

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

**Emy Nayana Pinto**

**12/0029791**

**Perspectiva de ruptura no paradigma da política internacional sobre drogas  
ilícitas no campo da saúde pública e no âmbito da Organização Mundial da Saúde  
– OMS.**

**Brasília**

**2017**

**EMY NAYANA PINTO**

**Perspectiva de ruptura no paradigma da política internacional sobre drogas  
ilícitas no campo da saúde pública e no âmbito da Organização Mundial da Saúde  
– OMS.**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao Departamento de Serviço Social – SER do Instituto de Ciências Humanas – IH, na Universidade de Brasília – UnB, como requisito para obtenção de título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Denise Bomtempo Birche de Carvalho

**Brasília**

**2017**

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

**Emy Nayana Pinto**

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

**BANCA EXAMINADORA:**

---

**Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Denise Bomtempo Birche de Carvalho**

**Departamento de Serviço Social – UnB da Universidade de Brasília – UnB**

**(Professora Orientadora)**

---

**Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Carolina Cássia Batista Santos**

**Doutora em Sociologia - UNICAMP**

**Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília – UnB**

---

**Cátia Betania Chagas**

**Mestre em Política Social UnB**

**Dedico** este trabalho a minha mãezinha (Maria do Carmo da Costa Silva) que não teve a oportunidade de estudar, mas que sempre fez tudo para que eu tivesse.

**Dedico** ainda ao meu companheiro (Luiz Carlos Godois), pela sua capacidade impar de acreditar no potencial humano e por ter me devolvido a vontade de viver plenamente.

Agradeço a minha família, pelo apoio e paciência e por terem sempre acreditado nesta realização.

Agradeço a professora doutora Denise Bomtempo Birche de Carvalho pela parceria que estabelecemos nos últimos semestres que me foi bastante proveitosa. Agradeço o desafio proposto pelo tema, que me fez sair da zona de conforto e descobrir possibilidades e agradeço de coração pela paciência e pela capacidade de compreensão com as questões humanas que perpassaram a nossa parceria.

Agradeço aos profissionais da Universidade de Brasília – UnB (professores, técnicos, assistentes sociais e demais colaboradores) que diariamente contribuem com a formação de todos os estudantes e agradeço em especial aos profissionais da Diretoria de Desenvolvimento Social – DDS.

Agradeço aos profissionais com que tive o prazer de trabalhar durante a disciplina de Estágio Supervisionado I e II, quando realizei o estágio no CRAS do Arapoangas e no Núcleo de Serviço Social – NSS do Hospital Regional de Planaltina – HRPI. Agradeço pela generosidade que todos tiveram comigo e pelas amizades que construímos.

## RESUMO

No presente estudo tratamos a questão das substâncias ilícitas como um problema de saúde pública. O surgimento do uso de substâncias remete o surgimento da própria humanidade, já a proibição do uso de determinadas substâncias em nível global é um fenômeno bem mais recente que tem seu marco inicial com a **Convenção Internacional sobre o Ópio**, registrada da pela Liga das Nações de 1912. A presente pesquisa busca responder as seguintes perguntas chaves: Quais os impactos do proibicionismo nas recomendações da ONU e da OMS e na formulação das políticas sobre drogas nos países-membros? Quais as ideias e valores que vêm provocando a perspectiva de ruptura com o paradigma proibicionista? Qual o papel da Organização Mundial da Saúde para a ruptura e/ou manutenção do paradigma proibicionista? Quais as evidências encontradas nos documentos da OMS que podem fundamentar a perspectiva de ruptura com o paradigma proibicionista, o deslocamento do problema das drogas para o campo da saúde pública e a construção de um novo paradigma? O objetivo geral desta pesquisa é buscar evidências da perspectiva de ruptura com o paradigma proibicionista por meio da análise de documentos da Organização Mundial da Saúde – OMS, entre os anos de 2001 a 2016. Os objetivos específicos são os seguintes: a) contextualizar o proibicionismo a nível global e seus principais fundamentos e desdobramentos; b) conhecer os atores mais relevantes para a perspectiva de mudanças na política internacional sobre drogas; c) Entender o papel da OMS tanto no fortalecimento do proibicionismo quanto na sua desconstrução e ainda no desenvolvimento de uma nova perspectiva para a política internacional de drogas; d) promover do debate sobre a política de drogas em nível global através da análise dos principais tratados internacionais sobre drogas, principalmente no âmbito da OMS; e) promover as abordagens alternativas pautadas nas estratégias de Redução de Danos, no respeito aos direitos humanos e no enfoque centrado nas pessoas, com base nas evidências científicas. Com relação a metodologia, a pesquisa utilizou duas abordagens: a pesquisa bibliográfica e a pesquisa documental. Quanto aos procedimentos metodológicos, foi realizado levantamento e revisão bibliográfica sobre a temática e levantamento e análises de documentos coletados em sítios na internet e em livros. As análises documentais dão especial enfoque aos documentos da Organização Mundial de Saúde, eleita como unidade de análise da pesquisa. Diante do exposto, concluímos que existe urgência no deslocamento da política global sobre as drogas ilícitas do âmbito do sistema de justiça-penal para o âmbito da saúde pública.

**Palavras chave:** substâncias ilícitas, proibicionismo, saúde pública, prevenção, tratamento, redução de danos.

## ABSTRACT

In the present study we address the issue of illicit substances as a public health problem. The emergence of the use of substances refers to the emergence of humanity itself, and the prohibition of the use of certain substances at the global level is a much more recent phenomenon that has its starting point with the International Convention on Opium, registered by the League of Nations 1912. The present research seeks to answer the following key questions: What are the impacts of prohibitionism on the recommendations of the UN and WHO and the formulation of drug policies in the member countries? What ideas and values have been causing the prospect of rupture with the prohibitionist paradigm? What is the role of the World Health Organization for the rupture and / or maintenance of the prohibitionist paradigm? What are the evidences found in WHO documents that can substantiate the perspective of rupture with the prohibitionist paradigm, the displacement of the drug problem to the field of public health and the construction of a new paradigm? The general objective of this research is to seek evidence from the perspective of rupture with the prohibitionist paradigm through the analysis of documents of the World Health Organization (WHO) between the years 2001 to 2016. The specific objectives are: a) to contextualize prohibitionism at the global level and its main foundations and developments; b) to know the most relevant actors for the perspective of changes in international drug policy; (c) To understand the role of WHO in strengthening prohibitionism and its deconstruction and in developing a new perspective for international drug policy; (d) to promote the debate on drug policy at the global level through the review of the main international drug treaties, mainly within WHO; (e) promote alternative approaches based on Harm Reduction strategies, respect for human rights and the people-centered approach, based on scientific evidence. Regarding the methodology, the research used two approaches: bibliographical research and documentary research. As for the methodological procedures, a survey and bibliographical review was carried out on the subject matter and the collection and analysis of documents collected on websites and in books. The documentary analyzes give special focus to the documents of the World Health Organization, chosen as unit of analysis of the research. In view of the above, we conclude that there is an urgent need to shift the global policy on illicit drugs from the scope of the criminal justice system to the field of public health.

**Keywords:** illicit substances, prohibition, public health, prevention, treatment, harm reduction.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CDH – Conselho de Direitos Humanos

CID-10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde. Em inglês: *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – ICD-10*

CLDD – Comissão Latino-americana sobre Drogas e Democracia.

CND – Commission on Narcotic Drugs. Em português: *Comissão de Narcóticos*

CSTF – Civil Society Task Force. Em português: *Força-Tarefa da Sociedade Civil*

EUA – Estados Unidos da América do Norte

FARC – Forças Armadas Revolucionárias da Colômbia

GCDP – Global Commission on Drug Policy. Em português: *Comissão Global de Políticas de Drogas*

IDPC – International Drug Policy Consortium. Em português: *Consórcio Internacional de Políticas de Drogas*

INHA – International Harm Reduction Association. Em português: *Associação Internacional de Redução de Danos.*

JIFE – Junta Internacional de Fiscalização de Entorpecentes. Em inglês: *International Narcotics Control Board (INCB)*

LEAP – Law Enforcement Against Prohibition. Em português: *Associação dos Agentes da Lei Contra a Proibição*

MHGAP – Programa Mundial De Ação Para Reduzir As Lacunas Em Saúde Mental

MI-GAP – Manual de Intervenções: para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica a saúde.

NU – Nações Unidas. Em espanhol: *Naciones Unidas*

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PBPD – Plataforma Brasileira de Políticas de Drogas

PNUD – United Nations Development Program. Em português: *Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento*

RD – Redução de Danos

Senad – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

TDPF – Transform Drug Policy Foundation. Em português: *Fundação para a Transformação da Política de Drogas*

UDI's – Usuários de Drogas Injetáveis

UN – United Nations. Em português: *Nações Unidas*

UNAIDS – Joint United Nations Program on HIV/AIDS. Em português: *Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS.*

UNGASS – United Nations General Assembly Special Session on Drugs. Em português: *Sessão Especial da Assembléia Geral das Nações Unidas*

UNHRC – United Nations Human Rights Council. Em português: *Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas.*

UNODC – United Nations Office on Drugs and Crime. Em português: *Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime.*

WHO – World Health Organization. Em português: *Organização Mundial de Saúde.*

## SUMÁRIO

### INTRODUÇÃO

#### **CAPÍTULO I – A hegemonia do paradigma conservador e da política proibicionista no campo das políticas sobre as drogas ditas ilícitas em nível global.**

1.1 A questão das substâncias ditas ilícitas e as políticas proibicionistas em nível global.

1.2 Influências do Proibicionismo e da Guerra às Drogas no desenvolvimento das políticas públicas nos países-membros: breve análise da evolução das legislações sobre drogas ilícitas no Brasil.

#### **CAPÍTULO II – Paradigma conservador presente nos posicionamentos e documentos sobre a política internacional de drogas ilícitas na ONU e na OMS.**

1.1 Organização das Nações Unidas (ONU): Escalada proibicionista nos tratados internacionais.

1.2 Organização Mundial da Saúde (OMS) e a política sobre drogas ilícitas.

1.2.1 O paradigma conservador e proibicionista presente nas publicações da OMS e evidências do modelo moral/criminal e de doença.

#### **CAPÍTULO III – Aparente transição do paradigma dominante sobre as políticas de drogas e contribuições para a construção de um novo paradigma no âmbito da ONU e da OMS.**

1.1 Atores que contribuem para a promoção de novas perspectivas no debate global das políticas sobre drogas ilícitas no âmbito do sistema ONU.

#### **CAPÍTULO IV – Novos paradigmas na perspectiva da política internacional de drogas: Abordagens alternativas em prevenção e tratamento a luz da Redução de Danos.**

1.1 Redução de Danos: conceito e breve histórico

1.2 Evidências da presença da perspectiva progressista e das estratégias de Redução de Danos nas publicações da OMS

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

### REFERÊNCIAS

## INTRODUÇÃO

No presente estudo, o *uso prejudicial*<sup>1</sup> de drogas é encarado como um problema de saúde pública e como uma das *expressões da questão social*<sup>2</sup>, uma vez que seus desdobramentos recaem, sobretudo sobre as classes subalternizadas da população em um contexto de pleno desenvolvimento da sociedade capitalista.

Esta perspectiva, no entanto, é um contraponto ao paradigma dominante acerca da política sobre drogas ilícitas em nível global, que vem situando-a com centralidade no âmbito da justiça penal. O “problema das drogas” é internacionalmente combatido através de abordagens fragmentadas que focam seus esforços na proibição, tipificação e na criminalização de todos os processos e de todos os atores que se relacionam de alguma forma com o mercado das drogas ilícitas.

A abordagem proibicionista foi fundamentada, fortalecida e expandida pelos tratados internacionais de drogas gestados pelas convenções da Organização das Nações Unidas – ONU e por uma gama de documentos produzidos por diversas entidades que compõem o seu sistema. Entre estas entidades esta a agência especializada Organização Mundial da Saúde – OMS, que é a unidade de análise deste estudo.

Neste sentido, a pesquisa busca responder as seguintes questões chaves: Quais os impactos do proibicionismo nas recomendações da ONU e da OMS e na formulação das políticas sobre drogas nos países-membros? Quais as ideias e valores que vêm provocando a perspectiva de ruptura com o paradigma proibicionista? Qual o papel da Organização Mundial da Saúde para a ruptura e/ou manutenção do paradigma proibicionista? Quais as evidências encontradas nos documentos da OMS que podem fundamentar a perspectiva de ruptura com o paradigma proibicionista, o deslocamento

---

<sup>1</sup> **Uso prejudicial:** Será feito o esforço de tentar substituir o termo *abuso de drogas* por *uso prejudicial*, para manter a coerência com um dos objetivos específicos deste estudo que é promover alternativas ao modelo que trata os consumidores de substâncias ilícitas de forma estigmatizante. A proposta de substituição deste termo teve inspiração em Marlatt (1999) que aos expor as premissas da Redução de Danos problematiza o uso de determinados termos. *Por exemplo, deixa-se de falar de “abuso de drogas” para falar de “uso prejudicial de drogas”, ou de dizer que alguém abusa de drogas para chama-lo de consumidor que sofre consequências nocivas ou favoráveis.* (MARLATT, 2009, p.52).

<sup>2</sup> **Expressões da questão social:** No Serviço Social existe uma vasta literatura sobre Questão Social e Expressões da Questão, que são o objeto de reflexão e intervenção do trabalho do Assistente Social. Para este trabalho usaremos a definição de Iamamoto para Expressões da Questão Social: “conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura” (IAMAMOTO, 1999, p.7).

do problema das drogas para o campo da saúde pública e a construção de um novo paradigma?

A hipótese que é levantada sugere que a partir dos anos 2000 será possível encontrar na revisão bibliográfica e na análise documental evidências da desconstrução do paradigma proibicionista em paralelo a construção de uma nova perspectiva para a política sobre drogas em nível global e o deslocamento das abordagens do âmbito da justiça penal para o âmbito da saúde pública, com a adoção de intervenções alternativas e pragmáticas, pautadas no respeito aos direitos humanos, nas evidências científicas e na Redução de Danos – RD.

Diante dos questionamentos apresentados, o objetivo geral deste trabalho é *buscar evidências da perspectiva de ruptura com o paradigma proibicionista por meio da análise de documentos da Organização Mundial da Saúde – OMS, entre os anos de 2001 a 2016.*

Para dar cabo do objetivo geral, cinco objetivos específicos foram elencados: **1)** contextualizar o proibicionismo a nível global e seus principais fundamentos e desdobramentos; **2)** conhecer os atores mais relevantes para a perspectiva de mudanças na política internacional sobre drogas; **3)** Entender o papel da OMS tanto no fortalecimento do proibicionismo quanto na sua desconstrução e ainda no desenvolvimento de uma nova perspectiva para a política internacional de drogas; **4)** promover o debate sobre a política de drogas em nível global através da análise dos principais tratados internacionais sobre drogas, principalmente no âmbito da OMS; **5)** promover as abordagens alternativas pautadas nas estratégias de Redução de Danos, no respeito aos direitos humanos e no enfoque centrado nas pessoas, com base nas evidências científicas.

O interesse pelo tema me foi despertado por três razões: primeiro pela sugestão da minha orientadora de Trabalho de Conclusão de Curso – TCC, Professora Doutora Denise Bomtempo Birche de Carvalho que me apresentou este fascinante campo de pesquisa, a partir de seu Projeto de Pesquisa do CNPq intitulado *“Influência dos organismos internacionais nas políticas sobre drogas”*, com especial atenção para a promoção das abordagens pautadas na Redução de Danos, segundo pela possibilidade de atuação do assistente social no campo da política de drogas na área da saúde e da promoção social e em terceiro lugar encarei o tema proposto como uma oportunidade de

poder compreender e sistematizar minha experiência pessoal com o uso prejudicial das substâncias ilícitas e com os sistemas de justiça penal e de saúde pública.

Para haver a possibilidade de indicar o surgimento de uma nova perspectiva, primeiro remontamos as raízes históricas do proibicionismo que norteou a política global sobre drogas por mais de um século, analisamos como as legislações nacionais de alguns países sofreram as influências dos tratados internacionais que pautam o proibicionismo, conhecemos alguns aspectos e alguns desdobramentos do proibicionismo na sociedade de modo geral e na saúde pública de modo específico. Para tal, usamos as sistematizações de Marllat (1999), Rodrigues (2006), Fiore (2009), Karam (2010) e Silva (2013).

Em seguida passamos para uma breve apresentação dos atores que contribuem para a perspectiva de mudança nas políticas sobre drogas no âmbito global e para a análise dos principais tratados internacionais sobre drogas. Também foram analisados relatórios, guias e cartilhas publicados pela OMS ou que tiveram sua colaboração entre os anos de 2001 e 2016, no intuito de aferir se realmente esta havendo uma ruptura com o paradigma dominante no que diz respeito à política internacional sobre drogas no âmbito da saúde pública.

A pesquisa foi realizada em fontes bibliográficas e documentais. As fontes bibliográficas contribuíram para a aproximação com o objeto e com a fundamentação teórica da pesquisa. Os autores elencados dialogam de forma complementar, não havendo debate antagônico entre eles.

Já as fontes documentais serviram para responder os questionamentos da pesquisa e evidenciar a existência da perspectiva de mudança na política sobre as drogas ilícitas em nível global. Foram consultados vinte e dois documentos do sistema ONU, sendo que destes quinze foram publicados, ratificados ou contaram com a contribuição da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Ao analisar os documentos da OMS sobre a política de drogas no âmbito da saúde pública o estudo busca aferir se houve evoluções nos conceitos, nos pressupostos, nas concepções, nas perspectivas e nas práticas construídas e disseminadas globalmente.

Os documentos da Organização Mundial da Saúde analisados correspondem ao período de 2001 a 2016. Foram encontrados e analisados especificamente

documentos relacionados às palavras-temas como drogas ilícitas, redução de danos, prevenção e tratamento. Os anos dos documentos são 2001, 2004, 2008, 2009, 2010, 2014 e 2016. Os documentos da ONU e OMS foram coletados em páginas dos seus sítios oficiais na internet e estão nos idiomas: inglês, português e espanhol. Neste trabalho optaremos por não traduzir as citações transcritas destes documentos para corromper ao mínimo as informações. Os anos de 2002, 2003, 2005, 2006, 2007, 2011 e 2012 não tiveram documentos analisados pela presente pesquisa, por escassez de material pertinente e/ou relevante à temática da pesquisa e também por limitações e condicionantes alheias a pesquisa.

Além dos documentos que se relacionam diretamente a unidade de análise da pesquisa (a OMS), também foram analisados documentos de variadas agências, programas e escritórios, como o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS – UNAIDS e o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime – UNODC, que também tem as drogas como tema central ou transversal de sua atuação.

Neste sentido, o estudo ficou assim organizado:

O **capítulo I**, intitulado *A hegemonia do paradigma conservador e da política proibicionista no campo das políticas sobre as drogas ditas ilícitas em nível global*, expõem os conceitos de proibicionismo de Karam (2009) e Fiore (2010) e com ajuda de Marlatt (1999), Rodrigues (2006) e Silva (2013) entendemos as origens do proibicionismo, seus fundamentos, suas premissas e seus desdobramentos na sociedade.

Ainda neste capítulo expomos a evolução das políticas e legislações sobre drogas no Brasil e neste caso, será possível evidenciar o quanto houve a influencia das políticas proibicionistas neste processo. O caso brasileiro foi escolhido não apenas por se tratar de uma realidade próxima, mas também pelo fato de o Brasil ser um membro-fundador da ONU e país signatário de todas as convenções sobre drogas. O Brasil, é bastante citado nos documentos da ONU e da OMS quando o assunto é drogas, às vezes é citado por ter adotado medidas de fiscalização e controle aos mercados de drogas ilícitas e noutros momentos é reconhecido como país engajado na Redução de Danos.

O **capítulo II** chama-se *Paradigma conservador sobre a política internacional de drogas na ONU e na OMS*. Neste capítulo a ONU e a OMS são apresentadas como organismos internacionais que produzem e disseminam as políticas

sobre drogas a partir de suas recomendações aos países-membros. Alguns documentos são expostos na tentativa de ilustrar a presença do paradigma conservador e proibicionista como os relatórios das Convenções de 1961, 1971 e 1988 e das UNGASS de 1990, 2008 e 2016 da ONU.

Em seguida partimos para a análise das publicações da unidade de análise deste estudo: a Organização Mundial de Saúde – OMS, em busca de expor como o paradigma conservador e proibicionista ultrapassa o sistema de justiça penal e invade a política de saúde pública. Refletiremos também sobre a atuação da OMS no debate e na implementação das políticas sobre drogas no campo da saúde pública a luz do paradigma conservador e abordaremos o notório reconhecimento que a OMS detém quando o tema é drogas ilícitas.

Neste sentido, foi possível situar a OMS e suas recomendações no *modelo moral/criminal e de doença*, conceito elaborado por Marllat (1999) e que será melhor apresentado neste capítulo. Neste modelo o uso de drogas é um crime, geralmente associado à prática de outros crimes e também é uma doença biológica que pode e deve ser tratada e curada a partir da abstinência.

O **capítulo III** apresenta os germes de uma nova perspectiva no horizonte da política sobre as drogas ilícitas em nível global. Sob o título *Aparente transição do paradigma dominante sobre as políticas de drogas e contribuições para a construção de um novo paradigma no âmbito da ONU e da OMS*, este estudo apresenta alguns importantes aspectos que indicam que esta mudança está em curso. Dentre os atores que contribuem para a manutenção do acalorado e polarizado debate, foi possível destacar: a) Países-membros; b) Entidades do sistema ONU; e c) Sociedade civil organizada. Neste capítulo estes atores e seus anseios serão expostos, como forma de entender que as mudanças na política de drogas são processuais decorrem e precisam de engajamento e posicionamento da sociedade.

Já no **capítulo IV** sob o título de *Novos paradigmas na perspectiva da política internacional de drogas: estratégias alternativas em prevenção e tratamento a luz da Redução de Danos*, apontaremos algumas evidências que indicam a existência de uma nova perspectiva referente à política sobre drogas nas publicações da OMS.

Neste capítulo apresentamos alguns conceitos e premissas da Redução de Danos como estratégia de saúde pública no campo das drogas ilícitas e no enfrentamento do uso prejudicial das substâncias, para tal usamos as elucubrações de Marllat (1999) e Carvalho, Rochet e Paulino (2009). Na sequência, analisamos as publicações da OMS em busca de indícios da nova perspectiva que visa a mudança na política de drogas em nível de global.

Foram analisados publicações e documentos variados da OMS entre os anos de 2001 e 2016 que demonstram a existência de um novo paradigma para a política sobre drogas ilícitas em nível global. Este novo paradigma desloca a política sobre drogas ilícitas do âmbito da justiça penal para o âmbito da saúde pública e neste sentido, evidenciamos o reconhecimento da falência do proibicionismo e da eficácia das abordagens alternativas e da Redução de Danos.

O novo paradigma ainda em construção é pragmático, pois reconhece que não teremos um mundo livre de drogas e é eficaz, pois atua na promoção da saúde dos consumidores reduzindo os danos e os riscos relacionados ao consumo e reconhece os *Determinantes Sociais em Saúde (DSS)*<sup>3</sup> como condicionantes para a evolução de consumo para uso prejudicial de substâncias.

---

<sup>3</sup> **Determinantes Sociais em Saúde:** Segundo definição da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde DSS “são fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco na população”. (BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 78 apud SOUZA, SILVA e SILVA 2013, p. 47).

## **CAPÍTULO I – A hegemonia do paradigma conservador e da política proibicionista no campo das políticas sobre as drogas ditas ilícitas em nível global.**

O uso de substâncias em busca de prazer é um hábito milenar, mas o uso prejudicial, seu crescimento exponencial e seus desdobramentos são fenômenos bem mais recentes e acompanham os contextos sociais, econômicos, políticos, culturais, ambientais e comportamentais de cada época, de cada momento histórico.

A questão do uso prejudicial de drogas e seus desdobramentos vêm tornando-se uma preocupação crescente para a sociedade e um complexo problema de saúde pública. O fato de grande parte das mais consumidas das substâncias estarem na ilegalidade contribui para o agravamento dos danos sociais e de saúde que afetam os consumidores das substâncias ditas ilícitas e a sociedade de modo geral. Assim, a questão do uso prejudicial das substâncias ilícitas revela-se uma expressão da questão social que tem desdobramentos em vários níveis e que demanda políticas públicas e o engajamento de profissionais com formação em diversas áreas (geralmente com atuações de equipes multiprofissionais) para uma compreensão e intervenção holística e qualificada.

Historicamente e hegemonicamente, a questão das drogas vem sendo abordada em nível global através de políticas e legislações proibicionistas e punitivas, que afetam todas as etapas que culminam no uso e no uso prejudicial das substâncias (produção, distribuição e consumo), e que focalizam suas ações especialmente no mercado (posto na ilegalidade) das drogas ditas ilícitas e seus atores. A vasta literatura sobre proibicionismo e políticas públicas sobre drogas nos revela que o uso prejudicial de drogas cresceu no mundo à medida que o proibicionismo e a criminalização avançavam. Sobre os processos históricos das drogas ditas ilícitas e da estratégia proibicionista aliada à *Guerra Mundial às Drogas*<sup>4</sup>, dialogam autores como Marlatt (1999), Rodrigues (2006), Karam (2010); Fiore (2012) e Silva (2013).

Para Karam o proibicionismo pode ser assim entendido:

...como um posicionamento ideológico, de fundo moral, que se traduz em ações políticas voltadas para a regulação de fenômenos,

---

<sup>4</sup> **Guerra Mundial as Drogas:** Assim ficou conhecida a política de drogas estadunidense, pautada no proibicionismo e disseminada globalmente a partir da década de 1970. Sobre a Guerra as Drogas Marlatt (1999) expõem dados que revelam sua ineficácia e seus impactos negativos no âmbito da saúde e da justiça penal nos Estados Unidos da América.

comportamentos ou produtos vistos como negativos, através de proibições estabelecidas notadamente com a intervenção do sistema penal – e, assim, com a criminalização de condutas através da edição de leis penais - sem deixar espaço para as escolhas individuais, para o âmbito de liberdade de cada um, ainda quando os comportamentos regulados não impliquem em um dano ou em um perigo concreto de dano para terceiros. (KARAM, 2010, p.1)

O conceito elaborado por Fiore (2012) também ajuda a entender o proibicionismo e seus desdobramentos, com destaque para a preocupação do autor com os limites que o proibicionismo impõe sob o processo de produção das ciências.

Proibicionismo é uma forma simplificada de classificar o paradigma que rege a atuação dos Estados em relação a determinado conjunto de substâncias. Seus desdobramentos, entretanto, vão muito além das convenções e legislações nacionais. O proibicionismo modulou o entendimento contemporâneo de substâncias psicoativas quando estabeleceu os limites arbitrários para usos de drogas legais/positivas e ilegais/negativas. Entre outras consequências, a própria produção científica terminou entrincheirada, na maior parte das vezes do lado “certo” da batalha, ou seja, na luta contra as drogas. O proibicionismo não esgota o fenômeno contemporâneo das drogas, mas o marca decisivamente. (FIORE, 2012, p.92/9)

Rodrigues (2006) em sua tese de doutorado intitulada *Controle penal sobre as drogas ilícitas: o impacto do proibicionismo no sistema penal e na sociedade* remonta as origens do proibicionismo e o relaciona aos processos de colonização e de expansão das Igrejas Católica e Protestante.

No entanto, com a colonização do “Novo Mundo” sob forte influência da **Igreja Católica**, a proscrição das “plantas sagradas” passou a fazer parte da imposição da cultura do descobridor-colonizador, e da afirmação do catolicismo como religião oficial, por meio da “catequese” dos índios, habitantes nativos das terras americanas. Esse aspecto da religiosidade deve ser necessariamente incluído como um dos elementos básicos para se compreender as origens da proibição das drogas no mundo moderno, especialmente porque que um dos pilares da política proibicionista veio da influência do **protestantismo** norte-americano, e de seu ideal religioso de abstinência, pregado pelas proeminentes figuras de formação religiosa que atuaram como influentes arquitetos do proibicionismo. (RODRIGUES, 2006, p.27)

Rodrigues nos lembra de que “até a Idade Média não havia proibição ao uso de drogas” (Rodrigues, 2006, p.28) e trás uma relevante informação que da conta da influência das desigualdades sociais sobre a maneira como as pessoas faziam (e ainda fazem) o uso das drogas.

...historiadores sociais identificaram dois tipos de uso social de drogas na transição entre a Baixa Idade Média e Renascimento: “nas classes baixas, um uso desesperado, famélico, escapista, e nas classes

altas, um consumo de especiarias que se confunde com a busca de remédios exóticos, cuja eficácia costuma ser medida pelo preço das substâncias empregadas na confecção das drogas.” (RODRIGUES, 2006, p.28)

Outro importante aspecto, trazido por Rodrigues (2006), para compreensão das origens e da manutenção do proibicionismo é o econômico. Algumas das drogas que hoje são ditas como ilícitas já foram responsáveis por ricos períodos de expansão do comércio internacional, como o ópio na China e a cocaína nos EUA. A decisão de proibir ou legalizar uma substância não se relaciona apenas com preocupações com a saúde pública, mas também e, sobretudo com interesses econômicos.

Assim, é possível concluir que o proibicionismo tem suas origens pautadas em aspectos *religiosos e morais, econômicos e sociais*. Estes pilares que remontam a gêneses do proibicionismo são os mesmos que o sustentam a hoje, mesmo que haja um esforço para justificar o proibicionismo por razões relacionadas à saúde e ao bem estar da humanidade. O proibicionismo, Rodrigues (2006), detém um caráter autoritário, que viola o direito a livre determinação e a autonomia, à medida que criminaliza e pune as pessoas pelo fato delas terem escolhido fazer uso de determinadas substâncias.

Autores como Rodrigues (2006), Karam (2010) e Fiore (2012), concordam que o proibicionismo conta com um forte apelo emocional que se vale de uma linguagem extremamente beligerante e amedrontadora. Karam (2010) reflete sobre conceitos como “*tráfico*”, “*narcotráfico*” e “*crime-organizado*”, que são bastante utilizados quando o assunto é drogas, mas que, como aponta a autora, não tem razão empírica alguma.

Essa linguagem emocional, assustadora, demonizadora é característica do sistema penal funcionando como um instrumento particularmente importante no exercício do poder punitivo. (KARAM, 2010, p.11-12)

O consumo e a comercialização das substâncias postas na ilegalidade é constantemente relacionado à violência de modo geral e a ocorrência dos mais variados crimes como tráfico de armas, de pessoas e até terrorismo, de modo que as políticas sobre drogas são desenvolvidas fundamentalmente com base no argumento da manutenção da segurança pública e para isso contam com grande aporte legal e financeiro, principalmente no que se refere ao fortalecimento das legislações e altos investimentos em sistemas, políticas e estratégias de fiscalização e repressão. Quanto a relação entre as substâncias ilícitas, a violência e a criminalidade, Marlatt (1999) faz importantes colocações.

Grande parte da justificativa para a atual abordagem de justiça criminal ao controle de drogas provem da ligação bem-documentada entre drogas e crimes violentos. (...) Contudo, ao discutir-se a relação entre a política de drogas e os crimes violentos, é de importância fundamental distinguir entre a violência causada pelo uso de drogas ou abuso de substâncias real (isto é, violência induzida por drogas ou violência causada pelas alterações físicas e mentais ocasionadas pelo uso de drogas ilícitas) e a violência que é subproduto dos altos interesses envolvidos no comércio de drogas ilícitas (isto é, a violência relacionada à proibição do consumo ou a violência que resulta da participação no comércio violento, porém lucrativo, de drogas sob condição de proibição). (MARLATT, 1999, p.248)

O proibicionismo também tem importantes desdobramentos no âmbito da saúde pública, onde os consumidores de drogas são negligenciados tanto pelo baixo investimento na saúde pública quanto pela adoção da abordagem conservadora onde a abstinência é a única meta. No capítulo II serão analisados os desdobramentos do proibicionismo na saúde pública e a seguir trataremos das origens do proibicionismo e da consolidação de sua hegemonia nos tratados internacionais sobre drogas.

### **1.1 A questão das substâncias ditas ilícitas e as políticas proibicionistas em nível global.**

Segundo Karam, as primeiras ações proibicionistas a nível global tiveram início no século XX, com destaque para a **Convenção Internacional sobre o Ópio**, registrada pela Liga das Nações, em Haia em 23 de janeiro de 1912, onde o artigo 20 recomendava aos países signatários que proibissem não apenas o ópio, mas também a morfina e a cocaína. Para Rodrigues (2006) “a assinatura do Convênio de Haia de 1912 marcou o início do controle penal internacional de drogas.” Em 1925 é realizada uma nova **Convenção do Ópio**, que na visão de Rodrigues (2006) fortaleceu o proibicionismo global.

...significou um grande passo à frente no controle das drogas narcóticas, ao determinar aos governos nacionais a submissão de estatísticas anuais sobre a produção, consumo e fabrico de drogas à recém criada Permanent Central Opium Board, implementando-se, assim, o primeiro sistema de monitoramento de drogas a nível internacional. (RODRIGUES, 2010, p.39)

Em 1931 a **Convenção de Genebra** teve por objetivo a *limitação da fabricação e regulação da distribuição de drogas narcóticas*. As convenções promovidas pela Liga das Nações<sup>5</sup> (1912, 1925 e 1931) certamente inauguraram o

---

<sup>5</sup> **Liga das Nações** ou **Sociedade das Nações**: era o nome de uma organização internacional criada em 1919 e autodissolvida em 1946, e que tinha como objetivo reunir todas as nações da Terra e, através da mediação e arbitragem entre as mesmas em uma organização, manter a paz e a ordem no mundo inteiro,

proibicionismo global as drogas, mas ainda não criminalizariam seu uso de fato, segundo Karam (2010) isso só aconteceria com as convenções da Organização das Nações Unidas – ONU.

Com a ONU as proibições foram reforçadas e uso das substâncias tornadas ilícitas passou a ser sistematicamente associado à prática de crimes e vice-versa. Karam (2010) e Fiore (2012) apontam as três convenções da ONU em que o proibicionismo é explicitamente expresso. As convenções da ONU de 1961, 1971 e 1988 promoveram uma verdadeira escalada proibicionista com alvo na produção, comércio e consumo das drogas ditas ilícitas. As convenções da ONU serão mais bem analisadas no capítulo II que trata da presença do pensamento conservador nos tratados e nas políticas internacionais sobre droga.

Todas as convenções da ONU definiram como objetivo a extinção das drogas ilícitas e todas tiveram que postergar seus objetivos. A Convenção de 1988 chegou a prever um mundo livre de drogas em dez anos. As convenções da ONU serviriam e ainda servem de fundamento político e legal para a elaboração das legislações e das políticas públicas sobre drogas ilícitas na maioria dos países-membros que passaram a serem centradas no proibicionismo criminalizador, com ênfase no sistema de justiça penal, na segurança pública, na repressão à circulação das drogas ditas ilícitas, na punição aos usuários/consumidores e na incúria aos dependentes das substâncias ditas ilícitas. A principal estratégia de enfrentamento ao uso prejudicial de drogas ilícitas adotada em nível global é absolutamente centrada no mercado. A redução da demanda e da oferta e a vinculação do uso de drogas à prática de crimes de todo tipo são retóricas constates e estratégicas, com ênfase no monitoramento e repressão em todos os processos e sob todos os atores.

As convenções proibicionistas da ONU desfrutam de ampla adesão dos países-membros. Karam (2010), trás como exemplo a Convenção Única de Entorpecentes de 1961 que foi ratificada por 180 dos 191 países-membros (KARAM, 2010, p.12). Alguns países adotaram inclusive a pena de morte para crimes relacionados à produção e comercialização das drogas ditas ilícitas, entre eles, a China, o Vietnã, Singapura, Irã, Indonésia, Malásia, Arábia Saudita (KARAM, 2010, p.11).

---

evitando assim conflitos desastrosos como o da guerra que recentemente devastara a Europa. Fonte: <http://www.infoescola.com/historia/liga-das-nacoes/>.

No final do ano 2000, 34 países previam a pena de morte para crimes relacionados às drogas tornadas ilícitas. (KARAM, 2010, p.11)

Karam (2010) aponta e justifica três graves consequências do proibicionismo criminalizador para as nações que o adotaram:

**1) Risco a democracia:** o proibicionismo representa riscos para os Estados democráticos à medida que fomentam e fortalecem seus sistemas judiciais e penais e acabam criando *Estados policiais*<sup>6</sup> e totalitários em seu interior, muitas vezes ignorando os direitos humanos, o direito a ampla defesa e os direitos ao acesso aos serviços de saúde, sobretudo das camadas mais subalternizadas da população.

**2) Risco a saúde pública:** a saúde pública vem servindo de fundamento para adoção do proibicionismo quando na verdade é ampla e negativamente afetada por ele, uma vez que o proibicionismo oculta as reais consequências do uso e do uso prejudicial das substâncias. Segundo a autora, o proibicionismo afeta a saúde pública das seguintes formas:

...impede um controle de qualidade das substâncias entregues ao consumo, impõe obstáculos a seu uso medicinal, dificulta a informação e a assistência, cria a necessidade de aproveitamento de circunstâncias que permitam um consumo que não seja descoberto, incentivando o consumo descuidado ou anti-higiênico propagador de doenças como a AIDS e a hepatite. (KARAM, 2010, p.27)

A respeito das consequências do proibicionismo sobre a saúde pública Rodrigues (2006) questiona os parâmetros usados para caracterizar as substâncias como lícitas ou ilícitas e o modelo de saúde sanitaria que preconiza a abstinência e a redução da demanda e não considera outras possibilidades.

O controle penal atual sobre as drogas tem por base a proibição do uso e da venda de substâncias rotuladas como “ilícitas”, por meio de um discurso de proteção da saúde pública e de intensificação da punição. Porém, essa distinção entre drogas lícitas e ilícitas deu-se por conveniência política, sem que houvesse conclusões médicas definitivas quanto à graduação e à avaliação concreta dos riscos de cada substância a ser controlada, ou mesmo sem que se tivesse proposto ou experimentado nenhum outro modelo intermediário, ou menos repressivo. (RODRIGUES, 2006, p.46)

---

<sup>6</sup> **Estado policial ou Estado Penal:** Conceito de Estado penal foi cunhado por Loïc Wacquant, sociólogo francês radicado nos EUA, que estuda a segregação racial, a pobreza, a violência urbana, a desproteção social e a criminalização na França e nos Estados Unidos da América no contexto do neoliberalismo. As principais obras de Wacquant sobre a temática são: *Do Estado Providência ao Estado Penal* (1998), *As prisões da miséria* (1999), *As duas faces do gueto* (2008), *Punir os pobres: o governo neoliberal de Insegurança Social* (2009).

Mais adiante, no capítulo II abordaremos as influências do proibicionismo na formulação das políticas de saúde que são pensados pela ONU e pela OMS, recomendadas e na maioria das vezes implementadas pelos países-membros.

**3) Criação e fomento da violência:** o controle dos índices de violência é frequentemente relacionado ao controle das drogas e também serve de forte argumento para a manutenção e expansão do proibicionismo, quando na verdade a violência é inaugurada pela drástica e quase sempre desproporcional intervenção do sistema de justiça penal sob o mercado ilegal de drogas e seus atores.

Não são as drogas que provocam violência. A violência só acompanha as atividades econômicas de produção e distribuição das drogas qualificadas de ilícitas porque o mercado é ilegal. (KARAM, 2010, p.27)

No item seguinte veremos como os tratados internacionais da ONU e a Guerra às Drogas influenciaram no desenvolvimento das políticas públicas no Brasil, a partir de uma breve análise da evolução da legislação nacional sobre drogas e de seus desdobramentos sob a sociedade e, sobretudo sobre os mais pobres que são estigmatizados tanto pela política de segurança pública quanto pela política de saúde pública.

### **1.2 Influências do Proibicionismo e da Guerra às Drogas no desenvolvimento das políticas públicas nos países-membros: breve análise da evolução das legislações sobre drogas no Brasil.**

No Brasil, o proibicionismo tem início com a Consolidação das Leis Penais no ano de 1932, que criminalizou as condutas relacionadas à produção, comercialização e consumo das substâncias ditas ilícitas e trouxe a substituição da expressão “substâncias venenosas” por “substâncias entorpecentes”. Na década de 70 com inspiração na Guerra Mundial às Drogas deflagrada pelos EUA, o destaque é a Lei 6.368/1976 que criminalizou o usuário das “substâncias entorpecentes” em seu artigo 16.

Art. 16. Adquirir, guardar ou trazer consigo, para o uso próprio, substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar: Pena - Detenção, de 6 (seis) meses a 2 (dois) anos, e pagamento de (vinte) a 50 (cinquenta) dias-multa.

O proibicionismo e a versão brasileira da Guerra às Drogas tiveram outro importante marco em 1998 com a criação da Secretaria Nacional Antidrogas – Senad (Karam, 2010, p.6), órgão executivo do Conselho Nacional Antidrogas – CNA, ambos os órgãos dirigidos por militares (Karam, 2010, p.6). A militarização e o beligeríssimo são fortes características do proibicionismo.

Em 2006 entrou em vigor a Lei 11.343 que revogou as leis anteriores, manteve e ampliou o proibicionismo e ainda abriu caminho para uma série de violações dos direitos humanos, como aponta o estudo de Karam (2010). A lei brasileira segue fielmente as recomendações proibicionistas e criminalizadoras das convenções da ONU, assim como seguiu as determinações da guerra às drogas dos EUA. Algumas das violações (no âmbito da justiça penal) impostas pelas convenções internacionais que estão presentes na lei brasileira, segundo Karam: aumento das penas; criminalização antecipada; criminalização do fornecimento gratuito; aplicação e execução da pena privativa de liberdade indiscriminadamente; aplicação da pena de multa de forma diferenciada; negação da liberdade provisória; restrições a recursos contra penas condenatórias; meios invasivos de busca de prova; diligências policiais durante o processo; criminalização da posse para uso pessoal, entre outras.

A lei 11.343, também conhecida como Lei de Drogas, afastou a possibilidade de pena de prisão por consumo pessoal, mas é imprecisa e na prática o porte para consumo continua sendo crime. A lei diferencia o usuário/consumidor do traficante, mas não determina as quantidades de droga que qualificariam cada um. De modo que os usuários/consumidores de drogas ilícitas ao passarem por uma abordagem policial encaram uma verdadeira loteria, onde a sorte é o fator mais determinante. Esta também é a conclusão da Comissão Latino-Americana sobre Drogas e Democracia (2009).

O problema colocado pela despenalização do consumo, mantendo sua criminalização, é que ela ainda outorga à autoridade policial um alto poder discricionário. Em países onde a corrupção da força policial é endêmica, a criminalização pode ser utilizada para chantagear o usuário de drogas, prática comum em países da América Latina. (CLDD, 2009, p. 31)

Os consumidores de drogas afetados por estas legislações e políticas proibicionistas são criminalizados, marginalizados e boa parte das vezes, encarcerados pelo sistema penal ou por internações que fazem parte legalmente das metodologias de tratamentos para a chamada dependência de drogas em diversos países, como o Brasil.

Em 2016 a Lei de Drogas completou dez anos e durante sua primeira década gerou um crescimento vertiginoso no número de prisões por tráfico de drogas, como revela a manchete da matéria on-line:

Com a Lei de Drogas, presos por tráfico passam de 31 mil para 138 mil no país. Tráfico é o crime que mais encarcera; aumento foi de 339% desde lei de 2006. Para especialistas, aplicação é falha e teve efeito perverso sobre usuários. (D'AGOSTINO, 2015)<sup>7</sup>.

As legislações e políticas sobre drogas nos países-membros, em especial na América Latina, inspiradas pelas sucessivas convenções proibicionistas da ONU penalizam, sobretudo as classes mais subalternas e estigmatizadas da sociedade. Alguns dados são apresentados por Fiore (2012).

No Brasil, entre os cerca de 513 mil presos, estima-se que 106 mil respondam por crimes relacionados às drogas. E a tendência atual é que os crimes relacionados às drogas respondam por mais encarceramentos, na medida em que seu crescimento em proporção total de detidos cresceu, entre 2006 e 2010, 62%, contra 8,5% de outros crimes. (FIORE, 2012, p. 92/15)

O golpe do martelo do proibicionismo é mais forte sobre determinado perfil: jovens, negros, pobres, com baixa escolaridade, moradores das periferias, que na maioria das vezes convivem com violações de direitos básicos desde a ascendência. Raça e classe são categorias determinantes na execução da legislação proibicionista no Brasil.

As políticas de encarceramento que inflam tão rapidamente todos esses números atingem uma parcela da população com perfil bem específico: **mais de 60% dos detentos são pretos ou pardos, 74% têm menos de 35 anos e 70% não superaram o Ensino Fundamental.** O padrão se repete entre os homens e as mulheres. (Portal Conectas, 2014)<sup>8</sup>

Segundo Fiore (2012) a atuação do Estado com suas polícias concentra-se na repressão do comércio varejista de drogas, geralmente movimentado por pessoas que vivem em condições de vulnerabilidades múltiplas e que são constantemente expostas

---

<sup>7</sup> Cf. D'agostino, Rosane. "Com Lei de Drogas, presos por tráfico passam de 31 mil para 138 mil no país". G1, 2015. Disponível em: <http://g1.globo.com/politica/noticia/2015/06/com-lei-de-drogas-presos-por-trafico-passam-de-31-mil-para-138-mil-no-pais.html>.

<sup>8</sup> Cf. Portal Conectas – Direitos Humanos. "Mapa das prisões - Novos dados do Ministério da Justiça retratam sistema falido". 2014. <http://www.conectas.org/>. <http://www.conectas.org/pt/noticia/25378-mapa-das-prisoas>. Acesso em abril de 2017.

como traficantes, enquanto que as grandes quantidades de drogas e os seus verdadeiros negociadores permanecem no anonimato, é o que observa Fiore (2012).

E a atuação das polícias se concentra normalmente em cima do mercado varejista, o mais exposto e ocupado pelos que menos lucro têm com esse comércio. Os bilhões que o tráfico movimenta, no entanto, continuam circulando pelos mercados com maneiras diversas de tornar o dinheiro legal. Ano após ano, medidas de inteligência no combate à lavagem desse capital são anunciadas, mas seu impacto no tráfico é pífio. (FIORE, 2012, p. 92/15)

A legislação brasileira a respeito das substâncias ditas ilícitas, inspirada nas convenções da ONU e nas recomendações das entidades que compõem seu sistema e ainda sob forte influência da Guerra Mundial as Drogas inventada e disseminada pelos EUA, repercute negativamente sob as condições de vida e saúde da população, sobretudo dos jovens, negros e pobres que são o alvo mais específico das abordagens policiais e do encarceramento massivo por crimes relacionados às drogas. Neste contexto, as relações estabelecidas entre as pessoas e as substâncias tornam-se então complexas e multifacetadas e passam a evidenciar as lacunas do sistema capitalista e sua incapacidade de prover as necessidades humanas com dignidade. O uso prejudicial de drogas é apenas uma faceta do processo de adoecimento a que estamos submetidos na sociedade capitalista, diante de uma existência cada vez mais imprevisível e insegura.

A seguir, a exposição da presença do pensamento conservador e do proibicionismo nos documentos e nas recomendações da ONU e da OMS a respeito das políticas sobre as drogas ilícitas, que influenciam na elaboração das legislações nacionais e das políticas de saúde pública dos países-membros.

## **CAPÍTULO II – Paradigma conservador presente nos posicionamentos e documentos sobre a política internacional de drogas na ONU e na OMS.**

### **1.1 Organização das Nações Unidas (ONU): Escalada proibicionista nos tratados internacionais.**

A Organização das Nações Unidas – ONU<sup>9</sup> foi criada em 24 de outubro de 1945, na cidade de São Francisco, nos EUA e tem sua sede em Nova York, também nos EUA. A ONU foi criada para substituir a Liga das Nações ou Sociedade das Nações. Na ocasião de sua criação já contava com a adesão de 51 países (entre eles o Brasil), reconhecidos como membros fundadores e atualmente (2017) conta com 193 países-membros.

Para Rodrigues (2006) a ONU é responsável pela elaboração, defesa e manutenção dos principais tratados internacionais que dão amparo ao fundamento político do proibicionismo. O conservadorismo da ONU sobre a temática da política sobre drogas foi demonstrado nas suas convenções de 1961, 1971 e 1988, onde todo o processo de circulação e consumo das drogas foi criminalizado.

As convenções da ONU colocaram as drogas como inimigo número um da sociedade e do Estado e vice-versa, mas centraram todos os esforços de enfrentamento ao avanço das drogas no mundo no âmbito do mercado (produção, comercialização e consumo). Rodrigues (2006) e Karam (2010) concordam que as ações proibicionistas em nível global foram desenvolvidas, disseminadas e impostas pela ONU aos países-membros por meio de suas sucessivas convenções.

O modelo proibicionista de controle de drogas opõe-se aos demais modelos alternativos por seu fundamento jurídico-moral, unido ao sanitário-social, e constitui hoje o modelo internacional imposto a todos os países pelas Nações Unidas por meio de tratados internacionais vinculantes, que sujeitam os países não aderentes a sanções internacionais econômicas. (RODRIGUES, 2006, p.45)

Passaremos agora a analisar alguns dos aspectos mais relevantes para evidenciar o paradigma, que é conservador e pouco pragmático tanto para a garantia da segurança pública quanto para a promoção da saúde pública e que se fazem presentes nas convenções da ONU.

---

<sup>9</sup> **Organização das Nações Unidas – ONU:** Em inglês: *United Nations – UN*.

**1961** – A Convenção Única sobre Entorpecentes de 1961 implantou o paradigma proibicionista no seu formato atual (Fiore, 2012, p.9) e afirmou em seu preâmbulo que as drogas são “*um perigo econômico e social para a humanidade*” e trouxe ainda quatro anexos, listando as substâncias ditas ilícitas e criminalizando os atos preparatórios em que dezoito condutas foram apresentadas como criminosas, inclusive a posse, a saber:

...cultivo e a produção, fabricação, extração, preparo, posse, ofertas em geral, ofertas de venda, distribuição, compra, venda, entrega de qualquer espécie, corretagem, expedição, expedição em trânsito, transporte, importação e exportação de entorpecentes... (KARAM, 2010, p.3)

Estas diretivas forjam o estilo tipificador, que se tornou uma tendência e uma característica nas legislações proibicionistas influenciadas pela Convenção Única sobre Entorpecentes e pelas demais convenções. Destacamos o trecho da Convenção Única de 1961 que estimula os países-membros a adotarem medidas de repressão e a penalização com supressão de liberdade.

A reserva de lo dispuesto por su Constitución, cada una de las Partes se obliga a adoptar las medidas necesarias para que el cultivo y la producción, fabricación, extracción, preparación, posesión, ofertas en general, ofertas de venta, distribución, compra, venta, despacho de cualquier concepto, corretaje, expedición, expedición em tránsito, transporte, importación y exportación de estupefacientes, no conformes a las disposiciones de esta Convención o cuales quiera otros actos que em opinión de la Parte puedan efectuar seenin fracción de las disposiciones de la presente Convención, se consideren como delitos si se cometen intencionalmente y que los delitos graves sean castigados en forma adecuada, especialmente con penas de prisión u otras penas de privación de libertad. (NU, 1961, p.18)

A Convenção de Única de 1961 “promoveu a universalidade do sistema, tornou-se a nova base do regime internacional de controle” (SILVA, 2013, p. 108) e definiu o modelo que permanece vigente, onde a maioria dos países-membros comprometeu-se em lutar contra o “*flagelo das drogas*” (FIORE, 2012, p.9-10/91).

...a Convenção da ONU (1961) obriga os Estados a aplicar duras sanções penais aos produtores e vendedores dessas drogas, classificados, então, como traficantes. Para seus consumidores, as Convenções pregaram, inicialmente, a dissuasão via legislação penal. (FIORE, 2012, p.11/92)

**1971** – A Convenção Sobre Substâncias Psicotrópicas de 1971 reforça e repete a criminalização das condutas relacionadas à produção, comercialização e consumo da Convenção de 1961. Destacamos o artigo 6 do documento final, que sugere

aos países-membros a criação de instrumentos específicos para o controle do avanço das drogas.

Es deseable que, para los efectos de la aplicación de las disposiciones del presente Convenio, cada una de las Partes establezca y mantenga una administración especial, que podría convenir fuese la misma que la administración especial establecida en virtud de las disposiciones de las convenciones para la fiscalización de los estupefacientes, o que actúe en estrecha colaboración con ella. (NU, 1971, p.8)

**1988** – A Convenção das Nações Unidas Contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas de 1988 é realizada sob forte influência da Guerra Mundial as Drogas. Esta estratégia ultra-proibicionista foi adotada pelos Estados Unidos da América do Norte - EUA, declarada pelo presidente Richard Nixon nos anos 70 e disseminada globalmente na década seguinte. Esta convenção representa a explicitação máxima e inquestionável do proibicionismo.

A ênfase na repressão já se faz sentir em seu título – não mais, como os diplomas precedentes, “**sobre** entorpecentes” ou “**sobre** substâncias psicotrópicas”, mas, agora, “**contra** o tráfico ilícito de entorpecentes e substâncias psicotrópicas”... (KARAM, 2010, p.10)

No texto do documento final da Convenção de 1988 também fica evidente a ênfase no mercado das drogas ditas ilícitas, o chamado tráfico que representa “uma séria ameaça para a saúde e o bem-estar dos seres humanos e mina as bases econômicas, culturais e políticas da sociedade” (N.U, 1988, p.1). No texto final da Convenção de 1988 a ONU recomenda aos países-membros que elaborem medidas no sentido de punir também os usuários de drogas.

...cada una de las Partes adoptará las medidas que sean necesarias para tipificar como delitos penales conforme a su derecho interno, cuando se cometan intencionalmente, la posesión, la adquisición o el cultivo de estupefacientes o sustancias sicotrópicas para el consumo personal. (NU, 1988, p.4)

A Convenção de 1988 viria para preencher as lacunas das convenções anteriores no que diz respeito à fiscalização, repressão, punição e criminalização de condutas relacionadas às drogas ditas ilícitas que até então passavam despercebidas, como o controle e a fiscalização dos chamados percussores (substâncias que isoladas não são proibidas, mas que servem de base para a criação de outras substâncias proibidas), que desde então se tornaram uma fixação nos tratados internacionais sobre drogas no âmbito da ONU.

...além da incriminação do tráfico e do uso de entorpecentes, determinou a previsão legal da proibição e apreensão de equipamentos e materiais destinados a uso na produção de estupefacientes e substâncias psicotrópicas; a criminalização da incitação pública do uso e consumo de entorpecentes; a punição da participação no crime de tráfico; a associação, tentativa, cumplicidade e assistência visando a prática deste tipo de delito. Além disso, para o delito de tráfico de entorpecentes foram recomendados, além da pena de prisão, o confisco de bens. (RODRIGUES, 2006, p.42)

Rodrigues (2006) lembra que o proibicionismo trás consequências mais cruéis a determinados países e povos, como os que fazem o uso milenar de determinadas substâncias, em cunho religioso ou cultural, caso dos bolivianos que mascam as folhas de coca para suportar a fome, o frio e a altitude. Essa observação também é feita pela Comissão Latino-America sobre Drogas e Democracia (2009).

As Convenções internacionais desconhecem formas ancestrais de utilização da coca, criminalizando culturas e povos. Em muitos países, as penalidades são desproporcionais, causando o encarceramento massivo e, em alguns países, execuções. (CLDD, 2009, p.20)

Além das convenções proibicionistas, a ONU dedicou por três vezes a “*Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas*” – UNGASS<sup>10</sup>[8], a temática das drogas, nos anos de 1990, 2008 e 2016.

A primeira UNGASS dedicada às políticas sobre drogas aconteceu no 17º período extraordinário de sessões entre os dias 20 e 23 de fevereiro de 1990 com o tema *Uso indevido de drogas*. Nesta UNGASS a ONU buscou desenvolver um sistema unificado de política contra as drogas e em muitas de suas resoluções convocou os estados-membros a intensificação da cooperação internacional.

La comunidad internacional enfrenta lós graves problemas del uso indevido de drogas, del cultivo, la producción, el procesamiento, la distribución y el procesamiento, la distribución y el tráfico ilícitos de estupefacientes y sustancias sicotrópicas, de la falta de control eficaces de las sustancias químicas esenciales y de falta de control de los beneficios económicos del narcotráfico. Los Estados no están em condiciones de combatir este flagelo por si solos. Por lo tanto, son necesarias la solidaridad internacional y una acción concertada, colectiva y simultânea por parte de la comunidad internacional. (NU, 1990, p.7)

Já em 1998 a UNGASS voltaria ao debate a respeito da política sobre drogas no 20º período extraordinário de sessões de 1998, que aconteceu entre os dias 8 e 10 de junho, com o tema *O problema mundial das drogas*. Abaixo a reprodução do

---

<sup>10</sup> UNGASS: Em inglês: *UN General Assembly Special Session on Drugs*.

trecho épico da Declaração Política que estabelece a data para a superação do problema das drogas.

...decide to establish the year 2008 as a target date for States, with a view to eliminating or reducing significantly the illicit manufacture, marketing and trafficking of psychotropic substances, including synthetic drugs, and the diversion of precursors. (UN, 1998, p.3)

A mais recente UNGASS aconteceu em 2016 e bem antes do previsto (2019) para atender as demandas de 95 países que seguiram o México, Colômbia e Uruguai e decidiram que não podiam mais esperar para discutir essa temática e que propõem com emergência uma reforma nas políticas globais sobre drogas.

A UNGASS 2016 é resultado de um chamado feito por países latino-americanos, como Colômbia e México, para debater novos enfoques que possam afastar a política de drogas do sistema de justiça criminal e aproximá-la de uma abordagem fundamentada na saúde pública, nos direitos humanos e na redução de danos. (ELIAS, Gabriel dos Santos. 2015)<sup>11</sup>

Após a breve análise dos principais tratados internacionais da ONU sobre drogas, partiremos para análise do papel desempenhado pela Organização Mundial da Saúde – OMS na formulação e disseminação da política internacional de drogas e em particular no âmbito da saúde pública.

## **1.2 Organização Mundial da Saúde (OMS) e a política de drogas.**

A Organização Mundial da Saúde – OMS (em inglês: *World Health Organization - WHO*) é uma das quinze agências especializadas da ONU, foi criada em 07 de abril de 1948 e tem sua sede em Genebra, na Suíça. O principal objetivo da OMS é desenvolver e propor estratégias globais na área da saúde pública aos países-membros.

Desde a Convenção Única de 1961 que a OMS vem colaborando com a estratégia proibicionista desenvolvida pela ONU, tendo um importante e determinante papel na difusão desta perspectiva. No texto final da Convenção Única Sobre Entorpecentes de 1961 a OMS é citada diversas vezes, principalmente no artigo 3 que define sua função de classificar as substâncias ilícitas e de notificar os países-membros e a ONU sobre o surgimento de novas substâncias que “sejam suscetíveis de uso indevido ou que possam produzir efeitos nocivos” (NU, 1961, p.4). Silva (2013) revela

---

<sup>11</sup> Cf. ELIAS, Gabriel dos Santos. “O Brasil e a UNGASS 2016.” PBDB, 2015. Disponível em: <http://pbpd.org.br/o-brasil-e-a-ungass-2016/>.

que a OMS desde o ano de sua criação e bem antes da primeira convenção proibicionista da ONU, já detinha a atribuição de classificar as substâncias conforme seu potencial risco de causar dependência.

Pelo Protocolo de Paris de 1948, a OMS foi autorizada a colocar sob controle internacional qualquer droga capaz de criar dependência, incluindo as sintéticas, que não estivesse sendo controlada pela Convenção de 1931. (SILVA, 2013, p.106)

Na Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas de 1971 já nas primeiras paginas do texto final, mais uma vez é reafirmado o papel da OMS em classificar as substâncias. A agência seria responsável por comprovar se a substância poderia causar dependência ou apresentava um potencial risco de causar “uso indevido tal que constitua um problema sanitário e social” (NU, 1972, p.2), neste caso a OMS deveria:

...la Organización Mundial de la Salud comunicará a la Comisión un dictamen sobre la sustancia, incluido el alcance o probabilidad del uso indebido, el grado de gravedad del problema sanitario y social y el grado de utilidad de la sustancia em terapéutica médica, junto com cualesquier recomendaciones sobre las medidas de fiscalización, en su caso, que resulte na propiedades según su dictamen. (NU, 1972, p.2).

Neste sentido, a OMS tem sido estrategicamente aliada da ONU em seu propósito de erradicar as drogas do mundo e exercer funções de controle e fiscalização sobre o surgimento de novas substâncias. Em todas as Convenções da ONU sobre drogas (1961, 1971 e 1988) foi reforçado o papel da OMS como organização com capacidade técnica em classificar o “potencial nocivo das substancias”.

De acordo com os tratados internacionais sobre controle de drogas a OMS é responsável pela determinação do risco de abuso e do potencial de dependência, diferenciando-os da utilidade terapêutica das substâncias controladas. (SENAD, 2010, p. 105)

A OMS é ainda uma referencia conceitual quando o assunto é drogas, vários são os trabalhos acadêmicos sobre o tema que se utilizam dos conceitos elaborados pela OMS, que além de classificar as substancias, classifica também a dependência principal doença relacionada ao consumo de drogas.

O conceito de droga da Organização Mundial de Saúde – OMS (1994) enfatiza a variedade de uso do termo. Na publicação *Lexicon of alcohol and drug terms* de 1994 traduzida pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – Senad em 2010, o termo droga é definido pela OMS assim:

Um termo de uso variado. Em medicina, refere-se a qualquer substância com o potencial de prevenir ou curar doenças ou aumentar

o bem estar físico ou mental; em farmacologia, refere-se a qualquer agente químico que altera os processos bioquímicos e fisiológicos de tecidos ou organismos. Portanto, droga é uma substância que é, ou pode ser, incluída numa farmacopeia. Na linguagem comum, o termo se refere especificamente a **drogas psicoativas** e em geral ainda mais especificamente às **drogas ilícitas**, as quais têm um **uso não médico** além de qualquer uso médico. (WHO, 1994, p. 28 – SENAD, 2010, p. 57)

Já a dependência ou síndrome da dependência é definida como:

Um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e psicológicos que indicam que uma pessoa não tem o controle do uso da substância psicoativa e persiste nesse uso a despeito de consequências adversas. (WHO, 1994, p.28 – SENAD, 2010, p. 49)

O reconhecimento do uso prejudicial de drogas como doença e sua inclusão na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde – CID-10, assim como as evoluções dos termos e conceitos adotados pela OMS são marcos significativos, no que diz respeito ao deslocamento da política de drogas para o âmbito da saúde, mas veremos que isso não basta para romper com o paradigma proibicionista. Marlatt (1999) aponta alguns termos utilizados na Redução de Danos que pressupõem uma *abordagem empática*, e questiona termos frequentemente usados nas publicações da OMS, como *abuso de drogas*, *uso abusivo*, *uso indevido* e *ate dependência*.

Em vez de usar termos pejorativos para rotular tais pessoas, a redução de danos desvia a atenção para o comportamento do indivíduo e suas consequências. Por exemplo, deixa-se de falar de “abuso de drogas” para falar de “uso prejudicial de drogas”, ou de dizer que alguém abusa de drogas para chama-lo de consumidor que sofre consequências nocivas ou favoráveis. (MARLATT, 1999, p.52)

No próximo item analisaremos alguns documentos da OMS que ilustram a presença do paradigma proibicionista e conservador mesmo nas políticas de drogas voltadas a saúde pública.

### **1.2.1 O paradigma conservador e proibicionista presente nas publicações da OMS e evidências do modelo moral/criminal e de doença.**

Já analisamos o quanto os tratados internacionais sobre drogas da ONU influenciam a formulação de políticas públicas sobre drogas ilícitas no âmbito da justiça penal, para tal, usamos o exemplo da legislação brasileira e vimos também alguns de seus desdobramentos na área da saúde pública. Agora veremos como as políticas proibicionistas influenciam diretamente na formulação da política global de saúde, a partir a análise de algumas publicações e recomendações da OMS.

Para melhor compreender as influências do paradigma conservador nas políticas de saúde é preciso ter em mente o *modelo moral/criminal e de doença*, conceito exposto por G.Allan Marlatt (1999), em seu brilhante livro *Redução de Danos. Estratégias e praticas para lidar com comportamentos de alto risco*. Para Marlatt (1999) este modelo apresenta duas abordagens:

**1) abordagem moral/criminal:** diz respeito o aparato jurídico e penal que criminaliza e torna imoral as relações dos indivíduos com determinadas substâncias e focaliza as ações na redução da oferta; e

**2) abordagem de doença:** Marlatt (1999) explica que esta abordagem “definiu a dependência de drogas como doença biológica/genética que requer tratamento e reabilitação”.

Aqui, a ênfase está nos programas de tratamento e de prevenção que procuram remediar o desejo ou a demanda por drogas por parte de indivíduo – uma abordagem de “redução da demanda”. (MARLATT, 1999, p.46)

Marlatt (1999) explica que apesar da aparente contradição entre as abordagens que no primeiro caso criminaliza e encarcera os consumidores de drogas e que no segundo os trata como doentes que necessitam de tratamento, os modelos de redução da oferta e da demanda tem um objetivo comum “eliminar a prevalência do uso de drogas, concentrando-se principalmente no usuário.” (MARLATT, 1999, p. 46). A abordagem de doença “tem na abstinência a única meta aceitável de tratamento”. (MARLATT, 1999, p.46)

Desde a criação da OMS e ainda hoje a *prevenção* e o *tratamento* vêm sendo propostos em acordo com a abordagem moral/criminal e de doença, numa perspectiva conservadora e não pragmática, que geralmente exige muito dos que consomem drogas ilícitas. A abstinência constitui-se em critério de acesso e de permanência nos serviços de saúde. Fiore (2012) também questiona a maneira como são propostos e as vezes impostos os tratamentos a partir dos tratados internacionais.

Nas últimas décadas, no entanto, a possibilidade de tratamento passou a ser considerada uma alternativa, desde que se inserisse num conjunto de sanções que deixasse clara a proibição da prática. (FIORE, 2012, p.11/92)

As abordagens tradicionais e sanitárias consideram qualquer uso como prejudicial e também como crime e por isso valorizam muito e até impõem a abstinência

aos usuários de drogas ilícitas. O *Relatório Mundial de Saúde de 2001*<sup>12</sup>. Saúde mental: nova concepção, nova esperança destaca a meta da abstinência como foco central dos tratamentos de dependência de drogas.

A terapia tem por meta reduzir a morbidade e a mortalidade causadas pela utilização de substâncias psicoativas ou a ela associadas, até que os doentes possam ter uma vida livre de drogas. (OMS, 2001, p. 123)

Em 2004 a OMS publicou um documento de 286 páginas, intitulado *Neurociência do uso e dependência de substâncias psicoativas*, neste documento as substâncias são conceituadas e classificadas, seus efeitos sobre o cérebro humano são descritos e ilustrados. O documento trás ainda reflexões, argumentos e dados sobre a eficácia de abordagens em saúde pública e sobre questões éticas que envolvem a pesquisa com a participação dos consumidores das drogas ilícitas. Já nas primeiras páginas a OMS define o uso das substâncias psicoativas em três categorias de acordo com seu status sócio-legal (OMS, 2004, p. 2): a primeira categoria corresponde ao uso de substâncias como medicamento; a segunda categoria corresponde ao uso não médico, ilegal ou ilícito; e a terceira categoria diz respeito ao uso das substâncias legais. Aos consumidores das substâncias da segunda categoria é atribuída uma relação com uma cultura alienada.

Despite these prohibitions, illicit use of psychoactive substances is fairly widespread in many societies, particularly among young adults, the usual purpose being to enjoy or benefit from the psychoactive properties of the substance. The fact that it is illegal may also add an attractive frisson, and thus strengthen the identification of users with an alienated subculture. (WHO, 2004, p.2)

Neste mesmo documento a OMS defende a continuação da política proibicionista e a manutenção do controle rigoroso sobre as substâncias. Para a OMS (2004) a condição fundamental para haver a dependência é o acesso às substâncias, a proibição ao acesso seria assim justificada e necessária.

Exposure to drug use remains a necessary condition for the development of substance dependence. Thus societal efforts still need to be made (whether by criminal law or public health measures) to limit access to drugs by young people. (WHO, 2004, p. 231)

Em 2009, o UNODC e a OMS elaboraram o documento *“Da coerção à coesão: tratamento da dependência de drogas por meio de cuidados em saúde e não da*

---

<sup>12</sup> **Relatório Mundial de Saúde de 2001**: Em inglês: *The World Health Report. Mental Health: New Understanding, New Hope.*

*punição*”, que recomenda aos países-membros que ofertem tratamentos ao invés de punição para os “dependentes” de drogas baseia-se nas convenções de 1961 e 1988 e em outros tratados internacionais.

A posse, o cultivo e a venda ilícita de drogas são crimes de acordo com as disposições da Convenção de 1988. No entanto, **em consonância com a abordagem voltada à saúde** (...). De acordo com esta abordagem, o relatório da Junta Internacional de Fiscalização de Entorpecentes de 2007 (EN/INCB/2007/1), ao discutir o **princípio da proporcionalidade**, destacou que “para crimes envolvendo a posse, venda ou cultivo de drogas ilícitas para uso pessoal do autor, as medidas podem ser aplicadas na forma de alternativas à condenação e à punição”. (UNODC, 2009, p. 1)

Este documento é um bom exemplo da coexistência dos paradigmas conservador e progressista, pois por um lado trás recomendações que ilustram uma preocupação com o encarceramento massivo e desproporcional e com os estigmas gerados pela abordagem de justiça penal, mas que por outro não dispensa a punição ao uso e ainda oferta o tratamento como uma espécie de pena alternativa, o que pode gerar nos usuários/consumidores distanciamento e aversão aos serviços públicos de saúde. No mais, *Da coersão a coesão* não pauta a descriminalização ou a despenalização dos consumidores de drogas e ainda considera possibilidades legais para as intervenções involuntárias e compulsórias.

A ameaça de sanções penais pode incentivar algumas pessoas dependentes de drogas envolvidas no sistema de justiça penal a buscarem tratamento. Para uma minoria de pessoas dependentes de drogas, o tratamento obrigatório de curto prazo pode ser justificável apenas em situações de emergência para a proteção do usuário de drogas ou da comunidade. (UNODC, 2009, p.7)

Rodrigues (2006) questiona a imposição dos tratamentos de saúde por vias judiciais que são aceitos tanto na abordagem moral/criminal como na abordagem de doença e que é exatamente o que propõem o documento *Da coerção a coesão*.

A proposta de “justiça terapêutica”, por meio de injunções ou ordens de tratamento, constitui, na verdade, uma pena de tratamento substitutiva da pena de prisão, e atua por coação imposta ao viciado. Apesar de ser vendida como medida “humanista” e “alternativa” representa, na verdade, um reforço da estrutura autoritária da política proibicionista. (RODRIGUES, p. 79, 2006, p.76)

Até aqui vimos que nos tratados internacionais da ONU, nos documentos e publicações da OMS, bem como em sua concepção e suas recomendações sobre a política de drogas prevalece um paradigma conservador pautado no proibicionismo, sob

forte influência da Guerra as Drogas norte-americana e com foco nos sistemas de justiça penal. O proibicionismo por sua vez, extrapola o âmbito da justiça penal e trás graves consequências a saúde publica, à medida que restringe o acesso aos serviços de saúde e submete os usuários de drogas a riscos múltiplos que vão muito além dos efeitos farmacológicos causados pelas substancias em si.

Estas e outras reflexões acerca dos danos sociais e de saúde gerados pelo proibicionismo é que embasam um debate pulsante e polarizado sobre os rumos da política de drogas a nível global. A seguir veremos quem são os principais atores que contribuem para evolução teórica e pratica a respeito da política sobre drogas e que estão conseguindo dar visibilidade a construção de um novo paradigma.

### **CAPÍTULO III – Aparente transição do paradigma dominante sobre as políticas de drogas e contribuições para a construção de um novo paradigma no âmbito da ONU e da OMS.**

Alguns antecedentes históricos são importantes para compreender a transição de paradigma que hoje podemos vislumbrar no horizonte do enfrentamento do uso prejudicial de drogas.

- 1964: o *Comitê de Especialistas em Dependência de Drogas da OMS*<sup>13</sup> introduziu “dependência” em substituição a adicção e hábito (SENAD, 2010, p. 49).
- 1969: o Comitê de Especialistas em Dependência de Drogas da OMS publicou a definição de abuso: “uso excessivo de droga, persistente ou esporádico, inconsistente ou sem relação com a prática médica aceitável” (SENAD, 2010, p. 12)
- 1993: A OMS estabelece conceitos que constam na *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde em sua 10ª Revisão – CID-10*<sup>14</sup> e classifica a dependência química como Transtornos Mentais e de Comportamento, através do código F10-F19 *Distúrbios mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas*. (WHO, 1993, p. 26)

Estes momentos foram determinantes para o deslocamento dos rumos das políticas sobre drogas ilícitas, do âmbito da justiça penal para o âmbito da saúde, pois eles trazem o reconhecimento da do uso prejudicial de drogas como doença e conseqüentemente o reconhecimento da necessidade de formulações de políticas públicas na área da saúde.

Na ONU e na OMS, assim como em todos os espaços em que se desenvolvem as políticas sociais existem disputas de interesses e ideologias. Nos anos 2000, ganhou força no debate global o questionamento ao proibicionismo e a Guerra Mundial as Drogas. Além da sociedade civil, intelectuais e novos atores entraram em cena, inclusive no interior do sistema ONU, para contrapor o proibicionismo. Ainda que timidamente, este movimento indica o início do reconhecimento que a chamada Guerra Mundial as Drogas e o proibicionismo falharam e que a repressão pura e simples não

---

<sup>13</sup> **Comitê de Especialistas em Dependência de Drogas da OMS:** Em inglês: *Expert Committee on Drug Dependence*

<sup>14</sup> **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde em sua 10ª Revisão – CID-10:** Em inglês: *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – ICD*

conteve o consumo de drogas no mundo. Em 2012 o proibicionismo completou cem anos e as metas atingidas foram exatamente as contrárias das que eram vislumbradas. Fiore (2012, p.14) afirma que “o mesmo século do proibicionismo foi o século do crescimento do consumo de drogas”. Neste sentido, o relatório da Global Commission on Drug Policy (DCDP) de 2014 trás o seguinte dado:

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. (GCDP, 2014, p.12)

Muitos são os documentos que trazem dados que comprovam a ineficácia da abordagem proibicionista, a Comissão Latino-America sobre Drogas e democracia (2009) aponta que até mesmo o UNODC, no Relatório Mundial sobre Drogas de 2008, já reconheceu que a repressão gerou *saldos negativos e inesperados*, tais como: a criação de um mercado negro controlado pelo crime; investimentos no combate ao crime superiores aos investimentos em saúde pública; migração das produções das substâncias; deslocamento dos padrões de consumo; e o estigma sobre as pessoas dependentes de drogas. (CLDD, 2009, p. 19)

A seguir conheceremos alguns dos principais atores que vem evidenciando a emergência da superação do paradigma proibicionista, o deslocamento da política sobre drogas do âmbito da justiça penal para o âmbito da saúde e pública e a inserção de abordagens alternativas como a redução de danos.

### **1.1 Atores que contribuem para a promoção de novas perspectivas no debate global das políticas sobre drogas no âmbito do sistema ONU.**

A ONU e sua agência especializada OMS, cumprindo a missão de traçar e nortear as políticas de saúde pública em nível global, nas últimas décadas vem sendo questionadas à medida que cresce o apelo pelo fim da Guerra Mundial as Drogas e das políticas proibicionistas. Entre os atores mais relevantes para o processo de questionamento do paradigma conservador e proibicionista destacam-se os seguintes grupos: **a) Alguns países-membros em especial da America Latina; b) Sociedade civil organizada; e c) Agências Especializadas e outros organismos do sistema da ONU.** Este trio compõe uma verdadeira dissidência, que atua em favor da desconstrução do proibicionismo aliado a Guerra as Drogas como única estratégia de enfrentamento ao consumo de drogas no mundo e propõem que as políticas sobre drogas sejam definitivamente centradas na área da saúde pública (e não apenas na área

da segurança pública), com respeito à autonomia e aos direitos humanos e ainda com ênfase na educação, na prevenção, no tratamento digno e não estigmatizante e na redução de danos.

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. (GCPD, 2011, p. 2)

Abaixo estão relacionados os principais grupos de pressão que atuam, de forma local, regional e global, na proposição de alternativas ao modelo proibicionista, tanto na segurança pública e no sistema de justiça-penal quanto na saúde pública no âmbito das políticas sobre drogas.

**a) Países-membros:**

Alguns países-membros há tempos já perceberam a falência desta estratégia que emprega o proibicionismo e tudo que ele representa: a repressão, a desproporcionalidade das ações penais, a violação de direitos humanos e a negação a saúde. Países europeus como Holanda, Suíça e Portugal já vem descumprindo as recomendações da ONU desde os anos 70 e desde os anos 2000 países latino-americanos como México e Colômbia passaram a questionar o conservadorismo. Estes e outros países vêm percebendo que a Guerra às drogas aliada ao proibicionismo instala o terror, faz com que surjam Estados policiais no interior de democracias e ainda fomentam a violência. Estes países-membros avançaram rumo à descriminalização e a legalização, incorporando novos conceitos e protocolos aos seus sistemas penais e de saúde pública e vem conseguindo resultados interessantes, com destaque para o caso de Portugal que em 2001 descriminalizou todas as drogas e em 2011 já conseguirá reduzir o consumo pela metade.

Em março de 2014 aconteceu a 57ª Sessão da Comissão de Narcóticos – CND<sup>15</sup> para discutir questões globais sobre drogas. Esta reunião foi marcada por uma séria tensão entre os países-membros com posicionamentos polarizados quanto os rumos da política global de drogas. O canal de internet *Vice Chanells* exibe um excelente artigo de Max Daly (correspondente do Jornal The Guardian) que presenciou a 57ª CND e expõem detalhes dos debates, discursos e também dos bastidores do

---

<sup>15</sup> 57ª Sessão da Comissão de Narcóticos – CND: Em inglês: *Commission on Narcotic Drugs – 57th session*

encontro, onde a polarização ficou evidente. Segundo Daly (2014), de um lado estava o bloco contrário à legalização e/ou descriminalização encabeçado pela Rússia (que assumiu a liderança da Guerra Mundial as Drogas) com adesão de Suécia, EUA, Japão (que financiam fortemente o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime – UNODC) e ainda tem como aliados Irã, Paquistão, Arábia Saudita, Tailândia, China e Singapura. Do outro lado, estão países que defendem reformas nas políticas de enfrentamento as drogas e já reconhecem que o proibicionismo não deu certo. Composto este bloco estão países como Equador, Colômbia, Uruguai, México, Portugal, Alemanha, República Checa e Suíça que exigem da ONU condenações aos excessos da Guerra às Drogas. O artigo de Max Daly resume assim a CND 2014:

Assim, no final da reunião em Viena, a declaração de 45 pontos e cheia de jargões não era nem um pouco consensual, como afirmou a ONU, mas uma lista vaga sobre como as drogas são ruins, como traficantes devem ser presos e como viciados devem ser ajudados para que não espalhem doenças. Não há nenhuma menção às grandes mudanças em abordagem adotadas na América do Sul, Estados Unidos, Nova Zelândia – ou em países da Europa como Portugal e República Checa – e nenhuma condenação à pena de morte para traficantes de drogas. (DALY, Max. 2014)<sup>16</sup>.

Os EUA exerceram forte influência na construção das convenções proibicionistas da ONU, mas essas não seriam suficientes para controlar o avanço da produção e do consumo das drogas. Então, os EUA passam a adotar medidas cada vez mais intervencionistas, confirmando sua posição de potência imperialista. Para Silva (2013), “à medida que o problema foi adquirindo maiores proporções em seu território, o Governo norte-americano não tardaria a adotar ações unilaterais de interdição de caráter bélico fora de suas fronteiras”.

“Porém, tais medidas até hoje não surtiram efeito; pelo contrário, pois se detectou o constante aumento da demanda e da oferta por drogas. Foram então investidos milhões de dólares pelos EUA em repressão, fumigação de cultivos nos países produtores, compra de armamentos, fortalecimento das polícias, construção de penitenciárias e operações internacionais na América do Sul, em especial na Colômbia, com o reforço da atividade militar no combate às drogas. O inimigo externo, o traficante colombiano, devia ser combatido pelos militares, optando-se por uma política de guerra às drogas que extrapolava as fronteiras norte-americanas.” (RODRIGUES, 2006, p.55)

---

<sup>16</sup> Cf. DALY, Max. “A conferencia mais importante da ONU em décadas foi deprimente.” Vice Chanells. 2014. Disponível em: [https://www.vice.com/pt\\_br/article/a-conferencia-mais-importante-da-onu-sobre-drogas-em-decadas-foi-deprimente](https://www.vice.com/pt_br/article/a-conferencia-mais-importante-da-onu-sobre-drogas-em-decadas-foi-deprimente).

As ofensivas imperialistas dos EUA partem da premissa de que repressão da produção nos países estrangeiros, onde as drogas são produzidas, pode levar a redução do consumo dentro de suas fronteiras, tal premissa jamais se confirmou e hoje os EUA são o maior mercado consumidor de drogas no mundo. Tal como a ONU, os EUA também impõem sanções aos países que não se submeteram a política proibicionista.

Para isso, não poupa esforços nem dinheiro, e ameaça com cortes de ajuda militar e econômica aos países em desenvolvimento que não se amoldem à sua política de drogas. (RODRIGUES, 2006, p.56)

A América Latina sempre sofreu as mais graves consequências das políticas proibicionistas internacionais, como a militarização das fronteiras, o aumento da violência e do poder paralelo e ainda as intervenções imperialistas do EUA. Neste sentido, Colômbia e México são os países mais afetados. O combate a produção de drogas nos países da América Latina tornou-se uma prioridade para os EUA, sendo alvo de investimentos bilionários.

Assim foi com o Plano Colômbia, uma iniciativa dos EUA nos anos 2000, que com apoio do governo colombiano pretendia combater o narcotráfico na Colômbia se utilizando do aporte financeiro, técnico e paramilitar dos EUA. Além do narcotráfico os EUA também combatiam a guerrilha armada das Forças Armadas Revolucionárias da Colômbia (FARC). Na era Bush (2001 a 2009), o Plano Colômbia tornou-se a Iniciativa Regional Andina, que passou a fazer intervenções (políticas, militares e operacionais como a fumigação de agrotóxicos em áreas agricultáveis) nos demais países da América Latina, entre eles o Brasil. Segundo Silva (2013), foram 731 milhões de dólares investidos em sete países, a saber: Colômbia – 439, Peru – 135, Bolívia – 91, Equador – 37, Brasil – 12, Panamá – 9; e Venezuela – 8 (SILVA, 2013, p.335).

O saldo negativo da Guerra as Drogas, principalmente da década de 70 até os anos 2000, foi amortecido pelos países da América Latina, que agora chamam a atenção do mundo, se posicionando contra o proibicionismo, considerando e inserindo novas alternativas a respeito das políticas sobre drogas, com destaque para México e Colômbia que pautam aberta e insistentemente a legalização e/ou descriminalização como estratégia de enfretamento ao poder paralelo e de redução de riscos e danos a saúde dos usuários/consumidores das substancias hoje ilícitas. Outro destaque importante na América Latina em seu posicionamento sobre a política de drogas certamente é o Uruguai, que em 2014 sob o comando do então presidente José Mujica,

tomou a inédita e arrojada iniciativa de legalizar a maconha em todos os processos: da produção ao consumo. Tal ação colocou o país em evidência global do debate sobre as políticas sobre drogas. Aos poucos os países da América Latina compreendem que o proibicionismo apenas contribuiu para o fortalecimento do poder paralelo, para o aumento exponencial da violência, para a militarização e autoritarismo e para a fragilização das democracias, enquanto que seu real objetivo, de combater o narcotráfico e extinguir as drogas do mundo, jamais foi ou será alcançado.

Esta participação ativa da América Latina no debate global marcaria a transição de região-problema para região pioneira na implementação de soluções inovadoras para a questão das drogas. (CBDD, 2009, p. 14)

### **b) Organizações da sociedade civil**

Dentre as organizações da sociedade civil que atuam em nível global e contribuem para a transição de paradigma no debate sobre as drogas dentro e fora do sistema da ONU, se destacam:

- ***Global Commission on Drug Policy – GCDP<sup>17</sup>***: Esta organização foi criada e lançada em 2011 pelo ex-presidente brasileiro Fernando Henrique Cardoso e conta com nomes de peso do cenário intelectual global. Depois que este grupo passou a atuar cobrando mudanças nas políticas sobre drogas, produzindo relatórios e documentários sobre o tema, vem causando um impacto significativo na opinião pública. A descriminalização do uso de drogas foi defendida nos relatórios de 2011 e 2014.

*A guerra mundial às drogas fracassou. Quando a Convenção Única de Entorpecentes da ONU foi implantada 50 anos atrás e quando o presidente Nixon lançou a guerra às drogas do governo norte-americano há 40 anos, os políticos acreditavam que a aplicação rigorosa de políticas repressivas contra os responsáveis pela produção, distribuição e consumo de drogas levariam a uma redução do mercado de drogas ilícitas, como heroína, cocaína, cannabis, até chegarmos a um “mundo inteiramente livre de drogas”. Na prática, o resultado alcançado foi o oposto do desejado: o crescimento dramático de um mercado global do mercado de drogas ilícitas, amplamente controlado pelo crime organizado em escala transnacional. (GCDP, 2011, p.4)*

---

<sup>17</sup> **Global Commission on Drug Policy – GCDP**: Em português: *Comissão Global de Políticas de Drogas* (<https://www.globalcommissionondrugs.org/>).

- **International Drug Policy Consortium – IDPC**<sup>18</sup>: Esta organização da sociedade civil existe desde 2006, tem escritórios em Londres e Banguercoque, trata-se de uma rede global de mais de 170 ONG's que promovem um debate objetivo e aberto sobre a política de drogas a nível nacional, regional e internacional. Sua missão é difundir a construção de uma política sobre drogas que seja baseada em evidências científicas, no respeito aos direitos humanos, na redução de danos, na inclusão social e na participação ativa da sociedade civil.

- **Law Enforcement Against Prohibition – LEAP**<sup>19</sup>: LEAP é uma associação composta por “agentes da lei” que compreenderam a falência do proibicionismo a partir de sua experiência no sistema de justiça-penal e buscam divulgar informações que contribuam com o processo de legalização das drogas hoje ditas ilícitas.

- **Plataforma Brasileira de Políticas de Drogas – PBPD**<sup>20</sup>: Esta plataforma realiza o trabalho de localizar e reunir movimentos sociais e organizações da sociedade civil que promovem o debate sobre as políticas de drogas no Brasil e conta com a adesão de mais de quarenta grupos. Esta rede defende e divulga que “*a política de drogas deve se afastar do sistema de justiça criminal e se aproximar de uma abordagem fundamentada na saúde pública, nos direitos humanos e na redução de danos*” (PBPD, 2016, p.4)

- **Transform Drug Policy Foundation – TDPF**<sup>21</sup>: Esta organização não-governamental foi criada em 1997 no Reino Unido, se afirma como uma “*organização independente que faz campanha para uma política de drogas justa e eficaz*”, seu perfil na internet afirma que foi a primeira organização a atuar ativamente na perspectiva de romper com o paradigma proibicionista nas políticas públicas em nível global.

Na UNGASS de 2016 além dos países-membros, a sociedade civil pôde opinar através de um mecanismo disponibilizado pela própria ONU, que inspirada em experiências anteriores, criou a **Civil Society Task Force – CSTF**<sup>22</sup>.

---

<sup>18</sup> **International Drug Policy Consortium – IDPC**: Em português: *Consórcio Internacional de Políticas de Drogas* (<http://idpc.net/>).

<sup>19</sup> **Law Enforcement Against Prohibition – LEAP**: Em português: *Associação dos Agentes da Lei Contra a Proibição – LEAP Brasil* (<http://www.leapbrasil.com.br/>).

<sup>20</sup> **Plataforma Brasileira de Políticas de Drogas – PBPD**: (<http://pbpd.org.br/>).

<sup>21</sup> **Transform Drug Policy Foundation – TDPF**: Em português: *Fundação para Transformar a Política de Drogas* (<http://www.tdpf.org.uk/>).

<sup>22</sup> **Civil Society Task Force – CSTF**: Em português: *Força-Tarefa da Sociedade Civil* (<https://www.cstfondrugs.org/>).

A força tarefa foi composta de 27 membros, 18 representantes regionais e 9 representantes de populações afetadas.

O papel do CSTF é identificar participantes relevantes, liderar consultas regionais, sediar eventos preparatórios e produzir um documento oficial que expresse as posições da sociedade civil organizada e que sirva de insumo para as decisões que ocorrerão na UNGASS 2016. (PBPD, 2016, p.12)

### **c) Agências Especializadas e Programas da ONU**

Algumas Agências Especializadas e Programas da ONU como a OMS, o Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas – UNHRC, o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS – UNAIDS e o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD vêm articulando críticas relevantes à guerra contra as drogas em seus relatórios, marcando clara divisão de posicionamento no interior da ONU. A polarização que atualmente caracteriza o debate sobre as drogas ilícitas no interior da ONU reflete a complexidade desta organização.

Seus objetivos, ainda que guiados genericamente pela Carta das Nações Unidas, seguem, em parte, lógicas próprias, definidas pelos campos de atuação, embates internos e influências dos Estados mais relevantes em termos políticos e financeiros. (PBDB, 2016, p.11)

O assunto drogas é transversal a várias agências, programas e escritórios que tem interesses próprios e não necessariamente convergentes. Alguns exemplos dos embates entre as agências e programas da ONU são descritos na cartilha *Entendendo a Política de Drogas no Cenário Internacional*, uma publicação de 2016 da Plataforma Brasileira de Políticas de Drogas – PBPD.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), por exemplo, se propõe a coordenar uma política de proteção à saúde no âmbito internacional que tenha efeitos positivos nos Estados. Isso se choca, inevitavelmente, com políticas repressivas às drogas que impedem o uso medicinal e a pesquisa científica.

Nesta mesma linha, o Conselho de Direitos Humanos (CDH) tem a missão de proteger os direitos fundamentais, o que parece antagônico frente à posição proibicionista das convenções da ONU, cujo discurso de combate às drogas fomenta a violência e a constante violação de direitos. Por sua vez, a UNODC – baluarte no combate e na criminalização das drogas – é uma agência cujo orçamento depende quase integralmente de contribuições voluntárias dos governos, tornando-se muito permeável a pressões externas. (PBPD, 2016, p.11)

É importante também considerar os atores que muitas vezes permanecem ocultos, mas que pautam suas demandas e influenciam bastante as tomadas de decisões sobre os rumos das políticas globais sobre as drogas ilícitas. Estes atores “nacionais e internacionais, governamentais e não governamentais” (PBPD, 2016, p.12) constroem interesses e para tal recorrem a recursos de poder distintos, são eles: “multinacionais de medicamentos, empresas de segurança privada, agências governamentais, instituições financeiras, religiosas, militares, organizações da sociedade civil, meios de comunicação, entre outros” (PBPD, 2016, p.12).

As grandes potências detêm maior capacidade para impor seus interesses, inclusive financiando agências e escritórios da ONU, que são estratégicos para a manutenção da guerra às drogas como o UNDOC. Neste sentido, a publicação da PBDB destaca a importante contribuição da produção científica aliada a atuação da sociedade civil organizada.

O papel da produção científica nas universidades e instituições de pesquisa, além da pressão das organizações da sociedade civil nos diversos países, também é importante para legitimar ou deslegitimar as propostas de controle de drogas. (PBPD, 2016, p. 11).

Este destaque é importante, pois reforça o entendimento da política social como campo de disputas ideológicas e políticas em que o posicionamento crítico dos atores é fundamental para a perspectiva de ruptura com o proibicionismo na política internacional sobre drogas.

## **CAPÍTULO IV – Novos paradigmas na perspectiva da política internacional de drogas: Abordagens alternativas em prevenção e tratamento a luz da Redução de Danos.**

Até agora vimos que a partir do desenvolvimento teórico e principalmente a partir dos reconhecidos resultados das experiências práticas de abordagens alternativas aos tratamentos convencionais, que comungam com a estratégia proibicionista, é que o sistema ONU vem sofrendo críticas e pressões da comunidade científica, que através de sua produção registra e propõem reflexões sobre as experiências das abordagens alternativas (como a RD), dos profissionais de saúde e da justiça que perceberam a partir da sua experiência cotidiana a falência da estratégia proibicionista, das organizações da sociedade civil que atuam em âmbito local e global e que são compostas e até fundadas por usuários, dos países-membros que discordam da estratégia proibicionista como política eficiente de controle do uso e abusos das drogas e propõem uma mudança de paradigma para essa política, de parte da mídia que acompanha e publica os desdobramentos das tensões políticas que permeiam o debate e de agentes e membros da própria ONU e das entidades que compõem seu sistema. Enfim o debate global sobre os meios e os fins da estratégia proibicionista estão em foco num debate polarizado com diversos e divergentes atores e interesses.

É notável, que já desde antes dos anos 2000 vem ocorrendo um reconhecimento de que o conservadorismo que a ONU empregou quanto à questão das drogas ilícitas falhou, e aqui e ali vem aparecendo os germes de um pensamento progressista. Rodrigues (2006) já observava a existência da tendência progressista na UNGASS de 1998, assim como observava também a existência de uma forte e articulada resistência.

Na última Sessão Especial da Assembleia Geral da ONU (UNGASS), em junho de 1998, destinada à discussão do problema mundial das drogas, apesar da decisão pela continuidade da política proibicionista, a comunidade internacional assumiu a adoção de medidas comuns e estabeleceu que em 2008 serão reavaliadas as estratégias de controle de drogas. Pela primeira vez a abordagem europeia pela política de redução de danos, foi incorporada de fato à política de drogas da ONU, tendo ganhado terreno, ainda que mantida em paralelo a abordagem punitiva tradicional defendida pelos Estados Unidos desde o século passado. (RODRIGUES, 2006, p. 44-45)

Diante da tensão de interesses e ideologias que coexistem no interior do sistema da ONU sobre os rumos da política sobre as substâncias ditas ilícitas, há de se reconhecer um discreto redirecionamento na retórica e nas tendências políticas, que vem

deslocando a questão das drogas para âmbito da política de saúde, onde foram incorporadas ainda que tardiamente, novas abordagens para conceitos como *prevenção, tratamento e Redução dos Danos*.

A tendência que se apresenta no horizonte das políticas de drogas no mundo, considera a Redução de Danos como uma estratégia alternativa e relevante no enfrentamento do uso prejudicial de substâncias e de seus desdobramentos com vistas à *preservação da autonomia e dos direitos humanos* dos usuários. O fortalecimento desta tendência deve-se em grande medida aos resultados alcançados pelas estratégias de Redução de Danos nos países em que foram implantadas.

O sucesso e os bons resultados alcançados pela política de redução de danos, no entanto, só foram reconhecidos, ainda que timidamente, pelas Nações Unidas em junho de 1998, algum tempo depois das primeiras experiências feitas por vários países, inclusive o Brasil. Apesar de esse modelo de prevenção ser recomendado pela Organização Mundial de Saúde e pela UNAIDS, agência especializada da ONU para a prevenção da AIDS, ainda há alguma resistência, em especial nos órgãos internacionais de controle de drogas como o CND e o UNODC, à implementação de tais medidas. (RODRIGUES, p. 78, 2006)

Antes de avançar na análise dos documentos que apontam a tendência progressista na política global sobre drogas é preciso conceituar a Redução de Danos e conhecer algumas de suas premissas e práticas.

### **1.1 Redução de Danos: conceito e breve histórico**

Para apresentar a Redução de Danos usaremos o conceito elaborado pela Associação Internacional de Redução de Danos – IHRA <sup>23</sup>(2010).

Redução de danos é um conjunto de políticas e práticas cujo objetivo é reduzir os danos associados ao uso de drogas psicoativas em pessoas que não podem ou não querem parar de usar drogas. Por definição, redução de danos foca na prevenção aos danos, ao invés da prevenção do uso de drogas; bem como foca em pessoas que seguem usando drogas. (IHRA, 2010, p.1)

No sentido de contextualizar, conceituar e apontar os princípios e práticas da Redução de Danos contaremos com as contribuições de Marlatt (1999), Rodrigues (2006) e Carvalho, Rochet e Paulino (2010). Para estes últimos Redução de Danos pode ser definida como:

---

<sup>23</sup> **Associação Internacional de Redução de Danos – IHRA:** Em inglês: *International Harm Reduction Association – IHRA*.

...um conjunto de abordagens pragmáticas que objetiva reduzir os danos a saúde em consequência de praticas de risco ligadas ao uso e abuso de drogas licitas e ilícitas, sem exigência de abstinência. (CARVALHO, ROCHET e PAULINO, 2010, p. 264)

A Redução de Danos foi exposta pela primeira vez em 1926 no documento chamado Relatório Rolleston, na Inglaterra. Carvalho, Rochet e Paulino (2010) explicam que este documento “preconizava a prescrição, pelos médicos, de opiáceos para usuários de drogas como tentativas de auxilia-los a lidar com suas vidas de forma mais estável e produtiva”. (ANDRADE e FRIEDMAN, 2006 in CARVALHO, ROCHET e PAULINO, 2010, p. 265)

Nos anos 80 a Redução de Danos ganha destaque no combate a AIDS e a hepatite entre os Usuários de Drogas Injetáveis – UDI’s. Carvalho, Rochet e Paulino (2010) destacam que o temor da disseminação da AIDS “mobilizou as autoridades públicas e sanitárias em torno de formas de conter o avanço da doença entre os UDI’s” (CARVALHO, ROCHET e PAULINO, 2010, p.265). A Redução de Danos surge então como uma alternativa com bastante potencial, tendo em vista as experiências que vinham sendo postas em pratica na Holanda já desde 1984 por iniciativa das organizações de usuários de drogas e a partir de 1985 como programas governamentais (CARVALHO, ROCHET e PAULINO, 2010, p.265). Desde então a Redução de Danos vem ampliando seu foco e evoluindo nos conceitos e nas práticas, como apontam Carvalho, Rochet e Paulino (2010).

Os primeiros desdobramentos da política de Redução de Danos se centraram basicamente na pratica de distribuir seringas descartáveis e trocar seringas usadas por novas. Posteriormente, a Redução de Danos se difundiu do foco inicial exclusivo centrado na prevenção da infecção pelo HIV para uma abordagem mais global voltada para o conjunto de agravos a saúde, frequentes não só aos UDI’s, mas também aos demais usuários de drogas licitas e ilícitas. (CARVALHO, ROCHET e PAULINO, 2010, p. 266)

A Redução de Danos agrega princípios e premissas, expostos por Marlatt (1999) e aqui sintetizados:

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. (MARLATT, 1999, p.45)
2. A Redução de Danos reconhece a abstinência como resultado ideal, mas aceita alternativas que reduzam os danos. (MARLATT, 1999, p.46)
3. A Redução de Danos surgiu principalmente como abordagem de baixo para cima, baseada na defesa do dependente, em vez de uma política de cima pra baixo promovidas pelos formuladores das políticas de drogas. (MARLATT, 1999, p.48)

4. A Redução de Danos promove serviços de baixa exigência como uma alternativa as abordagens tradicionais de alta exigência. (MARLATT, 1999, p.49)

5. A Redução de Danos baseia-se nos princípios do pragmatismo empático versus idealismo moralista. (MARLATT, 1999, p.51)

Rodrigues (2006) compara os fundamentos que pautam as abordagens proibicionistas e sanitaristas e na Redução de Danos e conclui:

Ao contrário do proibicionismo, cujo fundamento sanitário se baseia no ideal de abstinência, a estratégia de redução dos riscos se opõe a essa meta, ao preconizar a ideia de moderação, por meio do uso controlado de drogas e de sua substituição por condutas menos arriscadas. É pragmático, pois reconhece que as pessoas continuarão a fazer uso de drogas, independente da proibição, razão pela qual dirige seu foco de atuação para a prevenção, a saúde pública, e o bem-estar do toxicômano. Seu fundamento social é justamente a reinserção social do usuário de drogas e a melhoria das suas condições de vida. (RODRIGUES, 2006, p. 70)

Após este breve esclarecimento sobre os conceitos, premissas e práticas da Redução de Danos, veremos como as pressões dos grupos que visam uma mudança na política de drogas, diante do esgotamento do proibicionismo e o reconhecimento da eficácia das estratégias de RD vêm repercutindo na elaboração dos tratados internacionais de saúde pública acerca das drogas ilícitas e no âmbito da saúde pública, com atenção especial para os documentos e publicações da OMS.

## **1.2 Evidências da presença da perspectiva progressista e das estratégias de Redução de Danos nas publicações da OMS**

Agora veremos a presença de um paradigma mais progressista que vem marcando presença nos documentos e recomendações da OMS e que esta introduzindo novas percepções para a prevenção e o tratamento a luz da Redução de Danos. No entanto, não podemos deixar de registrar que o surgimento deste novo paradigma não elimina o paradigma conservador. O velho e o novo coexistem contraditoriamente e os documentos citados também trazem a ênfase na redução da oferta e da demanda através das inúmeras recomendações sobre fiscalização e repressão.

Em 2008 OMS lançou um programa mundial de ação para reduzir as lacunas em saúde mental (mhGAP) e em 2010 publicou o *MI-GAP Manual de Intervenções: para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica a saúde*. Esta publicação expõe claras recomendações aos profissionais de saúde sobre como agir diante do diagnóstico de diversos transtornos

mentais, entre eles o *Uso de Drogas e Transtornos por Uso de Drogas*. O manual trás instruções passo a passo para as intervenções e até esboços de roteiros para abordagens orais (conversas) e no item Intervenções Psicossociais figura um subitem que trás orientações quanto a Redução de Danos:

#### 2.6 Estratégias de redução de danos

- Oriente quanto aos riscos do uso de drogas injetáveis.
- Informe sobre técnicas de injeção menos arriscadas e sobre a importância de usar material esterilizado.
- Informe sobre o acesso a programas de trocas de seringas e agulhas, onde existir, ou outras fontes de material esterilizado para injeção.
- Proponha e estimule a realização de exames para detecção de doenças virais transmitidas pelo sangue, sempre que possível.
- Ofereça tratamento para as complicações do uso de drogas e de outros problemas médicos e psiquiátricos, bem como apoio psicossocial, mesmo que a pessoa não queira deixar de usar drogas, naquele momento.
- Com o tempo, depois de estabelecer um vínculo com a pessoa, intensifique seus esforços para encorajar a pessoa que usa drogas injetáveis a aceitar tratamento para seu transtorno por uso de drogas. (OMS, 2010, p. 71)

A presença deste item sobre Redução de Danos revela que a Organização Mundial da Saúde esta sensível a novas abordagens para o enfrentamento do uso prejudicial de drogas e já as reconhece e recomenda.

Também em 2008 a OMS elabora em parceria com o UNODC o documento *Principles of drug dependence off treatment*<sup>24</sup> que trás nove princípios orientadores referentes ao tratamento do uso prejudicial de drogas. Alguns dos princípios podem ser considerados bastante progressistas e serão aqui expostos. Além disso, este documento revela que mesmo o UNODC que é a entidade do sistema da ONU mais engajado na manutenção da política proibicionista e na associação entre drogas e crimes também reconhece os impactos negativos do proibicionismo na saúde publica e a urgência de uma mudança na orientação e adoção de novas abordagens.

A superação dos estigmas associados ao consumo e ao tratamento da dependência de drogas é um desafio para a OMS. Os dependentes de drogas geralmente são vistos como pessoas que escolheram ser doentes, que tem desvios de caráter e que são suscetíveis a prática de crimes. Tais estigmas estão presentes mesmo entre os

---

<sup>24</sup> **Principles of drug dependence off treatment:** Em português: *Princípios da dependência de drogas fora do tratamento*.

profissionais de saúde e no imaginário da sociedade de modo geral e muitos deles estão amplamente relacionados ao proibicionismo que coloca também os usuários de drogas como inimigos da ordem social. Neste documento, o UNODC e OMS chegam até a reconhecer que o proibicionismo contribui para a construção destes estigmas e enfatizam que a “dependência” é uma doença e não uma questão de escolha e que os tratamentos devem ser oferecidos e propostos em consonância com as evidências científicas.

The notion that drug dependence could be considered a “self-acquired disease”, based on individual free choice leading to the first experimentation with illicit drugs, has contributed to stigma and discrimination associated with drug dependence. However, scientific evidence indicates that the development of the disease is a result of a complex multi-factorial interaction between repeated exposure to drugs, and biological and environmental factors. Attempts to treat and prevent drug use through tough penal sanctions for drug users fail because they do not take into account the neurological changes drug dependence has on motivation pathways in the brain. (UNODC & OMS, 2008, p. 1)

Em 2009 a Organização Pan Americana de Saúde – OPAS que é escritório regional da OMS na América Latina e Caribe publicou o documento *Epidemiologia de uso de drogas na América Latina e no Caribe: uma abordagem de saúde pública*<sup>25</sup>. Esta publicação trata-se de um guia que: “fornece uma visão geral do problema na América Latina e no Caribe; explica a psicofarmacologia do uso de drogas; compila e sintetiza os dados disponíveis e oferece recomendações para políticas e práticas para prevenir e tratar a dependência de drogas” (OPAS/WHO, 2009, p. X). Este documento revela a preocupação da OMS com a produção de dados referentes ao uso prejudicial de drogas na América Latina Caribe, em especial com a escassez de estudos epidemiológicos sobre o crack, a cocaína e as drogas de uso injetável, e o reconhecimento das ações de Redução de Danos no Brasil como boas práticas que contribuíram com a redução da contaminação do HIV.

HIV infections associated with using injected drugs have declined, particularly in countries where the epidemic is older. The decline in HIV infections in Brazil is attributed to the several harm reduction programs sponsored by the Brazilian Ministry of Health. (PAHO/WHO, 2009, p. 19)

---

<sup>25</sup> **Epidemiologia de uso de drogas na América Latina e no Caribe: uma abordagem de saúde pública:** Em inglês: *Drug Use Epidemiology in Latin America and the Caribbean: A Public Health Approach.*

Ainda neste documento, a OPAS/OMS faz um apelo à sociedade aos profissionais de saúde para que compreendam a perspectiva da redução de danos como uma prática ótima de saúde pública com vistas a superação de alguns equívocos, como a interpretação de que práticas de redução por não exigirem a abstinência ou por informar e instrumentalizar os consumidores sobre formas seguras ou menos danosas de uso não significam um estímulo ao consumo.

In addition, outreach services and harm reduction programs are proven to be cost-effective in preventing HIV and other blood borne infections, and may facilitate treatment seeking among drug users. However, legislation often criminalizes such practices, penalizing professionals who provide syringes and clean needles, penalizing drug users for carrying such equipment, and thus preventing the implementation of effective practices. These services are part of a continuum of care, and do not lead to increased drug use in the community at large. Revisiting current laws, policies and legislation regarding access to treatment and care is a priority at country level. (PAHO/WHO, 2009, p. 33)

O Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes – UNODC surpreendeu com a publicação do documento *Da coerção à coesão. Tratamento da dependência de drogas por meio de cuidados em saúde e não da punição* (2009), pois tratou do reconhecimento da necessidade do deslocamento da política de drogas para a área da saúde sendo feita pelo mais atuante órgão da ONU quando o assunto é a associação drogas e crimes. Este documento foi elaborado por técnicos do UNODC e da OMS e defende entre outros pontos a substituição das penas de encarceramento por alternativas como a adesão ao tratamento.

O documento é bastante enfático ao lembrar que a “a posse, o cultivo e a venda ilícita de drogas são crimes” (UNODC, 2009, p.1), no entanto, buscando uma atuação mais voltada para a saúde a pena de encarceramento pode ser substituída pela oferta de tratamentos, adotando-se o princípio da proporcionalidade entre delito e sanção.

Segundo as disposições das Convenções Internacionais sobre o Controle de Drogas, o tratamento, reabilitação, reinserção social e pós-tratamento devem ser considerados como uma alternativa a sanções penais. Pessoas que sofrem de transtornos por uso de substâncias, que tenham cometido delitos relacionados com a droga, podem ser encorajadas a entrar em tratamento como uma alternativa a sanções penais. (UNODC, 2009, p.1)

Nesta abordagem não há descriminalização ou despenalização dos usuários, mas há uma possibilidade de escolha entre a justiça penal e a justiça terapêutica. Essa possibilidade pode ser considerada progressista a medida que pode evitar o encarceramento dos consumidores de drogas no sistema penal dando-lhe alternativas, mas pode ser considerada conservadora quando refletimos sobre o quão limitadas são estas alternativas.

Este tipo de intervenção que usa o poder coercitivo do sistema de justiça criminal, não significa necessariamente que o tratamento seja compulsório ou que envolva a privação de liberdade de um indivíduo: as pessoas ainda têm a escolha entre aceitar o tratamento, ou cumprirem a pena de privação de liberdade, ou mesmo se submeterem a outras sanções administrativas. (UNODC, 2009, p.2)

Já em 2012 a publicação *DECLARAÇÃO CONJUNTA. Centros compulsórios de detenção e reabilitação de drogas*, trouxe uma positiva e surpreendente recomendação aos países-membros que ilustra muito bem a presença do paradigma progressista na OMS e nas entidades do sistema ONU. Nesta declaração conjunta *doze entidades da ONU*<sup>26</sup> questionam a internação involuntária e compulsória e recomendam aos países membros que fechem seus centros de detenção e internação compulsória para os ‘dependentes de drogas’, os substituindo por abordagens alternativas na área da saúde. Entre organismos que assinam a declaração conjunta estão a OMS e os aqui já citados UNODC e UNAIDS.

O documento de três paginas revela a preocupação com as violações dos direitos humanos que estão relacionados as condições de tratamento oferecidos e as vezes impostos nos centros de detenção e internação compulsória, como a falta de um processo legal devido, os trabalhos forçados, as torturas, entre outras.

---

<sup>26</sup> **Doze entidades do sistema ONU:** O comunicado conjunto foi emitido por doze agências da Organização das Nações Unidas (ONU), a saber: International Labour Organisation/*Organização Internacional do Trabalho*; Office of the High Commissioner for Human Rights/*Gabinete do Alto Comissário para os Direitos Humanos*; United Nations Development Programme/*Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas*; United Nations Educational, Scientific and Cultural Organisation/*Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura*; United Nations Population Fund/*Fundo das Nações Unidas para a População*; United Nations High Commissioner for Refugees/*Alta Comissão das Nações Unidas para os Refugiados*; United Nations Children’s Fund/*Fundação das Nações Unidas para a Infância*; United Nations Office on Drugs and Crime/*Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime*; United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women/*Entidade das Nações Unidas para a Igualdade de Gênero e o Empoderamento das Mulheres*; World Food Programme/*Programa Alimentar Mundial*; World Health Organisation/*Organização Mundial de Saúde*; e Joint United Nations Programme on HIV/AIDS/*Programa das Nações Unidas sobre o HIV/SIDA*.

Criteria for detention of individuals in these centres vary within and among countries. However, such detention often takes place without the benefit of sufficient due process, legal safeguards or judicial review. The deprivation of liberty without due process is an unacceptable violation of internationally recognised human rights standards. Furthermore, detention in these centres has been reported to involve physical and sexual violence, forced labour, sub-standard conditions, denial of health care, and other measures that violate human rights. (JOINT STATEMENT, 2012, p.1)

O paradigma progressista é percebido também quando as recomendações das entidades do sistema ONU passam a valorizar as evidências científicas. Na Declaração Conjunta de 2012, por exemplo, questiona-se a falta de evidências científicas que comprovem a eficácia das detenções e internações compulsórias no tratamento do uso prejudicial de drogas. Abaixo, o apelo das Nações Unidas aos países-membros para que fechem os seus centros de detenção e internação compulsória.

The UN entities which have signed on to this statement call on States that operate compulsory drug detention and rehabilitation centres to close them without delay and to release the individuals detained. Upon release, appropriate health care services should be provided to those in need of such services, on a voluntary basis, at community level. These services should include evidence-informed drug dependence treatment; HIV and TB prevention, treatment, care and support; as well as health, legal and social services to address physical and sexual violence and enable reintegration. The UN stands ready to work with States as they take steps to close compulsory drug detention and rehabilitation centres and to implement voluntary, ambulatory, residential and evidence-informed alternatives in the community. (JOINT STATEMENT, 2012, p.2-3)

A insistência do crescente consumo de drogas configura-se numa dupla preocupação para OMS quando há o reconhecimento cabal de que o aumento da contaminação por HIV/AIDS tem total relação com as péssimas condições de uso das drogas pelos Usuários de Drogas Injetáveis (UDI's). Os UDI's foram o público alvo das primeiras ações da Redução de Danos (RD) aceites pela OMS, como a distribuição e troca de seringas, e são reconhecidos como uma lacuna no âmbito do enfretamento do HIV/AIDS é o que afirma o *Gap Raport 2014*<sup>27</sup>, documento produzido pela UNAIDS, que apresenta dados de 2012 a cerca da relação entre o uso de drogas injetáveis e a contaminação por HIV e defende ainda a ampliação das estratégias de Redução de Danos:

---

<sup>27</sup> **Gap Raport 2014:** Em português: *Relatório de Lacunas 2014*.

There are estimated 12.7 million people who inject drugs, and 13% of them are living with HIV. On average only 90 needles are available per year per person who injects drugs, while the need is about 200 per year. (UNAIDS, 2014, p.13)

Em 2014 a OMS publicou o *Guia de orientações consolidadas sobre prevenção do HIV, diagnóstico, tratamento e cuidado populações-chave*<sup>28</sup>. Este guia reúne as principais recomendações sobre prevenção do HIV para cinco populações-chave: homens que fazem sexo com homens, pessoas que injetam drogas, pessoas nas prisões e outros ambientes fechados, profissionais do sexo e pessoas transgêneros (WHO, 2014, p.10). Para os UDI's são recomendadas e defendidas as estratégias de saúde pública pautadas na redução de danos.

While the harm reduction interventions for substance use are part of this overall comprehensive package for key populations, it is important that countries where injecting drug use occurs prioritize immediate implementation of Needle and Syringe Programmes and Opioid Substitution Therapy (NSPs and OST). (WHO, 2014, p. 24)

O guia da OMS publicado em 2014 recomenda abordagens em Redução de Danos também para usuários de drogas não injetáveis, para que estes possam também administrar as substâncias de formas mais seguras e higiênicas, buscando reduzir danos e riscos. Esta recomendação revela que a OMS já admite abordagens que não sejam pautadas apenas na abstinência.

Harm reduction interventions for people who use drugs but who do not inject are also important. They should include evidence-based drug dependence treatment and provision of non-injecting drug use paraphernalia as appropriate to the local context and patterns of drug use. (WHO, 2014, p. 24)

O informe da OMS intitulado *Dimensão da saúde pública do problema mundial das drogas, inclusive no contexto da Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre o Problema Mundial da Droga – UNGASS, que será realizada em 2016*<sup>29</sup>, trás o reconhecimento cabal de que apenas ações proibitivas não bastam para contrapor o avanço do consumo prejudicial de drogas.

---

<sup>28</sup> **Guia de orientações consolidadas sobre prevenção do HIV, diagnóstico, tratamento e cuidado populações-chave:** Em inglês: *Guide to consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care of key populations.*

<sup>29</sup> **Dimensão da saúde pública do problema mundial das drogas, inclusive no contexto da Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre o Problema Mundial da Droga – UNGASS, que será realizada em 2016:** Em inglês: *The public health dimension of the global drug problem, including in the context of the United Nations General Assembly Special Session on the World Drug Problem - UNGASS, to be held in 2016.*

Nevertheless, actions to reduce drug use through enforcement of the prohibition of non-medical use of internationally controlled substances and related law enforcement strategies have largely dominated the implementation of national drug control strategies to date. There is thus a need to ensure implementation of a comprehensive package of drug control measures that address the entire public health continuum – from primary prevention and risk reduction through to management of drug use disorders, rehabilitation and care – and which are grounded in the fundamental public health precepts of equity and social justice, human rights, emphasis on countries and populations in greatest need, due consideration to the economic, social, and environmental determinants of health, science and evidence-based interventions, and people-centred approaches. (WHO, 2016, p.2)

No mesmo documento há também o reconhecimento de que a estratégia proibicionista e as medidas que visam a redução da oferta contribuíram para o fomento da discriminação, das violações dos direitos humanos e da violência.

...in some parts of the world, to policies and enforcement practices that entrench discrimination, propagate human rights violations, contribute to violence related to criminal networks and deny people access to the interventions they need to improve their health. (WHO, 2016, p. 3)

Outro ponto relevante e considerado aqui como progressista é o reconhecimento dos determinantes sociais e econômicos como agravantes para os processos de adoecimento relacionados ao uso prejudicial das drogas ilícitas.

Particular attention should be paid to the social and economic determinants of drug use, addressing those factors that increase the vulnerability of individuals and communities and which promote or perpetuate risk behaviours. Such determinants are broad-ranging and are often influenced by policies and practices in other sectors, such as those for dealing with unemployment and marginalization. (WHO, 2016, p. 3)

O clímax do documento é o ponto 12 que reconhece que até agora as políticas de saúde pública sobre drogas não focalizam a redução dos danos individuais e de saúde pública, trás um conceito de Redução de Danos e a Redução de Danos e ainda defende as abordagens pautadas na Redução de Danos que visam a manutenção da vida do dependente de drogas sem requerer necessariamente a abstinência.

12. Current drug policy frameworks do not focus enough attention on reducing the individual and public health harm of drug use. Harm reduction is part of a public health promotion framework to prevent, reduce and mitigate the harms of drug use for individuals and communities. Harm reduction is often a socially and politically sensitive issue, given that its goal is to keep people alive and safe

while not requiring abstinence from drug use. Punitive laws, policies and practices limit, and sometimes exclude, people who use drugs from accessing harm reduction services, compromising the effectiveness of their evidence-based interventions. When implemented as part of a comprehensive drug strategy, harm reduction interventions ensure that drug use is seen in a wider social context, addressing issues of poverty, social isolation, stigmatization/marginalization, domestic and other forms of violence and public health. (WHO, 2016, p. 13)

No ponto 13 do informe da OMS (2016) também relaciona os resultados positivos das intervenções pautadas na Redução de Danos a redução da violência.

There is also strong evidence that programmes that reduce the short- and long-term harm to substance users benefit the entire community through reduced crime and public disorder, in addition to the benefits that accrue from the inclusion into mainstream life of previously marginalized members of society. (WHO, 2016, p. 13)

Em 2016 na Assembleia Geral das Nações Unidas foi publicado o documento *Nuestro compromiso conjunto de abordar y contrarrestar eficazmente el problema mundial de las drogas*<sup>30</sup>. Este documento trás em grande parte de seu conteúdo recomendações a cerca da otimização e integração dos sistemas nacionais e internacionais de fiscalização e repressão, mas também trás um item progressista sob o título *Recomendaciones operacionales sobre cuestiones intersectoriales: las drogas y los derechos humanos, los jóvenes, los niños, las mujeres y las comunidades*<sup>31</sup>. Dentre as recomendações deste item destaca-se:

Asegurar el acceso no discriminatorio a servicios de salud y atención y servicios sociales en el marco de programas de prevención, atención primaria y tratamiento, incluidos los que se ofrecen a las personas encarceladas o en prisión preventiva, cuyo nivel ha de ser equiparable al de los servicios que se ofrecen en la comunidad, y asegurar el acceso de las mujeres, incluidas las mujeres privadas de libertad, a servicios de salud y orientación adecuados, incluidos aquellos que se necesitan especialmente durante el embarazo. (NU, 2016, p. 14)

Esta recomendação trás avanços quando revela a preocupação da OMS quanto a alguns determinantes sociais que perpassam a questão do uso prejudicial de

---

<sup>30</sup> **Nuestro compromiso conjunto de abordar y contrarrestar eficazmente el problema mundial de las drogas:** Em português: *Nosso compromisso conjunto em abordar e contrapor eficazmente o problema mundial das drogas.*

<sup>31</sup> **Recomendaciones operacionales sobre cuestiones intersectoriales: las drogas y los derechos humanos, los jóvenes, los niños, las mujeres y las comunidades:** Em português: *Recomendações operacionais sobre questões intersetoriais: as drogas e os direitos humanos, os jovens, as crianças, as mulheres e as comunidades.*

drogas como a discriminação no acesso aos serviços de saúde e as vulnerabilidades sociais e de gênero. Além destas, a OMS também recomenda a supervisão dos centros e clínicas de reabilitação, o que indica preocupação com as condições em que estes serviços estão sendo ofertados.

...asegurar la debida calidad de los servicios de tratamiento y rehabilitación de drogodependientes y evitar que se inflijan tratos o castigos crueles, inhumanos o degradantes, de conformidad con la legislación nacional y el derecho internacional aplicable. (NU, 2016, p.14)

No que se refere a mudança de paradigma na perspectiva da política de drogas em nível global, até que aqui vimos que a OMS tem feito algum esforço para deslocar o problema das drogas para o campo da saúde e que esta se abrindo as boas praticas em saúde publica e abordagens alternativas como a redução de danos. Neste sentido, o ano de 2016 foi importante para consolidar esta mudança de perspectiva.

Em janeiro de 2016, o Conselho Executivo da OMS em sua 138ª sessão, no item 6 da agenda – *doenças não contagiosas* e subitem 6.4 divulgou o documento EB-138/11, intitulado *Dimensão da saúde pública do problema mundial das drogas, inclusive no contexto da Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre o Problema Mundial da Droga*. Este documento, como infere o titulo, demarca alguns posicionamentos da OMS sobre a política de drogas e indica uma tendência de mudanças de um paradigma conservador e proibicionista para uma perspectiva mais progressista, equilibrada e abrangente com foco na saúde publica e nos direitos humanos. Neste documento a OMS além de recomendar aos países-membros que incluíssem novas abordagens na **a) prevenção** e no **b) tratamento** e ainda estratégias e praticas da **c) Redução de Danos**, também trás um esboço de uma tímida critica a estratégia proibicionista e a seus desdobramentos na saúde publica.

Con todo, las estrategias nacionales de fiscalización de drogas aplicadas hasta la fecha han incluido principalmente medidas de reducción del consumo de drogas consistentes en la prohibición efectiva del consumo extramédico de sustancias fiscalizadas internacionalmente e iniciativas coercitivas conexas. Por tanto, es necesario velar por la aplicación de un conjunto exhaustivo de medidas de fiscalización de drogas que abarquen el espectro completo de intervenciones de salud pública (...) y se basen en los preceptos fundamentales de la salud pública, a saber: la equidad y la justicia social, los derechos humanos, la atención preferencial a los países y poblaciones más necesitados, la debida consideración de los determinantes económicos, sociales y ambientales de la salud, las

intervenciones basadas en datos científicos y los enfoques centrados en las personas. (OMS, 2016, p. 2)

#### **a) Prevenção**

Quanto a prevenção o documento trás recomendações significativas no título *Prevención del consumo de drogas y reducción de la vulnerabilidad y los riesgos*. As recomendações trazem críticas as abordagens de prevenção com foco na lei e na justiça penal e enfatizam que as evidências científicas indicam que as abordagens de prevenção mais eficazes devem ser multissetoriais e devem considerar fatores como faixa etária e identidade de gênero. O documento recomenda mudanças nas legislações nacionais coercitivas, explica que a simples divulgação de informações sobre os efeitos nocivos das substâncias não são eficazes e considera os determinantes sociais como decisivos para o uso prejudicial de drogas, entre outros avanços.

El hecho de que las medidas preventivas destinadas a reducir la oferta se hayan centrado generalmente en hacer cumplir la ley y en luchar contra el mercado ilícito ha dado lugar a que, en algunas partes del mundo, existan políticas y prácticas coercitivas que perpetúan la discriminación, propagan las violaciones de los derechos humanos, incrementan la violencia relacionada con las redes criminales e impiden a las personas acceder a las intervenciones que necesitan para mejorar su salud...(…) También deberían formar parte integral de las políticas y planes nacionales de acción sobre drogas. Deberían ir respaldados por marcos jurídicos y de gobernanza apropiados y orientados hacia la salud pública que permitan la participación efectiva de múltiples sectores de los gobiernos y la sociedad civil. La mera facilitación de información sobre los efectos o peligros de las drogas no ha resultado eficaz. Habría que prestar especial atención a los determinantes sociales y económicos del consumo de drogas y abordar los factores que aumentan la vulnerabilidad de las personas y las comunidades y que promueven o perpetúan los comportamientos de riesgo. Dichos determinantes son de muy diversa índole y suelen verse influidos por las políticas y prácticas aplicadas en otros sectores, como aquellas destinadas a luchar contra el desempleo y la marginación. (OMS, 2016, p. 3)

#### **b) Tratamento**

O tratamento é abordado sob o título *Tratamiento y atención de las personas con trastornos por consumo de drogas*. Neste trecho a OMS defende um “tratamento ético, com abordagem multidisciplinar abrangente” (OMS, 2016, p.3) com “intervencões farmacológicas e psicossociais diversificadas e integradas” (OMS, 2016, p.3).

La prestación de una atención y un tratamiento éticos y basados en datos científicos a las personas con trastornos por consumo de drogas y el respaldo normativo a dichos servicios deberían ser un elemento esencial de las estrategias y planes de acción nacionales sobre drogas, los cuales deberían contar con mecanismos adecuados de financiación, gobernanza y garantía de la calidad y prever alternativas al encarcelamiento por delitos menores relacionados con las drogas. (OMS, 2016, p. 4)

### c) Redução de Danos

O documento recomenda e reconhece a RD como pratica de saúde publica ótima, pragmática e eficaz, mas que necessita de estudo, divulgação e investimento para alcançar seu verdadeiro potencial. A redução de danos alcança seu reconhecimento sob o titulo *Prevención y gestión de los daños asociados al consumo de drogas*. O documento trás um breve conceito de RD e uma critica as políticas e práticas coercitivas. A OMS (2016) recomenda que as praticas em saúde pautadas na Redução de Danos “ocupem um lugar mais destacado em uma resposta global ao uso prejudicial de substancias”.

Los actuales marcos de políticas sobre drogas no conceden atención suficiente a la reducción de los daños que provoca el consumo de drogas en la salud de las personas y la salud pública. **La reducción de los daños se inscribe en un marco de promoción de la salud pública destinado a prevenir, reducir y mitigar los daños derivados del consumo de drogas en las personas y las comunidades, y suele ser un tema delicado desde el punto de vista social y político, pues el objetivo perseguido es mantener a las personas en vida y en condiciones seguras sin exigir la abstinencia de las drogas.** Las leyes, políticas y prácticas punitivas limitan — y a veces imposibilitan — el acceso de las personas que consumen drogas a servicios de reducción de los daños, lo que compromete la eficacia de las intervenciones basadas en pruebas que ofrecen dichos servicios. Cuando se aplican como parte de una estrategia general contra las drogas, las intervenciones de reducción de los daños permiten que el consumo de drogas sea considerado en un contexto social más amplio, y que se tengan en cuenta cuestiones como la pobreza, el aislamiento social, la estigmatización y marginación, la violencia doméstica y de otro tipo y la salud pública. (OMS, 2016, p. 5)

Dentre os documentos analisados nesta pesquisa, este último foi o único que buscou conceituar a Redução de Danos e a recomendou expressamente como estratégia de saúde pública. Outros aspectos podem ser relacionados a perspectiva progressista identificada nas recomendações deste documento , entre elas, recomendações que pedem:

- Implementação de legislações que fortaleçam o deslocamento do problema das drogas para a saúde pública (OMS, 2016, p. 2);
- Intervenções multissetoriais que considerem os determinantes econômicos, sociais e ambientais de saúde como fatores decisivos para o uso de prejudicial de drogas (OMS, 2016, p. 2);
- Revisões das legislações nacionais e nos sistemas de justiça penal para que deixem de criminalizar e estigmatizar os usuários (OMS, 2016, p. 3);
- Implementação de mecanismo que permitam a ampla participação de setores diversos, dos governos e da sociedade civil nos debates sobre os rumos das políticas de drogas (OMS, 2016, p. 3);
- Intervenções baseadas em evidências científicas e enfoques centrados nas pessoas (OMS, 2016, p. 3);
- Políticas e programas de prevenção que considerem a faixa etária e a identidade de gênero do público alvo (OMS, 2016, p. 4);
- Tratamentos éticos, que preservem os direitos humanos, que incluam práticas de Redução de Danos e que recebam financiamento necessário (OMS, 2016, p. 4);
- Destaque para a Redução de Danos no âmbito das políticas globais sobre drogas (OMS, 2016, p. 5);
- Flexibilização quanto às restrições ao uso de substâncias para uso médico e científico que hoje se encontram afetados pela política proibicionista (OMS, 2016, p. 6).

Este documento representa a síntese de algumas das reivindicações dos grupos que desejam uma mudança no paradigma hoje hegemônico na política global de drogas ilícitas. É a expressão máxima da evidencia da construção de um novo paradigma a política de drogas ilícitas e também é a expressão máxima do quanto esta perspectiva já esta presente no interior da OMS.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho traz importantes evidências de uma possível mudança de paradigma nas políticas sobre drogas em nível global, a partir das análises de documentos e publicações da Organização Mundial da Saúde – OMS, da Organização das Nações Unidas – ONU e de outras entidades e organismos do sistema ONU entre os anos de 2001 e 2016. Neste sentido, pode-se afirmar que os questionamentos iniciais da pesquisa foram respondidos e que realmente é possível aferir as evidências de que um novo paradigma vem sendo construído para a política de drogas e que a partir dos anos 2000 a ONU e a OMS vem inserindo em seus documentos e publicações princípios e estratégias relacionados às chamadas abordagens alternativas com a intenção de deslocar definitivamente a questão das drogas para o âmbito da saúde.

Desde sua criação que a ONU encarregou-se de nortear as políticas globais sobre drogas e através de suas entidades e organizações elabora tratados internacionais e dissemina estratégias de enfrentamento ao uso prejudicial de drogas e seus desdobramentos tanto no âmbito da justiça penal como no âmbito da saúde pública. A bibliografia consultada revela que de modo geral ou a menos parcialmente os tratados internacionais propostos pela ONU tem adesão da maioria dos países-membros e suas recomendações são levadas a cabo.

As drogas continuam ilícitas, proibidas e seu consumo, compra e venda, seguem sendo práticas criminosas passíveis de duras penas no âmbito do sistema judicial e penal e da sociedade de modo geral. A prevenção e o tratamento ainda agregam poucas práticas de redução de riscos e danos e continuam insistindo na abstinência como única meta, desvalorizando a conquista das metas intermediárias e explicitando a proibição. Mesmo quando são agregados conceitos e as práticas alternativas como a Redução de Danos, estes ainda não figuram como centrais, ou figuram margeados da constante lembrança que o uso, a posse, a produção e a comercialização de determinadas substâncias continuam sendo crimes. As premissas que sustentam politicamente o proibicionismo presentes nas Convenções de 1961, 1971 e 1988 são transcritas em cada nova publicação e servem de fundamento para as novas recomendações.

O proibicionismo que ainda é o paradigma dominante repercute negativamente sobre a sociedade influenciando na construção das legislações nacionais

e internacionais e nas políticas públicas e causa impactos sociais e na saúde pública, dentre eles:

- a) **Impactos sociais:** encarceramento em massa; desgastes das liberdades civis; e intensificação das desigualdades, uma vez que o uso prejudicial de drogas se relaciona com as condições materiais de existência das pessoas.
- b) **Impactos na saúde pública:** a criminalização do uso implica em graves restrições para a busca e acesso aos serviços de saúde pública; a criminalização da produção e do comércio implicam na total falta de controle das substâncias, da qualidade e da quantidade, expondo os usuários a riscos; a criminalização do comércio das drogas ilícitas também implica na exposição do usuário a violência que se relaciona a atividade, tanto por parte dos traficantes quanto da polícia; a criminalização do uso expõem os usuários a formas anti-higiênicas de uso o que agrava os riscos de contaminação de doenças.

Quando partimos para análise documental dos principais tratados internacionais sobre drogas e estratégias de saúde pública, publicados pela ONU e pela OMS, além de outras importantes agências e escritórios como o UNODC, e comparamos as recomendações e conclusões destes documentos com a produção científica sobre as estratégias alternativas em saúde pública, como a RD, e ainda com o trabalho engajado e competente das organizações da sociedade civil e mais ainda com os resultados reais da adoção da Redução de Danos é que percebemos o quanto há que se avançar no debate sobre a mudança de paradigma da política de drogas em nível global.

A OMS por sua vez, durante muito tempo ignorou a evolução teórica e prática dos modelos alternativos em saúde pública no campo das drogas, que vinham sendo construídos e colocados em prática em alguns países-membros como Portugal e Holanda já desde os anos 80 e só vem aderindo e recomendando a redução de danos, ainda que com ressalvas, diante das pressões de grupos organizados que pautam uma mudança radical na política de drogas e diante dos resultados inegáveis desta abordagem.

As conclusões e recomendações da OMS sobre prevenção, o tratamento e redução de danos pouco exploram os determinantes sociais relacionados ao uso prejudicial das substâncias ilícitas, não relacionam as péssimas condições de uso das substâncias ao aumento dos danos a saúde, não questionam a criminalização, o encarceramento e até a pena de morte em sistemas penais medievais que existem em muitos países-membros, não associam a incidência da violência ao proibicionismo e de maneira alguma consideram a possibilidade da descriminalização e/ou legalização.

A OMS até tentou protelar uma crítica qualificada às abordagens tradicionais, mas pouco a pouco vem reconhecendo os impactos negativos do proibicionismo e buscando adotar as abordagens alternativas pautadas na redução de danos, estratégia eficiente que já conta com bastante acúmulo de experiências e dados nos países Europeus.

Os documentos analisados e outros tantos consultados deixam entender que realmente havia um esforço coordenado entre as agências e organizações internacionais para difusão das recomendações que tratam da política de droga, principalmente, no que diz respeito ao controle, a fiscalização, a associação de drogas e crimes e a cooperação internacional no sentido de coibir o uso, a produção e a venda das substâncias. No entanto, a partir da década de 2000, pode-se perceber certa quebra na coesão entre as entidades da ONU que passaram discordar quanto as estratégias de enfrentamento ao “problema mundial das drogas”.

No interior do sistema da ONU e entre suas entidades esta quebra de coesão é devida a três fatores: 1) reconhecimento da falência da Guerra Mundial às Drogas; 2) reconhecimento dos resultados conseguidos com a Redução de Danos nos países-membros em que vem sendo implantada desde os anos 80 na Europa na Inglaterra, Holanda e Portugal e a partir dos anos 2000 pela inserção da América Latina no debate global da política sobre as drogas ilícitas com destaque para atuação de México, Colômbia e Uruguai e 3) Pressões da sociedade civil organizada diante dos dois primeiros fatores.

Em muitos pontos dos diversos documentos é possível captar que as entidades internacionais enfatizam em demasia o trabalho voluntário e de bases comunitárias como alternativas e como inovações no que se trata do enfrentamento do “problema mundial das drogas”. Neste sentido, os documentos analisados abordam a

necessidade de envolvimento de diversos segmentos da sociedade na proposição e promoção da política de drogas, mas percebe-se um forte apelo e uma valorização do trabalho voluntário, do trabalho desenvolvido pelo terceiro e da iniciativa privada. A defesa das ações do 3º setor esta contramão da construção da construção de um Estado de Bem-Estar Social. Nos documentos analisados o Estado, os governos e seus dirigentes são raramente citados e quase nunca cobrados.

Algumas recomendações além de exigirem ações intersetoriais também dependem de investimentos em capital financeiro e principalmente em capital humano. As recomendações contraditórias, as vezes genéricas e vagas e outras bastante lineares. Não trazem um passo-a-passo de como serão implantadas e carecem também de vontade política, captação de recursos financeiros em fontes sustentáveis, capacitação e valorização de recursos humanos, mudanças de hábitos e até de solidariedade humana (no caso do trabalho voluntário).

Os documentos analisados trazem dados, fatos, críticas e claro as recomendações, mas não trazem uma reflexão mais profunda, por exemplo, sobre como a escalada no número de dependentes de drogas tem relação com as políticas proibicionistas e com a chamada guerra as drogas, que são promovidas pela grande maioria dos países-membros ou se a superpopulação carcerária de diversos países-membros como o Brasil e os EUA tem alguma relação com as políticas proibicionistas, ou ainda até que ponto os impactos negativos do proibicionismo podem ser amortecidos pela sociedade.

A partir dos anos 2000 encontramos alguns documentos onde é possível perceber que a OMS faz relação entre o uso prejudicial de drogas e os determinantes sociais em saúde. Esta relação é um avanço a medida que reconhece que o tipo de relação estabelecida entre o individuo e as substancias é determinantemente marcada pelas suas condições materiais de existência.

O documento Principles of drug dependence off treatment (2008) cita a abordagem psicossocial como metodologia indispensável para o tratamento de dependência de drogas, mas não se prolonga quanto as ações e políticas necessárias para o fortalecimento das redes psicossociais, não questiona os governos ou os orienta da importância da construção das redes psicossociais que conte com equipamentos

primordialmente públicos, ao contrário disso, a filantropia e o voluntariado são exaltados.

As recomendações da OMS, em alguns pontos são compreensíveis e bastantes necessárias, são reivindicações históricas dos usuários, como a humanização dos tratamentos de dependência e a supressão dos centros de detenções compulsórias de drogas e de doenças mentais de modo geral. No entanto, em outros pontos as recomendações parecem complexas e ainda distantes da realidade brasileira, ou revelam mesmo uma sóbria intenção de fortalecer o voluntariado, o assistencialismo e o terceiro setor. A sociedade civil assumiria um papel central no tratamento de dependência de drogas e os Estados e governos, no máximo teriam uma participação regulamentar e complementar.

Os documentos analisados tratam também da *participação do doente e da comunidade no tratamento de dependência de drogas*, mas não se expande quanto aos níveis dessa participação. Os textos tratam de *autonomia e autodeterminação* como direitos humanos indispensáveis para êxito no tratamento de drogas. Nenhum dos documentos trouxe a recomendação de criação de dispositivos que possibilitem e mobilizem o debate político e a participação da sociedade na construção das políticas de drogas e/ou de saúde e a participação dos usuários nos processos de planejamento e tomada de decisões. A participação mencionada nos documentos não é dimensionada, ou mesmo direcionada ao exercício da participação política.

Em boa parte dos documentos analisados foi possível identificar a coexistência dos dois paradigmas, o velho e hegemônico paradigma proibicionista e o novo paradigma em construção que se apresenta como progressista e pragmático. Esta observação confirma “o caráter contraditório dos processos de gestação das políticas sociais, os determinantes para a formação da agenda política nacional e internacional, a correlação de forças e a capacidade de inserção de demandas e interesses dos diversos atores e setores da sociedade.” (CARVALHO, ROCHET e PAULINO, 2008, p.263)

Mesmo com tantas ressalvas é preciso reconhecer as evidências da construção de um novo paradigma como na política de drogas como um movimento positivo e progressista, pois trata-se da desconstrução do conservadorismo e do proibicionismo que juntos contribuíram para mais de um século de estigmas, punições e violações de direitos no campo das políticas de drogas.

Quanto a atuação do Assistente Social na política de drogas e após o estudo sistemático deste campo é possível apontar uma dupla necessidade, que se apresenta também como um duplo desafio: a primeira diz respeito a busca de estratégias e mecanismos que considerem a questão das drogas em sua totalidade, para evitar o equívoco de particularizar o problema e estigmatizar os usuários das políticas e programas relacionados ao uso prejudicial de drogas e a segunda necessidade/desafio diz respeito a tomada de consciência e a participação política do Assistente Social na luta pela mudança de paradigma para a política de drogas em nível global e local.

O novo paradigma que se coloca no horizonte da política de drogas e que tem seu enfoque na promoção da saúde e das pessoas dialoga com o Código de Ética do Assistente Social e também com o projeto ético político da profissão que proclama a construção de uma nova sociedade, livre de injustiças, discriminações e violações dos direitos humanos. Logo, a promoção do debate sobre a política de drogas em nível global, a defesa da ruptura com o paradigma proibicionista e a contribuição com a construção de um novo paradigma mais progressista e pragmático é coerente com o pleno exercício da profissão de Assistente Social e é neste sentido que este trabalho pretende ser útil.

## REFERENCIAS

### Artigos, teses e outras publicações.

CARVALHO, Denise Bomtempo Birche de. ROCHET, Juliana. PAULINO, Fernando Oliveira. *Política pública de redução de danos e uso de drogas no Brasil: contradições do processo de construção de uma política nacional*. In: BOSCHETTI, Ivanete. BEHRING, Elaine Rossetti. SANTOS, Silvana Mara de Moraes do. MIOTO, Regina Célia Tamaso (Orgs). *Política Social no Capitalismo. Tendências Contemporâneas*. São Paulo. Cortez Editora. 2008.

CLDD. Comissão Latino-americana sobre Drogas e Democracia. *Drogas e democracia: rumo a uma mudança de paradigma*. 2009. Disponível em: [http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2016/07/drugs-and-democracy\\_book\\_PT.pdf](http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2016/07/drugs-and-democracy_book_PT.pdf).

FIORE, Maurício. *O lugar do Estado na questão das drogas: O paradigma proibicionista e as alternativas*. Novos Estudos. Março de 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-33002012000100002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002012000100002). Acesso em janeiro de 2017.

GCDP. Global Commission on Drug Policy. *Sob Controle: caminhos para políticas de drogas que funcionam*. Setembro de 2014. Disponível em: [https://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2016/03/GCDP\\_2014\\_taking-control\\_PT.pdf](https://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2016/03/GCDP_2014_taking-control_PT.pdf).

GCDP. Global Commission on Drug Policy. *Guerra às Drogas. Relatório da Comissão Global de Políticas sobre Drogas. Junho de 2011*. Disponível em: [http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2012/03/GCDP\\_WaronDrugs\\_PT.pdf](http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2012/03/GCDP_WaronDrugs_PT.pdf).

IHRA. International Harm Reduction Association. *Promover a Redução de Danos em uma base global. O que é redução de danos? Uma posição oficial da Associação Internacional de Redução de Danos (IHRA)*. IHRA: O que é Redução de Danos? Uma posição oficial da Associação Internacional de Redução de Danos, Londres, Grã Bretanha, 2010. (Em inglês: *Promoting harm reduction on a global basis. What is*

*Harm Reduction? A position statement from the International Harm Reduction Association, London, United Kingdom, April 2010*). Disponível em: [https://www.hri.global/files/2010/06/01/Briefing\\_what\\_is\\_HR\\_Portuguese.pdf](https://www.hri.global/files/2010/06/01/Briefing_what_is_HR_Portuguese.pdf).

KARAM, Maria Lúcia. *Proibição às Drogas e Violação a Direitos Fundamentais*. Curso de extensão promovido pelo Núcleo de Estudos Drogas/AIDS e Direitos Humanos do Laboratório de Políticas Públicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – RJ – abril de 2010. 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%3AD.pdf?1376532185](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%3AD.pdf?1376532185). Acesso em dezembro de 2016.

MARLATT, G. Alan. *Redução de Danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco*. Tradução: Daniel Bueno. Editora Artes Médicas Sul. Porto Alegre. 1999.

PBPD. Plataforma Brasileira de Políticas de Drogas. *Cartilha Entendendo a Política de Drogas no Cenário Internacional*. 2016. Disponível em: <http://pbpd.org.br/publicacao/cartilha-entendo-a-politica-de-drogas-no-cenario-internacional/>. Acesso em abril de 2017.

RODRIGUES, L.B.F. *Controle penal sobre as drogas ilícitas: o impacto do proibicionismo no sistema penal e na sociedade*. 2006. 273 f. Tese (Doutorado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo. Disponível em: <http://comunidadessegura.org.br/files/controlepenalsobredrogasilicitas.pdf>. Acesso em abril de 2017.

SENAD. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. *Glossário de Álcool e Drogas*. 2ª edição. Tradução e notas: J. M. Bertolote. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010. Publicado pela Organização Mundial da Saúde em 1994 sob o título Lexicon of Alcohol and Drug Terms. Disponível em: [http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/senad/glossario\\_de\\_alcool\\_drogas.pdf](http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/senad/glossario_de_alcool_drogas.pdf).

SILVA, Luiza Lopes da. *A questão das drogas nas relações internacionais : uma perspectiva brasileira*. Fundação Alexandre de Gusmão – FUNAG. Brasília, 2013. Disponível em: [http://funag.gov.br/loja/download/1028-Questao\\_das\\_Drogas\\_nas\\_Relacoes\\_Internacionais\\_A.pdf](http://funag.gov.br/loja/download/1028-Questao_das_Drogas_nas_Relacoes_Internacionais_A.pdf). Acesso em abril de 2017.

### **Documentos sistema ONU**

JOINT STATEMENT. *Compulsory drug detention and rehabilitation centres*. March 2012. (Em português: *DECLARAÇÃO CONJUNTA. Centros compulsórios de detenção e reabilitação de drogas. Março de 2012*). Disponível em: [http://www.who.int/hiv/topics/idu/joint\\_statement\\_20120308.pdf?ua=1](http://www.who.int/hiv/topics/idu/joint_statement_20120308.pdf?ua=1). Acesso em abril de 2017.

NU. Naciones Unidas. *Convención Única Sobre Estupefacientes de 1961*. (Em português: *Convenção Única Sobre Entorpecentes de 1961*) Disponível em: <http://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/drogas/marco-legal.html>.

NU. Naciones Unidas. *Convenio Sobre Substancias Sicotrópicas de 1972*. (Em português: *Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas de 1972*) Disponível em: <http://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/drogas/marco-legal.html>.

NU. Naciones Unidas. *Convención de La Naciones Unidas Contra El Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Substancias Sicotrópicas de 1988*. (Em português: *Convenção das Nações Unidas Contra o Tráfico de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas de 1988*) Disponível em: <http://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/drogas/marco-legal.html>.

NU. Naciones Unidas. *Resoluciones e decisiones aprobadas por la Asamblea General durante su decimoseptimo periodo extraordinario de sesiones. 20 a 23 de febrero de 1990*. Em português: *Resoluções e decisões aprovadas pela Assembleia Geral durante seu décimo sétimo período extraordinário de sessões. 20 a 23 de fevereiro de 1990*. Nova York, 1991. Disponível em: [http://www.un.org/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/S-17/13&referer=/english/&Lang=S](http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/S-17/13&referer=/english/&Lang=S)

OMS. *Neurociências: consumo e dependência de substâncias psicoativas: resumos*. Organização Mundial da Saúde. Genebra. 2004. Disponível em: [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/en/Neuroscience\\_P.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_P.pdf).

OMS. *MI-GAP Manual de Intervenções: para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica a saúde*. Programa de Ação Mundial em Saúde Mental. Versão 1.0. 2010. Disponível em: [http://www.who.int/mental\\_health/publications/IG\\_portuguese.pdf](http://www.who.int/mental_health/publications/IG_portuguese.pdf).

OMS. Organización Mundial de la Salud. *La dimensión de salud pública Del problema mundial de las drogas, en particular en el contexto del período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre El problema mundial de las drogas que se celebrará en 2016*. Consejo Ejecutivo. 138.<sup>a</sup> reunión. Punto 6.4 del orden del día provisional. EB 138/11. 15 de enero de 2016. (Em português: *Dimensão da saúde pública do problema mundial da droga, inclusive no contexto da Sessão Especial da Assembléia Geral das Nações Unidas sobre o Problema Mundial da Droga, a ser realizada em 2016. Relatório da Secretaria*) Disponível em: [http://www.unodc.org/documents/ungass2016//Contributions/UN/WHO/B138\\_11-sp.pdf](http://www.unodc.org/documents/ungass2016//Contributions/UN/WHO/B138_11-sp.pdf).

OMS. Organização Mundial de Saúde. *Relatório Mundial de Saúde 2001. Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. (Em inglês: *The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope*). 1<sup>a</sup> edição, Lisboa. Abril de 2002. Disponível em: [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_po.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf).

PAHO/WHO. Pan American Health Organization. World Health Organization. *Drug Use Epidemiology in Latin America and the Caribbean: A Public Health Approach*. 2009. (Em português: *Epidemiologia de uso de drogas na América Latina e no Caribe: uma abordagem de saúde pública*. 2009). Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/2828/Drug%20Use%20Epidemiology%20in%20Latin%20America%20and%20the%20Caribbean.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em junho de 2017.

UN. United Nations. **S-20/2. Political Declaration**. Resolution adopted by the general assembly. General Assembly. Twentieth special session. 21 October 1998. Em português: *Declaração política. Resolução adotada pela Assembleia Geral. Vigésima sessão especial. 21 de outubro de 1998*. Disponível em: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N98/775/09/PDF/N9877509.pdf?OpenElement>

UNAIDS. **The Gap Report 2014**. UNAIDS / JC2656 – English original, July 2014, updated September 2014. (Em português: *Relatório de Lacunas 2014 – Original em inglês, Julho 2014, atualizado em setembro de 2014*). Disponível em: [http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/UNAIDS\\_Gap\\_report\\_en.pdf](http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/UNAIDS_Gap_report_en.pdf).

UNODC. **Documento final del período extraordinario de sesiones de la asamblea general de las naciones unidas sobre el problema mundial de las drogas celebrado en 2016. S-30/1. Nuestro compromiso conjunto de abordar y contrarrestar eficazmente el problema mundial de las drogas**. UNGASS, 2016. Trigésimo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el problema mundial de las drogas. Tema 8 del programa. Resolución aprobada por la Asamblea General el 19 de abril de 2016. (Em português: *Documento final do período extraordinário de sessões da Assembleia Geral das Nações Unidas celebrada em 2016. S-30/1. Nosso compromisso conjunto em abordar e contrapor eficazmente o problema mundial das drogas. UNGASS, 2016. Trigésimo período extraordinário de sessões da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre o problema mundial das drogas. Tema 8 do programa. Resolução aprovada pela Assembleia Geral em 19 de abril de 2016*). Disponível em: <https://www.unodc.org/documents/postungass2016/outcome/V1603304-S.pdf>. Acesso em maio de 2017.

UNODC. **Da coerção à coesão. Tratamento da dependência de drogas por meio de cuidados em saúde e não da punição**. Documento para discussão com base em uma oficina técnica UNODC, Viena 28-30 de outubro de 2009. Nações Unidas. Nova York, 2010. Disponível em: [https://www.unodc.org/documents/lpo-brazil/noticias/2013/09/Da\\_coercao\\_a\\_coesao\\_portugues.pdf](https://www.unodc.org/documents/lpo-brazil/noticias/2013/09/Da_coercao_a_coesao_portugues.pdf). Acesso em maio de 2017.

UNODC & WHO. *Principles of Drug Dependence Treatment*. Discussion Paper. March 2008. Em português: *Princípios do Tratamento de Dependência de Drogas. Documento de discussão. Março de 2008*. Disponível em: [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/principles\\_drug\\_dependence\\_treatment.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/principles_drug_dependence_treatment.pdf). Acesso em junho de 2017.

WHO. *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations*. July 2014. (Em português: *Diretrizes consolidadas sobre a prevenção do HIV, diagnóstico, tratamento e cuidado de populações-chaves*, julho de 2014). Disponível em: <http://www.paho.org/bra/images/stories/Documentos2/eng%20guias%20pop%20vul%20who-1.pdf?ua=1>.

WHO. *Lexicon of alcohol and drug terms*. Geneva, 1994. Em português: *Léxico de álcool e drogas*. Genebra, 1994. Disponível em: [http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/who\\_ladt/en/](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_ladt/en/). Acesso em junho de 2017.

WHO. *Guidelines. consolidated guidelines on hiv prevention, diagnosis, treatment and care for key populations key populations*. July 2014. (Em português: *Guia de orientação orientações consolidadas sobre prevenção do HIV, diagnóstico, tratamento e cuidado populações-chave*. Julho 2014). Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128048/1/9789241507431\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128048/1/9789241507431_eng.pdf?ua=1&ua=1). Acesso abril de 2017.

WHO. *Expert Committee on Addiction-Producing Drugs. Thirteenth report of the WHO Expert Committee*. Geneva, World Health Organization, 1964 (WHO Technical Report Series, No.273). Em português: *OMS. Comitê de Peritos da OMS sobre Drogas Produtoras de Dependência. Décimo terceiro relatório do Comitê de Peritos da OMS. Genebra, Organização Mundial da Saúde*, 1964 (Série de relatórios técnicos da OMS, nº 273). Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/40580/1/WHO\\_TRS\\_273.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/40580/1/WHO_TRS_273.pdf).

WHO. *EB-138/11. Public health dimension of the world drug problem including in the context of the Special Session of the United Nations General Assembly on the World Drug Problem, to be held in 2016*. Executive Board. 138<sup>th</sup> session. Provisional agenda item 6.4. 15 January 2016. (Em português: *Dimensão da saúde pública do problema mundial das drogas, inclusive no contexto da Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre o Problema Mundial da Droga, que será realizada em 2016. Conselho Executivo. 138ª sessão. Ponto provisório da agenda item 6.4. 15 de janeiro de 2016.*) Disponível em: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB138/B138\\_11-en.pdf?ua=1](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB138/B138_11-en.pdf?ua=1).

WHO. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders Diagnostic criteria for research*. Geneva, 1993. (Em português: *CID-10 Classificação de distúrbios mentais e comportamentais. Diagnóstico critério para pesquisa*. Genebra, 1993). Disponível em: <http://www.who.int/classifications/icd/en/GRNBOOK.pdf>.

WHO. *Neuroscience of psychoactive substance use and dependence*. WHO, 2004. (Em português: *Neurociência do uso e dependência de substâncias psicoativas*. OMS, 2004). Disponível em: [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/en/Neuroscience.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience.pdf).

### Matérias citadas

D'agostino, Rosane. “*Com Lei de Drogas, presos por tráfico passam de 31 mil para 138 mil no país*”. G1, 2015. Disponível em <http://g1.globo.com/politica/noticia/2015/06/com-lei-de-drogas-presos-por-trafico-passam-de-31-mil-para-138-mil-no-pais.html>. Acesso em abril de 2017.

Portal Conectas – Direitos Humanos. “*Mapa das prisões – Novos dados do Ministério da Justiça retratam sistema falido*”. Novembro de 2014. Disponível em: <http://www.conectas.org/pt/noticia/25378-mapa-das-prisoas>. Acesso em abril de 2017.

Daly, Max. “*A conferencia mais importante da ONU em décadas foi deprimente*.” Vice Chanells. Março de 2014. Disponível em: [https://www.vice.com/pt\\_br/article/a-conferencia-mais-importante-da-onu-sobre-drogas-em-decadas-foi-deprimente](https://www.vice.com/pt_br/article/a-conferencia-mais-importante-da-onu-sobre-drogas-em-decadas-foi-deprimente). Acesso em abril de 2017.

Elias, Gabriel dos Santos. *“O Brasil e a UNGASS 2016.”* PBDB. Agosto de 2015. Disponível em: <http://pbpd.org.br/o-brasil-e-a-ungass-2016/>. Acesso em abril de 2017.

<http://opiniaoenoticia.com.br/internacional/oms-indica-descriminalizacao-das-drogas/>

### **Sites Visitados**

<https://translate.google.com.br>. Acesso contínuo.

<http://www.leapbrasil.com.br/textos>. Acesso em março de 2017 às 10h00min.

<http://www.infoescola.com/geografia/organizacao-das-nacoes-unidas-onu/>. Acesso em março de 2017 às 11h20min.

[https://pt.wikipedia.org/wiki/Organiza%C3%A7%C3%A3o\\_Mundial\\_da\\_Sa%C3%BAde](https://pt.wikipedia.org/wiki/Organiza%C3%A7%C3%A3o_Mundial_da_Sa%C3%BAde). Acesso em março de 2017 às 11h30min.

[https://pt.wikipedia.org/wiki/Organiza%C3%A7%C3%A3o\\_das\\_Na%C3%A7%C3%B5es\\_Unidas](https://pt.wikipedia.org/wiki/Organiza%C3%A7%C3%A3o_das_Na%C3%A7%C3%B5es_Unidas). Acessado em março de 2017 às 11h35min.

[https://pt.wikipedia.org/wiki/Lista\\_de\\_ag%C3%A2ncias\\_especializadas\\_das\\_Na%C3%A7%C3%B5es\\_Unidas](https://pt.wikipedia.org/wiki/Lista_de_ag%C3%A2ncias_especializadas_das_Na%C3%A7%C3%B5es_Unidas). Acesso em março de 2017 às 12h22min.

<http://www.un.org/>. Acesso em março de 2017 às 12h37min.

<https://nacoesunidas.org/conheca/paises-membros/>. Acesso em março de 2017 às 14h03min.

[https://en.wikipedia.org/wiki/Global\\_Commission\\_on\\_Drug\\_Policy](https://en.wikipedia.org/wiki/Global_Commission_on_Drug_Policy). Acesso em março de 2017 às 22h45min.

<https://www.globalcommissionondrugs.org/>. Acesso em março de 2017 às 23h05min.

[https://en.wikipedia.org/wiki/Transform\\_Drug\\_Policy\\_Foundation](https://en.wikipedia.org/wiki/Transform_Drug_Policy_Foundation). Acesso em abril de 2017 às 15h12min.

<http://www.tdpf.org.uk/>. Acesso em abril de 2017 às 15h23min.

<https://igarape.org.br/temas/politica-de-drogas/comissao-global-de-politicas-sobre-drogas/>. Acesso em abril de 2017 às 17h10min.

<http://pbpd.org.br/>. Acesso em abril de 2017 às 14h22min.

