

Chapter Title: Os Tratados Internacionais Antidrogas e o Brasil: políticas, desafios e perspectivas

Chapter Author(s): Elize Massard Fonseca and Francisco Inácio Bastos

Book Title: Álcool e outras drogas

Book Subtitle: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo

Book Editor(s): Sergio Alarcon, Marco Aurélio Soares Jorge

Published by: SciELO — Editora FIOCRUZ. (2012)

Stable URL: <https://www.jstor.org/stable/10.747/9788575415399.4>

JSTOR is a not-for-profit service that helps scholars, researchers, and students discover, use, and build upon a wide range of content in a trusted digital archive. We use information technology and tools to increase productivity and facilitate new forms of scholarship. For more information about JSTOR, please contact support@jstor.org.

Your use of the JSTOR archive indicates your acceptance of the Terms & Conditions of Use, available at <https://about.jstor.org/terms>



This book is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0). To view a copy of this license, visit <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.



SciELO — Editora FIOCRUZ is collaborating with JSTOR to digitize, preserve and extend access to *Álcool e outras drogas*

Os Tratados Internacionais Antidrogas e o Brasil: políticas, desafios e perspectivas¹

Elize Massard Fonseca
Francisco Inácio Bastos

O uso de substâncias psicoativas (como as bebidas alcoólicas e as substâncias que hoje denominamos drogas, como a tintura de ópio) é de conhecimento geral, ao que parece, desde a pré-história. Estados de embriaguez e outras formas de alteração da percepção e do comportamento não são exclusividade das sociedades humanas, pois diferentes animais ingerem, de forma proposital, frutos e raízes que alteram seus comportamentos (Jonas & Jonas, 1980).

Há farta documentação referente ao consumo do ópio por parte dos antigos egípcios, gregos e romanos, com finalidade religiosa e recreativa (Duarte, 2005; Bellis, 1981). Os médicos romanos e árabes, e, séculos mais tarde, os ingleses, utilizavam amplamente a tintura de ópio (extraída da papoula) para tratar afecções, como as disenterias e outras síndromes diarreicas (no que não diferem em nada de nós, que utilizamos até hoje produtos à base da tintura de ópio, como o elixir paregórico, com a mesma finalidade).

¹ A revisão de literatura deste estudo foi realizada na biblioteca da University of Michigan, Estados Unidos, durante o estágio de doutorado em 2006-2007 e financiado pelo Programa de Doutorado com Estágio no Exterior da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal (PDEE/Capes), Ministério da Educação. A revisão final do texto foi realizada no Centro de Estudos da Metrópole/ Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEM/Cebrap) em São Paulo, com apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp). Os autores gostariam de agradecer a Jairo da Matta, mestre em Políticas Públicas e Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), pelos comentários ao texto.

No século XVI, o uso medicinal do ópio estava solidamente estabelecido em diversos países da Europa, especialmente na Inglaterra (Berridge & Edwards, 1981), e até o início do século XIX acreditava-se que o consumo da substância não causava qualquer malefício. O ópio era utilizado de forma regular por intelectuais, como o escritor norte-americano Edgard Allan Poe ou o escritor inglês Thomas De Quincey. No seu famoso relato autobiográfico, *Confessions of an English Opium Eater*, publicado pela primeira vez em 1822, De Quincey descreve os prazeres, as alucinações e as dores provocadas pelo consumo contínuo de grandes quantidades de ópio (De Quincey, 1998).

No mesmo período, outra substância com poderes anestésicos e estimulantes começava a circular na Europa – a cocaína. Tal substância (e outros alcaloides da coca) era há muito utilizada pelas populações nativas da região andina da América do Sul (no que hoje seria o território ocupado pelo Peru, Bolívia e Colômbia), sendo originalmente consumida sob a forma de folhas de coca mascadas ou infusões (chás) de folha de coca. A coca foi levada para a Europa em pequenas quantidades pelos conquistadores espanhóis, ao longo dos séculos XVII-XIX. Em 1863, o químico francês Angelo Mariani criou o Vinho Mariani, uma mistura de vinho e infusão de coca, que rapidamente se tornou popular em toda a Europa (Allen, 1987). Por essa mesma época, a companhia química e farmacêutica Merck sintetizou a cocaína em pó a partir de folhas de coca maceradas e purificadas (Byck, 1975).

As propriedades anestésicas da cocaína (nos dias de hoje empregadas amplamente sob a forma de seus derivados, como a xilocaína, anestésico utilizado em odontologia e diversas outras cirurgias de pequeno porte) foram descobertas por um médico russo, Vassili von Anrep, em 1880, quando este percebeu a perda de sensibilidade no local da injeção após a administração da droga. Anrep era professor de Sigmund Freud, porém, à época, o interesse principal do Pai da psicanálise não se dirigia às propriedades anestésicas locais da cocaína, mas sim ao seu potencial estimulante. Um contemporâneo e colega de Freud, Karl Koller, acabou por introduzir a cocaína na cirurgia oftálmica (Byck, 1975).

Freud fez uso da cocaína em diversos momentos e, entre 1884-1885, publicou uma série de artigos sobre o tema, relatando os efeitos benéficos da substância no tratamento da fadiga, impotência e depressão. A fama da coca atravessou o Atlântico e, em 1886, John Styth, nos Estados Unidos, desenvolveu uma bebida estimulante à base de infusão de coca e cafeína, conhecida como Coca-Cola – que, desde 1901, contém diferentes alcaloides, mas não mais a cocaína (Allen, 1987).

Como demonstram os exemplos históricos mencionados, até meados do século XIX, a produção, a comercialização e o consumo de substâncias hoje classificadas como drogas, como a cocaína e o ópio e seus derivados, eram amplamente difundidos.

Como uma substância tão largamente consumida, como o ópio, com benefícios amplamente reconhecidos pela medicina (tanto que, até hoje, os opiáceos continuam a ser os principais analgésicos utilizados na prática médica e cirúrgica no manejo de dores de grande intensidade), tornou-se um problema?

Berridge e Edwards (1981) afirmam que a questão de modo algum se limita às propriedades da(s) substância(s) em si (afinal, suas propriedades farmacológicas se mantêm idênticas ao longo dos séculos), mas sim ao contexto social e econômico e aos usos específicos (frequentemente, com finalidades contrastantes) das diferentes substâncias, hoje consideradas lícitas ou ilícitas. As mortes associadas ao uso inadequado e à adulteração dos derivados do ópio constituem uma das razões que fizeram com que os médicos ingleses, pela primeira vez, questionassem o livre consumo dessas substâncias. Mas não resta dúvida de que as razões de Estado prevalecem na proibição subsequente do ópio e seus derivados, e de outras substâncias psicoativas, como veremos a seguir.

A Regulação Internacional sobre Drogas

A gênese dos tratados internacionais

O primeiro grande conflito relacionado ao comércio de drogas ficou conhecido como a 'guerra do ópio'. À época, a Inglaterra mantinha um intenso contato com a China, comercializando o ópio trazido basicamente da Índia. O ópio, em 1839, representava metade das exportações inglesas para a China. O governo chinês, em resposta à elevada importação e consumo de ópio, publicou um decreto proibindo a importação do produto e mandou queimar 20 mil caixas apreendidas de comerciantes ingleses que operavam ilegalmente. Essas ações resultaram em duas guerras entre esses países, em 1839-1842 e 1856-1860.

A China, derrotada em ambos conflitos, foi obrigada a fazer profundas concessões. Em 1842, foi assinado o Tratado de Nanquin, que obrigou o país asiático a abrir seus portos para a entrada do ópio (e outras mercadorias) trazido da Índia e da Turquia e a entregar a Ilha de Hong Kong, que permaneceu sob domínio inglês

até 1997 (Berridge & Edwards, 1981). Os desdobramentos desses conflitos deram lugar a uma tentativa de regulação da produção, comercialização e consumo do ópio, e se constituíram em um marco dos futuros tratados internacionais de regulação das substâncias hoje denominadas drogas.

Como mostra o pesquisador alemão Sebastian Scheerer (1993), o então denominado 'problema do ópio', gradualmente, sob forte pressão dos países hegemônicos na Liga das Nações, transformou-se no 'problema das drogas', com a sucessiva proibição da produção, comercialização e consumo de mais e mais substâncias, sucessivamente incluídas nos acordos internacionais.

De acordo com Scheerer (1993), até setembro de 1910 não havia acordo entre as duas potências então hegemônicas – Inglaterra e Estados Unidos da América (EUA) – sobre como regular a comercialização do ópio, coexistindo dois tratados de natureza distinta, ambos de abrangência regional: a Comissão Filipina do Ópio, de 1903, sob a égide norte-americana, e a Comissão de Changhai, de 1909, que ratificava as decisões decorrentes da vitória inglesa na Guerra do Ópio. Uma das particularidades do conflito entre as duas potências era decorrente do esforço norte-americano para quebrar o monopólio neocolonial inglês do ópio e de outros produtos do *Commonwealth* (com destaque, no caso do ópio, para a Índia).

Ainda segundo Scheerer (1993), o propósito primeiro, portanto, da convocação de uma Conferência Internacional sobre o Ópio, por parte dos EUA, formulada em 1909, era apagar as arestas entre as duas potências hegemônicas, basicamente tornando internacionais as convenções, até então regionais, sobre o ópio. À Inglaterra interessava um controle brando sobre o ópio (sobre o qual detinha um controle monopolista) e um controle rígido sobre a morfina (derivado do ópio) e, particularmente, sobre a cocaína que, como vimos, era fabricada por indústrias farmacêuticas, como a Merck e outras companhias de capital alemão, país que era o grande rival da Inglaterra no continente europeu. A contraproposta inglesa à convocação norte-americana, formulada em setembro de 1909, foi finalizada um ano depois e enviada, em setembro de 1910, à diplomacia norte-americana.

Ao deslocar o foco da conferência do comércio monopolista do ópio (embora, ao longo do processo, tenha cedido quanto a esse ponto) para a produção farmacêutica de morfina e cocaína, a Inglaterra aplicou um golpe de mestre no contexto da diplomacia internacional, passando de vilã neocolonialista à guardiã da temperança, ameaçada pela produção desenfreada de morfina e cocaína e pelo consumo abusivo de ambas as substâncias. A guerra

contra a cocaína movida pela Inglaterra vinha ainda ao encontro dos esforços norte-americanos de controlar o seu uso, que até então se materializava com a proibição da comercialização e uso da cocaína no âmbito de várias legislações estaduais norte-americanas.

A Conferência Internacional ocorrida em 1912 na cidade de Haia, na Holanda, contou com 12 países. O entrelaçamento das formulações da Inglaterra – daí em diante com o apoio enfático dos EUA – em contraposição à posição do Império alemão – com o apoio de países sob sua órbita de influência e países com uma postura mais liberal, como a França – fez com que as deliberações da Conferência de Haia não fossem ratificadas pelos países-membros da Liga das Nações se não a partir da convocação de sucessivas reuniões subsequentes, num período que se estendeu por nove anos. A ratificação completa e definitiva da Convenção de Haia, que incluía a proibição da produção, comercialização e consumo de diferentes substâncias, como a cocaína e a morfina (excluindo o uso médico, quanto a esta última), só ocorreu de fato em 1919, já no contexto do Tratado de Versailes, após a derrota da Alemanha e seus aliados na I Guerra Mundial (Scheerer, 1993). Nascia a partir daí o atual sistema de controle de diferentes drogas, sob a hegemonia incontestada da Inglaterra e dos EUA, e, em um momento posterior, sob a hegemonia absoluta e praticamente exclusiva dos EUA.

Os tratados internacionais

Os protocolos conhecidos como as convenções de drogas da Organização das Nações Unidas (ONU) – a Convenção Única de Narcóticos, de 1961, a Convenção de Drogas Psicotrópicas, de 1971, e a Convenção contra o Tráfico Ilegal de Narcóticos e Substâncias Psicotrópicas, de 1988 – guiam e atrelam a política de drogas mundial à força das convenções internacionais, e, em boa medida, subordinam as políticas nacionais referentes às drogas daí em diante ditas ilícitas. Essas convenções se revestem de grande força e autoridade, uma vez que foram ratificadas por 160 nações. Os acordos impõem limites sociais, culturais e mesmo morais ao comércio e consumo das substâncias psicoativas, definindo as linhas que distinguem o que é lícito e ilícito.

CONVENÇÃO ÚNICA DE NARCÓTICOS (1961) – esta convenção definiu duas formas de controle das drogas. A primeira delas tem por objetivo limitar a posse, o uso, o comércio, a distribuição, a importação, a manufatura e a produção de drogas exclusivamente para uso médico e científico. A segunda normatiza o

combate ao tráfico de drogas por meio da cooperação internacional, visando a desencorajar e, se possível, impedi-lo. Esta convenção definiu as substâncias a serem controladas, tomando por base o grau de perigo ou abuso, potencial dependência e uso médico das diferentes substâncias (o que é objeto de críticas importantes de profissionais da área que, frequentemente, discordam dos critérios adotados e das evidências em que estes se baseariam). As substâncias incluídas no Grupo, entre elas, a heroína, a cocaína e a maconha, estão sujeitas a todas as medidas de controle previstas na convenção. O Grupo II compreende substâncias habitualmente utilizadas com finalidade médica e que requereriam um controle menor, pois apresentariam um potencial de abuso menor. A codeína (analgésico, antitussígeno e opiáceo), isto é, produto empregado em xaropes contra a tosse, por exemplo, está incluída neste segundo grupo. O Grupo III contempla as exceções, como, por exemplo, uma série de substâncias farmacêuticas preparadas com resíduos químicos passíveis de abuso, e, portanto, com baixo potencial danoso. O Grupo IV inclui as substâncias essenciais à prática médica e à investigação científica. Além disso, nessa convenção foi instituído o International Narcotics Control Board (INCB), órgão que tem por responsabilidade supervisionar a implementação das convenções de controle das drogas.

CONVENÇÃO DE DROGAS PSICOTRÓPICAS (1977) – estabeleceu o sistema de controle internacional para outras substâncias psicotrópicas, como os barbitúricos, o ácido lisérgico (LSD) e as anfetaminas. Esta convenção teve por objetivo discutir a diversificação e a expansão do abuso de drogas no mundo e introduzir o controle sobre as drogas sintéticas, de acordo com o seu potencial de abuso e valor terapêutico.

CONVENÇÃO CONTRA O TRÁFICO ILEGAL DE NARCÓTICOS E SUBSTÂNCIAS PSICOTRÓPICAS (1988) – o crescente problema do tráfico de drogas ao longo dos anos 70 e 80 motivou a convocação de uma nova reunião das Nações Unidas visando a estabelecer medidas abrangentes para lidar com essa questão. Esta convenção estabeleceu novas medidas contra o comércio de drogas, lavagem de dinheiro, produção e comercialização de precursores químicos utilizados na fabricação de diferentes substâncias psicoativas. Todos os países signatários dessa convenção devem definir como crime a posse ou o cultivo de narcóticos ou drogas psicotrópicas para consumo pessoal. O ato de estimular outra pessoa a consumir drogas também é definido como crime.

O propósito das duas primeiras convenções foi estabelecer uma regulamentação internacional sobre quais substâncias poderiam ser utilizadas com finalidade médica e científica e quais deveriam restringidas em função do

seu potencial de abuso e dependência. Ficou a cargo da Organização Mundial da Saúde (OMS), a agência das Nações Unidas com poder normativo na área da saúde, avaliar cada uma das substâncias psicoativas e orientar a Comissão de Drogas Narcóticas (CDN) sobre a classificação das diferentes substâncias nos diferentes grupos compreendidos nas Convenções de 1961 e 1971 (Bewley-Taylor, 2003).

Essas convenções foram uma resposta a questões sociais e políticas relacionadas ao uso de drogas em momentos determinados da história. A necessidade de estabelecer um código comum que harmonizasse a resposta das diferentes nações ao problema do consumo de drogas, de marcar os limites para o seu uso medicinal e científico e de criar medidas de controle do tráfico de drogas integra os esforços de sedimentação de uma ordem global. Porém, basicamente ao longo dos anos 80, as políticas supranacionais antidrogas entraram em crise. Levine (2003) aponta três fatores críticos que contribuíram para isso: a emergência e a expansão do movimento de 'redução de danos',² em resposta, especialmente, à crescente epidemia de Aids entre usuários de drogas injetáveis; a crescente oposição às políticas de drogas de cunho essencialmente coercitivo e punitivo, que criminalizam o usuário de drogas; a incapacidade das políticas proibicionistas para limitar o cultivo e o consumo da maconha, droga que ganha grande aceitação social nos anos 60 e 70.

Convenções internacionais e saúde pública: diálogo e contradição

Como foi visto anteriormente, as duas primeiras convenções precederam a emergência da epidemia de Aids, tendo sido a terceira convenção aprovada antes que se consolidasse o conhecimento de que o uso de drogas injetáveis poderia representar um problema relevante na dinâmica global da epidemia (Wolfe & Malinowska-Sempruch, 2004).

Em países como a China e em toda a região do Leste Europeu a epidemia de HIV/Aids foi fortemente influenciada pela disseminação do HIV entre usuários de drogas injetáveis. Em 2005, o uso de equipamentos de injeção contaminados nos países do Leste Europeu esteve associado a quase dois terços (63%) dos novos casos da doença quando a informação sobre o modo de transmissão

² O movimento de redução de danos emerge nos anos 80 como uma resposta pragmática à epidemia de Aids entre usuários de drogas injetáveis, embora tenha raízes bem mais antigas, que datam do Relatório Rolleston, publicado na década de 1930, na Inglaterra.

já estava disponível (EuroHIV, 2005). Os dados de 2005 apontam que a epidemia de Aids entre usuários de drogas injetáveis na China atingiu proporções alarmantes. Quase a metade (44%) das pessoas vivendo com HIV na China foram infectadas em função do uso de seringas e agulhas contaminadas (Unaid, 2006; WHO, 2006). Além disso, cerca de um milhão e meio de pessoas infectadas vivem hoje nos Estados Unidos, e 13% delas são usuários de drogas injetáveis (Unaid, 2006; CDC, 2006).

Em contrapartida, pensava-se até pouco tempo atrás que o uso de drogas injetáveis não desempenhava um papel relevante na epidemia em curso na África subsaariana, mas trabalhos recentes mostram que esta visão é incorreta (Beckerleg, Telfer & Sadiq, 2006; McCurdy *et al.*, 2006).

Em resposta à disseminação da epidemia de Aids entre usuários de drogas injetáveis, diversas estratégias de saúde pública foram desenvolvidas. Defensores dessas ações enfatizam o papel central da adoção, em momento o mais precoce possível, de medidas de saúde pública com adequada cobertura, como programas de troca de seringas e, mais recentemente, a expansão de salas para usuários de drogas injetáveis (Kerr *et al.*, 2005). Além disso, ativistas defendem uma política de drogas mais tolerante e menos coercitiva.

As epidemias que envolvem patógenos de transmissão sanguínea e/ou sexual e que têm no compartilhamento de seringas e outros equipamentos de injeção um componente essencial caracterizam-se por uma disseminação particularmente rápida e extensa (Rhodes *et al.*, 2002).

A estigmatização e a marginalização dos usuários de drogas injetáveis fazem com que eles se isolem e evitem o contato com serviços sociais e de saúde; isso, somado ao permanente risco de detenção, estimula a autoadministração de drogas em locais ermos e sem nenhuma higiene, o que favorece a não desinfecção dos equipamentos de injeção/uso exclusivo de material estéril e o compartilhamento inseguro de seringas potencialmente contaminadas.

As imposições legais impedem o desenvolvimento de medidas de saúde pública em diferentes locais – como a não implementação de programas de manutenção com metadona na Rússia ou a proibição, revogada apenas na administração Obama, do uso de recursos federais no financiamento de programas de troca de seringas nos EUA –, essenciais ao adequado manejo de usuários de drogas com quadros graves de dependência e sob particular risco de se infectar por diferentes patógenos e de *overdose*. A terapia de manutenção por metadona é até hoje proibida em países como a Rússia – tendo em vista que essa se encontra entre as substâncias incluídas no Grupo I da Convenção de 1961 –, a despeito

de amplas evidências científicas em prol do uso da substância na prevenção da disseminação do HIV/Aids (Kerr *et al.*, 2004).

Feito este retrospecto histórico, discutiremos as principais características das forças que atuam no sentido de constringer a adoção de políticas públicas mais flexíveis e pragmáticas no que diz respeito ao problema das drogas, a partir de duas perspectivas:

- A. Existe na literatura um consenso de que os Tratados Internacionais Antidrogas limitam a ação individual dos países. Pretendemos discutir alguns fatores envolvidos na formulação de políticas (*policy-making*) da Comissão de Narcóticos das Nações Unidas.
- B. Políticas, quaisquer que sejam elas, não são implementadas num vácuo, mas sim no contexto político-institucional de cada país. Cabe discutir em que medida os marcos institucionais de uma dada nação podem constringer ou facilitar a adoção das estratégias de redução de danos. Discutiremos brevemente como algumas características da formulação de políticas em nível internacional têm influenciado a política de drogas no atual cenário brasileiro e vice-versa.

Considerações sobre a Formulação de Políticas no Contexto da UNODC e a Participação do Brasil

As convenções antidrogas têm por objetivo regular o uso de diferentes substâncias químicas para uso medicinal e, ao mesmo tempo, estabelecer normas visando a prevenir e a controlar o abuso em relação ao uso de algumas dessas substâncias. Quase todos os países signatários adotaram leis restritivas ao consumo de drogas, alinhando suas políticas nacionais às normas internacionais. Para melhor compreender como se opera, na prática, o processo político envolvido na formulação e na aplicação da legislação supranacional, discutiremos três pontos relevantes: a estrutura de veto adotada pelas Nações Unidas, a burocracia institucional do Escritório de Combate ao Crime e Drogas (UNODC) e a alocação de recursos em rubricas predefinidas por parte dos países-membros (através do financiamento de ações específicas).

As decisões políticas

As decisões no âmbito da Comissão de Narcóticos são tomadas por meio de consenso, assim como ocorre na Assembleia Geral da ONU. Na forma como é acordado pelas Nações Unidas, o consenso tem por objetivo estimular o processo de negociação e o debate em torno de um determinado tema, sem a necessidade de recorrer à votação. Se algum membro da comissão se opuser a uma resolução em particular, esta deverá ser negociada pelo tempo necessário até que se chegue a um denominador comum. Não raro, é possível encontrar relatos de chefes de delegações que afirmam cooperar com o consenso, mas que prefeririam abster-se, caso as decisões pudessem ser votadas. Afirmativas como essa sublinham os pontos fracos desse tipo de negociação e eventual acordo (Osmanczyk, 1990).

Uma vez que as decisões sejam efetivamente tomadas, só poderão ser alteradas com base em um novo consenso. Isto se aplica literalmente às convenções antidrogas. Caso se deseje alterar as normas regulatórias propostas pelos três tratados, hoje vigentes, todos os países signatários deverão estar de acordo.

A maioria dos países-membros das Nações Unidas têm, ao longo dos anos, se colocado como contrários a mudanças na legislação supranacional antidrogas. Países com orientação majoritariamente conservadora, como os Estados Unidos, a Suécia e o Japão apoiam a manutenção (quando não a escalada proibicionista) do *status quo*, ao passo que o Reino Unido (não de forma sistemática, sob a administração Tony Blair e Gordon Brown) e a Holanda têm habitualmente se situado em polo oposto.

O Brasil tem tido uma participação importante nas reuniões das Nações Unidas e em outros fóruns internacionais correlatos. Por ocasião da 49ª Sessão da Comissão de Narcóticos, em 2006, representantes do governo brasileiro apresentaram um documento, a partir de uma proposta sugerida pelo Programa Nacional de DST/Aids (PN DST/Aids) e pela Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, relatando a experiência com as ações de redução de danos no país (PN DST/Aids, 2006). No ano seguinte, por ocasião da 50ª Sessão, o representante do governo do Reino Unido e presidente da Associação Internacional de Redução de Danos (IRHA), Gerry Stimson (2007), apresentou um documento à comissão, com evidências que comprovavam a disseminação da Aids entre usuários de drogas injetáveis em diversos países em desenvolvimento. Foi também mencionado o apoio técnico e financeiro que o Reino Unido

tem fornecido à China, Rússia, Quênia, países da Ásia Central e ao Vietnã, visando ao controle da epidemia (Declaração de Viena, 2006).

Para complicar ainda mais o debate, algumas delegações que representam os países são compostas exclusivamente por profissionais não especializados, geralmente representantes dos ministérios das relações exteriores de cada país e diplomatas com pouco ou conhecimento específico sobre o tema. Esse é mais um dos fatores que perpetuam a inércia da comissão (Fazey, 2003).

As reuniões que formularam os três tratados antidrogas hoje vigentes representaram ‘janelas de oportunidade’, através das quais teria sido possível mudar o rumo das políticas de drogas no mundo, caso houvesse vontade política para tal. As motivações políticas (*politics*) subjacentes às decisões adotadas pelos representantes dos países-membros no contexto das sessões de discussão da Comissão de Narcóticos – referentes à regulação do consumo e do comércio –, assim como aos marcos que norteiam a prevenção, resultaram na atual política (*policy*) de drogas. Uma vez traçados os rumos dessa política, os custos e as dificuldades envolvidos no sentido de alterá-las mostram-se particularmente elevados, fazendo-se necessário aguardar um momento estratégico para que o problema volte à pauta dos debates na arena política decisória (Kingdom, 1995).

A administração das decisões da Comissão de Narcóticos

As decisões políticas da Comissão de Narcóticos são formalmente supervisionadas pelo *staff* de profissionais que trabalham no Escritório de Combate ao Crime e Drogas (United Nations Office on Drugs and Crime – UNODC), em Viena, Áustria. A UNODC tem por objetivo apoiar e assistir os países-membros na implementação e ratificação dos acordos firmados no âmbito da Comissão de Narcóticos e na formulação e aplicação da legislação doméstica em drogas, crime e terrorismo (UNODC, 2007a). A literatura internacional mostra que a formulação e a implementação das políticas são bastante dependentes das ações da burocracia institucional (Page, 1985; Allison & Zelikow, 1999). Segundo pesquisadores, o *staff* que administra as decisões políticas não tem uma postura neutra e desempenha um papel importante, principalmente na orientação dos gastos públicos relativos às políticas de drogas.

O quadro organizacional e institucional descrito por Fazey (2003) mostra que os especialistas da UNODC sofrem um forte constrangimento quando se fala em reformular a organização institucional e em propor políticas inovadoras. A falta de estabilidade do vínculo empregatício e a diversidade cultural desses

profissionais (incluindo a falta de fluência nos idiomas oficiais da instituição) impedem um funcionamento mais eficiente da organização. Além disso, o fato de mais de 80% dos recursos do fundo da UNODC serem destinados a projetos com finalidades específicas impede que o seu diretor executivo proponha projetos alternativos àqueles formulados pelos países doadores desses recursos.

As políticas efetivamente adotadas são determinadas não apenas pela Comissão de Narcóticos, mas também pelos países-membros, de forma individual, à medida que são direcionados recursos para projetos específicos. A título de exemplo, observa-se que, ao longo de muitos anos, os recursos destinados pelos Estados Unidos à organização não podiam ser utilizados para financiar, por exemplo, programas de troca de seringas.

Uma forma encontrada para contornar imposições dessa natureza foi financiar os projetos de redução de danos por meio de ‘pacotes’ de ações voltadas para a prevenção e educação em Aids. O projeto brasileiro de controle da Aids, financiado parcialmente pelo Banco Mundial e pela UNODC, lançou mão dessa estratégia na implementação de suas ações de redução de danos (Fazey, 2003). O papel desses recursos se mostrou fundamental no financiamento dos programas de troca de seringas brasileiros (Fonseca *et al.*, 2006).

Além disso, o escritório da UNODC no Brasil vem desenvolvendo projetos que contemplam ações abrangentes de prevenção à Aids e ao uso de drogas. Essa meta representa o maior investimento do escritório, no Brasil, no período 2006-2009 (Quadro 1). Esses dados evidenciam um forte incentivo às ações de redução de danos e prevenção à Aids entre usuários de drogas, em contraposição a ações de cunho repressivo vigentes em contextos políticos anteriores.

Quadro 1 – Dados de financiamento UNODC/Brasil – 2006-2009*

Objetivo	TOTAL
Promover a prevenção ao uso de drogas e HIV/Aids	18.300.700
Contribuir com os esforços nacionais para controlar o crime organizado e o tráfico de drogas	14.324.200
Contribuir com a prevenção à violência e ao crime urbano no nível comunitário	1.800.000
Cooperar com o governo brasileiro na redução de práticas de corrupção e seu impacto no desenvolvimento do país	3.305.400
TOTAL	37.730.300

Fonte: UNODC, 2006a.

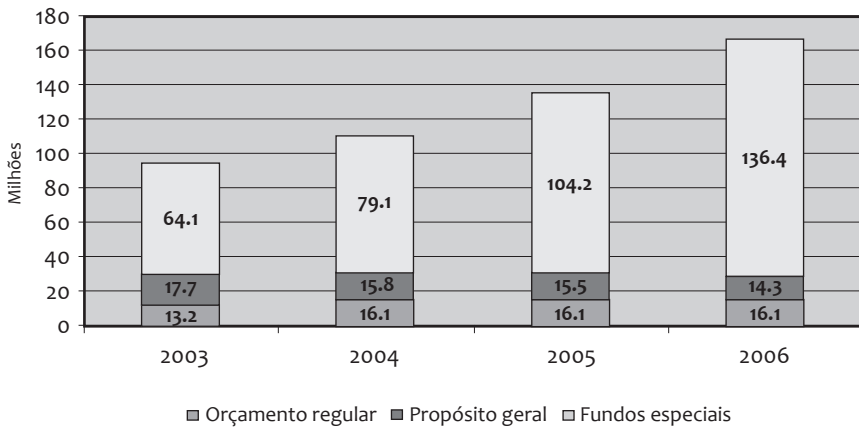
* Dados referentes ao total de despesas (fundos assegurados e a serem levantados).

O financiamento dos projetos

Aproximadamente 90% do orçamento da UNODC é oriundo da doação voluntária de recursos por parte dos países-membros, ao passo que apenas 10% se refere ao orçamento regular, repassado pelas Nações Unidas. Os recursos provenientes dos países-membros podem ser compostos por doações com finalidade específica (*earmarked*) – direcionadas a determinados projetos – e por recursos com propósito mais amplo – investidos de acordo com as orientações do diretor executivo do órgão (Fazey, 2003; UNODC, 2007a).

Os dados que constam do Gráfico 1 indicam uma tendência crescente, com mais de 50% do orçamento global da instituição destinada de antemão a finalidades específicas. No ano de 2006, mais de 80% do orçamento do órgão foi direcionado para projetos escolhidos pelos doadores. Isso evidencia o limite operacional imposto aos gestores da UNODC, no sentido de tentar flexibilizar suas inversões financeiras e projetos.

Gráfico 1 – Evolução do orçamento total da UNODC – 2003-2006



Fonte: adaptado do UNODC, 2006b.

Atualmente, figura entre os doadores principais da UNODC a União Europeia, e, entre os países individuais, a Suécia, os Estados Unidos e o Reino Unido, respectivamente (Tabela 1). O grupo dos ‘principais doadores’ é constituído por 21 países, ao passo que o grupo dos ‘doadores emergentes’ é constituído por 38 países, correspondendo a, respectivamente, 62% e 32% do orçamento global do órgão. Um achado especialmente relevante refere-se ao fato de o Brasil ter

doado, em 2006, US\$ 36 milhões ao fundo para projetos específicos de combate às drogas. Esse valor ultrapassa as contribuições mais importantes dos principais doadores tradicionais.

Tabela 1 – *Ranking* das doações ao fundo contra drogas e crime da UNODC por grupo de países, 2006

	Doador	Fundos específicos	Propósito geral	TOTAL	%
Principais doadores	1. União Europeia	15.843.519		15.843.519	17.1
	2. Suécia	10.959.126	2.268.306	13.227.432	14.3
	3. USA	11.145.536	1.000.000	12.145.536	13.1
	4. Reino Unido	10.856.569		10.856.569	11.7
	TOTAL DO GRUPO	80.439.006	13.290.888	93.729.894	
Doadores emergentes	1. Brasil	36.767.671		36.767.671	75.7
	2. Colômbia	6.198.810		6.198.810	12.8
	3. Mexico	1.487.333	100.000	1.587.333	3.3
	TOTAL DO GRUPO	47.292.843	1.026.615	48.319.458	

Fonte: adaptado do UNODC, 2007.

Em última instância, os tratados internacionais ditam as regras do jogo quanto à regulação das drogas medicinais e narcóticos. Como mostrado anteriormente, mudar o *status quo* exige obter um consenso entre todos os países-membros, tarefa extremamente complexa e de execução particularmente morosa. Porém, algumas alternativas poderiam vir a ser adotadas pelos países que pretendem adotar políticas de drogas mais flexíveis.

Uma alternativa radical seria dissociar ('romper') as políticas nacionais dos tratados internacionais, o que deixaria os formuladores nacionais de políticas de drogas inteiramente livres para direcionar a política local no sentido que lhes parecer mais apropriado. Essa alternativa é claramente radical e pode dar lugar a consequências imprevisíveis para a ordem política global. Os acordos multilaterais são importantes no sentido de estabelecer um consenso sobre determinados assuntos. Uma vez quebrada a aliança, isso pode ter consequências para a credibilidade do país em outras áreas. Além disso, o mais das vezes, os políticos e técnicos locais não têm um interesse firme no sentido de defender e arcar com os custos políticos e econômicos potencialmente associados a um tema tão polêmico como o consumo e o comércio de drogas.

Os tratados antidrogas não são autoaplicáveis. Isso significa que as convenções impõem restrições à formulação das leis nacionais, porém os países contam com alguma margem de manobra quanto à formulação de suas políticas domésticas. Alguns países argumentam, nesse sentido, que controlar a epidemia de Aids entre usuários de drogas é uma questão mais premente do que o combate ao consumo abusivo de drogas *per se*. Alinham-se nessa posição países como o Reino Unido, o Canadá e a Holanda. A política de drogas holandesa distingue claramente a comercialização e o consumo da maconha do comércio e consumo das drogas ditas ‘pesadas’ (como a cocaína e a heroína), e permite o uso da maconha em cafés, nos quais o usuário não necessariamente adquire a droga (algumas *coffee shops* também comercializam a maconha), mas pode usá-la sem restrições. Outros exemplos são o da Austrália e do Canadá, que disponibilizam salas de uso mais seguro para usuários de drogas injetáveis, e, ainda uma vez, o Canadá, que autorizou o uso medicinal da maconha. Na Suíça e Espanha é permitido aos médicos prescrever heroína a pacientes que apresentem quadros graves de dependência dessa substância e não respondam adequadamente à terapia de manutenção com a metadona (March *et al.*, 2006).

Todas essas iniciativas foram criticadas pelo INCB. Porém, ao contrário do que habitualmente se pensa, esta agência não tem o poder de arbitrar interpretações conflitantes das convenções (Bewley-Taylor, 2003). Além dos constrangimentos internacionais, uma variável importante e que deve ser levada em consideração é o contexto político-institucional em que essas políticas são implementadas. Essas variáveis permitem aos países adotar políticas diferenciadas, mesmo sob um regulamento internacional único.

Políticas, Desafios e Perspectivas de Mudança no Brasil

Os tratados internacionais de drogas não são implementados em um vazio institucional. Como visto, os países apresentam diferentes alternativas para lidar com a regulação das drogas, variando de um extremo proibicionista, como o modelo norte-americano, a um extremo liberal, como o holandês e o britânico (Fonseca & Bastos, 2005). O processo por meio do qual uma política é discutida, aprovada e implementada tem impacto sobre a natureza das políticas públicas adotadas. Esse processo molda e tem profundo impacto na falha ou no sucesso de qualquer política. A formulação de políticas é complexa e resulta da interação

de múltiplos atores, com diferentes poderes, objetivos e interesses. Existe ainda uma variedade de arenas onde as decisões são tomadas e com diferentes regras que determinam o modo “como o jogo é jogado” (Stein *et al.*, 2005: 7). Discutiremos a seguir alguns impasses e os avanços enfrentados no contexto da reformulação da política de drogas no Brasil.

O sistema político

Recentemente, o governo brasileiro empreendeu duas reformulações na sua política nacional antidrogas, em substituição à antiga lei n. 6.368, de 1976 (Brasil, 1976), que criminalizava o uso de drogas. Segundo a legislação aprovada em 2002 (lei n. 10.409), o usuário de drogas era punido com até dez distintas modalidades de penas alternativas ou dois anos de prisão (Brasil, 2002). Essa primeira alteração na legislação abriu um precedente para que uma nova proposta, sancionada pelo presidente Luis Inácio Lula da Silva quatro anos mais tarde, emergisse (lei n. 11.343/06). A nova legislação estabelece uma distinção clara entre a posse e uso de pequenas quantidades de drogas e o tráfico de drogas (Brasil, 2006). Sob essa perspectiva, o usuário de drogas será punido com penas alternativas e não mais com o encarceramento. Essa alteração pode ser considerada um avanço relevante, pois descriminaliza o uso de drogas e permite uma intervenção menos ativa do direito penal sob a conduta individual, diminuindo o contingente da população carcerária (Bastos *et al.*, 2007).

Mudar uma legislação, seja no Brasil ou em qualquer outro país, especialmente em um país grande e heterogêneo, não constitui tarefa fácil. O funcionamento de um Estado federalista é complexo e não necessariamente harmônico. Existem diversos atores em cena, com diferentes interesses e diferentes capacidades de impor veto às propostas de mudança mais controversas. Mudanças na legislação brasileira exigem a obtenção da maioria nas duas casas legislativas e a sanção do presidente da República. A fragmentação do sistema partidário no Brasil representa um dos maiores obstáculos à formação de coalizões consistentes e sólidas que tenham como objetivo implementar quaisquer mudanças. Somado a isso, o presidente, no Brasil, tem um papel preeminente na definição da agenda política e na formulação de propostas (poderes proativos: pode legislar através de decretos-lei, tem poder sobre o orçamento e pode designar os ministros; e poderes reativos: pode vetar parcialmente os projetos de lei (Costa, 2004; Stein *et al.*, 2005).

Assim, para aprovar uma legislação ousada como a que propõe reformulações da política de drogas, um conjunto de atores deve estar de acordo com essas mudanças. O primeiro discurso do presidente Lula sobre o crime organizado e a segurança pública foi recebido com otimismo pelos ativistas em prol de uma política de drogas menos repressiva. Além disso, o ministro da Justiça, alguns dias antes do discurso do presidente, havia declarado a um comitê no Congresso ser favorável à descriminalização do uso de drogas (*Narconews*, 2003). Este, assim como outros fatores discutidos mais adiante, favoreceram a aprovação da nova legislação.

Um projeto de lei federal n. 1.279/99 (Brasil, 1999), que dispõe sobre o fornecimento de seringas e agulhas descartáveis e esterilizadas em centros e entidades de tratamento e recuperação de usuários de drogas, foi arquivado pela mesa diretora da Câmara dos Deputados em 2007 (no momento em que redigimos este capítulo, julho de 2011). Este projeto aguarda uma janela de oportunidade para que seja reaberto e votado em plenário.

Alguns estados e municípios brasileiros já contam com leis que regulamentam as ações de redução de danos em suas respectivas jurisdições. Em princípio, os estados e municípios são autônomos quanto a conduzir as suas políticas de saúde, educação, meio ambiente, transporte etc. – ainda que, habitualmente, precisem do apoio e concordância do governo federal para desenvolver políticas consistentes, a exemplo do funcionamento do Sistema Único de Saúde (Costa, 2004). Fato é que, valendo-se da competência para legislar sobre as ações de proteção e defesa da saúde (artigo 24 da Constituição Federal), estados como São Paulo, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Mato Grosso do Sul, Espírito Santo, Minas Gerais, e municípios como Vitória, São Paulo, entre outros, aprovaram em suas respectivas legislações as atividades de redução de danos como uma forma de controlar a epidemia de Aids. Essas leis têm o papel fundamental de integrar as ações de redução de danos às políticas públicas de saúde e de garantir aos profissionais que trabalham ‘na ponta’ (na cena de uso) respaldo legal para desenvolverem essas ações, sem a interferência da polícia (Karam, 2003).

Burocracia institucional

O esforço para mudar a política de drogas no Brasil conta ainda com dois atores-chave: a burocracia institucional e o movimento social. Estes podem ser considerados os motores que impulsionaram o processo de reformulação da política de drogas no Brasil. A burocracia institucional desempenha um papel impor-

tante no sistema democrático e na aplicação das decisões políticas (Page, 1985; Allison & Zelikow, 1999). Os burocratas são o que Kingdom (1995) denominou “comunidades de especialistas”, que fornecem aos agentes executivos informações e estatísticas a respeito dos problemas merecedores de prioridade e maior atenção na agenda pública. Segundo o autor, a fonte de influência desses agentes se deve, particularmente, à longevidade da carreira pública (enquanto os políticos se alternam no poder, os burocratas permanecem), e à sua *expertise* (especialização em determinada área), além de sua relação com o Congresso e os grupos de interesse.

A burocracia no Brasil é, em grande parte, autônoma e especializada. Composta por um quadro permanente de servidores públicos recrutados pelo mérito e incorporados ao Estado com planos de carreira e incentivos que favorecem o desempenho profissional (Stein *et al.*, 2005). Essas características da burocracia institucional brasileira em certas áreas, como saúde e ciência e tecnologia, facilitaram a sensibilização dos gestores estaduais (principalmente em São Paulo, Rio de Janeiro, Bahia e Rio Grande do Sul) e federais para a adoção de uma resposta pragmática e de saúde pública diante da então crescente epidemia de Aids entre usuários de drogas injetáveis, em meados da década de 1990. Os estudos e pesquisas, financiados, inicialmente pela OMS, constituíram a linha de base para a ampla implantação de Programas de Troca de Seringas nos anos 90 e da década seguinte.

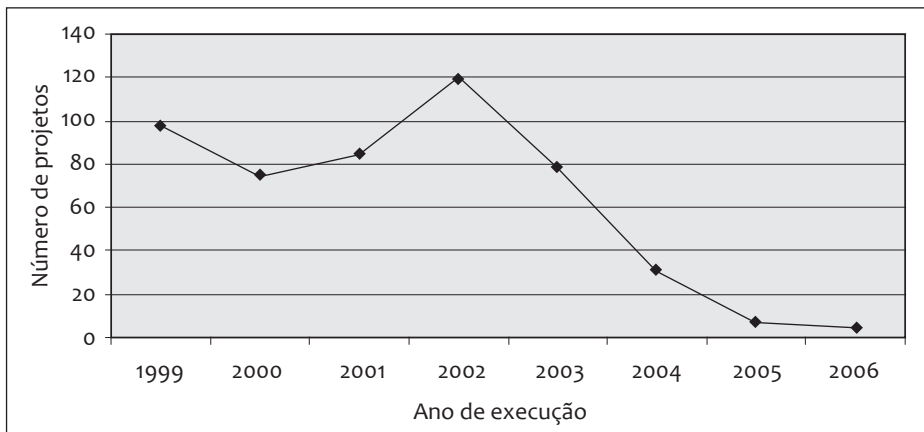
Derivam daí algumas questões importantes. Em primeiro lugar, há que se saber que, apesar de o recrutamento e de a seleção dos funcionários da administração pública serem feitos com base em critérios meritocráticos, existem outras formas de ingresso no serviço público, especialmente em caráter temporário. Por exemplo, a ampla composição do quadro de profissionais do PN DST/Aids é oriunda do movimento de organizações não governamentais (ONGs), de profissionais de saúde e pessoas vivendo com HIV/Aids que tinham interesse direto na implantação de programas de redução de danos no Brasil. Os funcionários do antigo Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids (PN Aids)³ são geralmente contratados como profissionais que atuam na assessoria técnica e exercem funções pontuais, remunerados com recursos dos acordos de empréstimo internacional. A contratação de um corpo técnico envolvido com as questões de drogas e Aids levou os grupos de interesse para o centro das instâncias decisórias e favoreceu a alocação de recursos específicos para essas ações.⁴ Em segundo lugar, apesar de ainda não contar

³ Atualmente Departamento de DST, Aids e hepatites virais.

⁴ Para uma discussão mais detalhada desses tópicos, ver Nunn (2007).

com uma lei federal que regule as ações de redução de danos no Brasil, o Ministério da Saúde editou uma portaria (antecipando-se à possível aprovação dessa lei) que autoriza a distribuição de insumos de prevenção à Aids para usuários de drogas injetáveis (Brasil/MS, 2005). Essa medida não solucionou em definitivo o problema, mas contribuiu para tirar da informalidade programas que vinham funcionando há mais de dez anos, e que constantemente sofriam com a repressão policial ou eram acusados de colaborar com o uso de drogas. Em terceiro lugar, o PN DST/Aids, por meio do acordo de empréstimo com o Banco Mundial, financiou amplamente as ações dirigidas aos usuários de drogas no Brasil, criando uma coalização de interesses que mais tarde se tornaria fundamental no redirecionamento das políticas públicas de drogas. Um estudo anterior aponta que os programas de redução de danos no Brasil são fortemente dependentes desse recurso para desenvolverem suas ações (Fonseca *et al.*, 2006). Entre 2000 e 2002 houve um crescimento constante no número de projetos financiados para a população de usuários de drogas (Gráficos 2 e 3). Em 2002, foram financiados 119 projetos, num total de R\$ 3 milhões de recursos investidos. Com a descentralização de recursos do PN DST/Aids, em 2003, esses projetos passaram a ser de responsabilidade das secretarias estaduais e municipais de saúde (Fonseca *et al.*, 2007).

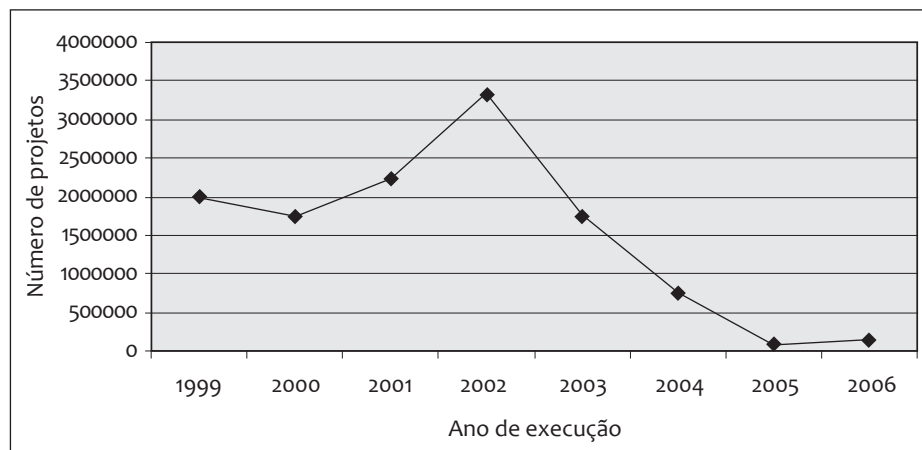
Gráfico 2 – Evolução do número de projetos para população de usuários de drogas financiados pelo PN DST/Aids* por ano de execução. Brasil, dados referentes a 498 projetos – 1999-2006



Fonte: PN DST/Aids, 2006.

*Exclui projetos financiados para órgãos governamentais.

Gráfico 3 – Evolução dos gastos com projetos para população de usuários de drogas financiados pelo PN DST/Aids* por ano de execução. Brasil, dados referentes a 498 projetos – 1999-2006



Fonte: PN DST/Aids, 2006.

*Exclui projetos financiados para órgãos governamentais.

O Brasil foi um dos primeiros países do mundo a receber ajuda externa do Banco Mundial para desenvolver ações de prevenção à Aids (World Bank, 2005). Com base em uma agenda de maximização do custo-efetividade, os economistas do Banco Mundial desenvolveram uma estratégia de alocar recursos para populações específicas, centrais à dinâmica de epidemias concentradas, como a brasileira, como os usuários de drogas injetáveis e os profissionais do sexo, particularmente vulneráveis à disseminação do HIV. Em contrapartida, os financiadores internacionais se recusavam a disponibilizar financiamento para as ações de tratamento, diagnóstico e aquisição de medicamentos para Aids (World Bank, 1999). Era mais vantajoso prevenir novas infecções do que investir no dispendioso tratamento para os doentes. A dupla fonte de recursos do PN DST/Aids permitiu aos gestores alocar os recursos da fonte Tesouro Nacional nas ações de diagnóstico e aquisição de medicamentos, ao passo que a fonte de recursos do acordo de empréstimo permitiu desenvolver ações de fortalecimento das ONGs e implementar estratégias de prevenção junto a populações específicas.

O PN DST/Aids e o Ministério da Saúde desempenharam um papel importante no financiamento do movimento de redução de danos e na capacitação de ativistas e técnicos. A partir dessas evidências, podemos afirmar que

a coalizão de interesses em prol da redução de danos formou um núcleo em torno do PN DST/Aids e dele se nutriu. Esse apoio influenciou fortemente a agenda da política pública de drogas no Brasil, como veremos a seguir.

Movimento social

Os grupos de interesse são compostos por indivíduos que se organizam entre si para compartilhar interesses comuns e influenciar as políticas públicas e as decisões econômicas. Eles clarificam e articulam as preferências dos cidadãos, alertam os formuladores de políticas sobre a prioridade de suas propostas e sugerem formas de tornar as políticas mais aceitáveis ou aconselham a respeito de seus danos potenciais. Alguns exemplos de grupos de interesse são: as companhias farmacêuticas e suas associações de classe, as associações médicas, os sindicatos e as organizações da sociedade civil. Os grupos de interesse são importantes também para educar seus membros e a população quanto a determinadas questões e ajudá-los a implementar uma agenda pública apropriada. Eles monitoram a atividade pública e privada e alertam a sociedade quando uma ideia prejudicial (segundo a sua perspectiva) é proposta. Assim como os partidos políticos, estes grupos promovem uma ligação entre os cidadãos e o governo (Weissert & Weissert, 2002).

Os primeiros movimentos de redução de danos no Brasil surgiram no final dos anos 90. Nessa época, já havia alguns projetos-piloto de intervenção, financiados a partir de um estudo multicêntrico realizado pela OMS. A Associação Brasileira de Redução de Danos (Aborda), a Rede Brasileira de Redução de Danos (Reduc) e a Rede Latino-Americana de Redução de Danos (Relard) têm desempenhado um papel relevante na formação e no treinamento de profissionais para atuar nas atividades de campo, na sensibilização dos gestores locais para a implementação de estratégias e na pressão sobre políticos e gestores públicos visando à adoção de uma legislação de drogas menos repressiva. Além disso, existem aproximadamente 14 associações regionais, com finalidades similares, que dão suporte aos programas estaduais e municipais.

Diversos encontros são realizados todos os anos, reunindo os membros dessas associações, visando a discutir os rumos da política de drogas e a trocar experiências sobre diversas iniciativas desenvolvidas em todo país. Em 2001, um encontro promovido pelo PN DST/Aids e pelo escritório da UNODC Brasil, conhecido como Arena de Redução de Danos, reuniu vários especialistas e representantes da sociedade civil para discutir, entre outras questões, a necessidade

de uma nova legislação sobre drogas. No mesmo ano, a Secretaria Nacional Antidrogas (Senad) aprovou o Plano Nacional Antidrogas, incluindo um capítulo sobre a importância das ações de redução de danos, e recursos do Fundo Nacional Antidrogas (Funad) foram alocados para a prevenção à Aids entre usuários de drogas (Interamerican Observatory on Drugs, 2002).

Os ativistas da redução de danos tiveram ainda uma participação importante na aprovação de diversas leis estaduais e municipais. A aprovação da primeira lei estadual teve lugar em São Paulo. Em 1997, um projeto que regulamentava as ações foi aprovado na Assembleia Legislativa, mas ficou aguardando a sanção do então governador Mario Covas, por seis meses. O período de realização da IX Conferência Internacional de Redução de Danos, em São Paulo, em 1998, que contou com a presença de profissionais, pesquisadores e do movimento de redução de danos internacional, foi o momento oportuno para pressionar o governador a aprovar a legislação:

Passamos as semanas anteriores à conferência pressionando o governador para que ele assinasse a lei. E reservamos o Palácio do Governo para a cerimônia de abertura da conferência. A conferência estava marcada para ter início no sábado à noite. O governador assinou a lei algumas horas antes, no sábado pela manhã. (Mesquita, 2003)

No ano seguinte, as ações de redução de danos foram regulamentadas no estado de Santa Catarina. Segundo Mesquita (2003), o governador de Santa Catarina estava sendo acusado de corrupção e aparecia constantemente na mídia:

Ele precisava de algo para distrair a mídia. Alguém [dando a impressão que ele mesmo, Fabio] sugeriu ao governador que se ele aprovasse uma lei que protegesse as ações de redução de danos e a troca de seringas para usuários de drogas, as pessoas e a mídia falaria disso por duas ou três semanas.

Constrangimentos

Há, no Brasil (como em diversos outros países), fatores que dificultam a adoção de políticas mais flexíveis e pragmáticas, por exemplo: a política de segurança pública (ao enfatizar a vertente de repressão), os movimentos de base religiosa e a violência estrutural que atemoriza os moradores dos centros urbanos, dificultando sobremaneira a proposição de uma agenda pública mais reflexiva e equilibrada dirigida às drogas. Apesar dos avanços, ainda existem

(e muito provavelmente sempre existirão) defensores de uma política fundamentalmente ou exclusivamente repressiva.

As políticas de segurança nacional e estadual nem sempre estão de acordo com as proposições orientadas pela proteção e promoção da saúde pública. Por exemplo, o governo do Estado do Rio de Janeiro, durante a gestão do Secretário de Segurança Anthony Garotinho, em 2002, tinha uma posição conservadora com relação à questão. Mas, a despeito das diferentes medidas adotadas durante seu mandato, o problema da violência e do consumo de drogas não diminuíram no Estado.

A violência prejudica e mesmo impede a implementação de ações de redução de danos. Rhodes e colaboradores (2002) discutem o papel do contexto em que as ações de redução de danos são (ou não) implementadas. O argumento central dos autores é de que é preciso ir além da dimensão individual de avaliar os riscos e de que as estratégias para minimizá-los passam, necessariamente, pela dimensão contextual e social. Nesse sentido, Bastos e colaboradores (2007) relatam a dificuldade de implementar ações de saúde pública em favelas do Rio de Janeiro em face dos constantes conflitos entre facções rivais e entre facções criminosas e a polícia.

Além disso, a Igreja Católica, no Brasil, permanece como uma instituição de referência, capaz de propor valores no campo social e de promover ativamente suas posições. As ações de defesa dos direitos humanos, de luta em favor dos pobres, indígenas e marginalizados lhe confere grande credibilidade na sociedade, mesmo para os não católicos (Andrade, 2004), outorgando peso às suas posições sobre o aborto, o controle da natalidade e outros pontos polêmicos. Do mesmo modo, as ações desenvolvidas pela comunidade de evangélicos se mostram crescentemente influentes na sociedade brasileira. A posição explícita dessas instâncias a respeito das medidas de prevenção à Aids e a fração expressiva do eleitorado que apoia esses pontos de vista constituem um incentivo para que os políticos brasileiros defendam posições conservadoras como uma forma de angariar as simpatias e os votos desses eleitores.

Conclusão

Os tratados internacionais representaram uma resposta social e política dos países para a regulação do uso de drogas em um determinado período da história. A necessidade de se estabelecer uma ordem supranacional e de que

se harmonizasse a questão culminou na aprovação das três convenções anti-drogas. Uma vez traçado o rumo da política global, os custos implicados no rompimento das regras pactuadas ou mesmo na modificação dessa legislação podem ser muito elevados. A necessidade de se obter um consenso entre todos os países-membros da Comissão de Narcóticos das Nações Unidas torna ainda mais moroso esse processo.

Com a emergência da epidemia de Aids e a organização dos usuários de drogas, um novo cenário veio à tona na agenda política internacional. Diversos países enfrentaram e enfrentam epidemias que têm no uso compartilhado de drogas injetáveis elemento central à sua dinâmica, o que implica a adoção de medidas de saúde pública, desencorajadas e mesmo limitadas pelas convenções em vigor.

O Brasil tem tido uma participação importante nas arenas de debate internacional. Em particular, o Programa de Aids tem sido um importante formulador de sugestões inovadoras visando a contornar os limites impostos pelas regras internacionais. Ao longo dos últimos anos, o Brasil passou de receptor de ajuda a fornecedor de recursos e novas propostas. A doação do governo brasileiro, em 2006, ao Fundo Especial de Combate às Drogas e Crime foi a maior entre as de todos os doadores (principais e emergentes). Além disso, o escritório da UNODC no Brasil, em parceria com o Ministério da Saúde, tem investido amplamente nas ações de prevenção à Aids junto a usuários de drogas.

As convenções internacionais permitem aos países uma razoável margem de manobra. As principais instâncias definidoras da agenda das políticas públicas de drogas menos repressoras no Brasil têm sido o PN DST/Aids e o Ministério da Saúde de um modo geral (com papel relevante da Coordenação de Saúde Mental). O fato de contar com uma burocracia especializada e sensível aos riscos e danos associados ao compartilhamento de equipamentos de injeção potencialmente contaminados facilitou a adoção de medidas pragmáticas de saúde pública por parte dos gestores do Ministério da Saúde. A inserção de grupos de interesse nas instâncias decisórias do PN DST/Aids e o empréstimo contraído junto ao Banco Mundial permitiram o financiamento de ações de redução de danos em todo o país. O PN DST/Aids teve também grande influência na consolidação de uma coalizão de interesses em prol da redução de danos, que vem desempenhando um papel fundamental na aprovação de leis estaduais e na nova legislação federal sobre drogas.

Apesar dos avanços inegáveis da política nacional de drogas, ainda há muito para ser conquistado. Ainda tramita na Câmara dos Deputados o projeto

de lei que regulamenta as ações de redução de danos. Há uma série de constrangimentos a serem vencidos, como resistências locais à plena implementação das políticas de redução de danos, provavelmente associados a descontinuidades e a recuos detectáveis no contexto da descentralização dessas ações (Fonseca *et al.*, 2007).

Alguns fatores relevantes para a análise das políticas de drogas não foram discutidos aqui em detalhe, mas têm importância fundamental no funcionamento do sistema político e na implementação ou não de políticas públicas: a atuação dos diferentes partidos políticos, o Judiciário e o aparato policial, a opinião pública e a mídia. Por exemplo, o Partido dos Trabalhadores (PT) tem funcionado como um dos principais apoios das políticas de redução de danos. Porém, existem fissuras ideológicas relevantes no âmbito do próprio partido quanto a esses temas.

As possíveis mudanças da política de drogas constituem uma questão fundamental no mundo contemporâneo. O consumo de drogas é um ‘problema’ que gira em torno de questões morais controversas. Assim como a obesidade e o fumo, e de forma mais marcadamente moral, lidar com estilos de vida é sempre uma questão complexa e potencialmente polêmica. Apesar da ratificação, pelo conjunto das nações, das convenções das Nações Unidas, existem atualmente diferentes respostas para lidar com a questão das drogas – oscilando entre polos libertários e polos bastante conservadores. Quais os fatores envolvidos na adoção concreta dessas políticas em cada contexto? Quais as variáveis-chave a serem analisadas? De que maneira as políticas de drogas emergem na agenda política atual? O marco teórico-metodológico da ciência política contemporânea oferece uma gama de possibilidades a serem exploradas (Kingdom, 1995; Haas, 1992; March & Olsen, 1989; DiMaggio & Powell, 1991; Steinmo, Thelen & Longstreth, 1992). O objetivo do presente texto foi tão somente lançar luz sobre esse complexo debate e propor novas linhas de investigação no Brasil. Muito há por se fazer, seja no campo da pesquisa, seja no campo das urgentes reformas de cunho prático e abrangência social.

Referências

- ALLEN, D. *The Cocaine Crisis*. New York: Plenum Press, 1987.
- ALLISON, G. & ZELIKOW, P. *Essence of Decision: explaining the Cuban missile crisis*. 2. ed. New York: Longman, 1999.

ANDRADE, P. A Igreja católica e o Estado brasileiro. In: AVELAR, L. & CINTRA, A. (Orgs.). *Sistema Político Brasileiro: uma introdução*. Rio de Janeiro: Fundação Konrad-Adenauer-Stiftung; São Paulo: Fundação Unesp, 2004.

BASTOS, F. *et al.* The children of mama coca: coca, cocaine and the fate of harm reduction in South America. *International Journal of Drug Policy*, 18: 99-106, 2007.

BECKERLEG, S.; TELFER, M. & SADIQ, A. A rapid assessment of heroin use in Mombasa, Kenya. *Substance Use Misuse*, 41(6-7): 1.029-1.044, 2006.

BELLIS, D. *Heroin and Politicians: the failure of public policy to control addiction in America*. Connecticut: Greenwood Press, 1981.

BERRIDGE, V. & EDWARDS, G. *Opium and the People*. New York: Allen lane/St Martin`s Press, 1981.

BEWLEY-TAYLOR, D. Challenging the UN drug control conventions: problems and possibilities. *International Journal of Drug Policy*, 14: 171-179, 2003.

BRASIL. Lei 6.368, 21 out. 1976. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 1976.

BRASIL. Lei 10.409, 11 jan. 2002. Institui o Código Civil. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2002.

BRASIL. Lei 11.343, 23 ago. 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2006.

BRASIL. Projeto de lei federal n. 1.279. Dispõe sobre o fornecimento de seringas e agulhas descartáveis e esterilizadas em centros e entidades de tratamento e recuperação de usuários de drogas credenciados. Câmara dos Deputados, Brasília, 1999.

BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 1.028, 4 jul. 2005. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2005.

BYCK, R. (Ed.). *The Cocaine Papers by Sigmund Freud*. Nova York: Plume, 1975.

COSTA, V. Federalismo: as relações intergovernamentais. In: AVELAR, L. & CINTRA, A. (Orgs.). *Sistema Político Brasileiro: uma introdução*. Rio de Janeiro: Fundação Konrad-Adenauer-Stiftung; São Paulo: Fundação Unesp, 2004.

DE QUINCEY, T. *Confessions of an English Opium-eater*. Oxford: Oxford University Press, 1998.

DECLARAÇÃO DE VIENA. Redução de danos como estratégia de saúde pública: intervenção brasileira. *In*: Sessão de Viena – 13 a 17 mar., 49, 2006, Viena. Disponível em: <www.aids.gov.br/data/documents>. Acesso em: 13 mar. 2006. (Documento apresentado na Comissão de Drogas Narcóticas)

DIMAGGIO, P. & POWELL, W. (Eds.). *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. Chicago: University of Chicago Press, 1991.

DUARTE, D. Uma breve história do ópio e dos opioides. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 55(1): 135-146, 2005.

EUROPEAN NETWORK FOR HIV/AIDS SURVEILLANCE (EUROHIV). *HIV/Aids Surveillance in Europe: end-year report 2005*. Saint-Maurice: Institut de Veille Sanitaire, 2005. (End-year Report, 73)

FAZEY, C. The Commission on Narcotic Drugs and the United Nations International Drug Control Programme: politics, policies and prospect for change. *International Journal of Drug Policy*, 14: 155-169, 2003.

FONSECA, E. & BASTOS, F. Políticas de redução de danos em perspectiva: comparando as experiências americana, britânica e brasileira. *In*: ACSELRAD, G. (Org.). *Avessos do Prazer: drogas, Aids e direitos humanos*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

FONSECA, E. *et al.* Syringe exchange programs in Brazil: preliminary assessment of 45 programs. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(4): 761-770, 2006.

FONSECA, E. *et al.* Descentralização, Aids e redução de danos: a implementação de políticas públicas no Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(9): 2134-2144, 2007.

HAAS, P. Introduction: epistemic communities and International Policy Coordination. *International Organization*, 46(1): 1-37, 1992.

JONAS, D. F. & JONAS, A. D. A bioanthropological overview of addiction. *In*: NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (NIDA). *Research Monograph*, 30: 269-277, 1980.

KARAM, M. L. Redução de danos, ética e lei. *In*: SAMPAIO, C. & CAMPOS, M. (Orgs.). *Drogas, Dignidade & Inclusão Social: a lei e a prática de redução de danos*. Rio de Janeiro: Aborda, 2003.

KERR, T. *et al.* Opioid substitution and HIV/Aids treatment and prevention. *The Lancet*, 364(9.449): 1.918-1.919, 2004.

KERR, T. *et al.* Safer injection facility use and syringe sharing in injection drug users. *The Lancet*, 366(9.482): 316-318, 2005.

KINGDOM, J. *Agendas, alternatives and public policies*. 2. ed. New York: Harper Collins College Publishers, 1995.

INTERAMERICAN OBSERVATORY ON DRUGS. Fortalecimento institucional/estratégia nacional antidrogas – 2002. Disponível em: <www.cicad.oas.org/OID/Countries/Brasil/MEM/Brasil01-02PORT.pdf>. Acesso em: 29 maio 2007.

JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). *Report on the Global Aids Epidemic*. Geneva: Unaid, 2006.

LEVINE, H. Global drug prohibition: its uses and crises. *International Journal of Drug Policy*, 14: 145-153, 2003.

MARCH, J. & OLSEN, J. *Rediscovering Institutions: the organizational basis of politics*. New York: Free Press, 1989.

MARCH, J. C. *et al.* Controlled trial of prescribed heroin in the treatment of opioid addiction. *Journal of Substance Abuse and Treatment*, 31(2): 203-211, 2006.

MCCURDY, S. A. *et al.* HIV/Aids and injection drug use in the neighborhoods of Dar es Salaam, Tanzania. *Drug Alcohol Depend*, 82 (Suppl 1): S23-27, 2006.

MESQUITA, F. Fabio Mesquita no limiar da vitória. *Narconews*, 2003. Disponível em: <www.narconews.com/Issue30/artigo780.html> Acesso em: 27 maio 2007.

NARCONNEWS. Lula: a guerra das drogas é uma guerra de classes. *Narconews*, 29 abr. 2003. Disponível em: <www.narconews.com/Issue30/artigo773.html>. Acesso em: 29 maio 2007.

NUNN, A. *The Politics of Life and Death: historical institutional analysis of antiretroviral drug policy in Brazil*, 2007. Tese de Doutorado, Boston: Harvard School of Public Health, Harvard University.

OSMANCZYK, E. *The Encyclopedia of the United Nations and International Relations*. 2. ed. London: Taylor & Francis, 1990.

PAGE, E. *Political Authority and Bureaucratic Power: a comparative analysis*. Knoxville: University of Tennessee Press, 1985.

PROGRAMA NACIONAL DE DST E AIDS (PN DST/AIDS). Brasil reafirma eficácia da política de redução de danos como estratégia de saúde pública, 2006. Disponível em: <www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISE77B47C8ITEMIDD447BD52D2FE4FD493F5F7E0CEB8309FPFBRIE.htm>. Acesso em: 29 maio 2007.

RHODES, T. *et al.* Explosive spread and high prevalence of HIV infection among injecting drug users in Togliatti City, Russia. *Aids*, 16(13): F25-31, 2002.

SCHEERER, S. Estabelecendo o controle sobre a cocaína. In: BASTOS, F. I. & GONÇALVES, O. D. (Orgs.). *Drogas: é legal? Um debate autorizado*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1993.

STEIN, E. *et al.* The politics of policies: economic and social progress in Latin America. New York: Inter-American Development Bank, 2005.

STEINMO, S.; THELEN, K. & LONGSTRETH, F (Eds.). *Structuring Politics: historical institutionalism in comparative perspective*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.

STIMSON, G. UN Commission on Narcotic Drugs: 50th session. UK intervention on agenda item 5(b): world situation with regard to drug abuse. Disponível em: <www.ihra.net/uploads/downloads/NewsItems/CND2007SpeechGStimson.pdf>. Acesso em: 29 maio 2007.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). *Marco Estratégico-UNODC Brasil – 2006-2009*. ago. 2006a. Disponível em: <www.unodc.org/pdf/brazil/portugues_final2.pdf>. Acesso em: 29 maio 2007.

UNITED STATES CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Twenty-five years of hiv/aids – United States, 1981-2006. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 55(21): 588-605, 2006b.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). *About us*. <www.unodc.org/unodc/en/about.html>. Acesso em: 29 maio 2007a.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). *Annual Report – 2006*. Disponível em: <www.unodc.org/pdf/annual_report_2007/AR06_fullreport.pdf>. Acesso em: 29 maio 2007b.

WEIR, E. Raves: a review of the culture, the drugs and the prevention of harm. *Canadian Medical Association Journal*, 162(13): 1.843-1.848, 2000.

WEISSERT, C. & WEISSERT, W. *Governing Health: the politics of health policy*. 2. ed. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2002.

WOLFE, D. & MALINOWSKA-SEMPRUCH, K. *Illicit Drug Policies and the Global HIV Epidemic: effects of UN and National Government Approaches*. New York: Open Society Foundations, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *World Health Report*. Geneva: WHO, 2006.

WORLD BANK. *Confronting Aids*. New York: Oxford University Press, 1999.

WORLD BANK. *Committing to Results: improving the effectiveness of HIV/Aids assistance*. Washington DC: World Bank, 2005.