Global Commission, health, International Conventions, UNGASS, reduction of social and health damages, human rights.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS – Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida

DEA – Drug Enforcement Administration

EUA – Estados Unidos da América

GCDP – Global Commission on Drug Policy

HIV – Vírus da Imuno Deficiência Humana

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONG – Organização não governamental

ONU - Organização das Nações Unidas

PTS'S – Programa de Troca de Seringas

RD – Redução de Danos

UNGASS – Sessão Especial da Assembleia-Geral das Nações Unidas

UNODC – Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	p.9
CAPÍTULO 1 – O CONSUMO DE DROGAS A NÍVEL GLOBAL ...	pError! Bookmark not defined.12
CAPÍTULO 2 – CONVENÇÕES INTERNACIONAIS E POLÍTICAS GLOBAIS SOBRE DROGAS ...	p.27
2.1. As primeiras normativas e estratégias globais	p.27
2.1.2. ONU	p.35
2.2 As convenções internacionais pós ONU	pError! Bookmark not defined.41
2.2.1. A Convenção de 1961 e seu foco repressivo	p.41
2.2.2. A Convenção de 1988 e o aprofundamento proibicionista	p.50
CAPÍTULO 3 – GUERRA ÀS DROGAS COMO MARCO PROIBICIONISTA.....	p.52
3.1. A instauração do proibicionismo	p.52
3.2. Declarado “Guerra às drogas”	p.56
3.3. Assembleia Geral das Nações Unidas.....	p.60
CAPÍTULO 4 – GLOBAL COMMISSION ON DRUG POLICY	p.67
4.1. Comissões Regionais	p.68
4.2. Comissão Global de Políticas de drogas (GCDP)	p.78
4.3. Relatórios da Comissão Global de Políticas sobre drogas.....	p.80
4.3.1. Primeiro Relatório: Guerra as drogas (2011).....	p.81
4.3.2. Segundo relatório: Sob controle: Caminhos para políticas de drogas que funcionam (2014)..	p.91
4.3.3. Terceiro relatório: Avanços na reforma de políticas de drogas: Uma nova abordagem a	p.98
descriminalização (2016)	p.98
4.4. Global Commission e UNGASS (2016)	p.106
CAPÍTULO 5 – REDUÇÃO DE DANOS (RD).....	p.111
5.1. História da redução de danos	p.111
5.1.1. Redução de danos a nível internacional.....	p.112
5.1.2. Redução de danos na América Latina.....	p.117
5.2. Política de redução de danos	p.120
5.3. Os embates atuais em torno da redução de danos.....	p.121
CONSIDERAÇÕES FINAIS	p.127
REFERÊNCIAS.....	p.129

INTRODUÇÃO

A problemática do uso das drogas que, a princípio, era socialmente aceita passou a se constituir em uma preocupação social a medida que a produção, o uso e o comércio dessa substância começou a se propagar na sociedade, tornando-se assim um consumo problemático.

Nessa lógica, as drogas passam a ser vista então como um produto comercial e seu consumo se intensificou, gerando então, a dependência e, conseqüentemente, tornou-se uma ameaça aos bens privados dos indivíduos, visto que a pessoa não tendo meios de prover a utilização dessa substância recorre-se a outros meios ilícitos para manter o consumo, tais como o roubo, o furto, a inserção no mercado drogas, etc (Lima, 2005).

Nesse contexto, surge no século XX, uma política de enfrentamento desse fenômeno, denominada Guerra as Drogas, que tem como fundamento basilar, o proibicionismo, cuja a finalidade primordial é a ideologia da defesa e o controle social, caracterizado por um modelo moralizador e normatizador difundido pelas convenções internacionais da Organização das Nações Unidas-ONU.

Em contraposição a esse modelo repressor da política proibicionista fundada nos aspectos religiosos, moralistas, econômicos e políticos é que surgiu novas propostas de soluções globais de enfrentamento desse fenômeno e que, por sua vez, caracteriza-se como o objeto deste presente estudo, a análise da influência internacional da *Global Commission on Drug Policy* (GCDP), dada pelas suas estratégias globais, para reformas nas atuais políticas de drogas.

Foi em razão desse conflito de interesses sobre a problemática das drogas, assim como seu histórico e consumo nas diferentes sociedades, é que se propõe analisar as convenções internacionais e políticas globais, a guerra contra as drogas, seu paradigma proibicionista, bem como a Global Commission e um eixo priorizado por ela, a política de redução de danos, cujo objetivo é reduzir os danos sociais e a saúde advindo do consumo das drogas. Esse modelo tem como fundamento o usuário enquanto um sujeito de direitos, que merece respeito à sua dignidade , resgate de sua autoestima e qualidade de vida.

Em decorrência das severas consequências trazidas pelas políticas repressivas oriundas do atual sistema internacional de drogas algumas questões se tornaram fulcrais, a saber: Qual é a problematização do consumo de drogas em nível internacional? Como o Estado e os organismos internacionais não governamentais enfrentam a problemática de guerra às drogas em nível global? Quais são as novas estratégias globais?

Para responder esses interrogantes busca-se neste estudo, conhecer as estratégias de soluções propostas pela Global Commission on Drug Policy no enfrentamento do problema em nível internacional a partir do desdobramento dos seguintes objetivos específico: a) contextualizar o fenômeno das drogas em nível global; b) identificar quais são as estratégias globais da Global Commission on Drug Policy; c) analisar uma estratégia global trazida pela Global Commission on Drug Policy.

Este trabalho se justifica por vários motivos, primeiro porque o fenômeno das drogas é histórico, assim como o fenômeno da guerra contra as drogas, que também possui a sua historicidade e seu percurso influência até os dias de hoje. No entanto, se observa uma descontinuidade, de várias organizações não governamentais, dentre elas a Global Commission on Drug Policy, de mudar o rumo da história em relação ao controle internacional de drogas e as políticas de prevenção, tratamento, redução de danos etc.

Em segundo lugar, há uma justificativa técnica, porque nós, assistentes sociais, temos que conhecer esse fenômeno pois, trata-se de produção de conhecimento, de formação de recursos humanos e, principalmente de intervenção na realidade, o que é extremamente necessário ao profissional assistente social. Cumpre aos assistentes sociais produzir conhecimento e saber desse fenômeno para que se possa planejar, executar políticas públicas e serviços mais adequados à realidade das populações, dos usuários destas políticas públicas e, principalmente, das políticas de saúde mental.

Ademais, o presente estudo também possui relevância científica, pois está sendo realizada uma pesquisa exploratória e qualitativa, na qual iniciamos um estudo na área de drogas ilícitas e que vai contribuir com a área de conhecimento de serviço social e com áreas afins, seja na compreensão, seja na explicação do fenômeno.

Optou-se também pelo estudo qualitativo tendo em vista que se pretende analisar o fenômeno das drogas a partir de um referencial teórico, por meio do levantamento de literatura, procurando relacionar as informações obtidas com os descritores: guerra às drogas, estratégias globais de políticas sobre drogas, sobre o surgimento de uma entidade não governamental internacional e redução de danos objetivando analisar como esses organismos fazem face aos fenômenos das drogas no contexto internacional.

Como unidade de análise, escolhemos a *Global Commission on Drug Policy* pois ela é uma entidade não governamental internacional que reúne um conjunto de atores, que incluem atores do Estado, inseridos no contexto do controle internacional de drogas e por ser uma instituição que tem menos de uma década, mas que possui uma grande influência internacional. Além disso, ela faz *advocacy*, ou seja, exerce forte pressão junto ao sistema da ONU, no sentido de traçar outras estratégias globais de políticas sobre drogas que combatem o proibicionismo e voltam a sua estratégia atinentes à uma perspectiva de direitos humanos capaz de superar o paradigma do proibicionismo.

Para desvelamento desse estudo, recorreu-se ainda a análise qualitativa dos dados secundários, obtidos tanto no levantamento de literatura sobre o tema quanto dos documentos analisados tendo como procedimento metodológico, a análise de conteúdo presentes nos relatórios da Global Commission, que são os documentos mais relevantes da análise da contribuição dessa organização internacional no combate à guerra às drogas.

E, nesse contexto, extraiu-se nos relatórios da própria Global Commission, um eixo analítico, a política de redução de danos, para que pudéssemos analisar, como estratégia global, no sentido de proposta que ela mesma realiza.

Dessa forma, o presente estudo, está dividido em cinco capítulos, abordando, respectivamente o percurso histórico do consumo de drogas a nível mundial; as Convenções Internacionais e Estratégias Globais; a Guerra Contra as Drogas, a Global Commission on Drug Policy e a Política de Redução de Danos.

Capítulo 1. O CONSUMO DE DROGAS A NÍVEL GLOBAL

O consumo de drogas é algo histórico, que vem desde os primórdios da humanidade. O seu uso passou a ser visto como benéfico ou nocivo com base no tempo, na época e na cultura na qual o seu consumo estava envolvido, em função dos motivos e do padrão que levava a sua utilização (NUNES; JÓLLUSKIN, 2007, p. 232).

A definição de droga amplamente aceita por uma longa data foi a apresentada na Antiga Grécia e, posteriormente, Platão lançou a definição dos *phármakon* como algo que poderia trazer benefício ou prejuízo (SIQUEIRA, 2006 apud NUNES; JÓLLUSKIN, 2007, p.233).

Adiante Hipócrates e Galeno inauguraram a medicina científica, definindo droga como toda substância que, não conseguindo ser vencida pelo corpo humano, teria a capacidade de vencê-lo (ESCOHOTADO, 2004 apud NUNES; JÓLLUSKIN, 2007, p. 233).

Uma definição mais ampla sobre a droga, fornecido por farmacologista é apresentada por Tarso Araújo, que assim o define: “qualquer substância capaz de alterar o funcionamento norma de um organismo” (ARAÚJO,2012, p.14).

Acredita-se que a primeira droga a ser descoberta no mundo tenha sido o ópio, encontrado na Ásia Menor. E é dos sumérios, os relatos mais antigos relativos ao consumo da papoula, referente ao período que vai entre 5000 e 6000 a.C. Conforme Silva (2013: 55), os persas e os egípcios já conheciam as finalidades terapêuticas do ópio que se difundiu por todo Império Romano, em 1500 a.C.

Os sumérios deixaram um registro contido num ideograma, no qual associavam a droga (ópio) como gerador de alegria e de regozijo (ANGEL, RICHARD e VALEUR, 2002 apud NUNES; JÓLLUSKIN, 2007, p.234).

Sabe-se, inclusive, que desde 600 a.C, a coca já era conhecida. Quanto à utilização de drogas, na Antiguidade, exemplificamos com um excerto bíblico. No livro de Gênesis, pode ser comprovada a utilização de drogas por meio do diálogo entre as duas filhas de Ió:

Vem, demos de beber vinho a nosso pai, e deitamo-nos com ele, para que em vida conservemos a descendência de nosso pai. E deram de beber vinho a seu pai naquela noite; e veio a primogênita e deitou-se com seu pai, e não sentiu ele quando ela se deitou, nem quando se levantou (Gênesis 19.32-33).

É importante ressaltar que os gregos utilizavam o ópio e os egípcios, o álcool para fins de fermentação de bebida. Posteriormente, as drogas passaram a ser utilizadas como instrumentos de rituais, empregadas em pequenas quantidades.

Relatos apontam que o cânhamo era usado pelos egípcios para enganar a fome, o cansaço e para fugir das preocupações cotidianas, ao passo que os assírios utilizavam essa substância para fins sacramentais ou como anestésico (ANGEL, RICHARD e VALLEUR, 2002 apud NUNES; JÓLLUSKIN, 2007).

Já no Oriente, por volta do século II ao IV, os alquimistas chineses passaram a pesquisar as plantas que faziam *delirar* e produziram substâncias como o *pó das cinco pedras*, feitas de minerais dissolvidos em álcool quente. Tais substâncias, possuíam efeitos imediatos e sedativos, capazes de levar o indivíduo a perder a noção do tempo (ANGEL, RICHARD e VALLEUR, 2002 apud NUNES; JÓLLUSKIN, 2007).

Há cerca de quatro mil anos, a Canabis e o ópio, foram utilizados como fins terapêuticos e sacramentais na antiga Grécia, embora o ópio fosse utilizado como fins medicamentais desde o século X a.C (POLARES 1999 apud NUNES; JÓLLUSKIN, 2007, p.234).

A Canabis e o ópio, foram apresentadas aos povos helênicos e para o Oriente Médio pelo Egito. E a utilização destas drogas, com fins terapêuticos, permaneceu por toda Idade Média. Na Idade Média, algumas ordens religiosas começaram a produzir cerveja (ALDRIDGE, 2001 apud NUNES; JÓLLUSKIN, 2007, p.234), e algumas substâncias extraídas diretamente das plantas eram relacionadas ao exorcismo ou a um ato demoníaco (ANGEL, RICHARD & VALLEUR, 2002 apud NUNES; JÓLLUSKIN, 2007, p.234).

Na Alta Idade Média, as *bruxas* eram raras e foi na Baixa Idade Média que os rituais pagãos, com a utilização de drogas, passaram ser percebidos. Em 1277, existiam relatos que apontavam que um terço das mulheres francesas praticava bruxaria com a utilização de substâncias cujas origens eram oriundas de plantas (ESCOHOTADO, 2004 apud NUNES; JÓLLUSKIN, 2007).

Foi a partir da globalização econômica, com a era da mercantilização, que os Europeus passaram a conhecer algumas plantas e seus efeitos, como exemplo, o tabaco e o ópio que chamaram a atenção do vice-rei de Portugal. Este, inclusive, sugeriu a produção da substância para fins lucrativos (NUNES; JÓLLUSKIN, 2007, p. 234).

No século XVII e XVIII, o uso das drogas era destinado a poucos indivíduos - especialmente aos setores da classe média alta - , mas gradativamente o número de consumidores cresceu. O fetiche da droga passou a ser relacionada como um artigo de luxo e a busca constante de tentar justificar a sua posição social a partir da adoção de práticas que diferenciasse os poucos abastados dos demais, fez com que o seu consumo se disseminasse entre os intelectuais, como exemplo, Honoré de Balzac, mas também a donas de casa pertencentes à família nobres (ESCOHOTADO, 2004, p. 53-55; SILVA, 2013, p.50).

Na América pré-colombiana, astecas, maias e incas consumiam as plantas alcoides com fins religiosos, cerimoniais e medicinais (SILVA, 2013) e a coca, planta que era originária dos Andes, era comumente utilizada para fins ritualísticos pelas comunidades do Peru e da Bolívia. Restringida somente a tradições culturais, o uso destinado a fins recreativo era, portanto, bem escasso (SILVA, 2013, p.50).

Segundo o autor supracitado, na dominação hispânica era estimulado o consumo da coca para os trabalhadores andinos, com o intuito de fornecer energia e nivelar a má nutrição pela qual passavam. A planta passou a ser comercializada, pela primeira vez, no período colonial, quando se criou o hábito de mastigar a coca que se difundiu entre os peruanos e os bolivianos.

No continente americano, os precursores do comércio da folha de coca foram os hispânicos. Conforme relatos, já havia no século XVI aproximadamente quatrocentos comerciantes espanhóis que estiveram vinculados ao comércio do ópio (SILVA, 2013, p.57). Na dominação hispânica, inclusive, houve estímulo ao uso da coca, inicialmente, para que os mineradores de Potosí tivessem a fadiga mascarada, bem como para que se tornassem mais eficientes em seu labor. Posteriormente, o uso foi expandido a outras comunidades andinas (SILVA, 2013, p.58).

É importante mencionar que alguns governos criaram as primeiras regulamentações relativas ao consumo destas substâncias. A partir da criação de regras internas que restringiam o consumo da droga para fins terapêuticos ou fins religiosos, somente a pessoas autorizadas, como sacerdotes, curandeiros ou médicos poderiam fazer uso de tais drogas. Ademais, logo no século XVIII, foram criadas taxas com o intuito de impedir a sua comercialização (SILVA, 2013, p. 58).

Somente em meados do século XIX, com a descoberta dos princípios ativos da coca, é que se passou a internacionalizar essa droga. Entretanto, os fins medicinais do ópio foram difundidos mundialmente mais cedo, pois a droga era consideravelmente barata, eficaz, reduzia significativamente a dor etc.

Nesse mesmo século a cocaína entrou em evidência. Inicialmente a substância entrava na composição de certas bebidas, usadas como tônicos; um exemplo desse tônico era o vinho Mariani, mistura de vinho e cocaína, popularizado inclusive pelo Papa Leão XIII. Mais, é a Coca-Cola, a mais conhecida dentre essas bebidas, inventada pelo farmacêutico John Pemberton, em 1886, tendo como composição química a noz da cola e a cocaína (POLARES, 1999 apud NUNES; JÓLLUSKIN, 2007, p.235; ALDRIDGE, 2011 apud NUNES; JÓLLUSKIN, 2007, p.235).

Sendo assim, a dependência não era discriminada na época, pois o seu uso estava relacionado especialmente à cessação da dor e, em geral, era acessível somente às classes mais favorecidas. Seu uso recreativo era socialmente aceito, tanto pelas classes sociais que poderiam fazer uso dela serem as mais abastadas como pelo desconhecimento dos seus riscos à saúde.

O ópio começou a ocupar o lugar do álcool, preocupando a Grã-Bretanha, no final do século XIX, em decorrência dos prejuízos que se começou a sentir. Ao contrário, o cânhamo era utilizado com a finalidade terapêutica, sendo utilizado inclusive pela Rainha Vitória para aliviar as suas cólicas menstruais e possuindo até o selo de Aprovação Real, o que comprova que a droga era tolerada socialmente (FARATE, 2001, apud NUNES; JÓLLUSKIN, 2007, p.235; ALDRIDGE, 2011 apud NUNES; JÓLLUSKIN, 2007, p.235).

Foram os árabes que começaram a enxergar o ópio com valor mercantil. Apesar de não terem sido os primeiros consumidores foram eles que organizaram a produção e o comércio daquela droga, vista com finalidade medicinal até então.

Até o século XIX, o ópio era utilizado apenas por via oral; posteriormente, por influência do tabagismo ocidental (tribos indígenas norte-americanas), passou-se a fumar o ópio, difundindo-se de maneira demasiada para o EUA e China, sobre a forma inalada com finalidades recreativas (SILVA, 2013, p.59).

Quanto à maconha, sabemos que a sua utilização no Brasil foi iniciada pelos indígenas, em seus rituais, e pelos negros, posto que, devido ao efeito tranquilizante que a droga propiciava aos escravos, evitava desobediência ou rebelião e, por isso, seu uso era aprovado pelos senhores. Somente depois da abolição da escravatura a maconha passou a ser criminalizada, devido ao fato de ela não ser mais *útil* para as classes dominantes, ou seja, passou-se a problematizar o consumo desta erva (BARROS e PERES, 2014, p.11).

Após a transição do uso das drogas com fins meramente ritualísticos para que passassem a ser usadas como produto de comercialização é que as drogas passaram a se tornar uma questão problemática, uma vez que aumentou a quantidade do consumo, o que gerou uma ameaça ao modo de produção capitalista, pois a dependência das drogas era uma ameaça aos bens privados dos indivíduos. A proibição não estava relacionada às questões dos efeitos para a saúde, mas sim porque tornou-se uma ameaça ao sistema econômico-social existente (LIMA, 2005, p.3).

Com a expansão do comércio mundial, ocorrido no século XIX, é que as drogas se difundiram por todo o mundo, passando-se a questionar e, depois, a criminalizar substâncias como o ópio, a cocaína e seus derivados, tornando-as drogas ilícitas, isto é, que não eram socialmente aceitas.

Conforme mencionado anteriormente, as proibições estavam muito mais relacionadas a valores culturais, sociais e econômicos intrínsecos ao sistema capitalista do que ligadas aos danos que as drogas poderiam trazer para a saúde.

Segundo Fiore (2005), o consumo das drogas só passa a se tornar um *problema social* quando passa por um conjunto de forças que leva à desnaturalização do problema. E foi no século XIX que o consumo dessas substâncias psicoativas passou a ser visto como uma questão importante para o Estado e para a sociedade. A primeira droga a ser consumida em grande quantidade foi o ópio, e foi somente no século XIX que o seu consumo passou a ser considerado como problema grave, transformando-se num problema global que merecia controles internacionais, sendo pioneiro no âmbito da atenção global.

Cumprir mencionar que, no século XIX, também ocorreu uma evolução tecnológica, fundamental para difusão de algumas drogas em todo o mundo: a descoberta dos princípios ativos de diversas plantas, denominadas fármacos puros. Em uma ordem de seguimento temos: morfina (1817), cafeína (1820), nicotina (1826), codeína (1832), cocaína (1860), heroína (1883) e barbitúricos (1903) etc. (SILVA, 2013, p.60).

A utilização hipodérmica da morfina veio a substituir o uso de opiáceos, pois a primeira trazia resultados mais rápidos, com um sofrimento menor e não possuía efeitos gástricos colaterais devido ao seu consumo (SILVA, 2013, p.60).

Estados Unidos, Alemanha e Reino Unido, em 1830, passaram a produzir morfina em grande quantidade, a partir da criação de fábricas em seus países. Por volta de 1840, a morfina era empregada para qualquer problema de saúde e também utilizada por homens e por mulheres com finalidades recreativas (SILVA, 2013, p.60).

Posteriormente, descobriu-se a heroína, que era cinco vezes mais *forte* do que a morfina, o que tornou a pequena fábrica alemã de colorantes do F. Bayer uma gigante indústria milionária e o tornou um químico reconhecido mundialmente.

Obviamente que o consumo do ópio não foi extinto com a propagação da morfina e heroína, visto que ele ainda prevaleceu, sendo considerado como a droga da classe operária. Pode-se observar que a propagação das drogas é similar à influência da *moda*, que primeiro inicia nas classes dominantes para depois se propagar às demais (SILVA, 2013, p.60).

No ocidente a dependência do ópio iniciou-se no século XIX, sobretudo nos EUA e no Reino Unido, a partir de duas formas: com a utilização entre intelectuais e donas de casa da classe média possuindo finalidades recreativas e com o consumo voltado a finalidades terapêuticas a partir do uso medicinal do láudano, dos paregóricos e “elixires”, substâncias normalmente preparadas com ópio cru, morfina ou cocaína e que são comercializados como se fosse a *cura de todos os males* (SILVA, 2013, p.61).

Nos EUA, o consumo do ópio com finalidades medicinais já acontecia desde o período colonial, sendo bastante utilizado pelo exército colonial e britânico durante a guerra da independência, ocorrida nos anos de 1770. Seu uso era restrito até o final do século XIX, quando ocorreu uma imigração de trabalhadores do Sul da China até a Califórnia, influenciados pela corrida do ouro e pelas construções ferroviárias em busca de emprego (SILVA, 2013, p.61).

Trazido pelos chineses, difundiu-se por toda Costa Oeste da China, o hábito de fumar o ópio cru com finalidades recreativas, criando-se posteriormente a *Casa do ópio*, que marcou o início da estigmatização dos chineses provocadas pelos estadunidenses (SILVA, 2013, p.61).

Referente às casas do ópio, Silva (2013, p.62) descreve:

As casas de ópio foram o berço da subcultura da droga no país, contribuindo para aprofundar o preconceito da sociedade norte-americana contra os imigrantes chineses, ou associá-los a drogas, crime e depravação.

A guerra civil ocorrida em 1861-1865 também contribuiu para disseminar a dependência de drogas nos EUA. O ópio foi utilizado para a cura da disenteria e malária e a morfina utilizada para minimizar a dor (SILVA, 2013, p. 62).

O consumo do ópio só passou a não ser mais tolerado pela sociedade quando seu uso foi disseminado pelas classes menos favorecidas.¹Passou-se a problematizar o consumo não pelos seus efeitos, mas pelos seus usuários e pela finalidade recreativa da sua utilização, que ameaça a propriedade privada.

E foi nos anos de 1860 que ópio passou a ser reconhecido como um problema de saúde pública e, depois de algumas décadas, passou a também ser colocado na esfera da segurança pública. Segundo Silva (2013, p. 63), o ópio inaugurou o comércio internacional de drogas, os conflitos internacionais sobre drogas, as máfias e as tentativas domésticas e multilaterais de controle.

O ópio e os seus derivados constituíam as drogas predominantes até o século XIX, corrente nos países *civilizados*, utilizados por setores da classe média e pelos operários. Depois, com o fenômeno da mundialização do comércio, outras drogas passaram a se popularizar (SILVA, 2013, p.63).

A cocaína, que foi sintetizada em 1860, primeiramente era rotulada como uma *substância maravilhosa*, e prescrita pelos médicos como remédio para tratar a depressão e curar a tristeza é tida como alimento para os nervos. Em 1885, a Companhia Parke-Davis já fabricava a cocaína de diversas formas. A demanda e o cultivo tiveram um grande aumento no Peru e na Bolívia. Em décadas seguintes, a propagação da sua utilização com finalidades recreativas foi acompanhada da conscientização sobre os efeitos colaterais da droga, e nos EUA ocorreu a estigmatização racial e social das populações afro-americanas do sul do país, que o utilizavam em grande quantidade (SILVA, 2013, p.63).

Por isso, começaram a associar a droga ao crime, à violência e à degradação Moral, conforme assevera Silva:

¹ Com a revolução industrial foi difundindo o consumo de droga no Reino Unido, com finalidades relaxantes para o novo proletariado, constituídos de antigos camponeses que se proletarizaram e que migraram aos subúrbios da cidade, de péssimas condições, em busca de moradia. (SILVA, 2013, p.62).

Em virtude do já reconhecimento dos efeitos colaterais da coca e da estigmatização dos usuários (social e racial), a substância passou a ser associada à violência urbana e familiar, degradação moral e desequilíbrio mental, desencadeando uma onda legiferante no país para seu controle (SILVA, 2013, p.63).

Já a Cannabis sempre apareceu como uma substância *tosca*, sendo prescrita apenas com finalidades medicamentosas (analgésico, hipnótico e antiespasmódico). Somente no final do século XX, que a droga passou a ser recomendada para pacientes com câncer, AIDS, glaucoma e outras doenças, com objetivo de amenizar os sintomas do tratamento e da doença (SILVA, 2013, p.64).

A primeira proibição da Cannabis ocorreu em 1800, porque alegaram que a droga poderia causar *delírios violentos e excessos*, e não demorou muito para que houvesse a estigmatização da planta.

O comércio do ópio passou a florescer a partir da abertura do Porto de Cantão, no século XVII, em 1685, pelo governo imperial (com uma grande importação do ópio indiano para China) em dois sentidos, mas com alto preço para China: a grande quantidade de tabaco importadas, aumentaram a utilização da droga, o que se tornou um problema de saúde pública, padrão este que se disseminou na China e no resto do mundo (SILVA,2013, p.64).

Em virtude disso, criaram um édito que proibia o fumo do tabaco, e por tal razão os chineses passaram a substituir a droga pelo ópio, o que estimulou a importação do ópio indiano, dando início a um círculo lucrativo e vicioso para a Britânia, local de origem da importação (SILVA, 2013, p.65).

No século XIX, ocorreu a implantação das leis chinesas visando impedir a importação e a utilização do consumo do ópio, porém elas não surtiram efeito, pois incentivaram o contrabando e a corrupção dos agentes governamentais (SILVA, 2013, p.65).

Em 1830 e 1840, o comércio do ópio passou a espalhar-se pela costa inglesa, aumentando para cerca de quatro milhões o número estimado de dependentes (1% da população), em virtude disso as autoridades governamentais reconheciam que eram incapazes de reprimir o tráfico, em decorrência de não possuir uma marinha operativa para fiscalizar o extremo litoral (SILVA,2013, p.66).

Por isso, o Primeiro-ministro inglês, Lord Palmerston, declarou que o comércio do ópio era um problema da China, cabendo a ela a responsabilização pelo controle do consumo. Um século mais tarde, seriam outros países a exportar em grande escala drogas para o Ocidente, passando assim a ocorrer à inversão de papéis (SILVA, 2013, p.66).

De acordo com o autor, os britânicos se recusaram a *enxergar* a existência de um grave comércio de ópio de seu país, pois a comercialização era uma grande fonte lucrativa para eles e por isso eles temiam a extinção desse mercado.

A China, por sua vez, implantou novas tentativas de proibição e controle para impedir as importações e confiscar o comércio de ópio, o que deu origem as chamadas guerras do ópio contra o Império Britânico, ocorridas entre 1839-1942 e 1856-1858, resultando na derrota da China e na abertura de seus portos (SILVA, 2013, p.67).

Com a liberação do cultivo da papoula pelo "império celestial" (China), acabou surtindo alguns efeitos em 1880, ocorreu uma queda na importação do ópio indiano, embora continuou predominando o consumo. E nas décadas seguintes, impedidos de tentar controlar o comércio do ópio, o Governo chinês tentou sensibilizar a comunidade internacional pelo quadro alarmante do número de dependentes de drogas em seu país, que chegou a atingir, segundo estimativas, 27% da população (SILVA, 2013,68).

Eles fizeram manifestações contra às importações forçadas, que só passaram a ser enxergadas depois pelos governos ocidentais, sobretudo pelos norte-americanos, como uma questão a ser problematizada, em virtude de uma série de fatores domésticos e estratégicos que estavam em jogo. Os chineses tentaram demonstrar que o consumo do ópio não poderia ser mais visto como um mero produto comercial, mas como um problema social, político e de saúde pública (SILVA, 2013, p. 68).

Nesse contexto, as drogas apresentaram variação de consumo, como exemplo, o álcool. Possuindo um grande aumento da sua utilização após a Revolução Industrial, este tornou-se útil para motivar e silenciar os trabalhadores expostos a grandes jornadas de trabalho sob péssimas condições, na época (NUNES; JÓLLUSKIN, 2007, p. 235).

A morfina foi utilizada pelos soldados feridos na guerra da cessação nos Estados Unidos, entre 1861 e 1865, o que criou a denominação “doença do exército”, pois, a droga estava gerando dependência entre os membros do exército (NUNES; JÓLLUSKIN, 2007, p.235).

Os missionários religiosos que foram a China, utilizaram a morfina e a heroína para resgatar os dependentes de ópio, em virtude disso, a morfina passou a ser conhecida como o “ópio de cristo” até os dias atuais. (NUNES; JÓLLUSKIN, 2007, p.235).

Não existia controle do Estado sobre a comercialização e a utilização das drogas até a aprovação da Food and Drug Aut, em 1906 (ROCHET, 2007, p.88) E no século XX, especificamente na década de 1930, as drogas que iniciaram a sua comercialização foram a anfetaminas, que ficaram conhecidas na II guerra mundial (1939/1945). Já na década de 1940, a LSD (ácido lisérgico) e seus efeitos foram descoberto pelo inglês Hofman e seus efeitos (NUNES; JÓLLUSKIN, 2007, p.235).

O movimento *hippie*, ocorrido na década de 1970, contribuiu muito para a disseminação das drogas, difundindo-se por distintas classes sociais e pela população jovem (ANGEL, RICHARD E VALLEUR, 2002 apud NUNES; JÓLLUSKIN, 2007, p.235).

Na década de 1980 começaram a surgir as drogas sintéticas. Iniciou-se o descobrimento de novas drogas feitas em laboratórios ilegais, produzidos cada vez mais em grande quantidade. Essas novas substâncias, que são produzidas nos laboratórios e sintetizadas quimicamente, estão crescendo de uma maneira preocupante, pois não se sabe em que condições e como elas estão sendo feitas. (NUNES; JÓLLUSKIN, 2007, p.235).

Uma das grandes preocupações a respeito da utilização dessas drogas sintéticas produzida nos laboratórios ilegais é que qualquer erro na sua produção pode gerar efeitos inesperados e propriedades estranhas. Outro problema é que essas drogas chegam aos seus destinos finais (consumidores) sem qualquer informação de como foram feitas, seus efeitos, composição etc. São criadas cada vez mais substâncias de pequeno custo e que se proliferam velozmente (ESCOHOTADO, 2004a apud NUNES; JÓLLUSKIN, 2007, p. 235).

Na década de 1990 houve um grande aumento da faixa etária dos consumidores, que iniciaram a utilização de drogas de forma precoce, se comparados aos adultos que iniciaram o consumo entre as décadas de 1970 e 1980 (NUNES; JÓLLUSKIN, 2007, p. 235).

As drogas saíram, então, dos ambientes típicos da classe média até chegar nas ruas da cidade e nos bairros operários (POIARES, 1999 apud NUNES; JÓLLUSKIN, 2007, p. 235).

Embora o consumo de drogas data desde a antiguidade, foi somente no século XIX que esse fenômeno ganhou uma nova importância social e política, alterando o conceito de consumidores e a forma de enfrentar o problema, passando a ser vista agora não mais como um recurso natural, mas como um recurso de controle político e jurídico (ROCHET, 2009, p.68).

Segundo Lima (2003, p.2), à medida que o consumo de drogas passa a ameaçar a propriedade privada começa-se a adotar uma lógica moralizadora e preventiva contra os dependentes de álcool e outras drogas, atribuindo competências à psiquiatria e à justiça para atuar sobre esse fenômeno. Isso também ocorreu com as diferentes substâncias psicoativas surgidas entre os séculos XIX e XX, criando uma estratégia de resolver a problemática através de uma lógica moralizadora e repressiva contra as drogas, quebrando o *arejamento* que vivenciou por centenas de anos.

Como já dissemos, o consumo dessas substâncias com finalidades recreativas começou a ser visto como uma problemática na medida em que ela começou a ameaçar o modo de produção, sob a alegação de que essas drogas poderiam gerar *improdutividade*. A utilização problemática das substâncias psicoativas, da dependência e do abuso está relacionada à lógica individualista imposta pela sociedade moderna, a qual culpabiliza o indivíduo pelo seu problema, ainda que o fenômeno não se reduza exclusivamente a isso.

As drogas juntamente com o álcool, só passaram a ser colocadas na esfera penal em âmbito global, ou seja, como pauta em assuntos na Justiça, quando começou a se internacionalizar as políticas ditadas pelos países centrais (LIMA, 2003,

p.3). Para Birman (1978 apud, LIMA; RITA, 2005, p.2) o álcool só passou a ser visto como uma doença à medida que essa substância representou uma ameaça a propriedade privada - do usuário ou da sua família - ou à proporção que o usuário ameaçasse os bens próprios através da apresentação de comportamentos agressivos com pessoas da família ou vínculos próximos. Ou seja, o consumo de álcool só se torna uma problemática no momento que ele ameaça o modo de produção, a propriedade privada e a família que é considerada como a protetora dos bens e como a responsável pela socialização primária dos indivíduos (LIMA, 2003, p.3).

Reforçamos que, no período colonial, por ser de fácil acesso estava associada a artigo de luxo, riquezas exóticas e à utilização para fins medicinais. A sociedade da época não fazia, então, diferenciação entre droga e alimento (ROCHET, 2009, p. 69). O consumo das substâncias (período colonial) estava mais relacionado com a associação entre o indivíduo consumidor e a sua comunidade, do que com sua dependência. Cumpre mencionar que sua ação dependia da dose e da forma de seu uso.

Conforme pode ser observado no pensamento explicitado pelos autores, Carneiro apud Rochet:

o consumo de ambas as substâncias colocava-se em outro paradigma; a relação consigo mesmo e com a comunidade, com mecanismo auto regulatórios, pelos quais se educava a vontade no exercício da autocontenção (CARNEIRO, 2005b apud ROCHET, 2009, p.69).

Atualmente se distanciou a relação entre droga e alimento, hoje as drogas não são vistas como um recurso natural, como na época da Grécia, mas como um recurso que deveria ser tratado na esfera jurídica e política, passando a adentrar na esfera moralizante. Essa lógica moralizadora e repressiva poderia até tentar normatizar as condutas dos usuários, mas não extingue o desejo de consumo e a libido do usuário que, posteriormente, poderiam se manifestar (ROCHET, 2007, p.62).

Ora, existem diversos fatores que levam o indivíduo ao consumo problemático das drogas, que vão desde fatores pessoais, sociais e culturais até fatores bioquímicos das substâncias (CAVALCANTE, 2008).

Apesar dos efeitos potencialmente negativos para a saúde, das drogas lícitas, são aceitas livremente, como exemplo o álcool, que só se torna uma problemática para a sociedade quando gera dependência, enquanto que, com as drogas ilícitas, o simples ato de consumi-las já leva à estigmatização.

Sendo assim,

o álcool é tomado como uma prática de alteração da consciência que não elimina “o outro” a priori, mas sim favorece, o intercâmbio com ele, enquanto que as drogas lícitas radicalizariam a esfera privada e um individualismo cortante (ROCHET, 2009, p.73).

O tema do álcool, do tabaco e das outras drogas está menos relacionado às substâncias em si, à toxicologia, aos seus efeitos nocivos etc. Ele está mais atrelado à diferenciação entre a substância e o acidente. Em outras palavras, o álcool e o tabaco são socialmente aceitos, e as drogas ilícitas não possuem seu lugar no espaço público (ROCHET, 2007, p.73).

Contrariando os indicadores de saúde, o consumo de algumas substâncias consideradas lícitas, como exemplo, o álcool e o tabaco, é aceito por determinados países em virtude da alta letalidade, morbidade e mortalidade que elas simbolizam (CAVALCANTE, 2008).

É válido mencionar que, no caso do álcool, seu consumo está atrelado ainda ao grande potencial que essa droga tem de gerar acidentes de trânsito e contribuir para a violência doméstica e urbana (SILVA, 2013, p. 52).

Outro fator relevante e que nos leva à reflexão é que, segundo dados da Organização Mundial da Saúde, no ano de 2014, ocorreram, por ano, cinco milhões de mortes em decorrência do tabagismo. (PORTAL BRASIL, 2014).

É importante explicitar, também, que somente em 2003 foi assinado o primeiro instrumento internacional sobre tabaco, enquanto que a primeira Convenção sobre o ópio foi assinada, quase um século antes (SILVA, 2013, p. 52).

Para Bucher e Costa (1985 apud ROCHET, 2007, p. 38) o consumo de drogas adquiriu três sentidos básicos. Nos dois primeiros, em que a utilização da droga se deu com finalidades religiosas, permitiu que o indivíduo fugisse do mundo real, da transitoriedade humana e da angústia trazida por ela. Assim como para entrar em contato com as forças divinas e espirituais, a utilização de substâncias psicoativas é uma forma de preencher um vazio ou estender os limites individuais. O terceiro sentido é a busca do prazer, traço típicos das substâncias na sociedade moderna.

Na sociedade atual, nos dois últimos séculos, a droga assumiu uma tripla dimensão: a de mercadoria, interligando a esfera jurídica, econômica e fiscal; a dimensão lúdica e terapêutica, que permite um maior convívio social pela desinibição, que age como instrumento de tratamento médico e, por fim, a última dimensão, que é a de objeto da criminalização, numa perspectiva alarmante, principalmente a partir do século XX (POIARES, 1999 apud NUNES; JÓLLUSKIN, 2007, p.232).

Há mais de um século iniciaram-se ações para o enfrentamento do problema, após a conferência sobre o ópio, realizada em Xangai, em 1909, que inaugurou a era dos controles sobre drogas e do proibicionismo (SILVA, 2013, p.45).

É importante refletir sobre o papel social e econômico que as drogas vêm ocupando nas sociedades, pois segundo Baratta in Mesquita & Bastos (1994 apud CAVALCANTE, 2008) “a história das drogas pertence cada vez menos à história das culturas locais e cada vez mais a história da economia capitalista”.

E, por fim, conforme Nunes, Jólluskin (2007, p. 232) a respeito da problemática “alguns autores, como Kaminski, vão mais longe e afirmam que o fenômeno das drogas, não é mais que o reflexo do discurso que delas se faz”, ou seja, se tivermos um discurso mais repressivo, teremos uma problematização maior da droga, o que veremos nos demais capítulos.

CAPÍTULO 2. CONVENÇÕES INTERNACIONAIS E POLÍTICAS GLOBAIS SOBRE DROGAS

2.1. As primeiras normativas e estratégias globais

Podemos observar no capítulo anterior que o século XVII até o século XIX, no Ocidente não se enxergava o ópio como uma ameaça ou como uma substância que possuía consequências escravizadoras para a alma e para o corpo, pois assim como para o ópio e para outras substâncias psicotrópicas não havia nenhum tratado que regulamentava a produção, circulação e consumo de suas substâncias. Exemplificamos somente o ópio pois este foi um dos principais alvos influenciadores das primeiras guerras contra as drogas, o que não tira a importância das outras substâncias psicotrópicas que posteriormente também foram alvos de controle (ROCHET, 2009, p.89).

Já no século XIX, foram descobertos os efeitos colaterais e os danos à saúde do uso do ópio e opiáceos, porém o consumo medicinal de opiáceos e outras drogas ainda eram aceitos e o consumo recreativo até então era tolerado, sendo o seu uso considerado apenas como um “mau-hábito” ou visto como um problema grave de fragilidade emocional. No final do século XIX a procura pelo ópio começou a cair, em decorrência da redução da população chinesa devido ao aumento dos controles migratório e repatriações voluntárias. Os usuários passaram a utilizar drogas mais perigosas, como a heroína (SILVA, 2013, p. 71).

Havia uma disponibilidade de substâncias problemáticas numa quantidade menor do que a apresentada no século XIX e em decorrência desse aumento foram criadas as primeiras conferências e convenções sobre drogas. (SILVA, 2013, p.69; IMESC/INFOdrogas 1999-2012; TAFFARELLO, 2009, p.44; ROCHET, 2009, p.89).

Até 1909, os EUA não tinham nenhuma lei federal proibicionista referente ao comércio e ao contrabando de ópio, muito menos possuía estatísticas precisas sobre a problemática da droga no seu país.

Os fatores que motivaram as primeiras iniciativas de controle e proibição foram respectivamente, a preocupação com a saúde pública que surgiram à medida que se descobriram os efeitos colaterais do ópio e dos opiáceos, como exemplo, a dependência química. O segundo motivo era o interesse dos médicos em adquirir o monopólio das receitas de drogas. E a terceira motivação é a preocupação da sociedade com o uso recreativo das drogas pelas classes baixas (SILVA, 2013, p.69).

Para Silva:

O efeito moral não é tão degradante para os ricos e abastados quanto para os pobres. O motivo é que o rico tem meios para comprar todo o ópio que quiser, ao passo que o pobre é frequentemente levado ao roubo e outros métodos desonestos para obter o dinheiro com o qual comprar a droga (Ho Su-cho apud SILVA, 2013, p.68).

Para ter uma noção do aumento da disponibilização de drogas ocorridas no século XX, é citado por Davenport-Hines (2002) apud Taffarello (2009) sobre as substâncias psicoativas que:

O mercado ilegal das substâncias psicoativas ilícitas, produz a cada ano, uma receita estimada pela ONU em cerca de 400 bilhões, equivalentes a aproximadamente a 8% de todo o comércio internacional realizado no planeta. (ONU, 2002).

Marcando o século XX pela era das primeiras tentativas de controle sobre o consumo e o tráfico de drogas a nível internacional. As medidas jurídicas adotadas nesse século para banir e receitar as drogas psicoativas ou não, constituíam parte de uma ideologia governamental estadunidense para instrumentalização de políticas de controle não da substância em si, mas sim da estigmatização de pessoas a que elas se dirigiam e, por isso, a ideia de higienização social, xenofobia e androgenia foi se tornando cada mais severa aos norte-americanos. (ROCHET, 2009, p.96; TAFFARELLO, 2009, p. 46; IMESC/INFOdrogas 1999-2012).

Em decorrência do consumo problemático das drogas os Estados Unidos editaram a lei denominada “Smoking Opium Exclusion Act” regulamentando a questão em nível nacional. A ideia central dessa lei se resume no consumo de ópio como questão grave e perigosa.

Os EUA se preocuparam com os problemas relativos às drogas, muito mais que um simples objetivo de tratar um problema relacionado à saúde mundial, logo, o governo de Washington (EUA) percebeu que fazendo o controle dos opiáceos reduziria o privilégio europeu sobre o comércio da China, pois com as decisões acordadas na guerra do ópio eliminaram as companhias marítimas norte-americanas do comércio chinês e afetava o comércio legítimo com o império (SILVA, 2013, p. 75).

E com isso, Theodore Roosevelt, assumiu a liderança da primeira conferência internacional sobre drogas - Conferência de Xangai² de 1909. Inauguraram dois conceitos quanto a sua utilização, influenciados pela política norte-americana: o de legalizar o uso das drogas somente para fins médicos e científicos, e o segundo era o controle da oferta criando alternativas que reduzissem os ressentimentos chineses, submetessem os ingleses a condições desfavoráveis e restringisse as barreiras europeias no comércio com a China (SILVA, 2013, p. 76; ROCHET, 2009, p.91; TAFFARELO, 2009, p.47).

Sediada em Xangai, liderado pelos EUA, possuía o objetivo de preservar o comércio inglês. Os Estados-membros reuniram-se na Conferência internacional sobre o ópio objetivando proibir a importação e a utilização de ópio para finalidades não medicinais (ROCHET, 2009, p.91, SILVA, 2013, p. 76, ANDRADE, 2013, p.72).

O encontro finalizou com resoluções estimulando os países membros da Conferência de Xangai, a colaborarem com as políticas de controle chinesas, a reduzirem gradativamente o fumo do ópio e adotarem medidas de controle, proibição, uso e distribuição da morfina. Após o encontro, os países membros continuaram a seguir suas próprias recomendações desprezando todas as propostas aconselhadas pela Comissão (SILVA, 2013, p. 78; SILVA, 2014, p.44).

²Conduzido pelos norte-americanos, formou-se a “Comissão do Ópio”, constituído por representantes de treze potências (Grã-Bretanha, França, Alemanha, Japão, Holanda, Portugal, Rússia, China, Sião, Pérsia, Itália, Áustria-Hungria, Turquia e EUA), não havia nenhum país da América Latina e do Caribe incluídos na reunião.

A Conferência de Xangai conseguiu ter um longo alcance, pois foi um ponto inicial para o controle internacional das drogas e para a formação de um arcabouço internacional (inicialmente com a Liga das Nações e depois com a ONU). Foi importante também, pois ajudou a reconhecer que o tema era uma problemática a nível mundial e relatou os perigos do consumo das drogas. Definiram dados pela primeira vez sobre a produção mundial do ópio, propuseram abertura de espaços para a discussão sobre as problemáticas internas de cada país relacionadas às drogas. (SILVA, 2013, p. 79; SILVA, 2014, p.44).

Em 1911, foi realizada uma outra Conferência, constituída pelos mesmos países membros da Conferência de Xangai, com exceção a Áustria-Hungria. Foi sediada em Haia. Apesar dos países concordarem sobre a existência da problemática a nível internacional, eles estavam preocupados principalmente com as perdas comerciais. Em janeiro de 1912, criou-se uma convenção para o controle da produção do ópio e para impedir a utilização para fins não terapêuticos (SILVA, 2013, p. 80. SILVA, 2014, p.45).

A Convenção de Haia (1912) foi o primeiro tratado a nível mundial de controle de drogas “que regulamentou a produção e comércio da cocaína, morfina e heroína”. E foi fundamental para produzir as normativas internacionais, que inspirou legislações futuras. Tentaram tratar a problemática com medidas proibicionistas e repressivas: limitou-se a venda, uso e produção do ópio para fins medicamentoso e científico, estabeleceu-se a eliminação gradativa do seu fumo, impôs-se um sistema de autorização e registro e negou a exportação de drogas para países que rejeitavam a sua importação. (SILVA, 2013, p. 80; HAMILTON, 2013, p. 72).

A questão das drogas foi posta em ambiente internacional, passando agora a enxergar a problemática não só como da China, mas como de vários países, pois outras nações foram “contaminadas” pelo a utilização do ópio (SIMMONS, 1973 apud SILVA, 2013, p. 80; IMESC/INFOdrogas 1999-2012).

E ajudou a enxergar que era obrigação do Estado zelar pelo uso legítimo de algumas drogas além de contribuir para a redução da problemática de dependência na China. (BRUNN, 1975 apud SILVA, 2013, p.80; SILVA, 2013, p. 81).

Um dos problemas trazidos foi que se abriu uma janela ao deixar as interpretações do controle das drogas sob responsabilidade dos governos individuais baseado numa regulamentação doméstica e não internacional, da produção e da distribuição da droga (SILVA, 2013, p. 81).

A Primeira Guerra Mundial (1914-1918) foi em direção oposta às orientações estabelecidas pela Convenção de Haia. A parada repentina dos fornecimentos alemães de morfina e heroína fez com que alguns países aliados à Alemanha sofressem ameaça de escassez, o que fez com que eles expandissem suas indústrias farmacêuticas em plena execução da convenção (SILVA, 2013, p. 81; TAFFARELLO, 2009, p. 49).

Os EUA com o apoio da população, criou em 1914 a primeira lei proibicionista (“Harrison Narcotics Act”) que se incorporou a Convenção de Haia de 1912 por meio de imposições de uma série de obrigações relativas ao comércio do ópio, cocaína e de seus derivados. (SILVA, 2013, p. 82).

O fim da Primeira Guerra Mundial permitiu que retomassem a discussão sobre os problemas a nível global e colocassem em vigência a Convenção de 1919. As drogas sintéticas substituíram a heroína e a cocaína no período da guerra e seu uso começou a cair na década de 30 (SILVA, 2013, p. 82; TAFFARELLO, 2009).

A Liga das Nações (Organização internacional criada em 1919) tinha como um dos objetivos supervisionar as políticas de controle de drogas “visando um acordo de paz”, possuindo como responsabilidade o acompanhamento dos acordos internacionais relativos ao controle de drogas. No âmbito da Liga a Convenção Internacional sobre o Ópio de 1912 foi revisado na Conferência de 1925, assim como foi instituído um sistema de controle estatístico capaz de controlar a circulação mundial de drogas. A mesma teve um papel relevante na questão da problemática das drogas (ROCHET, 2009, p.92; SILVA, 2013, p. 83; SILVA, 2014, p.46).

Conforme Rochet (2009, p.92): “Os EUA, no início da década de 1920 almejavam a internacionalização do modelo terapêutico-repressor conduzido domesticamente”. Devido às pressões do governo estadunidense foi instituído uma

nova conferência internacional (Conferência de Genebra) para novembro de 1924. E com isso foi realizada a primeira Conferência de Genebra sobre drogas (1924), visando adotar medidas para a eliminação do consumo do ópio no Extremo oriente. (RODRIGUES apud ROCHET, 2009, p.93).

Essa conferência consagrou o alargamento da ideia de substâncias entorpecentes e estabeleceu um sistema de controle do tráfico internacional por meio de medidas de implantação do certificado de importação e a autorização de exportação. (IMESC/INFOdrogas 1999-2012).

Um ano depois, ainda sob a supervisão da Liga das Nações, foi realizado o Acordo de Genebra (1925), com a participação de 41 governos que gerou a aprovação da Convenção Internacional do Ópio, estipulando medidas de controle sobre o consumo do ópio - fragilizado pelas cláusulas de exceção (SILVA, 2013, p. 84). Este acordo, surgido da conferência de Genebra ligada a Sociedade das Nações de 1924, tornou realizável os dispositivos da Conferência de Haia de 1912 (SILVA, 2013, p. 84; IMESC/INFOdrogas 1999-2012, SILVA, 2014, p.46).

O documento conclusivo do acordo de Genebra preservou a liberdade dos Estados de produzir e comercializar drogas, em quaisquer quantidades, desde que enviassem relatórios concisos aos órgãos da Liga. As políticas se restringiram a uma política de “controle de oferta” (MCALLISTER, 2000 apud SILVA, 2013, p. 84).

Um dos avanços trazidos pelo acordo de Genebra foi à obtenção de novas tentativas aos comportamentos globais; os países aceitaram anunciar informações antes sigilosas; criaram um banco de dados sobre a produção internacional de ópio, as reais necessidades das indústrias farmacêuticas e os percursos do tráfico e do comércio; foram incluídos na agenda assuntos relacionados à cooperação internacional e execução doméstica de acordos; atrelou a política de controle a heroína e a Cannabis (restrita a fins medicamentosos e científicos) e criou-se um órgão oficial para salvaguardar as regulamentações.

Porém em meio aos diferentes posicionamentos, foi o dos EUA que prevaleceu na trajetória internacional de políticas de controle sobre drogas (MCALLISTER, 2000 apud SILVA, 2013, p. 86).

Nos anos seguintes ocorreu a convenção de 1931 (Bangkok e Genebra) e 1936 (Genebra) na qual os EUA participaram intensamente auxiliando para a internacionalização do modelo norte-americano de combate as drogas. A conferência de 1931, realizada em Bangkok foi uma revisão do acordo de Genebra (1925). (ROCHET, 2009, p.94; IMESC/INFOdrogas 1999-2012; SILVA, 2014, p.47).

Posteriormente teve a Convenção Internacional em Genebra realizada no mesmo ano (1931) cuja finalidade era limitar a produção mundial e estoques de drogas para fins medicamentosos e científicos, visando adotar medidas contra o aumento do vício de substâncias entorpecentes (SILVA, 2013, p. 86; HAMILTON, 2013, p.77).

A Convenção de 1931 foi inspirada pelos EUA, na qual estabelecia uma distinção entre oferta e demanda e na crença de que o consumo problemático das drogas era resultado do cultivo ilegal e do tráfico (SILVA, 2013, p. 88; SILVA, 2014, p.47).

A Convenção Internacional de 1936, também realizada em Genebra abordou sobre a repressão do tráfico ilícito de drogas nocivas, estipulando punições graves para quem comercializasse drogas ilegais, serviu para que os países membros se comprometessem a impedir as “fugas na lei” para criminosos que fossem julgados por razões técnicas e para facilitar a extradição em cometimentos de crime relacionado às drogas .A representação norte-americana propôs não somente a criminalização da distribuição para fins não medicamentosos, mas também para a utilização pessoal (ROCHET, 2009, p.94; SILVA, 2013, p. 86; SILVA, 2014,p.48).

E como resultado da tentativa de regulamentar o comércio lícito, estimularam o comércio clandestino e favoreceram a transição dos cultivos clandestinos para lugares mais distantes (SILVA, 2013, p. 87; SILVA, 2014, p.48).

Conforme cita Rodrigues apud Rochet (2009, p.94):

A inoperância do tratado de 1936 demonstrava claramente que nenhum acordo internacional seria praticável sem a chancela dos Estados Unidos. A exportação do modelo proibicionista norte-americano se impunha aos poucos no modelo internacional, investida da legitimidade trazida por medidas legais multilaterais. Tal multilateralismo implicava resistências por parte dos outros Estados envolvidos, centrais ou periféricos. Todavia, devido à importância política, econômica e militar dos Estados Unidos torna-se cada vez mais difícil contrapor-se a esse país.

Essas duas Conferências (1931 e 1936), estipularam a obrigatoriedade dos países membros em propor medidas proibicionistas nacionais de disseminação do vício. (IMESC/INFOdrogas 1999-2012).

Diante das primeiras normativas citadas acima, destacamos o papel da Organizações das Nações Unidas para o sistema internacional de controle de drogas.

2.1.1. Organização das Nações Unidas

Após a Segunda Guerra Mundial (1939 a 1941) o controle internacional sobre drogas passou a ser administrado por tratados, acordos e convenções sob o controle da Organização das Nações Unidas (ONU)³. A ONU foi considerada um dos territórios notáveis no quesito de políticas sobre drogas, dada a sua natureza multilateral, por onde passaram argumentos e posições distintas, a favor ou resistentes ao proibicionismo implantado pelo EUA para o enfrentamento da política sobre drogas. (CAVALCANTE, 2008, p.46; LIMA, 2009, p.225).

A missão da ONU era manter a paz e segurança internacional após a finaliz Ela procurou sintetizar as medidas de controle e proibição até então produzidas internacionalmente, visando criar implantar um sistema internacional de controle e proibição às drogas ação da Segunda Guerra Mundial, estabelecer relação entre as nações do mundo e estimular a cooperação internacional na resolução de problemas econômicos, políticos, culturais e humanitários (LIMA, 2009:225).

³ Fundada em 1945, constituída por 51 Estados, foi um dos personagens principais na área das políticas sobre drogas (álcool, tabaco e outras drogas no período pós-guerra). Já em 1990 a ONU possuía 185 Estados-Membros. E em 2017 possui 193 Países-membros. (LIMA, 2009, p.22)

Em 1945, foi estabelecida a Comissão de Entorpecentes que substituiu o Comitê Consultivo sobre Tráfico de Ópio atribuindo a ONU o encargo sobre a política de controle sobre drogas, por meio do “Protocolo de Lake Success”, visando regulamentar o uso recreativo ou a dependência gerada pelo seu consumo problemático, aumentando o número de Estados participantes, as formas de diálogo com as questões das drogas e o tipo de atenção dada aos usuários.

Foram alcançadas algumas intenções no final dos anos quarenta, tais como: a transição da responsabilidade internacional das Ligas das Nações para a ONU, recomposição das agências nacionais que foram desfeitas na segunda guerra mundial e o desaparecimento gradativo do monopólio colonial, mesmo assim a produção de ópio e cocaína possuíam uma demanda maior do que a necessária para fins medicamentosos e científicos (SILVA, 2013, p. 107).

Em 1946, foi assinado o protocolo que renovava os acordos sob a convenção da ONU e em 1948 (Paris) e 1953 (Nova York) foram afixados novos protocolos. O de Nova York delimitou a produção de opiáceos na fonte, permitindo apenas sua utilização para uso médico. (IMESC-INFOdrogas 1999-2012).

Em 1953, foi firmado o último acordo destinado à redução do comércio lícito (Protocolo do Ópio), determinando a restrição das drogas para finalidades medicamentosas e científicas, foi abolida a denominação “quase medicinal”, restringiu a apenas sete países- Bulgária, Grécia, Índia, Irã, Iugoslávia, Turquia e URSS (autorização para exportar ópio), restando para os outros países apenas o contrabando (SILVA, 2013, p.107). A separação entre país pobres e ricos - Norte e Sul ficou notório no protocolo de 1953 (ROCHET, 2009, p.97).

A Segunda Guerra Mundial possibilitou a consolidação da hegemonia dos Estados Unidos sobre a sociedade capitalista. E foi no período da guerra fria⁴ que se consolidou a era do “proibicionismo” contra as drogas por meio de três instrumentos legais internacionais em vigor na área de políticas sobre drogas e que se tornaram os

⁴ Conforme Lima (2009, p.219): “Segundo Munhoz, a expressão Guerra Fria (1947-1989) foi cunhada no século XIV frente ao conflito entre cristãos e muçulmanos durante o período das Cruzadas. Também no final do século XIX, as acirradas disputas imperialistas entre as potências mundiais do período, com sua corrida armamentista prévia à Primeira Guerra, no início do século seguinte, tiveram a expressão Guerra Fria para nomear as tensões advindas. No entanto, a universalização da expressão pós Segunda Guerra foi atribuída ao jornalista estadunidense

principais instrumentos normativos⁵ no plano internacionais das políticas sobre drogas. São eles: A Convenção Única sobre entorpecentes de 1961; a Convenção sobre substâncias psicotrópicas, de 1971, e a Convenção das Nações Unidas de contra tráfico ilícito de entorpecentes e substâncias psicotrópicas, de 1988 e o protocolo de Emendas a convenção Única sobre entorpecentes, de 1972. (LIMA, 2009: p.218-219).

A ONU veio dar continuidade ao que fazia a Liga das Nações propondo um marco legal antidrogas. A temática das drogas passou a ser de responsabilidade da instituição a nível mundial com função de monitorar reuniões e propor políticas de enfrentamento da problemática das drogas a nível internacional (SILVA, 2014, p. 48).

Buscando obedecer a sua atribuição de controlar as drogas internacionalmente, a ONU buscou meios de institucionalizar seu marco legal, destacando-se o surgimento em 1946, da Comissão de Narcóticos (CND), atribuindo a competência de supervisionar a execução das diretrizes nas convenções antidrogas⁶.

Em destaque também teve, em 1968 a criação da Junta Internacional de Fiscalização de Entorpecentes (JIFE) que possuía o objetivo de controlar e fiscalizar a execução da convenção de seus pais membros, bem como foi lhe atribuído a responsabilidade de emitir relatórios anuais sobre a situação mundial da produção, tráfico e consumo de drogas. (SILVA, 2014; p.50).

O referido marco-legal trouxe as diretrizes aprovadas pelas Convenções anteriores na Convenção Única sobre drogas da ONU, de 1961 consolidando assim o sistema internacional sobre drogas (SILVA, 2014: 49).

Walter Lippmann, do *New Herald Tribune*, que produziu inúmeros artigos sobre os conflitos entre Estados Unidos e União Soviética, compilados no livro *The Cold War* (2004: 417) ,enquanto resposta à análise geopolítica do diplomata George Frost Kennan, especialista em assuntos soviéticos e conselheiro da Embaixada estadunidense em Moscou, entre meados de 1944 e maio de 1946 (MUNHOZ, 2004, p. 193)"

⁵ Atualmente a legislação da grande parcela dos países é regida pela Convenção Única de Nova Iorque sobre entorpecentes, 1961 e pela Convenção contra o tráfico ilícito de Entorpecentes e de substâncias psicotrópicas de Viena, de 1988. (CAVALCANTE, 2008, p.46).

⁶ Por meio do estabelecimento de normas de controle e de licença para a produção, exportação e importação de entorpecentes com finalidades medicinais assim como alterar a lista de substâncias controladas ou proibidas, acrescentando ou retirando (SILVA, 2014: p. 50).

2.2. As convenções internacionais pós ONU

Depois a ONU criou seis tratados e três protocolos de emendas com o objetivo de amenizar o arcabouço legal da política de controle do comércio sobre drogas que acabou criando a convenção de 1961 (Convenção Única de Nova York sobre entorpecentes) que permanece em vigência até os dias atuais. Após as discussões, o texto final delimitava em um único tratado as decisões principais acordadas na convenção de Haia (1912), de Genebra (1925 e 1931) e do protocolo de 1953 (Nova York) (SILVA, 2013:108; ROCHET, 2009:97).

2.2.1. A Convenção de 1961 e seu foco repressivo:

É estabelecida a Convenção Única de Nova Iorque sobre Entorpecentes (1961), além de ser firmado as iniciativas de controle e proibição que propõe limites especiais aos potencialmente “perigosos”. Condiciona procedimentos para a introdução de novas substâncias que necessitam de controle, atribui as Nações Unidas a responsabilidade de fiscalizar internacionalmente os entorpecentes, impõe iniciativas que devem ser adotadas a nível nacional contra o tráfico ilícito, trazendo sanções penais para as formas dolosas de tráfico, produção, posse etc e que os desajustes sejam punidos, além de trazer recomendações aos toxicômanos a fazer seu tratamento médico propondo medidas facilitadoras de sua reabilitação. (IMESC/INFOdrogas 1999-2012).

A Convenção (1961) foi a nova estrutura do sistema internacional de controle. Nela foram mantidas alguns pilares dos tratados anteriores: sujeição das necessidades por meio de estimativas e estatísticas sobre drogas, sistema de certificação de importação e exportação, registro das fábricas produtoras, comerciantes e distribuidoras de drogas, classificação das drogas em lista de controle de acordo com sua utilização para uso médico e científicos. (SILVA, 2013, p.108).

No seu preâmbulo deixava claro a ideologia da norma internacional:

As partes, preocupadas com a saúde física e moral da humanidade, [...] reconhecendo que a toxicomania é um grave mal para o indivíduo e constitui um perigo social e econômico para a humanidade, conscientes de seu dever de prevenir e combater esse mal [...] (UNODC, 2009 apud TAFFARELO, 2009, p.61).

Esta norma além de estar desorganizado a noção de “saúde moral”, propusera a ampliação das normas proibitivas, englobando também a ordem econômica, além da saúde individual e pública e da paz social (TAFFARELLO, 2008, p.61).

O objetivo principal da Convenção foi “restringir a fins médicos e científicos a produção, fabricação, exportação, importação, distribuição, comércio, consumo e posse de drogas”, assegurar o mercado de drogas para fins médicos e científicos e anular a disponibilidade de drogas para o mercado ilícito. O documento entendia na conjuntura internacional a utilização de drogas como um ameaça à saúde física e moral da humanidade exceto para uso médico. Limitava o uso de entorpecentes para somente uso médico e científico (SILVA,2013, p.109; ROCHET, 2009, p.98, TAFFARELLO,2008, p.61).

Esse documento inseriu a proibição e criminalização do porte e uso de drogas prescrevendo medidas privativas rígidas nas leis penais nacionais. É importante destacar que essa convenção harmonizou com os princípios “paternalistas” próprios do modelo do Welfare State vigente na Europa (ROCHET,2009, p.99; TAFFARELLO, 2008, p.62; ESCOHOTADO, 2004, p.599).

Quanto ao consumo a norma estabelecia claramente a diferença entre uso e abuso baseado no critério impositivo da simples autorização legal, na qual considera o consumo individual em pouquíssima quantidade como abuso enquanto que a overdose mediante prescrição médica poderia ou não ser. E essa distinção pode ser relativa, pois uma pessoa pode utilizar uma quantidade de drogas e já sentir os efeitos, podendo assim sofrer uma overdose enquanto que outros indivíduos pode não sofrer os efeitos utilizando uma quantidade excessiva de drogas (TAFFARELLO, 2008, p.61; ESCOHOTADO, 2004,p. 572).

A Convenção distingue uso e abuso e consumo e uso indevido, legalmente a droga seria restrita apenas a uso médico, caso contrário era considerada como de uso indevido (ESCOHOTADO, 2004, p.572).

Essa norma era “progressista”, tendo como norteador os norte-americanos propondo formas punitivas e rigorosas de fiscalização aos toxicômanos, não levava em consideração formas terapêuticas. Como vista na cláusula: “adotar medidas de fiscalização mais estreitas e rigorosas que as previstas nesta Convenção” ⁷ inclusive o tratado exigia a criação de um novo organismo, a Junta Internacional de Fiscalização de Entorpecentes, possuindo como a maioria dos membros pessoas com experiências apenas médicas e farmacêuticas. (ESCOHOTADO, 2004, p.572).

É importante destacar que essa Convenção instaura o sistema das listas, a primeira contendo o ópio, cocaína e Morfina e outras oitenta substâncias “más”, a segunda lista contendo oito substâncias, considerando a codeína como substância principal e a exigência de medidas mais rígidas de fiscalização; terceira lista era dispensável a receita em algumas preparações e a quarta é que é submetida a controles severos componentes que contenha substâncias perigosas, tais como, opiáceos sintéticos, a heroína e a Cannabis. Em casos de descumprimento seriam adotadas medidas de punições domésticas e internacionais.

O acordo incluía na lista substâncias proibidas, as plantas que possuíam na sua composição princípios ativos das substâncias psicoativas e atribui punições mais severas ao consumo de ópio e seus derivados, maconha e haxixe, cocaína e folha de coca (SILVA, 2014, p.49).

O marco-legal exigia que todos os países membros da convenção adotassem medidas punitivas ao consumo recreativo de drogas e estipulando como crime o consumo, produção e comercialização de drogas (SILVA, 2014, p.49).

Foi acordado que os países membros da Convenção deveriam fornecer informações relacionadas às diretrizes da Convenção, mostrando as medidas antidrogas adotadas e assim como as leis publicadas. E fornecer dados estimativos sobre o tráfico de drogas de seus países e atuações das organizações narcotraficantes. (SILVA, 2014, p. 49).

Antes dessa lista contendo mais de 90 substâncias proibidas, essas substâncias foram sendo utilizadas “livremente” durante décadas (umas mais de meio

⁷ Art.39

século) exceto cocaína, cânhamo e opiáceos naturais, a maioria com uso para fins terapêuticos (ESCOHOTADO, 2004, p.573).

É importante frisar para se situar no tempo que no ano de 1960 vivenciamos nos EUA, a época do movimento Hippie que pregava um viver livre, distante das ideologias, da utilização de drogas, do período da liberação das relações sexuais.

As falhas apresentadas pela Convenção de 1961 foi que: não atentou suficientemente ao tráfico ilícito, focou mais na política de oferta e esqueceu do controle do consumo. Com o apoio do seu protocolo de 1971 (Protocolo de Emendas a Convenção Única sobre Entorpecentes), separou o conceito de oferta e demanda e estabeleceu diferentes tratamentos para eles (repreender a oferta e tolerar a demanda) (SMITH, 1992 apud SILVA, 2013, p.109).

Em 1971 é firmada a Convenção sobre as Substâncias Psicotrópicas (Viena) na qual lhe é atribuído a responsabilidade de controlar a preparação, uso e comércio de psicotrópico (IMESC/INFOdrogas 1999-2012).

Após a guerra do Vietnã, em 1971, Nixon declarou ao Congresso, que os Estados Unidos estavam numa situação de “emergência nacional”, tendo considerado a problemática das drogas como “inimigo número um” da nação, estabelecendo assim um plano de ataque sem precedentes na história, era necessário declarar-lhes guerra (TAFFARELLO, 2009, p. 65).

Fortaleceu o crescimento do comércio de drogas ilegais nos EUA (anos 1960 e 1970), fortificou o narcotráfico e obrigou os países produtores a pagar bem mais (custos econômicos, sociais e políticos e humanos) do que os países consumidores (SILVA, 2013, p.110). Já em 1971 foi adotada a Convenção sobre drogas psicotrópicas que complementava a Convenção única de 1961, inaugurando políticas de controle mundiais sobre anfetaminas (estimulantes), barbitúricos (sedativos) e alucinógenos (LSD e Similares) (SILVA, 2013, p.126; ESCOHOTADO, 1998, p.675).

Realizada em Viena, essa Convenção buscou estabelecer um sistema sofisticado de controle internacional sobre as substâncias psicotrópicas, possuindo como cerne primordial o controle mundial das drogas, visando delimitar a produção, distribuição e consumo de drogas psicoativas. Mostra a necessidade de implantar políticas públicas com o objetivo de prevenir e reprimir o narcotráfico, destacando a necessidade de promover a cooperação internacional e a assistência mútua visando garantir uma eficaz atuação no tráfico de drogas a nível internacional (SILVA, 2014, p.50).

O diferencial dessa Convenção foi que ela se comprometeu a cuidar do “juízo, a percepção e o estado de ânimo”, enquanto que as convenções anteriores buscavam apenas impedir o abuso de drogas entorpecentes ou que geravam dependência (SILVA, 2013, p.127; ESCOHOTADO, 1998, p. 675).

Essa Convenção criou no âmbito da ONU um “Fundo para a controle de drogas” visando prevenir a produção do ópio em seu quesito econômico mediante a implantação de projetos de reabilitação de dependentes químicos, a substituição de cultivos e aplicabilidade de leis (SILVA, 2013, p.128).

Ou seja, diferente das outras Convenções ela visa atender questões relacionadas aos danos e os efeitos do consumo problemático de drogas, sendo assim a primeira convenção que enxerga a necessidade de dialogar sobre o controle da oferta e da demanda.

Essa Convenção foi uma reunião estimulada pelos norte-americanos, visando prescrever internacionalmente também as drogas ampliadoras da consciência e uma manifestação sobre os fármacos lícitos que geraram perigos durante décadas (TAFFARELLO, 2009, p. 66).

O preâmbulo da Convenção indicava uma proteção à saúde física e mental da humanidade e a preocupação para não reduzir as drogas a fins medicamentosos e científicos das substâncias ali expostas⁸ (decreto n° 79.388/77 apud TAFFARELLO, 2009, p.66; ESCOHOTADO, 1998, p. 675).

⁸ Foi criada novas lista de substâncias, a lista I estava relacionada às drogas utilizadas pelos adeptos a “contracultura”, dentre eles, o LSD, a psilocina, a mescalina e o THC; a lista II as Anfetaminas e seus derivados e fenclicidina; a lista III alguns barbitúricos e glutetimida, a Lista IV outros barbitúricos, o meprobamato e alguns hipnóticos não barbitúricos (Art. 5º, 2; TAFFARELLO, 2009:66; ESCOHOTADO, 1998, p. 675-676).

É importante destacar que as drogas das listas II, III e IV se restringiria a apenas fins médicos e científicos. A essência dessa Convenção foi a de proibir qualquer droga relacionadas com a expansão da consciência (ESCOHOTADO, 1998, p.678).

Em 1972, é firmado o Protocolo de Emendas à Convenção Única sobre Entorpecentes de 1961, trazendo algumas modificações e melhoramentos, muda a composição e as funções do Órgão Internacional de controle de Entorpecentes, alarga as informações que devem ser dadas para o controle da produção de entorpecentes naturais e sintéticos e enfatiza a necessidade de fornecer tratamento aos toxicômanos, além de aconselhar que os países aplicassem tratamento e reabilitação como alternativa ao encarceramento⁹.

A proposta de propor uma reunião para emendar a Convenção de 1961 foi dada pelos EUA que no âmbito interno reformulava as suas agências de combate às drogas buscando maior eficiência e no âmbito externo buscava a proibição parcial dos psicotrópicos (para os opiáceos e estimulantes sintéticos exceto os alucinógenos que deveria ter controle total). (IMESC/ INFOdrogas 1999-2012; SILVA, 2014, p.51; SILVA, 2013, p.128, TAFARELLO, 2009, p.67; ROCHET, 2009, p. 103).

Após a presença de Nixon¹⁰ no governo, em 1977 teve a convocação da Conferência Internacional sobre o Abuso de drogas e tráfico ilícito, pelo secretariado das Nações Unidas para reconsiderar o documento "Comprehensive Multidisciplinary Outline". Esse documento fala sobre o controle do fornecimento e anulação do tráfico ilícito e traz conselhos sobre os planejamentos de programas que realmente são apropriados para eliminação do tráfico ilícito nos diversos níveis (nacional, regional e internacional). (IMESC/ INFOdrogas 1999-2012).

Apesar do foco relacionado á demanda de drogas dada pela Convenção, o regime internacional se norteava pela proibição das drogas. As leis que proibiram o consumo e comércio de drogas continuaram incentivando o contrabando e estimulando o crime organizado.

⁹ Porém mantendo o destaque na extinção da oferta de excedente de drogas narcóticas, diminuição da demanda e relação entre controle e criminalidade (SILVA, 2013:128).

¹⁰ Presidente dos EUA (1969-1974).

Ou conforme cita Silva (2014: p.51):

Apesar do destaque dado à questão da demanda por drogas no texto da convenção de 1971, o regime internacional ainda se pautava pela proibição às drogas. As leis que proibiam o consumo e o comércio de drogas continuaram a redirecionar o mercado, incentivando o contrabando e estimulando o envolvimento do crime organizado no comércio e na produção de drogas.

O consumo problemático e a dependência atingem não somente a vida social do indivíduo, mas também as esferas da segurança pública, educação, assistência social e saúde. E levando em consideração a dimensão que ganhou a esfera da comercialização de drogas, as medidas proibicionista não propiciaram tantos resultados (CAVALCANTE, 2008, p.48).

Apesar da Convenção de 1971 ter dado enfoque a questão da problemática da demanda por drogas, essa implantação de políticas proibicionistas atrelada a demanda mundial por drogas, deslocou o mercado mundial de drogas para o mercado clandestino, influenciando o envolvimento de organizações criminosas, máfias e cartéis internacionais na criação, comércio e distribuição da droga ao redor do mundo (SILVA, 2014, p.51).

E essa problemática sobre drogas deixou de ser apenas um problema social relacionado a saúde e às relações internacionais para ser uma questão também da segurança pública (SILVA, 2014, p. 51).

Considerando assim um momento definitivo para a exportação da guerra às drogas por todo mundo e devido a aprovação da Convenção Única de 1961, estipularam prazos para eliminação de estupefacientes em todo mundo. (TAFFARELLO, 2009, p. 68; ESCOHOTADO, 1998, p.709).

Para melhor se situar na década de 1970 se teve um aumento do consumo de heroína, maconha e cocaína, principalmente em sociedades de economia avançada, criando assim novos mercados lucrativos para essa droga, principalmente nos EUA. (ESCOHOTADO, 1998, p.741; TAFFARELLO, 2009, p. 68).

Devido ao agravamento da atuação do crimes organizado transnacional, na produção e no comércio de drogas em decorrência das políticas proibicionista anti-

drogas adotada, tem-se na década de 1980 um aperfeiçoamento das diretrizes de tratamento sobre drogas criada pela ONU¹¹ (SILVA, 2014, p.51).

Na virada dos anos 1980 tivemos nos EUA, o sucesso da inserção da cocaína na cultura norte-americana, justificada pelo fato de ter ressurgido nas elites econômicas e pela modificação dos jovens do radicalismo para o consumismo o que garantiu maior aceitação social, tratando-se aí da morte da contracultura. Era um ideal *yuppie*¹² onde muitos foram adeptos aquele período, e o crack também viria a se tornar como um grave problema, visto como o “luxo dos pobres”. (TAFFARELLO, 2009; SILVA, 2013, p. 133).

E por isso houve uma evolução nos padrões internacionais do tráfico e na utilização das drogas, quando se teve uma grande produção de coca nos Andes, fazendo o seu preço cair e a solução encontrada pelo narcotráfico foi de utilizar os excedentes da coca, para fazer uma droga mais barata e acessível do que a cocaína e daí surgiu o crack resultante da mescla de cocaína e de fumo, ambas mais prejudiciais e criadoras de uma maior dependência do que a cocaína. Isso torna os países latino-americanos como os maiores consumidores dessa droga, ou seja, O que o ópio foi para China um século antes, o crack se tornou para a América Latina, trazendo enormes efeitos sociais. (TAFFARELLO, 2009; SILVA, 2013, p. 133).

Com a presidência de Ronald Reagan (1981-1988) nos EUA se teve uma atitude intolerante quando o assunto se tratava sobre drogas, pois as pesquisas da época demonstraram que os norte-americanos consideravam os problemas das drogas como inimigo “número um” e por isso em resposta a essa “insatisfação”, em fevereiro de 1982, o Presidente declarou que as drogas constituíam uma “ameaça a segurança nacional” e anunciou uma guerra contra as drogas, retomando a expressão adotada por Nixon 10 anos atrás. (SILVA, 2013, p.134; TAFFARELLO, 2009, p.74).

¹¹ É importante destacar que nesse período teve a Conferência Internacional sobre o Abuso de Drogas e Tráfico Ilícito em 1987 (SILVA, 2014, p.51).

¹² Jovem profissionais urbanos que trabalham em suas profissões e seguem a última tendência da moda, é um termo utilizado no sentido “pejorativo” para determinar certo estereótipo, na língua inglesa, onde foi criado, ou utilizado também no Brasil e em Portugal.

Os norte-americanos queriam que seu governo defendesse as ameaças que se encontraram, obtendo assim uma atuação intrusiva do governo nas questões de cunho social o que resultou nas cruzadas anti-alcool e antidrogas, fatores que deram origem a *Harrison Act*, com a introdução das duas novas drogas citadas anteriormente. (SILVA, 2013, p.135).

No mês de abril do mesmo ano, o gabinete presidencial editou a National Security Directive on Narcotics and National Security (NSDD- 221), onde demonstrava que a droga era uma ameaça a segurança do país e o tráfico um fator gerador de instabilidade para a nação, conforme visto em:

Sua percepção de que a principal ameaça aos Estados Unidos e ao hemisfério ocidental passara a residir em simbiose entre terrorismo de esquerda e narcotráfico. [...] A NSDD-221 “diagnosticava” o problema da “narco-subversão” e expunha a necessidade imperiosa de que os Estados Unidos se defendessem (e defendessem o continente) da grande trama “narcoterrorista” (RODRIGUES, 2004 apud SILVA, 2014, p.74).

A norma demonstrava que a droga era uma ameaça a segurança do país e o tráfico um fator gerador de instabilidade para a nação e assim foi aprovada a convenção de Viena de 1988 marcando o auge global do sistema internacional proibicionista. Em seu preâmbulo foi trazida a ideia de “supressão” e “erradicação” do tráfico e assim como a intenção de “eliminar as causas profundas do uso indevido de drogas”¹³ a norma relatou sobre modalidades relativa a produção, distribuição e posse para uso doméstico de psicoativos, aumentou as formas de cooperação internacional jurídica e policial e impôs o controle de drogas como o éter e a acetona. (SILVA, 2014, p.75).

Nos EUA foi instaurado a lei antidrogas de 1986 (*Anti-Drug Abuse Act*) estipulando penas rígidas para o tráfico e consumo de drogas. É importante salientar isso, pois, esse foi o País que norteou a política sobre drogas. E essa cruzada buscou soluções a curto-prazo e voltados para o exterior¹⁴. (SILVA, 2013, p.135).

¹³ Decreto n° 154/91, disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D054.htm

¹⁴ A América latina e o Caribe foram identificados como os principais alvos da cruzada contra as drogas

Aproveitando a grande visibilidade da ONU, em 1988, lançou-se o slogan “*Just Say No*”, declarando que os usuários de drogas das ruas de Brooklyn eram sócios do “Cartel de Medellín”, estabelecendo a criminalização do consumidor, tratando como a primeira manifestação (“*Just Say No*”) dos EUA que conciliava com a dos países produtores que também não conseguiria resolver os problemas das drogas sem eliminar a demanda (SILVA, 2013, p.153).

Devido a atuação do crime organizado na produção e no comércio de drogas a nível transnacional, em decorrência das medidas proibicionista adotada pelos EUA que se espalhou no mundo inteiro, teve na década de 1980 um aperfeiçoamento das diretrizes de tratamento das questões das drogas no âmbito da ONU, destacando nesse contexto a Conferência Internacional sobre o abuso de drogas e tráfico ilícito em 1987, a Convenção contra tráfico Ilícito de Drogas e substâncias psicotrópicas em 1988 e a 17ª Sessão especial da Assembleia Geral da ONU sobre drogas realizada em 1990. (SILVA, 2013 apud SILVA, 2014, p.51; IMESC/INFOdrogas 1999-2012).

2.2.2. A Convenção de 1988 e o aprofundamento proibicionista

Em 1988, teve a conclusão da Convenção contra o tráfico ilícito de Entorpecentes e de substâncias psicotrópicas (Viena), entrando em vigência a nível internacional em 1990. Complementando assim a Convenção de 1961 e a de 1972, acrescentando entre outras substâncias, o álcool e o éter no rol de substâncias que devem ser controladas, reconhecendo abordar mais sobre as questões das drogas além de destacar a repressão às drogas e as organizações narcotraficantes, questões relativas a redução da demanda e o tratamento dos usuários. Em seu preâmbulo ficou claro que o tráfico ilícito era um “mal” a ser enfrentado a nível nacional e internacional, deixando claro o seu lado intervencionista disfarçado de cooperação internacional. (IMESC/ INFOdrogas1999-2012; ROCHET, 2009, p.105).

Como pode ser visto em:

As partes nessa Convenção,

Profundamente preocupadas com a magnitude e a crescente tendência da produção, da demanda e do tráfico ilícitos de entorpecentes e de substâncias psicotrópicas que representam uma grave ameaça à saúde e ao bem-estar dos seres humanos e que têm efeitos nefastos sobre as bases econômicas, culturais e políticas da saúde [...]; reconhecendo que a erradicação do tráfico ilícito é responsabilidade coletiva de todos os Estados e que, para esse fim, é necessária uma ação coordenada no nível da cooperação internacional [...] ; reconhecendo a necessidade de fortalecer e complementar as medidas previstas na Convenção Única de 1961, e na Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas de 1971, a fim de enfrentar a magnitude e a expansão do tráfico ilícito e as suas graves consequências [...]; interessadas em concluir uma Convenção internacional, que seja um instrumento completo, eficaz e operativo, especificadamente dirigido contra o tráfico ilícito, levando em conta os diversos aspectos do problema como um todo, particularmente os que não estão previstos nos tratados vigentes, no âmbito dos entorpecentes e das substâncias psicotrópicas; convém o que segue [...]

A Convenção de 1988 foi um marco significativo no reconhecimento do narcotráfico como um problema de segurança pública e a nível mundial, propondo a criminalização em nível internacional desse exercício, atualizou a Convenção anterior propondo leis mais severas e punitivas a nível internacional. A adoção dessa Convenção foi considerada como o apogeu do proibicionismo como resposta global as drogas. (SILVA, 2014, p. 52; GLOBAL COMMISSION, 2016, p.8).

A Convenção diz que o objetivo da comunidade não era apenas o controle e repressão das drogas, mas o enfrentamento das organizações criminosas envolvidas com o narcotráfico, como observado em:

O propósito desta Convenção é promover a cooperação entre as partes a fim de que se possa fazer frente, com maior eficiência, aos diversos aspectos do tráfico ilícito de entorpecentes e substâncias psicotrópicas que tenham dimensão internacional. No cumprimento das obrigações que tenham sido contraídas em virtude desta Convenção, as Partes adotarão as medidas necessárias, compreendidas as medidas de ordem legislativa e administrativa, de acordo com as disposições fundamentais de seus

respectivos ordenamentos jurídicos internos. (DECRETO N° 154 DE 26 DE JUNHO DE 1991).

O documento apresentado pelo Congresso de Viena visa alertar aos países sobre a possível ameaça a sua soberania em decorrência da atuação das organizações narcotraficantes, além de ressaltar os problemas relativos a segurança pública mundial em consequência do envolvimento das organizações criminosas no ciclo produtivo e distributivo de drogas. Buscou-se harmonizar o sistema de leis antidrogas, através do compartilhamento de informações e de implantação de processos de assistência legal mútua. O que essa Convenção traz de novo é que ela incluiu um programa de controle de resíduos químicos e um sistema de controle de lavagem de dinheiro. (UNODC, 1998 apud SILVA, 2014, p.52).

A proibição chegou a operar para expansão do mercado ilegal, cujo auge se deu na década de 1980 que marcou o ano de maior repressão e proibição contra as drogas.

É importante destacar que a Convenção de Única de Nova York, em 1961 e a Convenção contra o Tráfico Ilícito de Drogas Narcóticas e Substâncias Psicotrópicas, realizada em 1988 permanecem em vigência até os dias atuais. Essas duas Convenções representam a adoção e a consolidação pela ONU e de seus Estados participantes da política norte-americana moralista (em relação a oferta) e de tratamento militarista da questão, que não conseguiu resolver a problemáticas das drogas. (ROCHET, 2009, p. 106).

Conforme pode ser observado no relatório apresentado pelas Nações Unidas, relacionado ao consumo de drogas anual no período entre 1998 a 2008, que demonstra que o mercado ilegal se mostra cada vez mais extenso e crescente:

Figura 01- Estimativa das Nações Unidas sobre o Consumo Anual de Drogas, 1998 a 2008¹⁶:

ESTIMATIVA DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE O CONSUMO ANUAL DE DROGAS, 1998 A 2008			
	Opiáceos	Cocaína	Cannabis
1998	12.9 milhões	13.4 milhões	147.4 milhões
2008	17.35 milhões	17 milhões	160 milhões
% de Incremento	34.5%	27%	8.5%

Ou conforme demonstra o relatório da ONU (2010) que diz que 230 milhões de pessoas, ou 5% da população mundial, usaram alguma droga ilícita em 2010. Desse total de pessoas, 27 milhões tiveram algum tipo de problema com a sua utilização, desde dependência até contração de doenças, enquanto que em 2014 aproximadamente 243 milhões de pessoas usam drogas ilícitas, das quais 27 milhões são usuários problemáticos, conforme ONU (2014), baseado em dados de 2012.

¹⁶ Relatório da Global Commission (2011).

CAPÍTULO 3. GUERRA ÀS DROGAS COMO MARCO PROIBICIONISTA

3.1. A instauração do proibicionismo

Observamos no capítulo anterior que até o final do século XIX, as produção e comercialização de drogas psicotrópicas, nos diversos países eram livres e não eram submetidas a qualquer forma de controle estatal. Restavam interesses internacionais importantes sobre a comercialização dessas substâncias psicotrópicas, em virtude do ópio (que acarretou em duas guerras devido a oposição britânica ao viés proibicionista chinês) e de substâncias em que sua produção em escala industrial já era notável e explorada. (TAFFARELLO, 2009, p.44; ROCHET, 2009, p.89; SILVA, 2013, p.69).

É importante ressaltar que nesse século, o foco central do mundo era a Europa e de lá advinha todos os valores éticos, políticos, sociais e econômicos que vieram a influenciar os outros países do mundo inteiro a respeito da temática. Porém na virada do século, em virtude de todos os acontecimentos existentes tivemos a emergência de uma nova potência que viria a internacionalizar seus princípios dominantes, se destacando como pioneira na instauração do proibicionismo no âmbito internacional, que eram os EUA.

Isto motivou uma cruzada moralizadora a partir do século XIX. Para Rodrigues (2003) apud Taffarello (2009 p.45) a doutrina da proibição era composta por cinco principais vetores ideológicos: a práxis moralista, a saúde pública, a segurança pública, a segurança nacional e o proibicionismo militarista. (TAFFARELLO, 2009; SILVA, 2013, p.69).

Conforme abordado no capítulo anterior a origem da estereotipação e estigmatização de populações usuárias de drogas, oriundas de cidades norte-americanas, foi um dos fatores que propiciaram a evolução e a maturação da tese proibicionista na sociedade, principalmente quando a droga passou a ser utilizada pelas classes baixas. Podemos citar como exemplo de estigmatização a lei *Anti-Saloon*, criada em 1895 que objetivava trabalhar contra a existência de *sallons* (estabelecimentos associados ao consumo do álcool, jogo e prostituição) (TAFFARELLO, 2009, p.45; ROCHET, 2009, p. 96).

Estigmatizavam algumas substâncias relacionando com determinados grupos sociais, como por exemplo, a associação de cocaína aos negros, a maconha aos latino-americanos (principalmente os mexicanos), o ópio aos chineses e a cocaína aos irlandeses, por que estes grupos aumentavam o consumo de drogas no EUA. E no século XX a ideia de higienização social, xenofobia e androgenia foi se tornando cada mais fortes entre norte-americanos (TAFFARELLO, 2009, p. 46).

Em 1906, foi instituída a lei *Food and Drug Act*, que não foi tão relevante, mas possuía um caráter simbólico por se tratar da primeira lei a tratar as questões das drogas no ambiente legislativo de modo a regulá-la administrativamente (TAFFARELLO, 2009, p.46).

Após isso a Conferência de Xangai, realizada em 1909, foi considerada como um marco evolutivo do proibicionismo, em virtude da inauguração de vários encontros diplomáticos internacionais visando discutir a temática proibicionista e que se mostrariam prósperos com poucas contestações sobre o caso, como exemplo, criando alternativas que reduzissem os ressentimentos chineses, submetendo os ingleses a condições desfavoráveis (TAFFARELLO, 2009, p.48; SILVA, 2013, p. 76; ROCHET, 2009, p.91).

Posteriormente, influenciado pelos EUA, foi realizada a Conferência de Haia em 1911 resultando na Convenção Internacional do Ópio em 1912 que instauraram as primeiras medidas internacionais objetivando proibir as drogas, aprovando a utilização das drogas somente para finalidades médicas e, também, acordando que os Estados membros impusessem medidas restritivas visando controlar a utilização dessas substâncias psicoativas. Essa Convenção de Haia foi o primeiro tratado a nível mundial de controle de drogas “ fundamento que inspirou a criação de normativas internacionais que inspirou as legislações posteriores (TAFFARELLO, 2009, p. 48; HAMILTON, 2013, p. 72).

Em virtude da Convenção de Haia foi promulgada, nos EUA, a primeira lei (“*Harrison Act*”) proibicionista em 1914, que se incorporou à Convenção de Haia,

objetivando tratar o problema do opiáceos e derivados de coca, impondo que era aceitável o consumo dessas substâncias para finalidades médicas proibindo moralmente qualquer outra forma de uso (TAFFARELLO, 2009, p. 49; SILVA, 2013, p. 82).

A partir de 1910, crescia nos EUA uma bancada proibicionista incitando reformas constitucionais que viria a influenciar o eleitorado da época o que posteriormente acabou acontecendo (TAFFARELLO, 2009, p. 49).

Outro aspecto importante, ocorrida com a Primeira Guerra Mundial, foi a estigmatização Britânica para com a Cocaína, ao culpabilizar a Alemanha, por ser esta a grande produtora dessa droga e pela sua famosa indústria farmacêutica, tornando não só a Alemanha como sua inimiga, mas a cocaína também, pois, a parada repentina dos fornecimentos alemães de morfina e heroína fez com que alguns países aliados à Alemanha sofressem ameaça de escassez e conseqüentemente, contribuiu para que eles expandissem suas indústrias farmacêuticas em plena execução da convenção . (TAFFARELLO, 2009, p. 49; SILVA, 2013, p. 81).

Esses acontecimentos, juntamente com o tratado de Versalhes que obrigava os países a seguirem os acordos, contribuíram para a criminalização das drogas nos EUA e na Europa, pois os usuários passaram a ser vistos como criminosos.

Na segunda metade dos anos de 1910 já existiam leis proibicionista contra a utilização do álcool. Em 1920 foi criada a “lei seca” que proibia, com sanção de multa e prisão, toda produção, estocagem, comercialização, exportação e importação de álcool, visando “extinguir” o consumo, lei esta que se mostrou ineficaz para resolução da sua finalidade e que estimulou o aumento do comércio ilegal¹⁶ o que acarretou no aumento do preço do álcool, na alteração da sua qualidade que levaram a maior utilização de barbitúricos e da maconha, nas primeiras décadas do século XX. (TAFFARELLO, 2009, p.50-51; ROCHET, 2009, p.92).

¹⁶ Esse álcool ilícito gerou problemas de saúde por apresentarem alto grau de impurezas, assim como estimulou o crescimento das máfias e do gangsterismo.

Em 1930, surgiu a *Federal Bureau of Narcotics* (FBN), agência com o objetivo de cuidar das políticas de drogas em geral, executando diretrizes repressivas. Uma década depois a maconha passou a ser o novo objeto de perseguição estadunidense em virtude de seu consumo pelos mexicanos que migraram (por volta de 1920) para os EUA em busca de trabalhos, daí o surgimento de mais uma estigmatização. (TAFFARELLO, 2009, p.54; ROCHET 2009, p.92; SILVA, 2013, p.53).

Já a Convenção de 1925, introduz a maconha no rol de substâncias passíveis de interdição. Após isso foi criada em 1937 a *Marihuana Tax Act*¹⁷ contendo normas penais atreladas a medidas administrativas para questões relacionadas às drogas (TAFFARELLO, 2009, p.55; SILVA, 2013, p. 84, IMESC/INFOdrogas 1999-2012).

Por isso nas primeiras décadas do século XX, o marco proibicionista já estava infundado nas estratégias de segurança pública. Não obstante a Sociedade das Nações criou um órgão permanente de fiscalização do tráfico, a essa altura o proibicionismo já era considerada vitorioso. (TAFFARELLO, 2009, p.56; IMESC/INFOdrogas 1999-2012).

No período entre guerras ocorreu em Genebra três Convenções internacionais sob o comando da Sociedade das Nações. A de 1925 incluiu a heroína e o maconha no rol de substâncias dignas de restrições tutelada pela lista de substâncias restritivas imposta pela convenção de Haia, criando o primeiro Comitê internacional permanente de fiscalização. A segunda, de 1931, propôs executar as medidas adotadas pela anterior além de estabelecer relações das quantidades necessárias de utilização autorizada que cada país se obrigava a apresentar anualmente e a terceira em 1936, obrigava os países-membros a combaterem o tráfico e sua relação com os estupefacientes, reprimindo sua posse e propondo serviços policiais especializados (TAFFARELLO, 2009, p.56; SILVA, 2013, p. 85).

A partir dos anos 1950, em virtude da ideia proibicionista os usuários de drogas associavam a imagem de que a utilização de drogas lhe remetia a irresponsabilidade,

¹⁷ Lei equiparada a *Harrison Act* que tornava ilegal a utilização de opiáceos para outro fim que não fossem de utilidades médicas.

fazendo com que eles se identificassem somente com grupos que compartilhassem desse mesmo hábito (TAFFARELLO, 2009, p. 57).

As novas legislações dos anos 50 e a emergência da cultura junkie¹⁸ trazendo a mistificação do consumo de drogas influenciou no aumento do consumo e dependência de substâncias proibidas nos EUA e a resposta trazida foi um maior endurecimento das medidas e das leis.

3.2. Declarando “Guerra às drogas”

Já nos anos 1960 esse usuário, que era visto como um criminoso, passou a ser enxergado como um doente passível de intervenções e acompanhamento médico, ao invés de ser acompanhado por agências de controle do crime (TAFFARELLO, 2009, p.60).

Assim é firmada a Convenção Única das Nações Unidas sobre entorpecentes em 1961, ampliando as normas internacionais em favor do proibicionismo mas propondo o tratamento médico aos usuários (TAFFARELLO, 2009).

Em 1969 foi declarado presidente dos EUA, Richard Nixon¹⁹ impondo um discurso da “lei e ordem” e implementando medidas de combate à criminalidade fazendo o mesmo com a droga, com uma política de governo baseada na proibição-repressão-intervenção militar.

Conforme abordado anteriormente, em 1971 Nixon declara que o país se encontrava num nível de “emergência nacional”, pronunciando na campanha eleitoral do seu segundo mandato que a droga era “inimigo número um” da nação e, portanto, para ele, era necessário que se declarasse uma “guerra às drogas”. O apoio aos usuários e dependentes foi substituído pela repressão e disseminação do discurso da demonização das drogas.

¹⁸ Termo usado para definir, usuário de drogas.

¹⁹ Permaneceu na Presidência dos EUA de 1969-1974.

E essa repressão e demonização se materializou na política “*war on drugs*” se referindo a política de combate estadunidense ao comércio de psicoativos, assim como do combate a produção e circulação no mundo inteiro e na vertente da “tolerância zero” e como efeito dessa política aumentou a proliferação de crack (TAFFARELLO, 2009, p.65; ROCHET, 2009, p.102).

Na presidência de Nixon surgiu a DEA (Drug Enforcement Administration), órgão que pressionou os Estados nacionais a seguirem os ditames da política de guerra às drogas financiadas pelos EUA, cuja missão era fazer cumprir as leis e regulamentos das substâncias controladas nos EUA e de organizações envolvidas em cultivo, fabricação e distribuição destinadas ao comércio ilícito para os Estados Unidos. Coube ao DEA incumbir e defender a execução de programas que tinham o objetivo de reduzir a disponibilidade de substâncias domésticas no comércio nacional e internacional.

A agencia foi considerada relevante para essa temática pois passou a executar ações públicas voltadas para essa área de drogas a nível mundial (ROCHET, 2009, P.102; SILVA, 2014, p. 63).

Criado em 1973, o DEA visava garantir a aplicação de severas políticas e normas federais a repressão às drogas e inclusive contratariam agentes da CIA para os cargos diretivos. A “*war on drugs*”²⁰ foi exportada para os outros demais países a partir da Convenção de 1961 que estipulou prazo para a supressão de estupefacientes por todo mundo (TAFFARELLO, 2009).

Nixon investiu milhares de dólares em financiamentos de pesquisas de controle de herbicidas, novos mecanismos de controle de detecção das drogas, maior controle alfandegário, criminalização do traficante em todo o mundo e o tratamento compulsório aos usuários. Política (*war on drugs*) esta que influenciou diversos outros países. O EUA, mesmo sendo o principal consumidor de drogas psicoativas, consagravam o discurso da existência de países consumidores e produtores de substâncias psicoativas, passando a se apresentar como vítima de uma suposta invasão externas que atentaria contra a sua soberania, trazendo-lhe graves problemas de segurança e de saúde pública (TAFFARELLO, 2009, p. 65).

²⁰ Guerra às Drogas.

Era essa a principal justificativa as medidas de combate adotadas pela política. Vale ressaltar que nessa época a temática já tinha passado a ser considerada também sob o viés da política de segurança pública e, por isso, conseguiu movimentar um grande aparato militar contra as drogas, ou seja, foi realmente uma verdadeira guerra declarada.

Já nos anos 1980 tivemos um período marcado pela maior repressão às drogas já vistas onde a *guerra às drogas* passou a substituir a *guerra fria* no quesito *combate ao inimigo comum* que tanto marcou a história política norte-americana. Com a administração de Ronald Reagan²¹, a política externa dos EUA retornou novamente para a questão do tráfico ilícito focando, principalmente, na zona andina que era considerada como a principal fornecedora de drogas utilizadas no país na época. Declarou assim, em fevereiro de 1982, guerra às drogas, retomando a expressão adotada por Nixon, porém de forma diferente do país, Reagan demorou para mobilizar recursos em favor da guerra (SILVA, 2014, p.64; SILVA, 2013, p.134).

Em 1986, o então presidente Reagan considerou a questão das drogas como “ameaça à segurança nacional” e declarou ser bem explícita a relação entre o tráfico mundial de drogas, o terrorismo e os governos companheiros da União Soviética, citando²² o tráfico de drogas como *gêmeos diabólicos* para o país e como uma grande ameaça para todo o Ocidente, por meio da promulgação da NSDD-221 (TAFFARELLO, 2009, p.74; SILVA, 2014, p.64; Silva, 2013, p.138).

Isso institucionalizou políticas de combate às drogas por meio da intensificação da militarização no combate às substâncias psicotrópicas envolvendo o serviço de inteligência e as forças armadas norte-americanas no combate ao narcotráfico. Também forneceu ajuda aos países produtores para a exterminação dos seus cultivos, dando maior ênfase na retórica bélica para essa temática, durante seu segundo mandato, resultando na promulgação da lei antidrogas em 1986 que estipulava penas severas para o tráfico e consumo de drogas e lavagem de dinheiro e autorizava as agências federais a confiscarem bens advindos do narcotráfico (SILVA, 2014, p.64; SILVA, 2013, p.135).

²¹ Seu primeiro mandato na qual ele retorna à focalização na questão do tráfico ilícito, compreende entre 1981 a 1988.

²² Foi citado na NSDD-221 (National Security Directive and National Security).

Foram intensificadas as pressões diplomáticas, inclusive aplicando penas econômicas aos países que não adotassem medidas de repressão ao tráfico de drogas por meio do mecanismo unilateral de avaliação dos países com envolvimento no narcotráfico (processo de certificação) e, conforme abordado anteriormente, fornecimento de ajudas aos países que adotam políticas antidrogas externas (SILVA, 2014, p. 65; SILVA, 2013, p.136).

Tendo continuidade a política antidrogas na promulgação da Convenção de Viena (1988), e mesmo com os decênios seguintes possuindo um democrata no poder, a abordagem das drogas permaneceu a mesma, assim como as políticas intervencionistas adotadas para os outros países (SILVA, 2014, p.65; TAFFARELLO, 2009, p.77; SILVA, 2013, p.138).

Essas Convenções pressionaram os Estados-membros da ONU a manter a política proibicionista norte-americana, visando manter a produção, comercialização e consumo de drogas. Firmaram também medidas ásperas de controle²³ e fiscalização de substâncias entorpecentes²⁴ (CAVALCANTE, 2008, p.46).

3.3. Assembléias Gerais das Nações Unidas

Considerando que essas medidas adotadas não estavam surtindo os efeitos desejados, como por exemplo, houve um aumento no consumo da cocaína e do crack conforme abordado anteriormente, os países resolveram se reunir para tratar do tema em sessões especiais da Assembleia Geral das Nações Unidas (TAFFARELLO, 2009, p.78).

²³ Na população urbana, encontra-se um grande número de pessoas, geralmente jovens de setores de classe baixa envolvidos com o tráfico. Uma das grandes problemáticas relacionadas a criminalização das drogas ilícitas é que essa comercialização ilegal gera uma verdadeira “guerra civil”, onde aumenta a comercialização de armas clandestinas pois ela é um dos fatores secundários no cenário da violência, trazendo em consequência uma maior desigualdade e uma maior exclusão social, pois a massa carcerária é formada principalmente por pequenos traficantes (CAVALCANTE, 2008, p. 47).

²⁴ Medidas como exemplo, a eliminação das áreas de cultivo de drogas naturais (CAVALCANTE, 2008, p.47).

Em setembro de 1989 o presidente colombiano Virgílio Barco propôs em seu discurso feito na AGNU²⁵, a convocação de uma Assembleia geral da ONU para tratar de todas problemáticas que envolviam as drogas. Em virtude disso em 1990, a Assembleia Geral das Nações Unidas promoveu sua primeira Sessão especial sobre o abuso de drogas²⁶, realizada em Nova York, que passa a considerar de forma mais ampla a temática da problematização das drogas, destacando, além da repressão às drogas, e as organizações narcotraficantes, assuntos relativos à redução da demanda e o tratamento aos usuários (SILVA, 2014, p.51; SILVA, 2013, p. 248).

Nessa Assembleia foi aprovada uma declaração política e um programa de ação global propondo estratégias multidisciplinares no tratamento da problemática relativa as drogas, visando eliminar o tráfico, cultivo e comércio ilícito de drogas e lavagem de dinheiro. Também foram estratégia de tratamento, reabilitação e reinserção social dos dependentes, expandindo assim o seu alvo de atuação frente ao narcotráfico pois também incluíam a atuação contra a lavagem de dinheiro (SILVA, 2014, p.52; SILVA, 2013, p. 251).

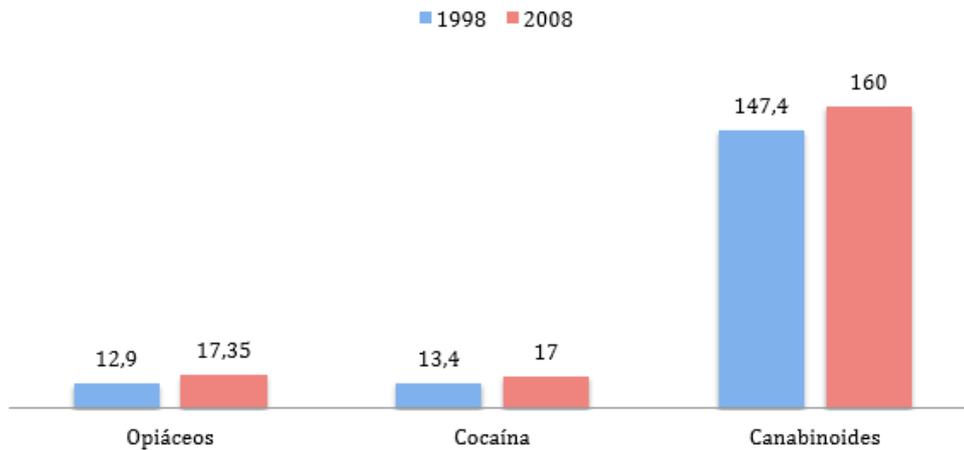
Como citado anteriormente, os países membros que participaram das Convenções adotaram estratégias internacionais de proibição do consumo assim como criminalizaram do tráfico de drogas. Em consequência disso, os Estados participantes ao se comprometerem com essas medidas propiciaram o surgimento e aumento do comércio ilegal (narcotráfico), logo o programa de ação adotado pela AGNU de 1990 não surtiu os efeitos esperados sobre o tráfico e o consumo de drogas a nível mundial. Tem como exemplo desse programa citado por Silva (2013) houve a iniciativa de estipular-se o período de 1991-2000 como a “década da ONU contra o abuso de drogas” (SILVA, 2013, p.251; SILVA, 2014, p. 53).

O insucesso dessa política também pode ser observado na estimativa feita pela ONU que demonstra que ocorreu um aumento no consumo anual de drogas no período das Assembleias Gerais mencionadas anteriormente:

²⁵ AGNU- Assembleia Geral das Nações Unidas ou UNGASS.

²⁶ A 17º Sessão Especial da Assembleia Geral da ONU.

Figura 02- Estimativa da ONU, em milhões sobre o consumo anual de drogas nos anos de 1998 a 2008²⁷



Isso demonstra que não existe relação entre uma adoção de uma política repressiva de criminalização com o consumo abusivo das drogas.

Em virtude do aumento do narcotráfico transnacional, os Estados realizaram outra Assembleia Geral da ONU em 15 de novembro de 2000 que resultou na aprovação da Convenção das Nações Unidas sobre o Crime Organizado Transnacional, Convenção de Palermo, se destacando como o fundamental instrumento internacional no combate ao crime organizado transnacional (SILVA, 2014, p.56).

Por iniciativa dos EUA, foi convocada em junho de 1998, uma segunda Sessão Especial da ONU sobre “o Problema Global das Drogas” (a 20ª Assembleia Geral da ONU) que discutia o problema mundial das drogas, trata-se da segunda sessão especial que abordava a temática da problematização das substâncias psicotrópicas, a qual propôs um programa de substituição de cultivos ilícitos por cultivos alternativos para os oito principais países produtores²⁸. A meta era que em 10 anos conseguissem reduzir a produção internacional de maconha.

²⁷ Conforme dados apresentados pela GLOBAL COMMISSION ON DRUG POLICY. (ANDRADE, 2013, p.95).

²⁸ Afeganistão, Mianmar, Laos, Colômbia, Índia, México, Paquistão e Vietnã.

Porém a reunião, assim como as todas as outras feitas anteriormente careceram de análises críticas profundas, adotando um discurso mais pragmático e menos comprometido com o tratamento político da questão. Para se ter uma melhor noção, posições progressistas que defendiam, por exemplo, as políticas de redução de danos foram bastante reprimidas na reunião (TAFFARELLO, 2009, p.78; SILVA, 2014, p.56; SILVA, 2013, p.252).

Apesar do insucesso dos resultados esperados para a reunião, eles apresentaram uma “evolução conceitual” relevante, no que diz respeito a categorização adotada pela ONU. O que antes dividia os países em: produtores, consumidores e de trânsito foi extinto em prol da “responsabilidade compartilhada” por todos, ou seja, obtiveram um fortalecimento da abordagem criminal dada as drogas, baseadas no proibicionismo e resultaram num comprometimento dos países em buscarem um “mundo livre de drogas” até 2008 (SILVA, 2013, p.252; GLOBAL COMMISSION, 2016, p.8).

Ainda que vários autores e autoridades de vários países cite o insucesso da política *war on drug*, poucos são os progressos realizados pela autoridade internacional relacionados ao tema que conforme visto anteriormente é bastante influenciado pela política norte-americana (TAFFARELO, 2009, p.79).

Dez anos depois, com a aprovação da AGNU de 1998, ocorreu a sessão da Comissão de Narcóticos que visou revisar a evolução dos países, baseado nas recomendações dos três documentos aprovados na ocasião. A partir de uma nova declaração política e da elaboração de um plano de ação específico, a ONU trouxe nova percepção ao tratamento das questões das drogas.

Foi partir dos anos 1990 que a ONU foi mudando a sua percepção referente ao tratamento da problematização das drogas, trazendo recomendações que destacavam a importância da adoção de mecanismos e programas de enfrentamento para as atividades do tráfico de drogas, objetivando que os governos garantissem maior atenção a problematização das drogas via saúde pública (TAFFARELLO, 2009, p.56).

Apesar dessa nova visão estabelecida pela ONU, nota-se que o quadro proibicionista adoto pela Organização das Nações Unidas e por grande parte dos países, não conseguiu reduzir a expansão do consumo e a demanda por drogas consideradas ilícitas, como pode ser observado nas seguintes figuras 03, 04 e 05:

Figura 03- Dados dos relatórios sobre drogas da ONU, 1999,2003 e 2012 ²⁹:



Figura 04 - Dados dos relatórios sobre drogas da ONU, 1999, 2003 e 2012³⁰.



²⁹ TAFFARELLO (2009).

³⁰ Idem.

Figura 05 - Dados dos relatórios sobre drogas da ONU, 1999, 2003 e 2012³¹.



Verifica-se, portanto, que, apesar do grande esforço internacional na erradicação do cultivo e na repressão a produção e ao comércio mundial de drogas, as organizações narcotraficantes fizeram foi crescer no âmbito da ilegalidade. Assim como o envolvimento de organizações criminosas transnacionais com o tráfico de drogas levaram a novas formas de conflitos relativos ao narcotráfico atribuindo a problematização das questões das drogas à responsabilidade pública, nacional e internacional.

Em decorrência dessa problematização que se perpetua até os dias atuais, a ONU promoveu sua terceira Sessão Especial da ONU, sobre o problema Global das Drogas (a 71ª Sessão especial da Assembleia Geral) em setembro de 2016, sediado em Nova York, observando uma forte insatisfação dos países sobre qual maneira deve ser mais adequada para tratar o comércio e o consumo de drogas. E diante as discussões, vários países defenderam a descriminalização e a regulação, porém, isso não foi apresentado no relatório final.

³¹ Idem.

A sessão ocorreu sob uma forte pressão para revisar a política repressiva sobre drogas iniciada com a normativa da Convenção internacional de 1961 e atualizada pela de 1988. Líderes globais, tais como, o ex-presidente Fernando Henrique Cardoso, o ex-presidente do México Ernesto Zedillo, Vicente Fox e o fundador do grupo Virginian, Richard Branson, enviaram uma carta ao secretário geral da ONU, Ban Ki-moon, solicitando a anulação em caráter de urgência da política de “guerras às drogas”. Tivemos nessa Sessão uma forte influência da Comissão Global sobre Drogas.

Um dos pontos trazidos pela Declaração é que revisassem suas leis e procedimentos visando simplificar e racionalizar o processo de remoção de regulamentos que foram indevidamente restritivos e que propusessem meios de garantir o acesso a substâncias restritivas a uso médicos e científicos, para também o alívio da dor e do sofrimento³². Ocorreram avanços no quesito da linguagem pois incluíram preocupações com os direitos humanos e com a saúde pública.

As Convenções anteriores proíbem o uso medicinal de algumas substâncias psicotrópicas, como exemplo da morfina, que é essencial para o tratamento de pessoas com doenças crônicas e por isso a declaração da UNGASS aponta a necessidade de os países derrubarem essa barreira.

A declaração mostrou avanços pois considerou de maneira inédita a repressão e questões relativas ao Direitos Humanos e o acesso ao tratamento de saúde aos usuários de drogas. Obviamente que esses avanços só ocorreram, pois, a reunião contou com o apoio de várias organizações, dentre as quais podemos destacar a Comissão Global de política sobre drogas que obteve um papel fundamental na discussão sobre os avanços que culminou no relatório final.

Foi levantando pela Comissão Global questões relativas à liberação de substâncias controladas para fins medicinais por parte dos países que ainda proibiam para esse fim; levantaram questões relativas ao fim da pena de morte para crime ligados ao comércio de entorpecentes, ao tratamento de redução de danos para que não ficassem restrito apenas a abstinência, defenderam medidas de regulação para tomar os poderes dos criminosos, dentre outros.

³² UNGASS (2016) disponível em: < <http://www.unodc.org/ungass2016/>> Acesso em: 26 de abril de 2017.

Por considerar a grande influência da Comissão Global de políticas sobre drogas nos avanços trazidos nas discussões da UNGASS de 2016, dedicaremos a seguir um capítulo sobre a Global Commission, da qual trataremos sobre seus eixos, seu surgimento, suas finalidades etc.

CAPÍTULO 4. GLOBAL COMMISSION ON DRUG POLICY

Esse capítulo tem o objetivo de mostrar e de compreender o contexto socioeconômico em que surgiu a GCDP, quais são as suas propostas de ação, qual é o principal objetivo dela e quais são os princípios e estratégias que ela propõe para fazer face a guerra as drogas. Iniciaremos essa discussão por meio da criação da Comissão Latino – Americana sobre Drogas que é uma comissão regional e também a influência dessa Comissão na criação de outras Comissões regionais, como é o caso da Comissão da África Ocidental sobre Drogas, de que falaremos mais adiante.

A Global Commission on Drug Policy de políticas sobre drogas nasceu da Conferência Latino-Americana sobre Drogas e Democracia que levantou questões relacionadas à problemática das drogas na América Latina alertando a resolução da problemática por meio de uma articulação global e teve o papel influenciador na GCDP e na criação de algumas comissões regionais.³³

De 2011 a 2016 a GCDP também inspirou a criação de vários blocos regionais, como a Comissão sobre Drogas e Democracia da África Ocidental³⁴ (WACD), que publicou um relatório³⁵ em 2014 destacando as formas como o tráfico, o consumo e a produção de drogas corrompem as instituições, ameaçam a saúde pública e prejudicam esforços de desenvolvimento.³⁶

Além do supracitado, sua importância também se deve ao fato de possuir uma diversidade de composição de atores, incluindo Presidentes, ministros em exercício, meios de comunicação, líderes empresariais e ativistas.

33 “Não apenas em trânsito”. (WACD, 2014, pp.9-10;19-20; 21-30).

34 Convocada por Koffi Annan; membro da Comissão Global e ex-secretário-geral da ONU.

35 “Não apenas no trânsito”. (WACD, 2014).

36 INSTITUTO IGARAPÉ. A Comissão Global de Políticas sobre drogas (2017). Disponível em:<<https://igarape.org.br/temas/politica-de-drogas/comissao-global-de-politicas-sobre-drogas/>>. Acesso em: 22 de jun. 2017.

4.1. Comissões regionais

A Comissão Latino -Americana sobre Drogas e Democracia foi convocada pelos ex-presidentes, Fernando Henrique Cardoso, do Brasil, César Gaviria da Colômbia e Ernesto Zedillo do México, além de ser composta de 17 personalidades independentes. A Comissão avaliou as consequências da política de “guerra contra as drogas” e elaborou recomendações mais seguras, mais eficientes e mais humanas. As propostas apresentadas em sua declaração representam uma mudança de paradigma nas estratégias para lidar com a problemática das drogas na América Latina.³⁷

Em 2009, liderada por três ex-presidentes, a Comissão Latino-Americana sobre Drogas e Democracia lançou o documento intitulado ‘Drogas e Democracia: rumo a uma mudança de paradigma’³⁸ impulsionando o debate hemisférico de alto nível sobre a reforma da lei de drogas. Esse relatório é um documento base de onde se começa a questionar a guerra contra as drogas. A mesma Comissão funcionou no período entre 2008 a 2010.

O relatório mostra uma preocupação com a América Latina, diante da implementação fracassada da guerra as drogas:

A América Latina continua sendo o maior exportador mundial de cocaína e maconha, converteu-se em uma crescente produtora de ópio e heroína e se inicia na produção de drogas sintéticas. (COMISSÃO LATINO-AMERICANA SOBRE DROGAS E DEMOCRACIA, 2008, p.7).

Os níveis de consumo de drogas na América Latina continuam crescendo enquanto que na Europa e na América do Norte tende a se estabilizar³⁹. Logo, é necessário “quebrar o tabu” e impor debates de políticas que realmente funcionem, colocando a segurança, a eficiência e a saúde em primeiro lugar:

³⁷ Idem.

³⁸ GLOBAL COMMISSION ON DRUG POLICY. Sob Controle: Caminhos para políticas sobre drogas que funcionam.(2014, p.4). Disponível em: < <https://www.globalcommissionondrugs.org/reports/taking-control-pathways-to-drug-policies-that-work/>>. Acesso em: 27 de abr. 2017.

³⁹ “Drogas e Democracia: Rumo a uma mudança de paradigma” (COMISSÃO LATINO-AMERICANA SOBRE DROGAS E DEMOCRACIA, 2008, p.7).

Políticas seguras, eficientes e fundadas nos direitos humanos implicam reconhecer a diversidade de situações nacionais, bem como priorizar a prevenção e o tratamento. Essas políticas não devem negar a importância das ações repressivas para enfrentar os desafios impostos pelo crime organizado – inclusive com a participação das forças armadas, em situação limite, de acordo com a decisão de cada país. (COMISSÃO LATINO-AMERICANA SOBRE DROGAS E DEMOCRACIA, 2008, p.8).

O relatório aponta várias vantagens e limites da adoção de estratégia de políticas repressivas, como podemos observar em:

Apesar dos significativos êxitos da Colômbia em sua luta contra os cartéis da droga e a redução dos índices de violência e delitos, voltaram a crescer as áreas de plantação de culturas ilícitas bem como o fluxo de drogas a partir da Colômbia e da área Andina. (COMISSÃO LATINO-AMERICANA SOBRE DROGAS E DEMOCRACIA, 2008, p.9).

A experiência colombiana serve de base para mostrar que se basear na política repressiva adotada pelos EUA, não é eficiente e por isso é necessário que se busque novas alternativas.⁴⁰

Um dos caminhos apontados é a redução de danos chamando a atenção de que só reduzir os danos sem reduzir o consumo não é uma alternativa tão eficiente. Abriu-se mais espaço para essa discussão, que foi reforçada posteriormente pelos relatórios da GCDP, trazendo inclusive, como uma de suas propostas de políticas mais eficientes:

A política europeia de focalizar a redução de danos causados pelas drogas como um assunto de saúde pública, por meio do tratamento dos usuários, se mostra mais eficiente e humana. Porém, ao não se priorizar a redução de consumo, sob o argumento de que as estratégias de redução de danos minimizam a dimensão social do problema, a política dos países da União Europeia mantém intacta a demanda de drogas ilícitas que estimula sua produção e exportação de outras partes do mundo.⁴¹

Com a articulação entre a opinião pública, os governos da América Latina, as Nações Unidas e a comunidade internacional, a Comissão Latino-Americana propôs um novo paradigma baseado em três grandes diretrizes: 1) tratar o consumo de

⁴⁰ “Drogas e Democracia: Rumo a uma mudança de paradigma. (COMISSÃO LATINO-AMERICANA SOBRE DROGAS E DEMOCRACIA, 2008, p.9).

⁴¹ “Drogas e Democracia: Rumo a uma mudança de paradigma. (COMISSÃO LATINO-AMERICANA SOBRE DROGAS E DEMOCRACIA, 2008, pp.9- 10).

drogas como uma questão de saúde pública, 2) reduzir o consumo por meio de ações de informação e prevenção, 3) focalizar a repressão sobre o crime organizado.⁴²

Tendo um novo paradigma menos centrado nas ações penais e mais focado no plano da sociedade e da cultura, afirmamos que

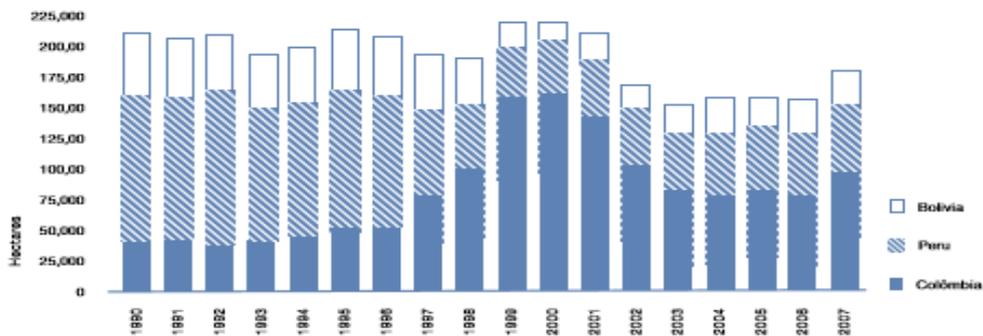
o aprofundamento do debate em relação às políticas sobre o consumo de drogas deve se apoiar em avaliações rigorosas do impacto das diversas propostas e medidas alternativas à estratégia proibicionista, que já estão sendo experimentadas em diversos países, buscando a redução de danos individuais e sociais. “Drogas e Democracia: Rumo a uma mudança de paradigma (COMISSÃO LATINO-AMERICANA SOBRE DROGAS E DEMOCRACIA, 2008, p.14).

Uma das consequências trazidas pela Guerra às drogas é que a própria UNODC, reconhece que a aplicação das Convenções das Nações Unidas sobre drogas ilícitas trouxe vários efeitos negativos, como: a criação de um mercado negro controlado pelo crime, a luta contra o crime atrelado ao comércio de drogas, exige recursos crescentes, muitas das vezes em detrimento do investimento com a saúde pública, que era a razão de ser da política proibicionista, o efeito balão que a repressão a produção traz pois ela passa a se transferir para outra região, a estigmatização das pessoas dependentes de drogas, além dos custos para manter a repressão serem enormes.⁴³

As políticas de erradicação de plantio, apreensão e repressão na América Latina, com o apoio dos EUA, não trouxeram tantos resultados. Como podemos observar no gráfico abaixo:

⁴² “Drogas e Democracia: Rumo a uma mudança de paradigma. (COMISSÃO LATINO-AMERICANA SOBRE DROGAS E DEMOCRACIA, 2008, p.11).

⁴³ Drogas e Democracia: Rumo a uma mudança de paradigma, COMISSÃO LATINO-AMERICANA SOBRE DROGAS E DEMOCRACIA (2008, p.19) apud UNODC (2008).

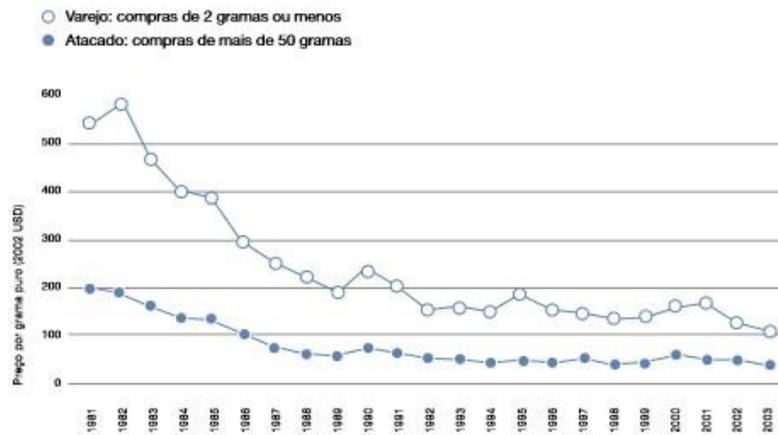
Gráfico 1: Cultivo de Coca na Região Andina (ha), 1997 a 2007⁴⁴

Fonte: *Coca Cultivation in the Andean Region: A survey of Bolivia, Colombia and Peru*, June 2008, United Nations Office on Drugs and Crime www.unodc.org/brazil/pt/pressrelease_20080619.html.

Os dados acima revelam que embora o cultivo da coca tenha sofrido algumas variações, nos países da região andina, ela continuou sendo suficiente para suprir o mercado internacional. E apesar dos níveis de apreensão terem sofrido um aumento, tanto nos países importadores quanto nos países exportadores, eles não afetaram a oferta final e nem, tampouco, o preço ao consumidor, como pode ser observado na figura abaixo, onde o preço da cocaína apresenta uma tendência de queda enquanto que o produto aumenta o seu grau de pureza.⁴⁵

⁴⁴ Drogas e Democracia: Rumo a uma mudança de paradigma, COMISSÃO LATINO-AMERICANA SOBRE DROGAS E DEMOCRACIA (2008, p.21).

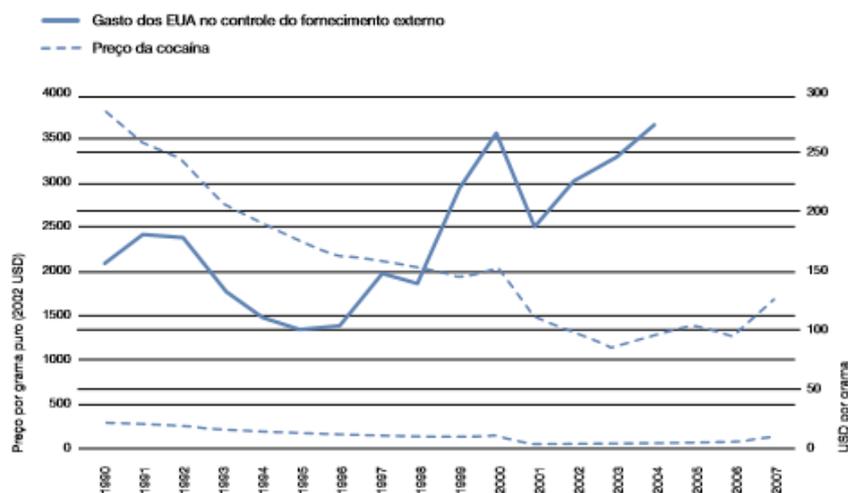
⁴⁵ Drogas e Democracia: Rumo a uma mudança de paradigma, COMISSÃO LATINO-AMERICANA SOBRE DROGAS E DEMOCRACIA (2008, p.22)

Gráfico 2: Preços da Cocaína no Atacado e Varejo, EUA⁴⁶

Fonte: WOLA, Washington Office on Latin America, 2008, "U.S. Drug Policy: At What Cost? Moving Beyond the Self-Defeating Supply-Control Fixation" Walsh, John, Senior Associate for the Andes and Drug Policy, p.7.

Apesar dos países importadores e exportadores terem apresentado aumento nos níveis de apreensão das drogas, isso não teve reflexo no preço e na oferta final da cocaína.

Isso demonstra que a política proibicionista se mostrou ineficaz, pois não só a oferta foi mantida como os preços caíram, apesar dos enormes gastos dos EUA com a adoção de políticas repressivas ao comércio dos países produtores:

Gráfico 3: Gastos dos EUA na Guerra às Drogas no Exterior e Preços de Varejo da Cocaína, 1990 – 2006⁴⁷

Nota: Dados de gastos no controle do fornecimento externo não disponíveis para os anos de 2005, 2006 e 2007. Fonte: Gastos: Washington Office on latin America 2005; Preços: Nações Unidas, 2008.

⁴⁶ Drogas e Democracia: Rumo a uma mudança de paradigma, COMISSÃO LATINO-AMERICANA SOBRE DROGAS E DEMOCRACIA (2008, p.22).

⁴⁷ Drogas e Democracia: Rumo a uma mudança de paradigma, COMISSÃO LATINO-AMERICANA SOBRE DROGAS E DEMOCRACIA (2008, p.23).

Esse modelo proibicionista, conforme dados apresentados acima, revelam que as políticas adotadas de guerra às drogas, pelos EUA, não influenciaram na redução do consumo de drogas.

A política de guerra às drogas produz um mercado que gera lucros absurdos:

Tabela 1: Preço da Cocaína no Sistema de Distribuição⁴⁸

Produto	Nível de mercado	Preço Efectivo/Kg
Folhas de Coca	Porta da Fazenda (produtor)/Colômbia	\$300
Pasta-base de Coca	Porta da Fazenda (produtor)/Colômbia	\$900
Cocaína hidrocloreídrica	Exportação/Colômbia	\$1,500
Cocaína hidrocloreídrica	Importação/EUA	\$15,000
Cocaína (67% pura)	Distribuidor/EUA	\$40,000
Cocaína (67% pura)	Varejo/EUA	\$150,000

Fonte: Reuters, Peter, 2008, "Assessing U.S. Drug Policy", School of Public Policy and Department of Criminology University of Maryland.

Logo, a tabela acima explicita que o lucro consiste na diferença entre o preço pago pela matéria-prima e o seu valor destinado ao consumidor final, produzindo efeitos positivos na comercialização das drogas.

As principais consequências da Guerra às drogas na América Latina são: a) o desenvolvimento de poderes paralelos nos espaços de fragilidade dos Estados Nacionais (bairros pobres nas grandes cidades e periferias; regiões distantes do interior, regiões fronteiriças, território amazônico); b) a criminalização dos conflitos políticos; b) a corrupção da vida pública (sobretudo na estrutura policial, na Justiça e no sistema penitenciário); c) alienação da juventude, principalmente da juventude pobre; d) o deslocamento de camponeses e o estigma sobre culturas tradicionais⁴⁹.

⁴⁸ Drogas e Democracia: Rumo a uma mudança de paradigma, COMISSÃO LATINO-AMERICANA SOBRE DROGAS E DEMOCRACIA (2008, p.23).

⁴⁹ Drogas e Democracia: Rumo a uma mudança de paradigma, COMISSÃO LATINO-AMERICANA SOBRE DROGAS E DEMOCRACIA (2008, p.25).

O índice de homicídio na América Latina é altíssimo. Homicídio, armas de fogo e comércio de drogas estão amplamente relacionados, uma vez que os comércios de drogas financiam a compra de armas que sustentam a guerra entre gangues pelo controle do território e do tráfico⁵⁰:

Tabela 2: Taxa de Homicídio Juvenil⁵¹

País	Taxa	Pos	País	Taxa	Pos
El Salvador	92,3	1º	África do Sul	16,6	15º
Colômbia	73,4	2º	Dominica	15,4	16º
Venezuela	64,2	3º	EUA	12,9	17º
Guatemala	55,4	4º	San Vicente y G.	12,1	18º
Brasil	51,6	5º	México	10,4	19º
Porto Rico	46,6	6º	Guiana Francesa	9,7	20º
Ilhas Virgens	27,1	7º	Argentina	9,4	21º
Santa Lucía	26,4	8º	Costa Rica	9,2	22º
Equador	26,1	9º	Rep. Dominicana	9,1	23º
Paraguai	22,3	10º	Israel	8,0	24º
Trinidad y Tobago	21,2	11º	Chile	7,9	25º
Guiana	21,2	12º	Cuba	7,7	26º
Panamá	17,8	13º	Uruguai	7,0	27º
Nicarágua	16,6	14º			

Uma das consequências mais percebidas nos Estados Unidos oriundas das medidas repressivas as drogas, foi a prisão de um grande número de pessoas por crimes relacionados às drogas. Enquanto que em 1980, menos de 50.000 pessoas foram presas, esse número subiu para 500.000 em 2007. Esse meio milhão estimado abrange apenas aqueles condenados por vendas ou posse de drogas, não incluindo quem foi preso por crimes violentos ou crime contra a propriedade.⁵²

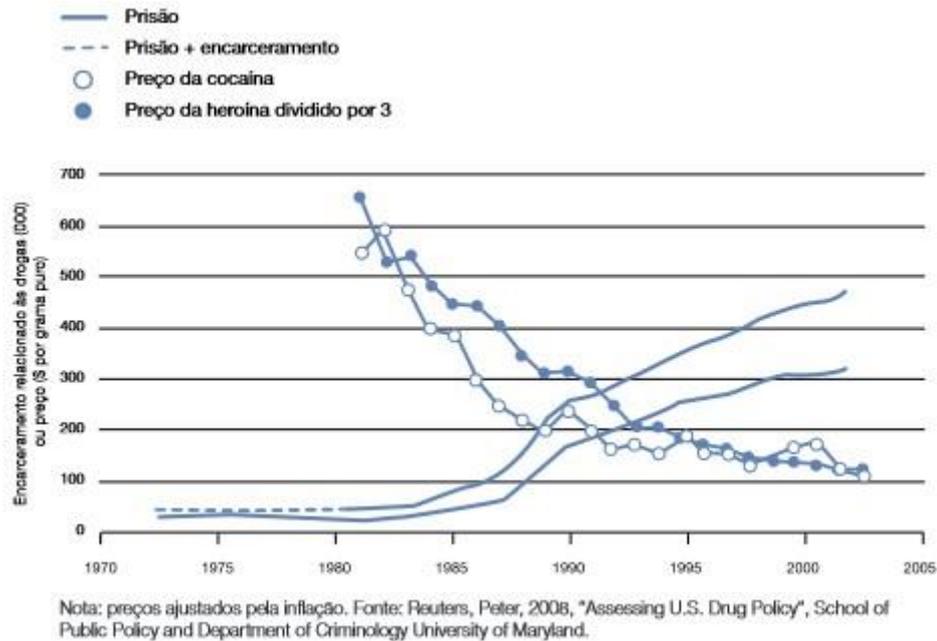
Em resultado, enquanto o número de prisões aumenta nos EUA, o preço da droga diminui:

⁵⁰ Drogas e Democracia: Rumo a uma mudança de paradigma, COMISSÃO LATINO-AMERICANA SOBRE DROGAS E DEMOCRACIA (2008, p.26).

⁵¹ Drogas e Democracia: Rumo a uma mudança de paradigma, COMISSÃO LATINO-AMERICANA SOBRE DROGAS E DEMOCRACIA (2008, p.26).

⁵² Drogas e Democracia: Rumo a uma mudança de paradigma, COMISSÃO LATINO-AMERICANA SOBRE DROGAS E DEMOCRACIA (2008, p.28).

Gráfico 4: Encarceramento relacionado às drogas e preço de varejo da cocaína e heroína, nos Estados Unidos:⁵³



Outro aspecto a salientar, destacado no gráfico acima, é quanto a ineficácia do modelo proibicionista, visto que, há uma relação intrínseca entre custos e encarceramento, pois quanto menor o preço de varejo da substância, maior é o número de consumidores, maior é o número de consumidores e conseqüentemente, menor é a eficácia do sistema proibicionista.

Ou seja, o proibicionismo ajudou a converter os EUA, no país com a maior população carcerária do mundo e por isso os próximos governos ao invés de prender os usuários de drogas devem gastar mais dinheiro com o tratamento de dependentes e usuários.⁵⁴

⁵³ Drogas e Democracia: Rumo a uma mudança de paradigma, COMISSÃO LATINO-AMERICANA SOBRE DROGAS E DEMOCRACIA (2008, p.29).

⁵⁴ Drogas e Democracia: Rumo a uma mudança de paradigma, COMISSÃO LATINO-AMERICANA SOBRE DROGAS E DEMOCRACIA (2008, p.30).

Em virtude disso o relatório apresenta políticas inovadoras que tem como pilares a redução de danos, despenalização e descriminalização. A redução de danos é tratar o consumo de drogas como uma questão de saúde pública, por onde o dependente é visto como uma pessoa que precisa ser auxiliada ao invés de ser visto como criminoso que deve ser aplicado a lei de talião “olho por olho, dente por dente”, a despenalização é reduzir a pena a esses crimes sem, no entanto, descriminalizá-lo, tendo como uma das alternativas a descriminalização aplicada somente aos consumidores.⁵⁵

Isso vem sendo implantados em alguns países como: em Portugal, Espanha e Itália onde a posse de drogas para uso pessoal foi descriminalizada e por isso as pessoas estão sujeitas a apenas sanções administrativas, como multas, na Espanha é permitido plantar maconha para o seu consumo pessoal.⁵⁶ Vários países da América Latina adotam novas dinâmicas, como em Medellín e Cali, na Colômbia que adotam programas de reinserção social de consumidores que apresenta bons resultados, pois reduziu a taxa de homicídio de uma maneira considerável.⁵⁷

Por esses motivos, o relatório chama a necessidade do governo e das sociedades da América Latina de aprofundar o debate sobre a problemática das drogas⁵⁸. Em decorrência do sucesso da experiência da Comissão Latino – Americana sobre Drogas e Democracia, surgiu a ideia de criar o grupo da GCDP sobre drogas.

⁵⁵ Drogas e Democracia: Rumo a uma mudança de paradigma, COMISSÃO LATINO-AMERICANA SOBRE DROGAS E DEMOCRACIA (2008, p.31).

⁵⁶ Drogas e Democracia: Rumo a uma mudança de paradigma, COMISSÃO LATINO-AMERICANA SOBRE DROGAS E DEMOCRACIA (2008, p.32).

⁵⁷ Drogas e Democracia: Rumo a uma mudança de paradigma, COMISSÃO LATINO-AMERICANA SOBRE DROGAS E DEMOCRACIA (2008, p.37).

⁵⁸ Drogas e Democracia: Rumo a uma mudança de paradigma, COMISSÃO LATINO-AMERICANA SOBRE DROGAS E DEMOCRACIA (2008, p.39).

Os membros da Comissão Latino – Americana estavam convictos de que a problemática relacionada ao tráfico de drogas, a violência relacionada às drogas e à corrupção envolvidas ameaçavam a democracia da América Latina, uma vez que esse fenômeno envolvia a questão do consumo, tráfico de armas, corrupção do poder público dentre outros fatores que afetam diretamente a democracia.⁵⁹

A Comissão Latino-Americana contestou a política de “Guerra às drogas” e abriu um debate público sobre o assunto. Expôs a necessidade de articulação internacional frente a essa problemática, uma vez que o problema da grande produção de drogas da América Latina também estava relacionado com a grande demanda dessas drogas por parte dos EUA e da Europa, atribuindo a responsabilidade da problemática também para esses países e por isso saudou a necessidade de um debate internacional, para uma solução global.⁶⁰

Um dos resultados da criação da GCDP foi a influência na criação de algumas comissões regionais, como a Comissão de Drogas da África Ocidental (WACD), convocada pelo Kofi Annan⁶¹, que obteve a sua publicação em junho de 2014⁶², destacando como as formas do narcotráfico, consumo e produção estão prejudicando as instituições, ameaçando a saúde pública e prejudicando os esforços do desenvolvimento.

A WACD é composta por um grupo de ilustres africanos ocidentais no ramo da política, da sociedade civil, da saúde, da segurança e do judiciário e é um órgão independente, por isso pode falar com franqueza e imparcialidade. É presidida pelo ex-presidente Olusegun Obasanjo da Nigéria, com o auxílio de especialistas, de líderes e da fundação Kofi Annan.

Esse relatório é resultado de um ano e meio de articulação da Comissão com partidos regionais, nacionais e internacionais, incluindo a União Africana (UA), a Comunidade Econômica dos Estados da África Ocidental (CEDEAO) e o Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime (UNODC).

⁵⁹ Drogas e Democracia: Rumo a uma mudança de paradigma, COMISSÃO LATINO-AMERICANA SOBRE DROGAS E DEMOCRACIA (2008, pp.26-30).

⁶⁰ Idem.

⁶¹ Membro da Comissão e ex-Secretário Geral da ONU.

⁶² GLOBAL COMMISSION ON DRUG POLICY. “Comissão da África Ocidental sobre Drogas”. Disponível em: <<https://www.globalcommissionondrugs.org/wacd/>>. Acesso em: 18 de jun. 2017.

4.2. Comissão Global de Políticas de Drogas

Em continuidade aos trabalhos de *advocacy* da Comissão Latino Americana, GCDP enfatiza medidas de reforma das políticas sobre drogas, que obteve um grande destaque nas discussões feitas pela UNGASS de 2016, embasados sobretudo em seus relatórios publicados entre os anos de 2011 a 2016.

A principal motivação que inspirou a GCDP sobre drogas foi a falta de coragem e liderança política norte-americana para lidar com o fracasso da política sobre drogas, assim como o seu alto custo humano, social e financeiro.

Segundo o site Global Commission on Drug Policy (2016)⁶³, a GCDP de Políticas sobre Drogas, foi criada em 2011 e buscou a adoção de uma estratégia de *advocacy* visando mostrar as contradições da Guerra às Drogas para tentar influenciar positivamente outras estratégias. A GCDP não entra em choque com a ONU, pois, ela assessora esta organização, visando trazer um debate com bases em pesquisas, serviços e evidências científicas que possam influenciar de uma forma científica as estratégias globais.⁶⁴

A GCDP hoje é uma referência mundial importante, pois atua por meio de seus relatórios, e de reuniões e de participações em reuniões de caráter internacional entre países, entre continentes, na própria ONU, indicando recomendações políticas novas e eficazes que protejam os direitos humanos, ampliem as reduções de danos e promovam o desenvolvimento.⁶⁵

A GCDP foi presidida de 2011 a 2016, pelo ex-presidente Fernando Henrique Cardoso que convidou 25 líderes políticos e pensadores renomados para participarem da discussão. Atualmente a GCDP tem como presidente Ruth Dreifuss, ex-presidente da Suíça.⁶⁶

⁶³ GLOBAL COMMISSION ON DRUG POLICY (2016). Disponível em: <<https://www.globalcommissionondrugs.org/about-usmission-and-history/>>. Acesso em: 18 de jun. 2017.

⁶⁴ INSTITUTO IGARAPÉ. A Comissão Global de Políticas sobre drogas (2017). Disponível em: <<https://igarape.org.br/temas/politica-de-drogas/comissao-global-de-politicas-sobre-drogas/>>. Acesso em: 22 de jun. 2017.

⁶⁵ GLOBAL COMMISSION ON DRUG POLICY (2016). Disponível em: <<https://www.globalcommissionondrugs.org/about-usmission-and-history/>>. Acesso em: 18 de jun. 2017.

⁶⁶ Idem.

A GCDP revisou o atual sistema internacional de controle de drogas centrando principalmente na guerra às drogas e a GCDP vem como um organismo internacional muito importante de se contrapor mundialmente a essa estratégia norte-americana de repressão, de controle de substâncias e proibição, pensando-se em influenciar globalmente estratégias, principalmente de redução de danos, descriminalização e regulação das drogas.⁶⁷

Abriu um debate mais equilibrado, mais geral e baseado em evidências sobre drogas que privilegiava os direitos humanos, a segurança e a saúde pública propondo alternativas mais humanas e eficazes para reduzir os danos causados pelas drogas às pessoas e às sociedades.⁶⁸

A GCDP é supervisionada por uma secretária na Suíça que é responsável pela orientação das publicações e produtos divulgados pela Comissão, contando com uma rede extensa de especialistas e parceiros que contribuem para o seu trabalho desde a sua origem.⁶⁹

Entre 2011 e 2014 a GCDP foi dirigida por um secretariado internacional sediado no Rio de Janeiro. O secretariado foi coordenado pelo Instituto Igarapé, uma organização que possui atuação nas Américas e na África. O Instituto foi responsável por supervisionar todas as conferências e eventos, contatos com a mídia, articulações com parceiros da GCDP.⁷⁰ Em 2016 após a Sessão Especial da Assembleia Geral das ONU⁷¹ sobre Drogas (UNGASS), o secretariado da GCDP migrou para Genebra.

A GCDP possui o objetivo de trazer para o âmbito internacional, um debate sobre formas humanas e eficazes de reduzir os danos trazidos pelas drogas para pessoas e para sociedade, baseado sobretudo em evidências científicas.

⁶⁷ INSTITUTO IGARAPÉ. A Comissão Global de Políticas sobre drogas (2017). Disponível em: <<https://igarape.org.br/temas/politica-de-drogas/comissao-global-de-politicas-sobre-drogas/>>. Acesso em: 22 de jun. 2017.

⁶⁸ GLOBAL COMMISSION ON DRUG POLICY (2016). Disponível em: <<https://www.globalcommissionondrugs.org/about-usmission-and-history/>>. Acesso em: 18 de jun. 2017.

⁶⁹ INSTITUTO IGARAPÉ. A Comissão Global de Políticas sobre drogas (2017). Disponível em: <https://igarape.org.br/temas/politica-de-drogas/comissao-global-de-politicas-sobre-drogas/>, acessado em 19 de junho de 2017 as 00:08.

⁷⁰ Idem.

⁷¹ Já foram realizadas pela ONU, três sessões especiais para lidar com o problema mundial das drogas, as UNGASS de 1990, 1998 e 2016.

Esta organização propõe ainda discussões em matéria de políticas sobre drogas, considerando seu papel influenciador nessa temática, sobretudo na UNGASS de 2016, além de produzirem relatórios anualmente (2011-2016) de grandes destaques, detalhados e baseados em evidências que incluem as posições da GCDP, relatórios específicos, pareceres e entrevistas com funcionários de governos e organizações intergovernamentais em articulação com líderes da sociedade civil.⁷²

A Global Commission defende uma visão mais equilibrada, abrangente e baseada na ciência sobre políticas sobre drogas além de ter produzido seis grandes relatórios e três documentários com visibilidade em milhares de meios de comunicação do mundo. Os relatórios falam de questões que vão desde o fracasso da guerra as drogas, as consequências da criminalização na saúde pública e os caminhos para a regulação das drogas.

Os relatórios de 2011 e 2014⁷³ tiveram grande repercussão internacional nas mais diversas instituições renomadas, como exemplo, a Casa Branca e o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes (UNODC). A GCDP vem conseguindo paulatinamente colocar na agenda pública internacional que o marco proibicionista de guerra as drogas não funcionaram ao longo de sua criação até os dias atuais.⁷⁴

4.3. Relatórios da Comissão Global de Políticas sobre Drogas

A GCDP ao longo de sua criação produziu seis relatórios importantes sobre novas estratégias globais de políticas de drogas nos anos 2011, 2012, 2013, 2014, 2015 e 2016⁷⁵. Destes relatórios escolhemos para análise os três mais importantes

⁷²GLOBAL COMMISSION ON DRUG POLICY (2016). Disponível em: <<https://www.globalcommissionondrugs.org/about-usmission-and-history/>>. Acesso em: 18 de Jun. 2017.

⁷³Os relatórios trazidos pela Comissão contribuíram para o aperfeiçoamento de reformas no Canadá, Colômbia, México e Uruguai.

⁷⁴ INSTITUTO IGARAPÉ. A Comissão Global de Políticas sobre drogas (2017). Disponível em: <<https://igarape.org.br/temas/politica-de-drogas/comissao-global-de-politicas-sobre-drogas/>>. Acesso em 19 de jun. 2017.

⁷⁵GLOBAL COMMISSION, “Guerra às Drogas e HIV/AIDS: Como a criminalização do uso de drogas alimenta a pandemia global” (2012). Disponível em: <www.globalcommissionondrugs.org/reports/>; Acesso em: 30 de jun. 2017;

dos anos 2011, 2014 e 2016 que falam sobre o fracasso da guerra as drogas, novos caminhos de políticas sobre drogas que funcionam e novas abordagens a descriminalização, pois foram os três que tiveram maior repercussão e destaque internacional sobre estratégias globais de políticas sobre drogas e que tiveram impacto na Assembleia Geral da ONU - UNGASS.

Diante da crescente evidência do fracasso das estratégias tradicionais adotadas por vários países e fiscalizado pela ONU, a GCDP propõe reformas a partir de uma série de princípios e recomendações, baseadas sobretudo em evidências concretas que são apresentados em seus relatórios.

Desde a apresentação do primeiro relatório sobre reformas na política sobre drogas feita pela GCDP houve uma transformação significativa nas políticas sobre drogas, tanto no quesito de discurso público, quanto nas evidências científicas e implementação de políticas. Esses relatórios subsidiaram todo o papel importante da GCDP na UNGASS.

4.3.1. Primeiro Relatório: Guerra as drogas (2011)⁷⁶

Diante dos destaques apresentados por esses dois relatórios expostos acima, trataremos a seguir sobre o relatório de 2011 que ganhou uma repercussão mundial ao afirmar que o sistema internacional de controle de drogas vigente fracassou em todo mundo.

⁷⁶ GLOBAL COMMISSION DRUG ON POLICY. Guerras as drogas (2011). Disponível em: <<https://www.globalcommissionondrugs.org/reports/war-on-drugs/>> Acesso dia 19 de jun. 2017.

A GCDP foi a única organização que sistematizou no primeiro documento de guerra as drogas o diagnóstico com base em evidência científica, estatísticas, situação e estudos de caso.

O relatório traz um diagnóstico que a GCDP faz sobre a estratégia da guerra às drogas e seu fracasso propondo assim outras estratégias, outros princípios e outras recomendações.

Um diagnóstico que comprova o fracasso da guerra às drogas são os enormes gastos advindos da erradicação da produção, repressão aos traficantes e criminalização dos usuários que não conseguiram reduzir a oferta e nem tão pouco reduzir o consumo de droga, mas houve pequenos êxitos que foram compensados pelo surgimento de outras organizações criminosas e pela migração da produção (“efeito balão”)⁷⁷, conforme observação citadas abaixo:

A insistência em ações ineficazes de repressão da produção e encarceramento de usuários representa um imenso desperdício de recursos públicos que poderiam ser muito melhor utilizados em ações voltadas para a redução da demanda por drogas e para a redução do dano causado pelas drogas (GLOBAL COMMISSION. Guerra as drogas, 2011, p.2).

Muitos políticos acreditavam que a aplicação de políticas repressivas contra os responsáveis pela produção, distribuição e consumo viria reduzir o mercado de drogas ilícitas, até chegar um dia de um “mundo livre das drogas”.⁷⁸

Porém, o resultado trazido se contrapõe a esperanças dos mesmos, como se pode verificar no relatório publicado pela Global Commission, em 2011: “ocorreu um crescimento dramático de um mercado global do mercado de drogas ilícitas, amplamente controlado pelo crime organizado em escala transnacional” (GLOBAL COMMISSION. Guerra as Drogas, 2011, p.4).

⁷⁷ GLOBAL COMMISSION DRUG ON POLICY. Guerras as drogas (2011, p.2). Disponível em: <<https://www.globalcommissionondrugs.org/reports/war-on-drugs/>> Acesso dia 28 de jun. 2017.

⁷⁸ GLOBAL COMMISSION DRUG ON POLICY. Guerras as drogas (2011, p.4). Disponível em: <<https://www.globalcommissionondrugs.org/reports/war-on-drugs/>> Acesso dia 28 de jun. 2017.

Nessa estimativa mostramos o consumo de drogas nos últimos dez anos, demonstrando que o mercado ilegal de drogas ilícitas tem se tornado cada vez mais crescente e contínuo⁷⁹:

Tabela 3: Consumo das drogas nos anos 1998 a 2008⁸⁰:

ESTIMATIVA DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE O CONSUMO ANUAL DE DROGAS, 1998 A 2008			
	Opiáceos	Cocaína	Cannabis
1998	12.9 milhões	13.4 milhões	147.4 milhões
2008	17.35 milhões	17 milhões	160 milhões
% de Incremento	34.5%	27%	8.5%

Uma das consequências indesejáveis da política de Guerra às drogas é: 1) o crescimento de um “enorme mercado negro criminoso”, financiado pelos grandes lucros obtidos pelo tráfico que abastecem a demanda internacional por drogas ilícitas, 2) deslocamento extensivo de políticas, resultado do uso de recursos escassos para financiar as ações repressivas para controlar o mercado ilegal de drogas, 3) deslocamento geográfico da produção de drogas que migra de uma região ou país para outro (“efeito balão”), 4) deslocamento dos consumidores de uma substância para outra, na proporção que a repressão dificulta o acesso a uma droga mas não a outra, 5) e a estigmatização e marginalização dos usuários de drogas.⁸¹

Apesar desses diagnósticos baseados em evidências científicas, os formuladores da atual política sobre drogas resistem à mudança de reconhecer que essas estratégias repressivas são falhas e de abrir novas discussões de alternativas mais eficientes e humanas.⁸²

⁷⁹ GLOBAL COMMISSION DRUG ON POLICY. Guerras as drogas (2011, p.4). Disponível em: <<https://www.globalcommissionondrugs.org/reports/war-on-drugs/>> Acesso dia 28 de jun. 2017.

⁸⁰ GLOBAL COMMISSION DRUG ON POLICY. Guerras as drogas (2011, p.4). Disponível em: <<https://www.globalcommissionondrugs.org/reports/war-on-drugs/>> Acesso dia 28 de jun. 2017.

⁸¹ GLOBAL COMMISSION DRUG ON POLICY. Guerras as drogas (2011, p.9). Disponível em: <<https://www.globalcommissionondrugs.org/reports/war-on-drugs/>> Acesso dia 28 de jun. 2017.

⁸² Idem.

Os comissionários se posicionaram em apoio a descriminalização e foi a primeira vez que figuras públicas, tais como, políticos, intelectuais e empresários de alto nível se posicionaram em favor de uma reforma abrangente nas políticas sobre drogas. No entanto, foi a falta de liderança política desses políticos que motivou a criação da GCDP.

Os membros da Comissão adotaram quatro princípios fundamentais que devem guiar as estratégias e políticas nacionais e internacionais sobre drogas além de formularem onze recomendações para a ação.⁸³

Embasados nesses diagnósticos e nesses problemas ela vem com os seguintes princípios e recomendações:

4.3.1.1. Princípios:

Os princípios defendidos pela Global Commission que fundamentam a política sobre drogas são: as concepções científicas sólidas, a defesa dos direitos humanos, a responsabilidade compartilhada e a abrangência das políticas sobre as drogas

1 - No primeiro princípio, evidência que as políticas sobre drogas devem estar fundamentadas em evidências científicas sólidas e confiáveis. O principal critério de sucesso deveria ser a redução de danos à saúde, a segurança e ao bem-estar da sociedade.⁸⁴

Desse modo, as políticas e estratégias de drogas atuais vem sendo fortemente influenciada pela esfera moralizante, cheias de preconceitos e visões ideológicas não levando em consideração a crescente complexificação do mercado de drogas e as questões relacionadas ao uso e dependência da mesma⁸⁵, sem, contudo, se preocupar com a saúde e bem-estar da humanidade.

⁸³ Idem.

⁸⁴ GLOBAL COMMISSION DRUG ON POLICY. Guerras as drogas (2011, p.5). Disponível em: <<https://www.globalcommissionondrugs.org/reports/war-on-drugs/>> Acesso dia 28 de jun. 2017.

⁸⁵ GLOBAL COMMISSION DRUG ON POLICY. Guerras as drogas (2011, p.5). Disponível em: <<https://www.globalcommissionondrugs.org/reports/war-on-drugs/>> Acesso dia 28 de jun. 2017.

O que pode ser verificado em:

Até hoje continuamos avaliando o sucesso na guerra às drogas com base em parâmetros totalmente diferentes – parâmetros esses que informam sobre processos, como o número de prisões, as quantidades apreendidas ou a severidade das penas. Estes indicadores são capazes de comprovar o rigor com que determinada política está sendo executada, mas, não são capazes de medir em que medida esta política está sendo ou não bem sucedida em seu objetivo principal de melhorar “a saúde e o bem estar da humanidade”. (GLOBAL COMMISSION DRUG ON POLICY. Guerra as drogas, 2011, p.5).

2 - No segundo princípio, destaca as políticas sobre drogas devem estar baseadas nos princípios de respeito aos direitos humanos e de preservação da saúde pública. É necessário, por fim, à estigmatização e criminalização dos usuários de drogas e não punir aqueles que estão envolvidos no nível mais baixo do seu cultivo, produção e distribuição. É extremamente necessário tratar os usuários de drogas como pacientes e não como criminosos.⁸⁶

Segundo a GCDP (2011):

De particular relevância para a política de drogas são os direitos à vida, à saúde, a procedimentos legais justos, a proteção em relação à tortura, tratamento cruel, inumano ou degradante, escravidão e discriminação. Estes direitos são inalienáveis, e sua salvaguarda tem prioridade sobre outros acordos internacionais, incluindo as convenções de controle das drogas. (GLOBAL COMMISSION DRUG ON POLICY. Guerra as drogas, 2011, p.5).

Desse modo, a políticas sobre drogas devem colocar em primeiro plano principalmente a saúde e os direitos humanos, se distanciando da estigmatização e marginalização dos usuários de drogas e da categoria de base envolvida no cultivo, produção e distribuição para sua subsistência ou para consumo pessoal sem, no entanto, ameaçar outros.⁸⁷

⁸⁶ GLOBAL COMMISSION DRUG ON POLICY. Guerras as drogas (2011, p.5). Disponível em: <<https://www.globalcommissionondrugs.org/reports/war-on-drugs/>> Acesso dia 28 de jun. 2017.

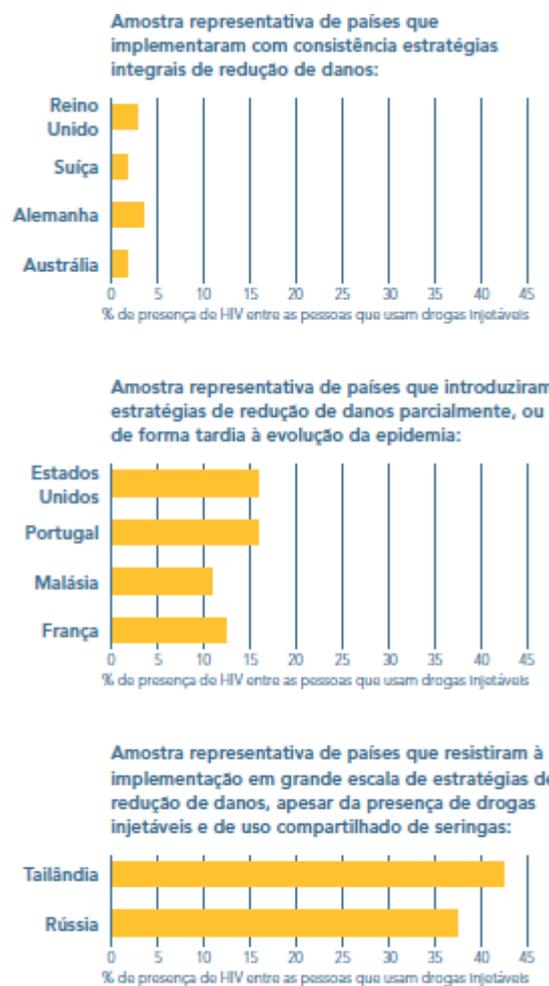
⁸⁷ GLOBAL COMMISSION DRUG ON POLICY. Guerras as drogas (2011, p.5). Disponível em: <<https://www.globalcommissionondrugs.org/reports/war-on-drugs/>> Acesso dia 28 de jun. 2017.

Propondo medidas de acesso a redução de danos, conforme observado em:

Medidas de saúde pública (denominadas de “redução de danos”, incluindo intercâmbio de seringas e tratamentos médicos à base de metadona e buprenorfina) são capazes de reduzir os riscos de mortes por overdoses de drogas e a transmissão de HIV e outras infecções sanguíneas. (GLOBAL COMMISSION DRUG ON POLICY. Guerra as drogas, 2011, p.5).

Um dos impactos da política sobre drogas na prevalência recente de HIV entre as pessoas que injetam drogas:

Impacto das políticas de drogas na prevalência recente de HIV entre as pessoas que injetam drogas ⁸⁸



⁸⁸ Mathers (2008) apud GLOBAL COMMISSION DRUG ON POLICY. Guerras as drogas (2011, p.6). Disponível em: <<https://www.globalcommissionondrugs.org/reports/war-on-drugs/>> Acesso em: 28 de jun. 2017.

Países que implementaram estratégias de redução de danos e tratamento dos usuários enxergando como um problema de saúde pública tiveram taxas de transmissão de HIV entre pessoas que usam drogas injetáveis bem baixa. E conforme a GCDP:

Os países que trataram os cidadãos dependentes de drogas como pacientes que necessitam de tratamento, ao invés de criminosos a serem encarcerados, obtiveram resultados extremamente positivos em termos de redução do crime, melhorias da saúde e superação da dependência. (GLOBAL COMMISSION DRUG ON POLICY. Guerra as drogas, 2011, p.6).

3 - O terceiro princípio fundamenta-se que concepção e execução da política sobre drogas deve ser uma responsabilidade compartilhada internacionalmente levando em consideração as várias realidades políticas, sociais e culturais. As políticas devem respeitar os direitos e necessidades das pessoas afetadas pela produção, tráfico e consumo, conforme reconhecido explicitamente pela Convenção sobre Tráfico de Drogas de 1988.⁸⁹

Chama a necessidade de os governos trabalharem juntos na intenção de resolver a problemática do mercado de drogas e suas consequências que elas geram. A ONU tem se esforçado muito durante esses 50 anos para que todos os países adotem as mesmas políticas rígidas de guerra às drogas e na proporção que os países enxergam as complexidades e consequências dessa política eles usam a flexibilidade das Convenções para experimentar novos programas e estratégias, como exemplo, a descriminalização e a redução de danos.⁹⁰

4- O quarto princípio, ressalta que as políticas de drogas devem ser implementadas de uma maneira abrangente, envolvendo as famílias, as escolas, os agentes de saúde pública e de desenvolvimento social, as lideranças da sociedade civil e os responsáveis pelas instituições de justiça e polícia, bem como outras organizações governamentais relevantes.⁹¹

⁸⁹ GLOBAL COMMISSION DRUG ON POLICY. Guerra as drogas (2011, p.8). Disponível em: <<https://www.globalcommissionondrugs.org/reports/war-on-drugs/>> Acesso em: 28 de jun. 2017.

⁹⁰ GLOBAL COMMISSION DRUG ON POLICY. Guerra as drogas (2011, p.8). Disponível em: <<https://www.globalcommissionondrugs.org/reports/war-on-drugs/>> Acesso em: 28 de jun. 2017.

⁹¹ GLOBAL COMMISSION DRUG ON POLICY. Guerra as drogas (2011, p.9). Disponível em: <<https://www.globalcommissionondrugs.org/reports/war-on-drugs/>> Acesso em: 28 de jun. 2017.

Conforme a GCDP:

Reiterados estudos comprovam que o investimento em programas de saúde e desenvolvimento social geram resultados práticos e benefícios financeiros muito maiores para a comunidade do que as tentativas fracassadas de redução da oferta e criminalização do uso de drogas. Não obstante esta evidência, na maioria dos países a maior parte dos recursos continuam sendo gastos em ações repressivas voltadas para a punição das pessoas que usam drogas. (CARNEVALE, 2009 apud GLOBAL COMMISSION DRUG ON POLICY. Guerra as drogas, 2011, p.9).

Ou seja, chama a necessidade de uma política implementada em articulação com as famílias, escolas, lideranças sociais, OMS, com o envolvimento de todas as agências multilaterais e etc, não somente envolvendo a UNODC.⁹²

Diante disso, a GCDP formulou onze recomendações para nortear as ações, que são:

4.3.1.2. Recomendações

1. “Quebrar o Tabu”⁹³. Buscar um debate aberto e promover políticas que reduzam efetivamente o consumo e que evitem e reduzam os danos relacionados ao uso de drogas e com as políticas de controle de drogas. Incrementar os investimentos em pesquisas e análise do impacto das diferentes políticas e programas.⁹⁴
2. Substituir a criminalização e o encarceramento das pessoas que usam drogas pela oferta de serviços de saúde e tratamento a todos que deles necessitam.⁹⁵
3. Incentivar que os governos experimentem propostas de regulação governamental das drogas, como exemplo, a maconha, objetivando reduzir o poder do crime organizado e preservar a saúde e segurança de seus cidadãos.⁹⁶

⁹² GLOBAL COMMISSION DRUG ON POLICY. Guerra as drogas (2011, p.9). Disponível em: <<https://www.globalcommissionondrugs.org/reports/war-on-drugs/>> Acesso em: 28 de jun. 2017.

⁹³ Filme que entrevista pessoas do mundo todo para colocar na agenda pública, debater e propor novas estratégias de políticas sobre drogas, produzido pela Global Commission Drug on Policy.

⁹⁴ GLOBAL COMMISSION DRUG ON POLICY. Guerra as drogas (2011, p.10). Disponível em: <<https://www.globalcommissionondrugs.org/reports/war-on-drugs/>> Acesso em: 28 de jun. 2017.

⁹⁵ Idem.

⁹⁶ GLOBAL COMMISSION DRUG ON POLICY. Guerra as drogas (2011, p.11). Disponível em: <<https://www.globalcommissionondrugs.org/reports/war-on-drugs/>> Acesso em: 28 de jun. 2017.

4. Estabelecer melhores métricas para medir o sucesso da política sobre drogas, assim como indicadores e métricas para medir o progresso.⁹⁷
5. Questionar ao invés de reforçar os conceitos equivocados comuns a respeito do mercado, uso e dependência de drogas.⁹⁸
6. Os países que continuam investindo no enfoque da aplicação da lei, deveriam focar as suas ações repressivas ao crime organizado e no tráfico de drogas violento, visando reduzir o impacto causado para o mercado de drogas ilícitas.⁹⁹
7. Promover penas alternativas para pequenos traficantes e traficantes primários de drogas.¹⁰⁰
8. Investir maior recurso em prevenção baseada em evidências, com o foco especial na juventude.¹⁰¹
9. Oferecer uma ampla gama de opções e fácil acesso ao tratamento e à assistência da dependência às drogas, incluindo tratamentos de substituição e de prescrição de heroína, com atenção especial, para aqueles de maior risco, incluindo quem está em prisão e outros tipos de cárcere.¹⁰²
10. O Sistema das Nações Unidas deve ter a liderança na reforma da política de drogas a nível internacional. Isto quer dizer que deve se manter um enfoque baseado em evidencia, apoiar os países para que implementem políticas sobre drogas adaptadas ao seu contexto e necessidades e garantir a articulação entre as diversas agências, políticas e Convenções da ONU.¹⁰³
11. Agir com urgência: as guerras às drogas fracassaram, portanto reconhece-se que é necessário mudar as políticas já.¹⁰⁴

⁹⁷ GLOBAL COMMISSION DRUG ON POLICY. Guerra as drogas (2011, p.13). Disponível em: <<https://www.globalcommissionondrugs.org/reports/war-on-drugs/>> Acesso em: 28 de jun. 2017.

⁹⁸ Idem.

⁹⁹ GLOBAL COMMISSION DRUG ON POLICY. Guerra as drogas (2011, p.14). Disponível em: <<https://www.globalcommissionondrugs.org/reports/war-on-drugs/>> Acesso em: 28 de jun. 2017.

¹⁰⁰ GLOBAL COMMISSION DRUG ON POLICY. Guerra as drogas (2011, p.15). Disponível em: <<https://www.globalcommissionondrugs.org/reports/war-on-drugs/>> Acesso em: 28 de jun. 2017.

¹⁰¹ GLOBAL COMMISSION DRUG ON POLICY. Guerra as drogas (2011, p.16). Disponível em: <<https://www.globalcommissionondrugs.org/reports/war-on-drugs/>> Acesso em: 28 de jun. 2017.

¹⁰² Idem.

¹⁰³ GLOBAL COMMISSION DRUG ON POLICY. Guerra as drogas (2011, p.17). Disponível em: <<https://www.globalcommissionondrugs.org/reports/war-on-drugs/>> Acesso em: 28 de jun. 2017.

¹⁰⁴ Idem.

4.3.2. Segundo relatório: Sob controle: Caminhos para políticas de drogas que funcionam (2014)¹⁰⁵

O segundo relatório que teve destaque no contexto internacional, reforça o que foi apresentado no relatório de 2011 na qual mantem a posição de que as guerras as drogas fracassaram e a partir deste, propõe novos caminhos para reverter a situação. O que o diferencia do de 2011 é que apenas apresenta algumas medidas e recomendações baseado em estudo de casos com evidências de diversos países, visando comprovar que a guerra as drogas não “funcionava” e propor reformas no sistema internacional sobre drogas, ou seja, o que foi apresentado pela GCDP em 2011, declarando o “fim da guerra às drogas”.

Tivemos em 2014 uma nova realidade onde o governo e a sociedade civil não ficaram somente no diálogo, mas, resolveram entrar em ação, ou seja, a reforma na política sobre drogas está começando a sair da esfera teórica e sendo posta em prática.¹⁰⁶

A GCDP continuou a “quebrar o tabu” quando lançou esse relatório inovador na qual apresenta um amplo mapa para colocar as drogas sob controle,¹⁰⁷ com uma abordagem que coloca em primeiro lugar, a saúde pública, a segurança da comunidade, os direitos humanos e o desenvolvimento. Pois,

Reconhecemos que os esforços anteriores baseados no paradigma de aplicação de leis punitivas falharam, de modo bastante enfático. Tais práticas resultaram em mais violência, em uma população carcerária maior e na erosão da governança no mundo todo. Os danos à saúde associados ao uso de drogas tornaram se piores, não melhores. A Comissão Global de Política de Drogas defende uma abordagem da política de drogas que priorize a saúde pública, a segurança da comunidade, os direitos humanos e o desenvolvimento. (GLOBAL COMMISSION DRUG ON POLICY. Sob Controle: Caminhos para políticas de drogas que funcionam, 2014, p.4).

¹⁰⁵ GLOBAL COMMISSION DRUG ON POLICY. Sob Controle: Caminhos para políticas de drogas que funcionam (2014). Disponível em: : <<https://www.globalcommissionondrugs.org/reports/taking-control-pathways-to-drug-policies-that-work/>>. Acesso em 27 de abr. 2017.

¹⁰⁶ GLOBAL COMMISSION DRUG ON POLICY. Sob Controle: Caminhos para políticas de drogas que funcionam (2014, p.4). Disponível em: <<https://www.globalcommissionondrugs.org/reports/taking-control-pathways-to-drug-policies-that-work/>>. Acesso em 29 de jun. 2017.

¹⁰⁷ Idem.

O outro relatório anterior a esse chama a necessidade de reformas objetivando reduzir a epidemia de HIV e hepatite C¹⁰⁸.

E, se no relatório de 2011 a GCDO afirma que a Guerra as drogas fracassaram, no de 2014 ela reforça a afirmação acrescentando que as guerras às drogas representam um mal-uso de estratégias e táticas.

A GCDP reconhece nesse relatório que a UNGASS de 2016 pode ser uma oportunidade de discutir as deficiências do regime de controle de drogas de identificar novas alternativas e atrelar o debate aos direitos humanos e as discussões existentes sobre a agenda de desenvolvimento pós 2015.¹⁰⁹

Também, a GCDP expõe no relatório que defende uma abordagem da política sobre drogas que prioriza a saúde pública, segurança da comunidade, os direitos humanos e o desenvolvimento. As implicações fiscais dessa política são bem menos onerosas para o Estado se comparado com os custos diretos e indiretos do atual regime de controle internacional de drogas sob a égide da ONU.

Segundo a GCDP:

Nosso relatório não traz a solução definitiva, mas um mapa para uma mudança pragmática de políticas que, acreditamos, vá tornar bem mais gerenciáveis os problemas com drogas que o mundo hoje enfrenta. Demandamos aos países que aproveitem a UNGASS de 2016 como oportunidade para finalmente começarmos a colocar as drogas sob controle (GCDP, 2014, p.5).

Além do diagnóstico dado pelo relatório de 2011, o relatório de 2014 posiciona a saúde e segurança dos cidadãos como o cerne da questão solicitando aos governos que garantam acesso a medicamentos essenciais e de controle da dor. Os membros solicitam o fim da criminalização e encarceramento dos usuários em apoio a estratégias de prevenção, redução de danos e tratamento direcionados aos dependentes de drogas.¹¹⁰

¹⁰⁶ GLOBAL COMMISSION DRUG ON POLICY. Sob Controle: Caminhos para políticas de drogas que funcionam (2014, p.4). Disponível em: <<https://www.globalcommissionondrugs.org/reports/taking-control-pathways-to-drug-policies-that-work/>>. Acesso em 29 de jun. 2017.

¹⁰⁷ Idem.

¹⁰⁸ Relatório “Guerra às Drogas e HIV/AIDS: Como a criminalização do uso de drogas alimenta a pandemia global” (2012). Disponível em: www.globalcommissionondrugs.org/reports/; GLOBAL COMMISSION, O impacto negativo da guerra contra as drogas na saúde pública: a epidemia escondida de hepatite C (2013). Disponível em: <<https://www.globalcommissionondrugs.org/reports/the-negative-impact-of-the-war-on-drugs-on-public-health-the-hidden-hepatitis-c-epidemic/>>. Acesso em: 30 de jun. 2017.

¹⁰⁹ GCDP, 2014, p.5.

¹¹⁰ GCDP, 2014, p.6.

Segundo a GCDP,

a proibição global das drogas não apenas fracassou em alcançar seus objetivos originais, como também gerou alarmantes problemas sociais e de saúde. Políticas alternativas que visam salvaguardar a saúde e segurança das comunidades e fortalecer a segurança, os direitos humanos e o desenvolvimento estão surgindo (GCDP, 2014, p.11).

Diante do fracasso da guerra as drogas, esse relatório exige que sejam feitas novas abordagens de políticas sobre drogas mais eficazes, como podemos observar na citação, a seguir:

É preciso fazer distinções precisas entre os problemas derivados do uso de drogas, como dependência e overdose, e os problemas gerados por políticas de drogas repressivas, como o crime e a violência associados ao comércio ilegal (GCDP, 2014, p.11).

De acordo com o UNODC, 10 por cento das pessoas que usam drogas são considerados “usuário-problema”, o que pode demonstrar que a uma grande maioria do padrão de consumo de drogas é essencialmente não problemático¹¹¹

A atual política internacional de drogas continua a tratar o usuário de drogas como uma grave ameaça a sociedade e, por isso, as drogas são vistas como “um mal a ser combatido”. A GCDP pede que se realinhe a política internacional sobre drogas baseadas nos princípios básicos da ciência, saúde pública e direitos humanos¹¹².

Ora,

felizmente, o debate sobre política de drogas está começando a ir além destas concepções equivocadas e outras falácias. O pedido da Comissão Global por reformas destaca a importância de princípios nas políticas de drogas que protejam ativamente – ao invés de minar – a saúde e o bem-estar dos indivíduos e sociedades. Não há contradição em ser tanto ‘antidrogas’ quanto ‘pró-reformas’ (GCDP, 2014, p.11).

A GCDP traz dados dos custos contabilizados de mais de meio século de guerra às drogas, já que

a ‘melhor estimativa’ do UNODC para o número de usuários mundiais (uso no ano anterior) subiu de 203 milhões em 2008 para 243 milhões em 2012 – um aumento de 18 por cento, ou um aumento na prevalência do uso de 4,6 por cento para 5,2 por cento em quatro anos. (UNODC, 2014 apud GCDP, 2014, p.12).

¹¹¹ (UNODC, 2013 apud GCDP, 2014, p. 11).

¹¹² (GCDP, 2014, p.11).

No entanto, embora se invista altas quantias para a adoção de uma política repressiva, a produção, o suprimento e o uso global das drogas continuam a aumentar.¹¹³

Além da repressão punitiva alimentar o crime e torna mais complexo os riscos de saúde associados às drogas, e isso é justificado pela produção, transporte e venda de drogas se encontrarem sob o poder do crime organizado e as pessoas que usam drogas ao invés de acesso a serviço de assistência, são criminalizadas.¹¹⁴ Conforme observado, a seguir:

A produção e comércio clandestinos frequentemente levam a drogas adulteradas, com potência e pureza desconhecidas e que apresentam riscos significativamente maiores à saúde. Exemplos deste problema incluem heroína contaminada com antraz e cocaína misturada a levamisol (um vermífugo) (UNODC, 2013 apud GCDP, 2014, p.12).

Além de políticas repressivas corroerem os direitos humanos, estigmatizam indivíduos e grupos, como podemos observar nesse exemplo que mostram que a pena de morte ainda continua sendo aplicada para delitos envolvendo drogas: “Embora a pena de morte para delitos de drogas seja ilegal pela lei internacional, 33 países ainda a mantêm vigente. Como resultado destes delitos, mais de 1.000 pessoas são executadas a cada ano”.¹¹⁵

Isso alimenta a violência e enriquece os criminosos, conforme visto no seguinte dado:

A proibição das drogas fomentou um mercado global ilegal estimado pelo UNODC em centenas de bilhões. Em 2005, a produção era avaliada em US\$13 bilhões, a indústria do atacado em US\$94 bilhões e o varejo estimado em US\$332 bilhões.²⁷ A valorização do mercado de drogas no atacado é mais alta que o equivalente global para cereais, vinho, cerveja, café e tabaco juntos (UNODC, 2005 apud GCDP, 2014, p.13).

A corrupção, a violência e a instabilidades geradas pelos mercados de drogas não regulamentadas são reconhecidas como uma ameaça à segurança e ao desenvolvimento social, além dos enormes gastos trazidos pela repressão às drogas anualmente, posto que

¹¹³ (GCDP, 2014, p.12).

¹¹⁴ GCDP, 2014, p.12.

¹¹⁵ (Redução de Danos Internacional, 2012 apud GCDP, 2014, p.12).

o negócio ilegal das drogas também corrói a governança. Um estudo do México de 1998¹¹⁶ estimava que traficantes de cocaína gastavam até 500 milhões de dólares por ano em subornos, mais do que o orçamento anual da Procuradoria Geral mexicana. Em 2011, grupos de traficantes de drogas mexicanos e colombianos lavavam até 39 bilhões de dólares ao ano em receitas provenientes da distribuição por atacado (USSCOINC, 2011 apud GCDP, 2014, p.13).

Diante deste diagnóstico, a GCDP aponta cinco caminhos prioritários para políticas de drogas que funcionam (GCDP, 2014, p.18-31):

1- Colocar a saúde e a segurança da comunidade em primeiro lugar.

Trazendo a recomendação de que isso requer uma reorientação fundamental de prioridades políticas e recursos, da fracassada repressão punitiva às intervenções sociais e de saúde comprovadamente eficazes, tanto os objetivos declarados da política sobre drogas, quanto os critérios pelos quais tais políticas são avaliadas merecem ser reformados. Metas e indicadores quantitativos tradicionais falharam em gerar resultados positivos, tais como, os hectares de plantações ilegais erradicadas, quantidade de drogas apreendida e número de pessoas detidas, julgadas, ondenadas e presas por violações às leis das drogas.¹¹⁷

2- Garantia do acesso a medicamentos essenciais e de controle da dor:

Em particular, remédio para dor à base de opiáceos. Mais de oitenta por cento da população mundial carrega uma carga de dor e sofrimento em decorrência de pouco ou nenhum acesso a esses medicamentos. O Governo deve estabelecer planos e prazos claros para remoção de obstáculos domésticos e internacionais para esse suplemento a ser supervisionado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), desenvolvido em parceria com a UNODC (Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime) e com a Junta Internacional de Fiscalização de Entorpecentes (JIFE).¹¹⁸ Essa proposta traz a recomendação de assegurar o acesso igualitário desse medicamento onde eles não estão acessíveis, como se verifica no pensamento abaixo:

¹¹⁶ ANDREAS, 1998 apud GCDP, 2014, p.17.

¹¹⁷ GCDP, 2014, pp.18-19.

¹¹⁸ GCDP, 2014, p..20.

Mais de oitenta por cento da população mundial carrega uma imensa carga evitável de dor e sofrimento por ter pouco ou nenhum acesso a tais medicamentos. Tal situação persiste, mesmo que evitar problemas de saúde seja objetivo e obrigação do regime global de controle de drogas (GCDP, 2014, p.20).

3- Acabar com a criminalização de pessoas por posse ou uso de drogas.

Trazendo a recomendação¹¹⁹ de acabar com o “tratamento compulsório” para pessoas onde a única infração cometida é o uso ou posse de drogas, a criminalização da posse ou uso de drogas tem trazido pouco ou nenhum impacto sob o nível de uso de drogas numa sociedade aberta, conforme os estudos citados, a seguir:

Estudos comparativos entre diferentes países não revelam correlação entre intensidade de repressão e prevalência de uso. Pesquisas em diversas regiões, analisando os efeitos das mudanças nas leis de drogas ao longo do tempo, concluíram o mesmo (OBSERVATÓRIO EUROPEU DA DROGA E DA TOXICODEPENDÊNCIA, 2011 apud GCDP, 2014, p.21).

4- Concentrar as ações da força de lei sobre o tráfico de drogas e o crime organizado.

Trazendo a recomendação¹²⁰ de contar com alternativas ao encarceramento para agentes não-violentos, pertencentes aos patamares inferiores dos mercados de drogas, tais como, agricultores, entregadores e outros envolvidos na produção, transporte e venda. Penas comunitárias e outras penas não criminais se mostram frequentemente menos caras e mais eficazes que a criminalização e o encarceramento. Agricultores de subsistência e trabalhadores temporários envolvidos na colheita, processamento, transporte ou comércio, que tenham se refugiado nesta economia ilícita puramente em nome da sobrevivência de suas famílias, não deveriam se submeter a penas criminais, mas, sim deveriam propor esforços de desenvolvimento socioeconômico a longo prazo, melhorando o acesso a trabalho e a terra, reduzindo a desigualdade econômica e a marginalização social e aumentando a segurança, poderão ser uma melhor alternativa para resolução da problemática.

¹¹⁹ GCDP, 2014, p.22.

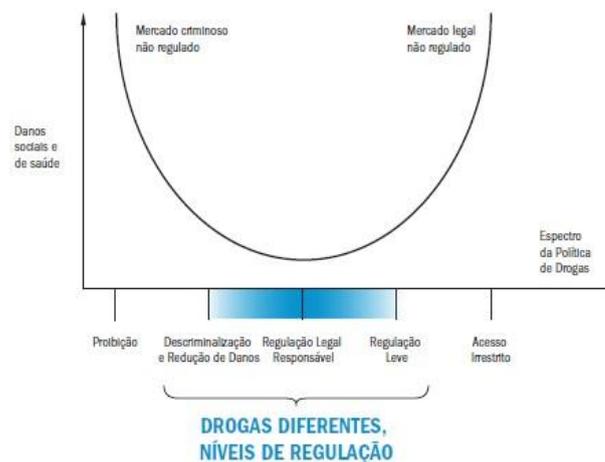
¹²⁰ GCDP, 2014, p.24.

E a recomendação¹²¹ de focar em reduzir o poder das organizações criminosas, assim como a violência e a falta de segurança, resultante da concorrência entre si e com o Estado. Os recursos militarizados devem ser focados para os elementos mais violentos, destrutivos e problemáticos do comércio das drogas, em conjunto com a parceria internacional para a repressão à corrupção e lavagem de dinheiro.

5- Regular mercados de drogas para colocar governos no controle.

Trazendo as seguintes recomendações:¹²² Permitir e incentivar várias experiências sobre como regulamentar legalmente o comércio de drogas atualmente ilegais, iniciando pela Maconha, folha de Coca e Novas substâncias Psicoativas. Logo, amaneira mais eficaz para reduzir os problemas oriundos da doutrina internacional da proibição das drogas e avançar rumos a objetivos de saúde e segurança pública é conseguir controlar as drogas por meio de uma regulação responsável. Em relação a essa recomendação, a comissão destaca que a eficiência da regulação responsável pode ser observada na seguinte figura:

Figura 6: Assumindo a regulação sobre as drogas ¹²³:



¹²¹ GCDP, 2014, p.25.

¹²² GCDP, 2014, p.31.

¹²³ Sob Controle: Caminhos para políticas de Drogas que funcionam, Global Commission, 2014, p.15. Disponível em: < <https://www.globalcommissionondrugs.org/reports/taking-control-pathways-to-drug-policies-that-work/> >. Acesso em 20 de junho de 2017.

Como se pode observar, na figura acima, o mercado de drogas legais e regulamentadas apresentam melhores resultados sociais e de saúde na teia das políticas sobre drogas.

E essa recomendação: Aproveitar a oportunidade oferecida pela UNGASS de 2016 e reformar o sistema internacional de política sobre drogas. O regime global deve ser reformado para propiciar uma regulação legal responsável.¹²⁴

4.3.3. Terceiro relatório: Avanços na reforma de políticas de drogas: Uma nova abordagem a descriminalização (2016)¹²⁵

O relatório de 2016 analisa detalhadamente o terceiro caminho proposto pela GCDP no relatório de 2014, que se refere a descriminalização completa das drogas, que é entendido como extinguir todas as penalidades civis e penais atribuídas ao consumo e posse de drogas para uso pessoal. Essa proposta consiste em um passo fundamental para regulamentação legal das drogas ilícitas.¹²⁶

Esse relatório ressalta sobre o mal causado pela criminalização de pessoas que usam drogas e propõe alternativas para essa abordagem. E consagra as iniciativas tomadas por países referentes a adoção de alternativas políticas mais racionais e humanas e demonstra a necessidade de ir mais além do que a reforma do sistema nacional e internacional das políticas sobre drogas.¹²⁷

A GCDP fala que para respeitar e defender plenamente o Estado de direito e o princípio da dignidade humana, não deve ser aplicado nenhuma pena em casos de “ofensas envolvendo a posse e consumo de pequenas quantidades de drogas”.¹²⁸

Isso vem complementar o que foi levantado no relatório de 2014, onde a GCDP afirma que a descriminalização é um fato importante na direção da reforma nas políticas sobre drogas, sendo considerado apenas um passo

¹²⁴ GCDP, 2014, p.34.

¹²⁵ <http://www.globalcommissionondrugs.org/reports/advancing-drug-policy-reform/>. Acesso em 19 de junho de 2017.

¹²⁶ GCDP, 2016, p.7.

¹²⁷ GCDP, 2016, p.7.

¹²⁸ GCDP, 2016, p.6.

E, por isso, o presente relatório ressalta sobre o mal causado pela criminalização das pessoas que usam drogas e expõe novas alternativas, como a da regulação do mercado de drogas, políticas de descriminalização da posse para consumo pessoal, implantação de alternativas a punição de pequenos consumidores, sendo considerados como passos importantes que pode trazer resultados positivos no âmbito econômico, social e política. Também pode levar menos gastos e trabalhos policiais, que podem ser transferidos para crimes mais graves e violentos (superlotação e etc), em especial, a grupos ligados ao crime organizado, e para fragilizar ainda mais esses grupos, o mercado de drogas precisa ser regulado.¹²⁹

Outro aspecto evidenciado é que a GCDP aborda sobre o fracasso das proibições das drogas, da abordagem punitiva e seu fracasso e suas consequências, tais como, o prejuízo ao acesso ao direito de privacidade e ao Estado de Direito, que muitas vezes, é violado em nome do “bem comum”. O primeiro relacionado ao respeito à autonomia individual e à dignidade humana, defendendo que penalizar pessoas que usam drogas para consumo pessoal e que não representam ameaça não devem sofrer punições injustificadas, pois isso, fere o direito à privacidade, autonomia pessoal e a dignidade humana. E o segundo diz que a punição da posse para consumo pessoal pode ser visto como algo que coloca a lei em descrédito, posto que, além da ameaça ao encarceramento e fichamento criminal não impedirem que pessoas cometam o delito, também, as leis proibicionistas recaem sobretudo, em determinado segmento da sociedade, uma minoria, pobre, onde as penalidades recaem com mais forças.¹³⁰

Esse sistema internacional das políticas sobre drogas viola também os direitos humanos, exemplos de violações mais exemplificadas são a aplicação de pena de morte a pessoas envolvidas com drogas, trazendo centenas de execução anualmente, além de chacinas extrajudiciais.¹³¹

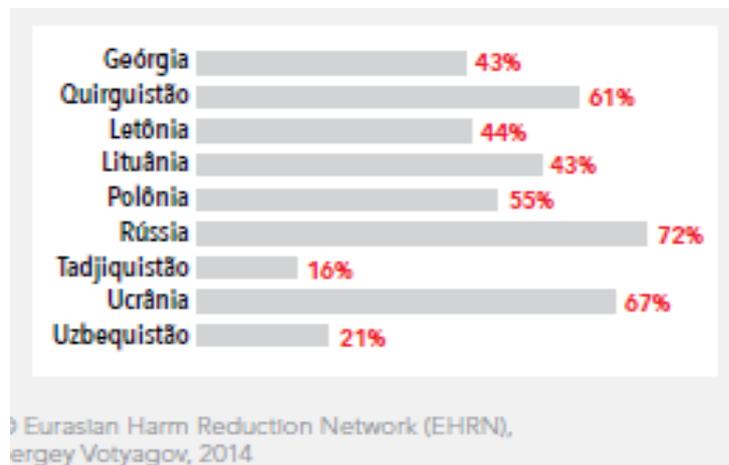
¹²⁹ GCDP, 2016, p.6.

¹³⁰ GCDP, 2016, p.11.

¹³¹ GCDP, 2016, p.14.

Exemplo, é que “no Brasil, policiais militares que atuam nas favelas do Rio de Janeiro foram responsáveis por mais de 1.200 mortes entre 2010 e 2013, muitas delas cometidas no contexto da “guerra às drogas” no país” (Anistia Internacional, 2015 apud GCDP, 2016, p.14). O que pode ser observado na porcentagem de pessoas que são encarceradas por apenas ter a posse de drogas sem, contudo, ter intenção de venda:

Gráfico 5: Parcela de pessoas encarceradas por posse de drogas sem intenção de venda¹³²:



Fora a relação das políticas de droga proibicionista e as crises da saúde pública internacional, pois, a criminalização dos usuários gerou uma pandemia de HIV e Hepatite C¹³³, conforme observada na estimativa:

Das 16 milhões de pessoas no mundo que usam drogas injetáveis, aproximadamente dois terços têm hepatite C e pelo menos 13% têm HIV. Muitas correm ainda um sério risco de contrair tuberculose. Em alguns países, o índice de usuários de drogas injetáveis com HIV e hepatite C chega a respectivamente, 50% e 90% (HARM REDUCTION INTERNATIONAL, 2014 apud GCDP, 2016, p.15).

E mesmo que a Hepatite C seja curável e a tuberculose e o HIV tratáveis, a criminalização dos usuários de drogas os impedem de ter acesso ao tratamento, uma vez que pela sua estigmatização e marginalização, acaba por ser um impedimento para que o tratamento chegue a essas populações ou que seja ampliado.

¹³² GCDP, 2016, p. 13.

¹³³ GCDP, 2016, p.15.

O que pode ser observado na exemplificação trazido no relatório que diz respeito a usuários de drogas injetáveis¹³⁴:

A criminalização dos usuários de drogas injetáveis os impele à adoção de práticas de alto risco para se esquivar da polícia, e acaba funcionando como uma barreira ao acesso dos usuários a serviços como programas de troca de agulhas e seringas (PTAS). (GCDP, 2016, p.15-16).

Resultando num aumento significativo de HIV/ AIDS na Rússia¹³⁵:

Essa política resultou em uma epidemia de HIV/Aids no país: em 2014, segundo dados oficiais, 907 mil pessoas tinham o vírus, um aumento de 7% em relação ao ano anterior; 57% dos novos casos de HIV são atribuídos à “injeção de drogas em condições inseguras (RUEHL, C., POKROVSKY, V. e VINOGRADOV, V, 2002 apud GCDP, 2016, p.16).

Além de trazer também um impacto no aumento da população carcerária, uma vez que, ao criminalizar e encarcerar usuários que utilizam drogas, ocorre um aumento significativo no número de encarcerados e que não vem a trazer mudanças na redução do consumo, o que pode ser evidenciado em:

De acordo com o Relatório Mundial sobre Drogas 2016, do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC), 18% da população carcerária do mundo é composta de pessoas condenadas por crimes relacionados a drogas (UNODC, 2016 apud GCDP, 2016, p.16).

Uma das provas que comprova que a leis de drogas levam ao superencarceramento¹³⁶, pode ser visualizado na expressão apresentado a seguir: “No Brasil, a população carcerária cresceu exponencialmente desde a virada do século XXI, após mudanças nas leis nacionais sobre drogas terem levado a um aumento de 62% das detenções por delitos envolvendo drogas, entre 2007 e 2010” (SZABÓ,2014 apud GCDP, 2016, p.16).

¹³⁴ GCDP, 2016, p.15.

¹³⁵ GCDP, 2016, p.16.

¹³⁶ GCDP, 2016, p.16.

Além de que o impacto da criminalização recai sobretudo às mulheres. Estimativas mostram que a porcentagem de mulheres encarcerados por crimes relacionados as drogas, superam a dos homens: “Em partes da América Latina e do Sudeste Asiático, mais de 70% das mulheres presas foram condenadas por delitos de drogas, incluindo o porte” (PENAL REFORM INTERNATIONAL ,2016 apud GCDP, 2016, p.17).

E a consequência do encarceramento de mulheres que cometem infrações menores, podem ter um impacto significativo no seu seio familiar, principalmente nos seus filhos. Mães e gestantes que usam drogas tem medo a acessar serviços de tratamento e redução de danos e perder a guarda de seus filhos.¹³⁷

Essas medidas proibicionistas previstas pelas três convenções internacionais do sistema internacional de controle sobre drogas englobam muito além do que a própria proibição do consumo. É um problema tão complexo que leva a estigmatização de pessoas, marginalização de outras, além do fortalecimento do preconceito, infringe alguns direitos anteriormente citados aqui, tendo como alvos mais constantes, minorias e setores economicamente marginalizados¹³⁸. Como exemplo, estimativas mostram que a probabilidade de pessoas negras serem paradas e revistas em busca de drogas, é seis vezes maior do que em pessoas brancas (EASTWOOD, 2016, apud GCDP, 2016, p.17).

Além das consequências sofridas por pessoas que possuem antecedentes criminais para o acesso ao trabalho, para viver em sociedade, acesso a moradia e que afeta também, a vida familiar. O relatório procura enfatizar as consequências trazidas sobretudo, às pessoas que são criminalizadas por uso de drogas para consumo pessoal e que não geram problemas a outrem, que é o delito que predomina nas estatísticas de justiça criminal em nível global¹³⁹, evidenciado a seguir: “Dados do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT) relativos a 2014 mostram que, dos quase 1,4 milhão de delitos envolvendo drogas registrados em países europeus, 82% eram de posse para consumo pessoal, sendo o restante ligado ao tráfico.” (OEDT, 2016 apud GCDP, 2016, p.17).

¹³⁷ GCDP, 2016, p.17.

¹³⁸ Idem.

¹³⁹ Idem.

Diante dessas inúmeras consequências a GCDP defende o fim da criminalização para consumo pessoal, sendo a favor de um modelo de descriminalização sem qualquer forma de punições para pessoas que usam drogas, chamando a necessidades dos países a reforma de suas políticas sobre drogas, não abrindo mão de suas obrigações de zelar pelos direitos humanos e necessidade de defender a dignidade humana e o estado de direito¹⁴⁰.

Na segunda parte do relatório, a GCDP apresenta os benefícios de uma política de descriminalização bem implementada¹⁴¹. Embasados em evidências científicas, defendem que “as jurisdições que adotaram respostas não punitivas para consumo pessoal de drogas não assistiram a um aumento da prevalência” (EASTWOOD, 2013 apud GCDP, 2016, p. 20).

Embora já existam políticas de descriminalização, poucas são bem implementadas ou bem delineadas, o que, conseqüentemente, não traz resultados positivos aos usuários de drogas, ao Estado ou à sociedade¹⁴²:

Por exemplo, países como Rússia e México têm políticas nas quais as diferenças das quantidades assinaladas para distinguir a posse de drogas para consumo próprio daquela para tráfico são tão pequenas que se tornam insignificantes. Com isso, a maioria das pessoas fica vulnerável a acusações de tráfico de drogas e a receber uma sentença carcerária longa, mesmo que sequer tenha envolvimento nesses aspectos do comércio de drogas (EASTWOOD, 2012 apud GCDP, 2016, p.20).

A GCDP reforça que a guerra as drogas é uma abordagem insuficiente e falha e levanta a necessidade de tratar a problemática das drogas na esfera da saúde pública com profissionais habilitados não articulando com o sistema de justiça criminal¹⁴³.

¹⁴⁰ GCDP, 2016, p.18.

¹⁴¹ GCDP, 2016, p.20.

¹⁴² Idem.

¹⁴³ Idem.

Ao demonstrar os benefícios da descriminalização para a saúde pública, algumas jurisdições mostram que a eficácia de respostas sobre drogas que não seja por via de justiça criminal, atrelado a investimentos de saúde, podem trazer bons resultados, como exemplo, República Tcheca, cuja política de descriminalização está em vigor desde a década de 1990 e tem índices de contaminação por HIV inferiores a 1% entre usuários de drogas injetáveis, sendo considerados, um dos menores índices da região (THE NATIONAL MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND ADDICTION, 2013 apud GCDP, 2016, p.21).

Os benefícios que a descriminalização pode trazer para os indicadores sociais e econômicos são inúmeros. Como vimos, a criminalização traz impactos negativos para os usuários, já as políticas adequadas de descriminalização geram bons resultados. Na Austrália, por exemplo, o esquema de medidas alternativas para infrações com drogas propicia que pessoas não criminalizadas pelo uso de drogas estejam menos vulneráveis às adversidades na busca por empregos e tenham relacionamentos melhores com seus parceiros (MCLAREN, J & MATTICK, 2007 apud GCDP, 2016, p.21).

Existem evidências científicas de que acabar com as sanções criminais pelo uso e posse de drogas para consumo pessoal, pode garantir mais tempo a polícia, permitindo que ela foque sua atenção em crimes mais sérios, como roubo e crimes violentos.¹⁴⁴

Pode-se observar, como por exemplo, na Jamaica, que após a descriminalização da posse de maconha, em 2015, estima-se que as prisões por delitos relacionados à droga em questão caíram ao ritmo de cerca de mil por mês. A previsão é que haverá 15 mil processados a menos por ano, reduzindo a sobrecarga das forças policiais e também do sistema de justiça criminal como um todo (AMAICA GLEANER, 2015 apud GCDP, 2016, p.22).

Além de trazer benefícios a longo prazo, como exemplo, nas jurisdições que adotam políticas de descriminalização de maneira eficaz, a polícia conseguiu identificar melhorias na relação com a comunidade em decorrência da reforma¹⁴⁵.

¹⁴⁴ GCDP, 2016, p.22.

¹⁴⁵ Idem.

Assim como pesquisas feitas sobre a descriminalização da maconha na Austrália relatam que elas podem ter um impacto positivo sobre os índices de reincidência (MAGSON, 2014 apud GCDP, 2016, p.22; MCLAREN & MATTICK, 2007 apud GCDP, 2016, p.22).

Por isso, a GCDP exige que se supere o modelo atual e adotem políticas de descriminalização, baseada em uma nova visão, visando desfazer por completo os danos das leis punitivas sobre drogas e que defendam os princípios de dignidade humana e do estado de direito, sem que haja punição alguma pela posse de drogas para uso pessoal¹⁴⁶.

Além disso propõe novas alternativas para o encarceramento de pessoas da categoria de base do mercado de drogas, pois, muitas vezes, se envolvem para utilizar as drogas para o consumo pessoal, sem gerar agravos a outros ou para garantir a sua subsistência, já que se encontram marginalizados. E para esses grupos, a GCDP defende que devem ser aplicadas sanções alternativas¹⁴⁷, evidenciado que:

A UNODC afirmou que pequenos delitos relacionados a drogas, “como o tráfico feito para sustentar o consumo pessoal de drogas ou para sobreviver em um ambiente muito marginalizado”, devem receber sanções alternativas à pena de prisão” (UNODC, 2015 apud GCDP, 2016, p.25).

O sistema de justiça criminal não leva em conta quais fatores levam os indivíduos a se inserirem no mercado de droga. Alguns países adotam a pena de morte para envolvidos no mercado de drogas e a maioria dos presos são as ‘mulas’ e os pequenos entregadores de drogas que cometeram pequenas infrações (GALLAUE & LINES, 2015 apud GCDP, 2016, p.25).

A pena de morte aplicada para delitos envolvendo drogas viola gravemente o regime internacional dos direitos humanos e precisa ser extinguida. A GCDP deixa claro que a aplicação da pena morte deve ser desfeita¹⁴⁸. A figura a seguir¹⁴⁹ mostra os países que ainda adotam a pena de morte:

¹⁴⁶ GCDP, 2016, p.23.

¹⁴⁷ GCDP, 2016, p.25.

¹⁴⁸ GCDP, 2016, p.25.

¹⁴⁹ GLOBAL COMMISSION DRUG ON POLICY, “Avanços na reforma de políticas sobre drogas: uma nova abordagem a descriminalização”, 2016, p.25.

Figura 7: Países que adotam pena de morte

A APLICAÇÃO DE PENA DE MORTE PARA CASOS DE DELITOS ENVOLVENDO DROGAS AO REDOR DO MUNDO

Países onde pena de morte é muito aplicada ¹²³	Países onde pena de morte é pouco aplicada	Países onde pena de morte é simbólica	Dados Insuficientes
China Indonésia Irã* Arábia Saudita Cingapura* Vietnã†	Egito Kuait* Paquistão Taiwan Tailândia Malásia††	Bahrein Bangladesh Brunei-Darussalam* Cuba Índia RDP Lau (Laos)* Mianmar* Omã Autoridade Palestina Qatar Sri Lanka Coreia do Sul Sudão do Sul Emirados Árabes Unidos Estados Unidos da América	Iraque Líbia Coreia do Norte Sudão* Síria* Iêmen*

* Países onde a pena de morte é obrigatória para delitos envolvendo drogas.
† O Vietnã revogou em julho de 2016 a pena de morte para posse e apropriação de drogas, mas a mantava para outros crimes ligados a drogas.
†† No momento em que o presente relatório estava sendo redigido, a Malásia impôs uma moratória à pena de morte para delitos envolvendo drogas e estaria estudando a possibilidade de revogar sua obrigatoriedade.

Neste caso, propõe-se medidas alternativas para resolução do caso, tais como, multas, outras penas administrativas ou a opção em participação em programas de educação ou reintegração social¹⁵⁰.

Pesquisas mostram ainda que, geralmente, quem trabalha como “mula” são pessoas oriundas de setores vulneráveis, que veem nisso uma alternativa para garantir o seu consumo ou a sua subsistência¹⁵¹. Isso pode ser evidenciado no excerto abaixo:

Embora muitas possam envolver-se no comércio por vontade própria, frequentemente são motivadas pela pobreza e por dificuldades econômicas e possivelmente tenham pouca ideia das penas severas que enfrentarão se forem pegas (FLEETWOOD, 2011 apud GCDP, 2016, p.26).

Além disso, existem evidências que as mulas condenadas, geralmente não tem antecedentes criminais e são infratores de primeira viagem (FLEETWOOD, 2011 apud GCDP, 2016, p.26).

A GCDP reitera que criminalizar pessoas que transportam drogas em virtude de seus desesperos econômicos, é tão injusto quanto determinar a escala de seu ato

¹⁵⁰ GCDP, 2016, p.26.

¹⁵¹ GCDP, 2016, p.26.

por outrem, pois nesse caso a criminalização é desproporcional a ação pequena e não violenta ocorrida¹⁵².

Fora os prejuízos trazidos também aos cultivadores de drogas que vivem em áreas com carência de infraestrutura básica, sem acesso a mercado lícitos e serviços de saúde e acabam se inserindo no mercado de drogas para garantir sua subsistência, sofrendo ameaça de criminalização e a destruição de seu meio de subsistência¹⁵³.

A criminalização desses cultivadores serve de obstáculo a sua marginalização econômica e a sua inclusão no traçado e na implementação de medidas de desenvolvimento necessários a comunidade¹⁵⁴.

Sendo necessário adotar como próximo passo, a regulamentação do mercado de drogas, já que como a própria GCDP afirma em relatórios anteriores que a descriminalização é apenas um passo importante e não o único¹⁵⁵.

E por isso o governo precisa regular as drogas ilícitas desde a sua produção até sua distribuição¹⁵⁶, pois para enfraquecer mais ainda esses grupos criminosos o comércio deve ser regulado, pois a estimativas mostram internacionalmente que o comércio de drogas é a maior fonte de lucros do crime organizado (MCFARLAND, 2015 apud GCDP, 2016, p.31).

E mesmo tendo uma medida de descriminalização, a população ainda sofrerá alguns efeitos negativos em decorrência do mercado ilegal e as pessoas que utilizam drogas enfrentam sérios riscos por ter que lidar com um mercado não regulado. Logo deve ser uma prioridade para a sociedade que o governo assuma o controle desse mercado¹⁵⁷.

A GCDP defende que o governo deve adotar a regulação responsável de todas as drogas, não somente para a proteção dos usuários mais em defesa da saúde e bem-estar da sociedade em geral¹⁵⁸.

¹⁵² Idem.

¹⁵³ GCDP, 2016, p.27.

¹⁵⁴ GCDP, 2016, p.28.

¹⁵⁵ GCDP, 2016, p.31.

¹⁵⁶ Idem.

¹⁵⁷ Idem.

¹⁵⁸ Idem.

Diante desse diagnóstico a GCDP traz cinco recomendações¹⁵⁹:

4.3.3.1 Recomendações:

- 1- Os Estados precisam abolir a pena de morte para todos os delitos ligados às drogas.
- 2- Os Estados devem acabar com todas as penalidades – criminais e cíveis – pela posse de drogas para uso pessoal e pelo cultivo de drogas para consumo próprio. Milhões de pessoas em todo o mundo usam drogas e o fazem sem causar mal a outros. Criminalizar os usuários é ineficaz, prejudicial e enfraquece o princípio da dignidade humana e do Estado de direito.
- 3- Os Estados devem implementar alternativas à punição, como medidas alternativas ao sistema de justiça criminal, para todos os agentes não-violentos de baixa hierarquia no comércio de drogas, como os envolvidos no compartilhamento, as mulas¹⁶⁰, os usuários-traficantes e as pessoas que cultivam plantas ilícitas. Os Estados precisam reconhecer que muitas pessoas participam dessas ações devido a sua marginalização econômica e devem implementar alternativas à criminalização que respeitem os padrões internacionais dos direitos humanos.
- 4- Os Estados-membros da ONU devem remover a penalização pela posse de drogas para uso pessoal das obrigações previstas em tratado do sistema internacional de controle de drogas.
- 5- Eventualmente, os Estados precisam estudar modelos de regulação de drogas ilícitas e reconhecer que esse é o próximo passo lógico na reforma das políticas sobre drogas após a descriminalização.

4.4. Global Commission e UNGASS (2016)

A UNGASS é um meio de se concertar, de negociar, de persuadir para reforma ou para manutenção da política proibicionista e a CGDP está sempre rediscutindo a problemática do atual sistema internacional de drogas, porém ainda não houve reformas, pois, as três convenções internacionais ainda são colocadas em vigor.

¹⁵⁹ GCDP, 2016, p.33.

¹⁶⁰ “São comumente denominadas as pessoas usadas por traficantes para o transporte ilegal de droga, além dos limites de seus estados ou países de origem, mediante pagamento ou coação” SILVA, 2012, “AS MULAS DO TRÁFICO”, um olhar diferenciado. Disponível em: www.egov.ufsc.br/portal/conteudo/mulas-do-trafico-um-olhar-diferenciado.

A declaração feita pela GCDP na UNGASS 2016¹⁶¹, expressou a falta de contentamento com o que foi acordado, exposto no seu documento final “O problema mundial da droga”¹⁶², pois, para a GCDP, o documento não reconhece as falhas no sistema internacional de políticas sobre drogas para o controle da oferta e demanda de drogas.

A declaração expressou também que o documento final não contempla as consequências nocivas trazidas pela problemática das drogas para a violência, corrupção, saúde da população, direitos humanos e para o bem-estar, reafirmando que as três convenções internacionais são as peças fundamentais da política global sobre drogas, o que faz com que o documento assume uma postura inaceitável e contribuinte para o *status quo* desatualizado.¹⁶³

Afirma ainda a GDPP que a UNGASS não abordou as falhas críticas do atual sistema internacional sobre drogas e nem, tão pouco, exige o fim da criminalização e do encarceramento de pessoas que usam drogas, pontos trazidos pelos relatórios da GCDP que tem mostrado uma eficiência no tratamento dessa problemática. Além de não exigir que os Estados abdicuem da pena de morte por delitos relacionados as drogas, ponto também trazido pela GCDP em decorrência de ser um infração aos direitos humanos.¹⁶⁴

A UNGASS, não atribui também a responsabilidade a Organização Mundial da Saúde (OMS) na revisão do sistema de agendamento de medicamentos e de não defender estratégias de redução de danos e tratamento de comprovada eficácia comprovadas, apresentados nas discussões e nos relatórios da GCDP, além de não

¹⁶¹ “Declaração pública da Comissão Global sobre Políticas de Drogas na UNGASS de 2016”: <<http://www.globalcommissionondrugs.org/wpcontent/uploads/2016/04/publicstatementforGCDP.pdf>>. Acesso em 19 de jun. 2017.

¹⁶² UNGASS (2016) Sessão Especial sobre o problema mundial das drogas. Disponível em: <<https://www.unodc.org/ungass2016/>>. Acesso em: 27 de jun. 2017.

¹⁶³ Declaração pública da Comissão Global sobre Políticas de Drogas na UNGASS de 2016”: <<http://www.globalcommissionondrugs.org/wpcontent/uploads/2016/04/publicstatementforGCDP.pdf>>. Acesso em 19 de junh.2017

¹⁶⁴ Idem.

apresentar propostas de regulação das drogas, proposta citada no último relatório da GCDP (2016) que expõe os benefícios delas e sua eficácia.¹⁶⁵

O documento final também não reconhece o apoio a mudanças demonstradas pelos governos e pela sociedade civil durante a UNGASS, excluindo qualquer proposta de reforma positivas na política sobre drogas aplicadas em alguns países pelo mundo.¹⁶⁶

Com o objetivo de alcançar reformas significativas na política sobre drogas, os países membros da ONU e os estados devem abordar as contradições entre o atual sistema internacional de políticas sobre drogas impostas pelas Convenções internacionais e levantar a necessidade da regulação das drogas de maneira mais humana e eficiente, pois, vários países estão adotando novas alternativas relativas às drogas e a regulação das drogas baseadas em evidências. Casos esses que, inclusive, a GCDP apresentou como uma de suas propostas em seus relatórios publicados e nas suas discussões.¹⁶⁷

A Declaração Pública da GCDP na UNGASS (2016) diz que é fundamental que essa tensão entre as Convenções internacionais e as novas propostas mais eficientes e humanas sejam resolvidas e, para a GCDP, deveremos já preparar o terreno para a próxima oportunidade que virá internacionalmente no ano de 2019, quando o plano de ação da ONU que exige um “mundo sem drogas” deverá passar por revisão.

A GCDP enfim, tem um enorme papel influenciador pois, através de suas propostas, baseadas sobretudo em evidências, incita o governo e a sociedade civil a continuarem avançando e a adotarem reformas na política sobre drogas¹⁶⁸ que respeitem as necessidades e os direitos das pessoas, encorajando e apoiando os países a reformularem sua política sobre drogas colocando a saúde, a segurança dos cidadãos e os direitos humanos em primeiro lugar.

¹⁶⁵ Idem.

¹⁶⁶ Idem.

¹⁶⁷ Idem.

¹⁶⁸ GLOBAL COMMISSION ON DRUG POLICY, “Sob Controle: Caminhos para Políticas sobre drogas que funcionam” (2014). Disponível em: < <https://www.globalcommissionondrugs.org/reports/taking-control-pathways-to-drug-policies-that-work/>>. Acesso dia 19 de jun. 2017.

Os membros da GCDP demonstraram apoio para que os países individuais continuem seus esforços em propor reformas na política sobre drogas que assegurem a saúde, segurança e os direitos humanos em primeiro lugar.¹⁶⁹

No relatório a GCDP explicitou que espera que as recomendações apresentadas por eles sejam úteis para dar informação e apoio a este processo.¹⁷⁰

Segundo Richard Branson¹⁷¹, a “UNGASS foi defeituosa desde o início”, pois o “processo foi um assunto de porta fechada e excluiu as vozes importantes de toda ONU e da sociedade civil”, descrevendo a UNGASS de 2016 como uma “oportunidade perdida”, porém, apesar da intransigência da própria ONU, Ethan Nadelmann¹⁷² falou de “um nível notável de mobilização”.¹⁷³

Conforme afirmou Zedillo¹⁷⁴, “a má notícia sobre a UNGASS é que sua declaração oficial reforça as convenções de 1961, 1971 e 1988 como a pedra angular do sistema internacional de controle de drogas, “mas ratifica que as boas notícias foram que “muitos chefes de Estados e representantes do Governo declararam exatamente o oposto durante a Conferência. Em vez de aderirem ao *status quo*, expressaram seu compromisso com uma política sobre drogas centrada nas pessoas.

Outro dado importante a ressaltar, é explicitado por, Michel Kazatchkine, professor de medicina e ex-diretor executivo do Fundo de Combate a Aids, Tuberculose e Malária, ao dizer que cerca de 2 milhões de pessoas que injetam drogas estão infectados com hepatite C e algumas leis e aplicações de leis são em vários lugares “barreiras aos serviços” que poderiam reduzir os danos relacionadas às drogas.

¹⁶⁹GLOBAL COMMISSION ON DRUG POLICY (2016). “Opiniões, Intervenções e Articulações” . Disponível em: <<http://www.globalcommissionondrugs.org/21-april-2016-global-commission-slams-ungass-2016-outcome-that-strains-the-credibility-of-international-law/>>. Acesso em 19 de jun.2017.

¹⁷⁰ GLOBAL COMMISSION ON DRUG POLICY, “Sob Controle: Caminhos para Políticas sobre drogas que funcionam” (2014, p.18). Disponível em: <<https://www.globalcommissionondrugs.org/reports/taking-control-pathways-to-drug-policies-that-work/>>. Acesso dia 19 de jun. 2017.

¹⁷¹ Membro da GCDP e empresário.

¹⁷² Diretor executivo da Drug Police Alliance e assessor da Comissão.

¹⁷³GLOBAL COMMISSION ON DRUG POLICY (2016). Disponível em:<<http://www.globalcommissionondrugs.org/21-april-2016-global-commission-slams-ungass-2016-outcome-that-strains-the-credibility-of-international-law/>>. Acesso 19 de Jun. 2017.

¹⁷⁴ Ex-presidente do México.

As prisões por exemplo, “são um ambiente de alto risco de transmissão de doenças contagiosas” e segundo ele, todos esses danos e mais outros, não são os impactos das drogas, mas sim o impacto negativo do atual sistema de política sobre drogas.¹⁷⁵

E diante desse debate a GCDP conseguiu obter destaque na Sessão Especial da ONU (2016) quando expôs suas propostas em defesa de reformas no atual sistema internacional de políticas sobre drogas e pelas críticas apresentadas ao atual sistema de drogas.¹⁷⁶

Por fim, a GCDP enxergou a UNGASS de 2016 como uma oportunidade histórica para alcançar uma política internacional de drogas mais humana e eficaz, porém para eles o processo da elaboração do documento final foi decepcionante. Apesar da UNGASS apresentar alguns resultados positivos, esta portanto, não ofereceu soluções em relação aos direitos humanos e a saúde pública e, por isso, a GCDP encorajou os países a propor reformas inovadoras, pois, ainda dá tempo de recuperar o progresso da UNGASS.¹⁷⁷

¹⁷⁵GLOBAL COMMISSION ON DRUG POLICY (2016). Disponível em: <<http://www.globalcommissionondrugs.org/21-april-2016-global-commission-slams-ungass-2016-outcome-that-strains-the-credibility-of-international-law/>>. Acesso em 19 de jun. 2017.

¹⁷⁶GLOBAL COMMISSION ON DRUG POLICY (2016). Disponível em: <<https://www.globalcommissionondrugs.org/21-april-2016-global-commission-slams-ungass-2016-outcome-that-strains-the-credibility-of-international-law/>>. Acesso em 19 de jun. 2017.

¹⁷⁷GLOBAL COMMISSION ON DRUG POLICY (2016). Disponível em: <<https://www.globalcommissionondrugs.org/docs/GCDP-Position-UNGASS-2016.pdf>>. Acesso em 19 de jun. 2017.

CAPÍTULO 5. REDUÇÃO DE DANOS (RD)

Diante da grande influência da GCDP na elaboração, formulação e discussão de novas estratégias globais de políticas sobre drogas, este capítulo abordará um dos princípios defendidos pela GCDP, que é o programa de redução de danos, com o objetivo de mostrar e entender o que é a redução de danos, os seus avanços e o porquê da existência de alguns embates atuais a respeito da temática.

5.1 História da redução de danos

A redução de danos se instaurou como teoria e prática, quando se demandou respostas sociais à produção, comércio e consumo de drogas e respostas do setor saúde (SANTOS, 2008, p.17).

O programa de redução de danos teve a sua primeira política oficial, implantada por meio de uma Lei da Inglaterra, em 1926, feita a partir do relatório de Rolleston¹⁷⁸, que trazia que os usuários que possuíam dependência a opiáceos poderiam utilizar estas drogas sob prescrição de um médico, objetivando levar uma vida mais estável e serem mais úteis a sociedade (O'HARE, 1994 apud SANTOS, V; SOARES, C e CAMPOS, C, 2010, p.996; SANTOS, D; SOUSA, I, 2015, p.4, PEREIRA, V, 2007, p.25; FOLHA DE S. PAULO, 2011, CAVALCANTE, 2014, pp-15-16). Consideravam que mesmo os usuários sendo dependente de drogas, essa medida poderia diminuir as consequências mais negativas, reduzindo assim os efeitos prejudiciais a sua saúde.¹⁷⁹

Rallet (2000) quando cita o Comitê de Rolleston¹⁸⁰ aborda que com essas medidas tomadas na Inglaterra em 1926 o consumo de drogas já era considerado como um mal em si, já que visavam reduzir as consequências negativas de seu uso¹⁸¹.

¹⁷⁸ O *Rolleston Report* é um relatório que possui as recomendações de uma comissão interministerial, presidida pelo secretário de saúde da Inglaterra Sir Humphrey Rolleston, que dizia que os médicos ingleses poderiam prescrever opiáceos a pacientes dependentes de heroína, quando demonstrado que os benefícios dessa administração seriam maiores que os riscos oriundos da síndrome de abstinência. (PEREIRA, V, 2007, p.25).

¹⁷⁹ SANTOS, V; SOARES, C e CAMPOS, C, 2010, p.996.

¹⁸⁰ Instaurado na Inglaterra em 1926.

¹⁸¹ SANTOS, V, 2008, p. 21.

5.1.1. Redução de danos a nível internacional

Foi somente na década de 1980, com a descoberta e proliferação da aids e a consciência de que isso era uma problemática da esfera da saúde pública, que se começaram a trazer respostas mais flexíveis em relação ao uso de drogas, propondo estratégias de redução de danos voltadas inicialmente para o uso de drogas injetáveis. Convém assinalar que, foi somente nessa década, que a RD passou a ser reconhecida como uma medida e ação de saúde pública juntamente aos usuários de drogas justificado pela crescente participação dos profissionais da saúde (SANTOS, V, 2008, p.21; SANTOS, V; SOARES, C e CAMPOS, C, 2010, p.996; PEREIRA, V, 2007, p.25, FOLHA DE S. PAULO, 2011; CAVALCANTE, 2014, p.16).

O primeiro deste programa surgiu na Holanda, por volta de 1984, por iniciativa de uma associação de usuários de drogas (*Junkiebonden*) que estava preocupada com a disseminação de hepatites virais entre os usuários de drogas injetáveis. A primeira estratégia de RD adotada nesse período foi a distribuição de seringas e agulhas esterilizadas, feito por um grupo de enfermeiras junto com organizações de grupos de auto representação de usuários de drogas, objetivando o controle de hepatite C que aumentava rapidamente entre os usuários de drogas injetáveis¹⁸².

Segundo o Ministério da Saúde:

Redução de danos pode ser definida como “uma estratégia da saúde pública que visa reduzir os danos à saúde em consequência de práticas de risco”. As ações de redução de danos são consideradas como medidas prioritárias para atuação junto aos usuários de drogas, devendo ser desenvolvidas pelas três esferas de governo e também pelas organizações da sociedade civil (BRASIL, 2005 apud SANTOS, D; SOUSA, I, 2015, p.4).

À medida em que começaram a ser documentadas em várias partes do mundo, altas taxas de infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), entre os usuários de drogas injetáveis, a estratégia de redução de danos que estava fragilizada diante da política antidrogas americana, começou a ganhar maior destaque no controle da disseminação do HIV e de outras infecções de transmissão sexual e sanguínea.¹⁸³ Em função da implantação de vários programas e práticas e das inovações e resultados alcançados, principalmente no campo da aids, a redução de

¹⁸² SANTOS, D; SOUSA, I, 2015, p.4; PEREIRA, V, 2007, p.25, CAVALCANTE, 2014, p.16.

¹⁸³ FONSECA, 2005 apud PEREIRA, V, 2005, pp.25-26, CAVALCANTE, 2014, p.16.

danos tornou-se uma importante estratégia de saúde pública disseminada para países da Europa, América do Norte e Sul e Oceania.¹⁸⁴

Segundo Marlatt (1999) a aplicação do programa de RD na Holanda tem profunda relação com a flexibilização da política de drogas naquele país¹⁸⁵. Esse movimento de mudança se deu a partir dos anos 1980 e 1990, trazendo as primeiras iniciativas de conceituar o termo “redução de danos”. Segundo SANTOS (2008, p.22), “A preocupação naquele momento deixava de ser a busca de abstinência total e passava a ser a do bem-estar físico e social dos usuários. ”

Já em 1972, após publicação dada pelo “Narcotics Working Party”, conclui-se que as premissas básicas de uma política sobre drogas deveriam ser congruentes com os riscos oriundos do seu consumo, o que dirigia a atenção para a aplicação de intervenções de redução de riscos (SANTOS, V, 2008, p.22; PEREIRA, V, 2007, p.28).

Mais, foi em 1976 com a criação da Lei do Ópio (*Opium Act*) que passou a diferenciar o tratamento a ser dado às drogas com risco inaceitável a saúde, consideradas como “drogas pesadas”. São elas: heroína, cocaína, anfetaminas e LSD¹⁸⁶, daquelas que oferecem riscos menores (“drogas leves”) como a maconha e o haxixe, evidenciando o princípio da “normalização”, objetivando minimizar os danos em virtude do consumo, a partir da integração social do usuário de drogas. Isso deu início a política oficial de RD na Holanda¹⁸⁷.

Em 1980, ainda na Holanda, os Junkiebond, um grupo de usuários de drogas, se organizaram com o objetivo de velar pelos seus interesses e melhorar as condições de vida e moradia de seus dependentes, fomentando uma abordagem mais humana e pragmática aos usuários de drogas. O Serviço Municipal de Saúde fornecia seringas e agulhas descartáveis em uma grande quantidade ao Junkiebond, ultrapassando de 100 mil em 1985 para 720 mil em 1988. Na Holanda e nos países baixos, desde 1994, foi legalizada a venda de haxixe em cafeterias e nem, por isso, ocorreu mudanças no padrão de consumo da droga no país (PEREIRA, V, 2007, p.28; SANTOS, V, 2008, p.22).

¹⁸⁴ SANTOS, V, 2008, pp.21-22; CAVALCANTE, 2014, p.16.

¹⁸⁵ MARLATT, 1999 apud SANTOS, 2008, p.22.

¹⁸⁶ Dietilamida do ácido lisérgico.

¹⁸⁷ REGHELIN, 2001 apud PEREIRA, V, 2007, p.28.

Atualmente o programa de trocas de seringas configura-se como fundamental na política de drogas na Holanda e na oferta de serviço para usuário de drogas em todo o mundo. A política de droga no país tem sido influenciada pela visão do uso da droga como uma questão social “normal”, embasadas na concepção de não lidar como os problemas sociais a partir da criminalização. A importância da liberdade individual (na medida em que não põe os demais em risco) é uma forte tradição da saúde pública holandesa (FONSECA, 2005 apud PEREIRA, V, 2007, p.29).

As primeiras intervenções como propostas de redução de danos no plano da saúde coletiva, surgem na Inglaterra, a partir de 1926. Mas em 1985, foi aberta a primeira clínica pública para tratamento de dependência de drogas (Drug Dependecy Clinic) que incorporava a seus procedimentos a disponibilização de equipamentos injetáveis estéreis. Levando em consideração, as altas taxas de consumo de heroína na Inglaterra, na cidade de Liverpool¹⁸⁸, 1.718 por milhão de habitantes enquanto que a média nacional era de 288 por milhão por habitantes. Destes 50 % eram usuários de drogas injetáveis¹⁸⁹ e, por isso, em 1986, a Mersey Regional Health Authority¹⁹⁰ implementou uma estratégia pioneira humanitária de redução de danos: os usuários de drogas passaram a ter acesso a serviços como exemplo, troca de seringas e acesso à educação na comunidade (*outreach education*), prescrição de drogas como a heroína e a cocaína, serviços de aconselhamento, auxílio a reinserção profissional e a procura por moradia (FONSECA, 2005 apud PEREIRA, V, 2007, p.30).

Esse “Modelo Mersey” conseguiu reduzir as taxas de crime relacionadas ao uso de drogas (REGHELIN, 2001 apud PEREIRA, V, 2007, p.30) e até 1997, contribuiu para a manutenção da segunda menor taxa de infecção pelo HIV entre UDIs de toda Inglaterra (0,6%).¹⁹¹ Em 1990, Liverpool, na Inglaterra, sedia a primeira Conferência Internacional de redução de danos, seguido de vários outros países como Espanha, Austrália, Canadá, França e Brasil (MARLATT, 1999 apud SANTOS, V, 2008, p.22).

¹⁸⁸ Maior cidade da província de Merseyside.

¹⁸⁹ REGHELIN, 2001, apud PEREIRA, V, 2007, p.30.

¹⁹⁰ Autoridade de Saúde Regional de Mersey.

¹⁹¹ PEREIRA, V, 2007, p.30.

Segundo Marlatt (1999) apud Santos, V, 2008, p.22, o Reino Unido através do Departamento de Saúde de Merseyside, foi o primeiro país a introduzir os programas de prescrição de heroína e cocaína, objetivando a manutenção do consumo. Essas intervenções são feitas aos usuários que não desejam se inserir em tratamento objetivando a abstinência, com objetivo de reduzir os danos causados pela droga.

Conforme Ogborne et al. (2001) apud Pereira, V, 2007, p.30 quando se parte dessa abordagem livre de pré-julgamentos e sem maiores exigências burocráticas, torna-se mais fácil atrair os usuários de drogas e conhecer de perto as suas necessidades. Assim pode ser oferecido a ela serviços de atenção primária, como exemplo, informações, conselhos, distribuição de seringas e agulhas estéreis.

O Sistema Nacional de saúde Britânico e os serviços sociais funcionam adequadamente e possuem uma boa cobertura. A isto soma-se o fato de que as questões políticas sobre drogas na Inglaterra, estão embasados sobretudo em estudos e pesquisas sobre o tema, medida esta que favorece a implementação de políticas de RD no país (FONSECA, 2005 apud PEREIRA, V, 2007, p,31).

Por volta de 1988, foi criada pelo governo da Suíça uma zona de tolerância ao consumo de drogas (*Platzpitz*¹⁹²). Um local público onde foram implantadas medidas de regulação de danos, incluindo a suspensão de sanções repressivas. Neste local, era permitido que as pessoas usassem e comprassem drogas. O resultado foi que a *Platzpitz* se tornou um local de encontro para aproximadamente 3.000 usuários de drogas pesadas por dia, principalmente, a heroína e a cocaína (REGHELIN, 2001 apud PEREIRA, V, 2007, p.31).

Em 1992, em virtude desses resultados, optaram por fazer um programa com uma abordagem que fosse mais segura e menos traumática para a comunidade e usuários. As autoridades Suíça fecharam o Parque, descentralizaram o serviço e passaram a desenvolver um programa de disponibilização de heroína e outras drogas injetáveis para dependentes, por meio de prescrições. Esse programa aceitava apenas usuários de evidente dependência, oferecendo acompanhamento médico,

¹⁹² O Parque da Agulha

serviços de alojamento e auxílio na busca de emprego, tratamento para problemas somáticos e psiquiátricos e aconselhamento para problemas de família e associados a seu estilo de vida (MARLATT, 1999 apud PEREIRA, V, 2007, p.31; SANTOS, V, 2008, p.23).

A Austrália adotou a política de redução de danos como política pública, oficialmente em 1985, e, por isso, foi considerada como o primeiro país a adotar a estratégia de redução de danos em sua política nacional de drogas (PEREIRA, V, 2007, p.32; SANTOS, V, 2008, p.23).

Este país ainda foi sede, em 1992, da III Conferência Internacional de Redução de Danos relacionado as drogas, na cidade de Sidney. Esta Conferência (“From Faith to science”¹⁹³), foi considerada como um momento importante para o movimento internacional de redução de danos, em virtude de reconhecer o embasamento científico da RD (FONSECA, 2005 apud PEREIRA, V, 2007, p.32; SANTOS, V, 2008, p.23).

Também o Canadá introduziu a redução de danos na sua estratégia nacional de drogas, em 1987 e em 1994, foi o país sede da V Conferência Internacional sobre Redução de Danos, em Toronto. Sua experiência com essa estratégia foi baseada na troca de seringas, a manutenção com metadona, prevenção de problemas com álcool e promoção e educação para a saúde¹⁹⁴.

Já nos EUA, a ideia de receber um programa de troca de seringas (PTS's) foi recebida com muita resistência por parte da população e por parte de alguns políticos. Teve tanta resistência que desde o primeiro programa de PTS's¹⁹⁵ a ser instaurado no país, este teve pelo menos trinta e cinco pessoas presas (LURIE, 1998 apud CAVALCANTE, 2014, p.17). A discussão acontecia em meio a um cenário político desassossegado e que deixava explícito que existia dicotomias sobre o assunto¹⁹⁶. O que pode ser observado no relatório¹⁹⁷ da UNDC (Office of National Drug Control Policy) publicado em 1992 que trazia a seguinte conclusão:

¹⁹³ Tradução: Da fé à ciência.

¹⁹⁴ SANTOS, V, 2008, p.23.

¹⁹⁵ Programa de troca de seringas.

¹⁹⁶ CAVALCANTE, 2014, p.17.

“Não resta dúvida de que a distribuição de seringas favorece o consumo de drogas e solapa a credibilidade da mensagem endereçada a sociedade de que consumir drogas constitui um ato ilegal e moralmente condenável” (MARTINEZ, 1992 apud LURIE, 1998)¹⁹⁸.

A postura americana em relação a RD se deve ao fato de ela não envolver a incompatibilidade com o uso continuado de drogas. E, por isso, Drucker e Clear, (1998) apud Fonseca e Bastos (2005) retratam que a grande contestação americana em relação a redução de danos é resultante do processo histórico de “guerra as drogas” constituído na história social norte americana (CAVALCANTE, 2014, p.17).

A política de redução de danos é defendida e difundida mundialmente pela Associação Internacional de Redução de Danos (IRAH). É considerada a primeira ONG que trabalhou com a RD internacionalmente, fazendo a interrelação entre o consumo de drogas e a disseminação do HIV e da hepatite e posteriormente refletindo mais a respeito do tratamento de abstinência. Depois de um certo controle dessas drogas injetáveis, o grupo saiu a procura de alternativas de tratamento de substituição que não fossem só de abstinência. Essa associação é considerada nos debates e nas definições de políticas da ONU e ainda, considerado como um grande interlocutor de peso que traz outro olhar dos usuários de substâncias, assim como, promove pesquisas sobre diferentes formas de tratamento, e também, sobre epidemiologia. Enfim as grandes ações são as conferências internacionais na qual são apresentados os desenvolvimentos, porém ainda se mantem o paradigma de guerra às drogas (GORGULHO, 2008 apud CAVALCANTE, 2014, pp 17-18).

5.1.2. Redução de danos na América Latina

Conforme Bastos et al. (2007 apud PEREIRA, V, 2007, p.33) até o momento, a política sul-americana de drogas se baseia numa abordagem de uma sociedade livre

¹⁹⁷ UNDC, 1992, “Programas de troca de seringas: São eles efetivos? ”.

¹⁹⁸ Apud CAVALCANTE, 2014, p.17.

das drogas. As autoridades aplicam punições legais para solucionar a problemática por meio da repressão e do tratamento baseado exclusivamente na abstinência.

Assevera Pereira (2007, p.33) que:

Até meados da década de 1990, estratégias visando à redução de danos ao uso de drogas, como, por exemplo, os programas de troca de seringas, foram implementadas de forma assistemática e, em raras vezes, com uma proposta adequada e, de fato, bem debatida (BASTOS, 2001). No fim dos anos 90, no entanto, algumas iniciativas de prevenção para usuários de drogas injetáveis e não-injetáveis, implementadas na região por governos, organizações não-governamentais e associações comunitárias começaram a ter sucesso, principalmente no Brasil e na Argentina.

O processo para introduzir a política de redução de danos na América Latina e no Caribe tem sido bastante dificultado em virtude da influência de algumas forças conservadoras locais e das crenças culturais e religiosas que entram em choque com as principais estratégias utilizadas para reduzir os danos, como exemplo, a distribuição de preservativos. Outro grande fator que dificulta é a forte influência de pressões internacionais contraditórias, principalmente dos Estados Unidos objetivando reduzir a oferta de cocaína em países com instabilidades econômicas e políticas¹⁹⁹.

No Brasil, a guerra à drogas produziu várias consequências. Uma delas foi o desvio de rota da cocaína para o território brasileiro, pois embora não produzisse a folha ou a pasta, o Brasil passou a ser uma rota alternativa para o tráfico, usada pelos países produtores nos últimos anos. (SANTOS, V, 2008, p. 23).

Segundo Cavalcante (2014, p.18):

Mesquita (1992) e Bastos (1996) relatam com o aumento considerável de pessoas com HIV/AIDS, em consequência do uso de droga injetáveis, principalmente nas cidades que faziam parte da rota do tráfico, sendo o caso de Santos, cidade litorânea do estado de São Paulo, que nos anos 1980 foi considerada a “capital da aids”. Na busca de reduzir os casos alarmantes de aids entre os usuários de drogas injetáveis na cidade de Santos, deu-se início ao primeiro programa de redução de danos no Brasil (BUENO, 1994), tendo como objetivo principal a minimização da epidemia do vírus entre os usuários de drogas injetáveis devido ao compartilhamento no uso da seringa. Em meio a diversos desafios e lutas para manter o programa, foram surgindo novos atores em outras capitais, como foi o caso na Bahia, nos anos 1990,

¹⁹⁹ BASTOS, 2001 apud PEREIRA, V, 2007, p.33; SNATOS, V,2008 p.23.

depois em Porto Alegre e por fim com a regulamentação do trabalho acontecendo em 1999.

A primeira iniciativa de trocas de seringas no Brasil, aconteceu em Santos, São Paulo, em 1989, pela Secretária Municipal de Saúde local. Mesquita (1994) salienta que em virtude da herança política proibicionista e criminalizadora de guerra as drogas, essas iniciativas sofreram uma grande repressão por parte das autoridades brasileiras. A luta pela implementação de estratégias de redução de danos no Brasil destinadas aos usuários de drogas injetáveis, recebeu um estímulo em 1992 quando o Governo Federal se articulou ao Banco Mundial solicitando respaldo financeiro e técnico para prevenção da aids. Em virtude do papel ocupado pelo Brasil na América Latina e o tamanho da epidemia do HIV, a reformulação da política de prevenção de HIV/ AIDS no Brasil, tem estabelecido um impacto considerável sobre as atividades de quase toda a América Latina e em menor escala no Caribe (LICEA et al, 2001 apud PEREIRA, V, 2007, p.34). (SANTOS, V, 2008, pp.23-24; SANTOS, D; SOUSA, I, 2015, p.4; FOLHA DE S. PAULO, 2001; PEREIRA, V, 2007, p.34).

O Primeiro programa de redução de danos a trocar seringas foi oficializado no Brasil em 1995, em Salvador- BA, sob a coordenação do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD). Três anos depois a Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo aprovou a primeira lei que legalizou a troca de seringas, sendo que depois do fato, em 2003, há registro de 150 programas em funcionamento no país²⁰⁰. (SANTOS, D; SOUSA, I, 2015, p.5; PEREIRA, V, 2007, p 35; SANTOS, V, 2008, p.24; FOLHA DE S. PAULO, 2001).

O Brasil passou a ocupar um lugar de destaque, transformando-se no país de referência para este movimento no âmbito da América Latina (GORGULHO, 2006 apud PEREIRA, V, 2007, p.35). Em 1998, o Dr. Fábio Mesquita, responsável pelo início das atividades em Santos, foi também responsável pela organização da 9ª Conferência Internacional de RD em São Paulo, com a participação de representantes de 55 países e mais de mil pessoas, o que garantiu a realização da primeira

²⁰⁰ SANTOS, D; SOUSA, I, 2015, p.5.

Conferência Internacional desta natureza, em um país em desenvolvimento. Nesse mesmo ano foi fundada a Associação Brasileira de Redutores de Danos (ABORDA), foi criada a Rede Latino Americana de Redução de Danos (RELARD) e a Rede Brasileira de Redução de Danos (Reduc). (PEREIRA, V, 2007, pp. 35-36).

O Brasil é hoje o país onde o movimento de redução de danos se encontra em estado mais avançado da América Latina, com uma grande participação no movimento internacional através de pesquisas, divulgação e defesa dessa proposta, publicações de trabalhos, participação de organizações governamentais e não-governamentais, além da garantia destas ações em nível federal, incluindo também legislações específicas em alguns estados e municípios (GORGULHO, 2006 apud PEREIRA, V, 2007, p.36).

5. 2. Política de redução de danos

A política de redução de danos visa o desenvolvimento de uma série de ações que vão no sentido de respostas partindo-se de que o ideal é que as pessoas não usem drogas, mas se isso não é possível, que se faça com os menores riscos possíveis (Marlatt, 1999; Nadelmann, 1999 apud SANTOS, D; SOUSA, I, 2015, p.5).

Os princípios básicos que permeiam a redução de danos são, conforme Marlatt (1999) apud Santos; Sousa, I, (2015, p.5):

1. A redução de danos é uma alternativa de saúde pública para os modelos moral/criminal e de doença do uso e da dependência de drogas;
2. A redução de danos reconhece a abstinência como resultado ideal, mas aceita alternativas que reduzam os danos;
3. A redução de danos surgiu principalmente como uma abordagem “de baixo para cima”, baseada na defesa do dependente, em vez de uma política “de cima para baixo” promovida pelos formuladores de políticas de drogas;
4. A redução de danos promove acesso a serviços de baixa exigência como uma alternativa para abordagens tradicionais de alta exigência;
5. A redução de danos baseia-se nos princípios do pragmatismo empático versus idealismo moralista. (Marlatt 1999, p.46).

Esses princípios dão lugar a vários tipos de ações que podem ser implementadas de forma conjunta ou separada, de acordo com a realidade de cada

comunidade. Entre os mais comuns, destacam-se (SANTOS, D; SOUSA, I, 2015, pp.5-6): a) ações orientadas visando promover o consumo de menos risco, dirigidas a promover a educação sanitária, costumam agir nos entornos próximos a zona de consumo; b) ações orientadas a oferecer cuidados mínimos, que oferecem serviços de ajuda social e sanitária de base; c) ações orientadas a promover o sexo mais seguro, proporcionam educação sobre sexualidade e prevenção, e que promovam o acesso mais fácil a preservativos; d) ações orientadas a substituir o uso de substâncias adquiridas no mercado ilegal por substâncias prescritas; e) ações orientadas a promover o trabalho entre pares e a auto-organização dos usuários de drogas.

5.3. Os Embates atuais em torno da redução de danos

A redução de danos contrapõe os princípios da política oficial de drogas, isto é, vai de encontro a seus princípios e pressupostos. As guerras às drogas estão alicerçadas numa natureza idealista, na qual acreditam que é possível ter uma sociedade livre de drogas, sendo um dos objetivos a abstinência total da utilização ou a erradicação das drogas ilícitas da sociedade. Esse objetivo tem uma grande influência nas políticas e intervenções estatais sobre a sociedade, seja eles consumidores ou não. Esse modelo exclui uma grande parte dos consumidores de drogas, pois não compactua com outras formas de consumo²⁰¹, como podemos observar em:

[...] não aceita objetivos e metas intermediários ou provisórios que possam ser alcançados em situações nas quais a abstinência total é difícil de ser conseguida (ou seja, a redução de danos), por isso ficou também conhecida como tolerância zero ou América livre de drogas (Soares, Jacobi, 2000:220 apud Santos, 2007:25).

Possui uma ideologia embasada num olhar preconceituoso, moralista e repressivo²⁰²:

201 SOARES, JACOBI, 2000 apud SANTOS, V, 2007, p.25.

202 SANTOS, 2007, p.25.

[...] predominam a persuasão, a ideia de um saber único e exclusivo, dono de uma única face; a omissão ou superficialidade no tratamento dos dados, propondo uma informação tendenciosa e dirigida; a ideia de que o indivíduo está indefesamente à mercê da droga faz despertar um sentimento de proteção paternal que enfatiza a autoridade; a apresentação da droga como um mal em si (Soares, Jacobi, 2000:219 apud Santos, 2007, p.25).

Essa ideologia se faz presente em propostas de vários modelos de intervenção como exemplo, o modelo jurídico-moral²⁰³ e o modelo de saúde pública²⁰⁴. O método da concepção de guerra às drogas reforça posturas e modelos que objetivam a reprodução da intolerância as drogas. Conforme Carlini-Cotrim (1992:54) apud Santos, 2007, p.26:

[...] esta postura preventiva repousa na firme intenção de banir qualquer uso de droga entre a juventude, e privilegia, para a realização deste objetivo, ações de controle social e punição. [...] a postura de guerra às drogas está intimamente ligada a propostas de prevenção escolar conhecidas na literatura especializada como modelos de amedrontamento, apelo moral, treinamento para resistência, pressão de grupo positiva e de orientação aos pais.

Embora a política de redução de danos seja uma boa estratégia para reduzir os danos causados pelo consumo de drogas ao usuário, nenhuma das três convenções internacionais que baseiam o atual sistema internacional sobre drogas, prevêem a RD. Isto pode ser observada na Convenção Única sobre Estupefacientes, aprovada em 1961 pela ONU, que restringe a utilização das drogas apenas para fins terapêuticos, prevendo inclusive a criminalização do consumo, sendo o indivíduo sujeito a penalidades severas, trazendo sanções penais para as formas dolosas de tráfico, produção, posse, etc. (SANTOS, 2007, p.19); IMESC/INFOdrogas 1999-2012). Em seu preâmbulo, traz uma posição clara de que o consumo problemático de drogas representa uma grande ameaça para a sociedade:

As partes, preocupadas com a saúde física e moral da humanidade, [...] reconhecendo que a toxicomania é um grave mal para o indivíduo e constitui um perigo social e econômico para a humanidade, conscientes de seu dever de prevenir e combater esse mal [...] (UNODC 2009 apud TAFFARELO, 2009:61).

²⁰³ Se embasa no critério da legalidade ou no critério repressivo por meio de sanções ou ameaças de sanções a usuários e não usuários de drogas. (SANTOS, 2007, p.26).

²⁰⁴ Enfoca o aspecto da proibição legal da droga, destacando o perigo da dependência e dos efeitos das drogas. (SANTOS, 2007, p.26).

O objetivo precípua dessa Convenção foi restringir a fins médicos e científicos a produção, fabricação, exportação, importação, distribuição, comércio, consumo e posse de drogas e extinguir a disponibilidade de drogas para o mercado ilícito (SILVA,2013, p.109; ROCHET, 2009, p.98, TAFFARELLO,2008, p. 61).

Essa norma propunha formas rigorosas de fiscalização e não levava em consideração formas terapêuticas e novas alternativas como a RD. O marco-legal exigia que todos os países membros da convenção adotassem medidas punitivas ao consumo recreativo de drogas e estipulando como crime o consumo, produção e comercialização de drogas. (SILVA, 2014, p.49).

Essa convenção atentou mais para a política de oferta, esquecendo da importância de tratar a problemática do consumo (controle do consumo), por isso não previa propostas de redução de danos (SMITH, 1992 apud SILVA, 2013, p.109).

A Convenção de 1971²⁰⁵, realizada em Viena, buscou estabelecer um sistema moderno de controle internacional de drogas, possuindo com um dos principais objetivos o controle mundial das drogas, chamando a necessidade dos Estados implantarem políticas públicas, visando prevenir e reprimir o narcotráfico, assim como seu consumo. Embora tenha sido a primeira Convenção que chegou a dialogar entre o controle de oferta e da demanda, ela ainda continha uma lista que possuía drogas restringidas a apenas a fins médicos e científicos e proibia qualquer droga relacionada com a expansão da consciência (ESCOHOTADO, 1998, p. 678). Por isso também não previa a redução de danos.

A Convenção de 1988²⁰⁶ significou o auge da política proibicionista e em seu preâmbulo traz a ideia de suspensão e erradicação do tráfico de drogas ilícitas e assim como a intenção de eliminar as causas profundas do uso indevido de drogas, além de aumentar a cooperação internacional jurídica e policial (SILVA, 2014, p. 75).

²⁰⁵ Convenção sobre as Substâncias Psicotrópicas (Viena).

²⁰⁶ Convenção contra o tráfico ilícito de Entorpecentes e de substâncias psicotrópicas (Viena).

Em seu preâmbulo ficou claro que o tráfico ilícito era um "mal" a ser enfrentado a nível nacional e internacional, deixando claro o seu lado intervencionista disfarçado de cooperação internacional. (IMESC/ INFOdrogas1999-2012; ROCHET, 2009, p.105).

Como pode ser visto em:

As partes nessa Convenção,

Profundamente preocupadas com a magnitude e a crescente tendência da produção, da demanda e do tráfico ilícitos de entorpecentes e de substâncias psicotrópicas que representam uma grave ameaça à saúde e ao bem-estar dos seres humanos e que têm efeitos nefastos sobre as bases econômicas, culturais e políticas da saúde [...]; reconhecendo que a erradicação do tráfico ilícito é responsabilidade coletiva de todos os Estados e que, para esse fim, é necessária uma ação coordenada no nível da cooperação internacional [...] ; reconhecendo a necessidade de fortalecer e complementar as medidas previstas na Convenção Única de 1961, e na Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas de 1971, a fim de enfrentar a magnitude e a expansão do tráfico ilícito e as suas graves consequências [...]; interessadas em concluir uma Convenção internacional, que seja um instrumento completo, eficaz e operativo, especificadamente dirigido contra o tráfico ilícito, levando em conta os diversos aspectos do problema como um todo, particularmente os que não estão previstos nos tratados vigentes, no âmbito dos entorpecentes e das substâncias psicotrópicas; convém o que segue [...]

A adoção desses princípios defendidos pela Convenção foi considerada como o apogeu do proibicionismo como resposta global às drogas, uma das razões que fez com que ela também não previsse a redução de danos. (SILVA, 2014, p. 52; GLOBAL COMMISSION, 2016, p.8).

Nem as UNGASS, incluindo a de 2016, não valoriza a redução de danos, como podemos observar na declaração Pública feita pela GCDP relativo ao documento final da UNGASS (2016)²⁰⁷, demonstrando a sua insatisfação com o que foi discutido e acordado na última UNGASS:

O documento final tem muita retórica, mas pouco conteúdo. Embora inclua referências positivas a direitos humanos e saúde pública, não apresenta soluções concretas para torná-las definitivas. Nenhuma das três minutas do documento final propostas pelos 53 Estados-membros que atuam na Comissão de Narcóticos (CND, em inglês) resultará em mudanças significativas. Nelas, não se reconhece o fracasso escolar do sistema atual

²⁰⁷ Disponível em: <<http://www.globalcommissionondrugs.org/docs/GCDPPositiononUNGASS-March2016-PT.pdf>>.

em reduzir a oferta e a demanda. (“Declaração pública sobre o processo e a minuta do documento final da UNGASS 2016”, GCDP, 2016, p.1.).

O documento reconhece que a UNGASS não valoriza novas alternativas que prioriza a saúde, segurança e direitos humanos, como exemplo a redução de danos, princípio este defendido pela GCDP. E para a GCDP essas aspirações não podem ser alcançadas em:

- a) deixar de criminalizar e encarcerar usuários de drogas; b) abolir a pena de morte para crimes relacionados a drogas; c) dar o mandato à Organização Mundial da Saúde (OMS) para que revise as atuais listas de classificação de drogas com base em evidências científicas; d) garantir o acesso a uma extensa gama de tratamentos e serviços para dependentes de drogas que visem reduzir os danos relacionados ao uso de drogas; e e) permitir que governos usem novas abordagens para a regulação das drogas para maximizar a saúde pública e enfraquecer o crime organizado. (“Declaração pública sobre o processo e a minuta do documento final da UNGASS 2016”, GCDP, 2016, p.1.).

A GCDP valoriza a RD como uma importante estratégia mesmo que a convenção internacional não preveja a redução de danos e nem, tampouco, em nenhuma UNGASS se valorizou a RD. Em seu primeiro relatório de 2011, a GCDP traz um diagnóstico sobre a estratégia da guerra às drogas e seu fracasso propondo assim outras estratégias, outros princípios e outras recomendações.

Um dos princípios trazidos nesse relatório é de que: as políticas sobre drogas devem estar fundamentadas em evidências científicas sólidas e confiáveis. O principal critério de sucesso deveria ser a redução de danos à saúde, a segurança e ao bem-estar da sociedade.²⁰⁸

Pois, as políticas e estratégias de drogas atuais repressivas vem sendo fortemente influenciada pela esfera moralizante, embasadas em preconceitos e visões ideológicas sem, contudo, se preocupar com a saúde e bem-estar da humanidade.

²⁰⁸ GLOBAL COMMISSION DRUG ON POLICY. Guerras às drogas (2011, p.5). Disponível em: <<https://www.globalcommissionondrugs.org/reports/war-on-drugs/>> Acesso dia 28 de jun. 2017.

E apesar da redução de danos ser uma importante estratégia de relevante eficácia, o sistema internacional de drogas impede que essas alternativas sejam implantadas efetivamente. Não vimos nenhuma UNGASS valorizando esse debate, porém, algumas organizações não governamentais vêm influenciado fortemente as discussões, como a GCDP, através de suas publicações com novas estratégias globais que objetivam reformas nas políticas sobre drogas. Essas medidas políticas realmente funcionam e que a GCDP demonstra sua eficácia a partir de pesquisas são, publicadas em seus relatórios, como podemos observar em:

Medidas de saúde pública (denominadas de “redução de danos”, incluindo intercâmbio de seringas e tratamentos médicos à base de metadona e buprenorfina) são capazes de reduzir os riscos de mortes por overdoses de drogas e a transmissão de HIV e outras infecções sanguíneas. (GLOBAL COMMISSION DRUG ON POLICY. Guerra às drogas, 2011, p.5).

Nesse entendimento, verifica-se que embora exista estratégias que validam a eficácia de medidas que visam a redução de danos, como a socialização de informação, o acolhimento ao usuário, a criação de espaços para o consumo, a disponibilização de tratamento com profissionais de saúde e a distribuição de seringas, estas iniciativas, defendidas por algumas instituições não governamentais internacionais, ainda sofrem embates daquelas práticas oriundas do modelo reducionistas, defendidas pelo sistema internacional de drogas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo realizado tem como objeto a análise da estratégia global de uma organização não governamental internacional que realiza advocacy em relação ao fenômeno do consumo de drogas, ou seja realiza pressão junto às instituições do sistema político visando resolver a problemática. Além disso, tem como objetivo a contextualização do fenômeno das drogas em nível global, a identificação de quais são as estratégias globais, a análise das estratégias identificadas, seus princípios e suas diretrizes.

Esses objetivos foram alcançados por meio do levantamento de dados primários e secundários. Tais dados, foram essenciais para se compreender como a Global Commission é um contraponto ao proibicionismo vigente, instituído pelo atual sistema internacional de drogas. Sendo assim, a GCDP vem sendo uma grande influenciadora nas discussões, nos debates e na mídia sobre novas propostas de reformas nas políticas sobre drogas.

No entanto, considerando a grande problematização relativa ao enorme aumento do consumo de drogas a nível mundial e as consequências trazidas pelo atual sistema internacional de políticas sobre drogas, a Global Commission vem se firmando como uma importante organização que traz à luz novos debates relativos a novas estratégias globais, baseadas, sobretudo, em pesquisa, que tem-se mostrado eficaz quanto à resolução da problemática ao priorizar os direitos humanos, a saúde e a segurança dos indivíduos, medidas estas importantíssimas para alcançarmos políticas mais eficientes e que otimizem a qualidade dos resultados.

Pode-se observar ainda que, a política de redução de danos tem se mostrado de relevante eficácia no tangente ao tratamento dos usuários de drogas, posto que tem reduzido significativamente os danos causados a eles. Portanto, foi de suma importância o estudo sobre essas questões e avaliarmos os debates, as discussões e as considerações empreendidas pelas organizações não governamentais que defendem novas propostas, visto que estas se contrapõem à atual política de guerra às drogas, que é preconceituosa, moralizante, defasada e que estigmatiza várias populações. Por esta razão, é que se buscou trazer novas discussões para demonstrar a importância de reformulação do atual sistema internacional sobre drogas

tendo como fundamental princípio respeito ao usuário e aos direitos humanos, bem como a saúde e a segurança da sociedade.

Dessa forma, é que convém salientar que os estudos realizados neste trabalho aproximam-se das propostas defendidas pela *Global Commission on Drug Policy* que, a partir da análise dos dados, tem se mostrado de grande relevância e contribuição nessa temática, trazendo alternativas inovadoras ao controle internacional de drogas, que atualmente tem se mostrado falho quanto aos seus objetivos e em defesa de uma nova sociedade mais justa, democrática e igualitária. Ou seja, apesar de ser algo defendido pelo nosso projeto ético político, não estamos inseridos em uma sociedade justa, democrática e, tampouco, igualitária.

As considerações, que podem ser empreendidas após a conclusão desta pesquisa, é que é salutar a continuidade desse debate e para que novas propostas globais de reformas nas políticas sobre drogas sejam postas em discussão tanto na esfera acadêmica quanto na sociedade.

E, por fim, ressalta-se que embora seja publicado no relatório do CNPQ o presente estudo, que carece de aprofundamento, despertou meu interesse pessoal para dar continuidade à pesquisa no mestrado, enfocando na análise das atuais políticas sobre drogas, aprofundando mais sobre a *Global Commission* e as estratégias de soluções globais de políticas sobre drogas, defendidas por ela.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, Olavo. *Guerra contra as drogas: uma análise sob a perspectiva do princípio da proporcionalidade*. Natal/ RN, 2013.

ARAUJO, Tarso. *Almanaque das Drogas*, 1ª. Ed. São Paulo: Leya, 2012.

BARROS, André e PERES, Marta. Proibição da Maconha no Brasil e suas raízes escravocratas, *Revista Periferia*, Volume III, Número 2, 2014.

CAVALCANTE, I. As ações de redução de Danos na perspectiva do redutor de danos, Brasília, 2014. Disponível em: <file:///D:/2014_IrisneydeMouraCavalcante%20TCC%20importante.pdf>

CAVALCANTE, Regina. *Políticas públicas sobre drogas: labirinto entre a marginalidade e a cidadania*. Fortaleza- Ceará, 2008.

COMISSÃO BRASILEIRA SOBRE DROGAS E DEMOCRACIA (2016). Disponível em: <<http://www.cbdd.org.br/>>. Acesso em: 30 de junho. 2017.

Declaração pública da Comissão Global sobre Políticas de Drogas na UNGASS de 2016. Disponível em: <<http://www.globalcommissionondrugs.org/docs/GCDPPositiononUNGASS-March2016-PT.pdf>>. Disponível em: 16 de mai.2017.

ESCOHOTADO, Antonio. *História general de las drogas*, 7ª ed. Madrid: España, 2004.

FOLHA DE SÃO PAULO, 2001. "Redução teve início em 1926". Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff2109200103.htm>>. Acesso em: 22 de jun. 2017

GLOBAL COMMISSION, "Guerra às Drogas" (2011). Disponível em: <<https://www.globalcommissionondrugs.org/reports/war-on-drugs/>>. Acesso em: dia 27 de abr. 2017.

GLOBAL COMMISSION, "Guerra às Drogas e HIV/AIDS: Como a criminalização do uso de drogas alimenta a pandemia global" (2012). Disponível em: <www.globalcommissionondrugs.org/reports/>. Acesso dia 27 de abr. 2017.

GLOBAL COMMISSION, O impacto negativo da guerra contra as drogas na saúde pública: a epidemia escondida de hepatite C (2013). Disponível em: <<https://www.globalcommissionondrugs.org/reports/the-negative-impact-of-the-war-on-drugs-on-public-health-the-hidden-hepatitis-c-epidemic/>>. Acesso em: 30 de jun. 2017.

GLOBAL COMMISSION, Sob Controle: Caminhos para políticas de drogas que funcionam (2014) .Disponível em : <<https://www.globalcommissionondrugs.org/reports/taking-control-pathways-to-drug-policies-that-work/>>. Acesso em: 27 de abr.2017.

GLOBAL COMMISSION, O impacto negativo do controle de drogas na saúde pública: a crise global de dor evitável (2015). Disponível em: <<http://www.globalcommissionondrugs.org/reports/the-negative-impact-of-drug-control-on-public-health-the-global-crisis-of-avoidable-pain/>> . Acesso em: 27 de abr.2017.

GLOBAL COMMISSION, Avanços na reforma de políticas de Drogas: Uma nova abordagem a descriminalização (2016). Disponível em: <<http://www.globalcommissionondrugs.org/reports/advancing-drug-policy-reform/>>. Acesso em: 16 de mai.2017.

GLOBAL COMMISSION (2016). Disponível em: <<https://www.globalcommissionondrugs.org/about-usm>>. Acesso em: 16 de mai. 2017.

IMESC- Instituto de Medicina Social e de Criminologia de São Paulo. São Paulo; 2012. Disponível em: <<http://www.imesc.sp.gov.br/infodrogas/convenc.htm>. > Acesso em 08 de fevereiro de 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS CRIMINAIS (2011). Disponível em: <<https://www.ibccrim.org.br/noticia/13827-Relatorio-da-Comissao-Global-de-Politicad-Drogas>>. Acesso em: 30 de junho 2017

INSTITUTO IGARAPÉ (2017). Disponível em: <<https://igarape.org.br/temas/politica-de-drogas/comissao-global-de-politicad-sobre-drogas/>>. Acesso em: 16 de mai.2017.

KARAM, Maria Lucia. “Proibição às drogas e violação a direitos fundamentais”, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: http://www.leapbrasil.com.br/media/uploads/texto/72_Proibi%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A0s%20drogas%20e%20viola%C3%A7%C3%A3o%20a%20direitos%20fundamentais%20%20Piau%C3%AD.pdf?1376532185.

LIMA, Rita de Cássia Cavalcante. UMA HISTÓRIA DAS DROGASE DO SEU PROIBICIONISMO TRANSNACIONAL: RELAÇÕES BRASIL-ESTADOS UNIDOS E OS ORGANISMOS INTERNACIONAIS, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/doc/36564062/Uma-historia-das-drogas-e-do-proibicionismo-transnacional-Tese-Lima-2009-UFRJ> acessado em 04 de abril de 2017 as 17:12 pg 188>.

LIMA, Rita. “Mundialização e as políticas públicas contemporâneas de atenção ao usuário de álcool e outras drogas: o caso brasileiro”. São Luís, 2005.

<file:///D:/o-assistente-social-na-politica-de-reducao-de-danos-a-busca-da-efetivacao-de-direitos.pdf> >.

PEREIRA, V. “Um estudo da experiência da implementação do programa de redução de danos ao uso de drogas no Distrito Federal, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <<file:///D:/dissertacao%20mestrado%20muito%20importante%20fiocruz.pdf> >.

PORTAL BRASIL, 2014. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2014/08/cigarro-mata-mais-de-5-milhoes-de-pessoas-segundo-oms>>

REVISTA DE SAÚDE COLETIVA, SANTOS, V; SOARES, C e CAMPOS, C. Redução de danos: Análise das concepções que orientam as práticas no Brasil, Rio de Janeiro, pp. 995-1015, 2010. Disponível em: <<file:///D:/v20n3a16%20relatorio%20rolleston%20muito%20bom.pdf> >.

ROCHET, Juliana. “Entre o mel e o Fel: Drogas, modernidade e redução de danos” Análise do processo de regulamentação federal das ações de redução de danos ao uso de drogas. Brasília, 2009.

SANTOS, D; SOUSA, I. O ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS: a busca da efetivação de direitos, São Luís, 2015. Disponível em: <<file:///D:/o-assistente-social-na-politica-de-reducao-de-danos-a-busca-da-efetivacao-de-direitos.pdf> >.

SANTOS, V. O objeto/sujeito da redução de danos: uma análise da literatura da perspectiva da saúde coletiva, São Paulo, 2008. Disponível em: <<file:///D:/reducao%20de%20danos%20dissertacao%20boa.pdf> >.

SILVA, Ana. *A importância do contexto internacional no tratamento das drogas ilícitas no Brasil: História, Instituições e instrumentos legais*. Brasília, 2014.

SILVA, Edvania. “AS MULAS DO TRÁFICO”, um olhar diferenciado, 2012. Disponível em: <www.egov.ufsc.br/portal/conteudo/mulas-do-trafico-um-olhar-diferenciado>

SILVA, Luiza. *A questão das drogas nas relações internacionais*. Brasília: FUNAG, 2013.

TAFFARRELLO, Rogério. *Drogas: Falência do proibicionismo e alternativas de política criminal*. São Paulo, 2009.

THE GUARDIAN, It's time to descriminalize drugs, commission report says (2016).

Disponível em: <<https://www.theguardian.com/society/2016/nov/21/decriminalize-drugs-un-commission-drug-policy-report>>. Acesso em: 30 de Junh.2017.