



ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA
COMISSÃO DE ASSUNTOS CONSTITUCIONAIS,
DIREITOS, LIBERDADES E GARANTIAS

EXCELENTÍSSIMO SENHOR
PRESIDENTE DA ASSEMBLEIA DA
REPUBLICA

Ofício n.º 619/XIII/1.ª – CACDLG/2019

Data: 16-07-2019

NU: 638416

ASSUNTO: Parecer sobre a Proposta de Lei n.º 207/XIII/4.ª (GOV).

Para os devidos efeitos, junto se envia o parecer relativo à Proposta de Lei n.º 207/XIII/4.ª (GOV) – *“Inclui novas substâncias psicoativas na definição de droga, transpondo a Diretiva Delegada (EU) 2019/369 da Comissão”*, tendo as respetivas partes I e III sido aprovadas por unanimidade, na ausência do PEV, na reunião de 16 de julho de 2019, da Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias.

Com os melhores cumprimentos,

O PRESIDENTE DA COMISSÃO

(Bacelar de Vasconcelos)



Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias

PARECER

PROPOSTA DE LEI N.º 207/XIII/4.ª

**Inclui novas substâncias psicoativas na definição de droga, transpondo a
Diretiva Delegada (UE) 2019/369 da Comissão**

Autor: Deputado Pedro Delgado Alves

PARTE I - CONSIDERANDOS

I. a) Nota introdutória

A Proposta de Lei n.º 207/XIII/4.ª do Governo deu entrada na Assembleia da República a 21 de junho de 2019, com pedido de prioridade e urgência, sendo admitida e distribuída a 25 de junho de 2019, à Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias, para emissão de parecer, nos termos do n.º 1 do artigo 129.º do Regimento da Assembleia da República (RAR).

Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias

Encontram-se cumpridos os requisitos formais previstos no n.º 1 do artigo 119.º, no n.º 2 do artigo 123.º, bem como no n.º 1 e n.º 2 do artigo 124.º do RAR.

A iniciativa encontra-se também em conformidade com o disposto no n.º 1 e n.º 2 do artigo 13.º da Lei n.º 74/98, de 11 de novembro, alterada e republicada pela Lei n.º 43/2014, de 11 de julho (lei formulário), apresentando, em anexo, ficha de avaliação prévia de impacto de género, em cumprimento do disposto na Lei n.º 4/2018, de 9 de fevereiro, e ficha de avaliação de impacto legislativo (a que alude a Resolução do Conselho de Ministros n.º 74/2018, de 8 de junho),

I.b) Objeto, conteúdo e motivação da iniciativa

No ordenamento jurídico nacional, é nas tabelas anexas ao Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, sucessivamente atualizadas, que se encontram enumeradas as plantas, substâncias e preparações cuja produção, tráfico e consumo, estão sujeitas a medidas de controlo e à aplicação de sanções, em cumprimento das obrigações internacionais do Estado Português, nomeadamente, as decorrentes das Convenções das Nações Unidas sobre os Estupefacientes, de 1961, sobre as Substâncias Psicotrópicas, de 1971, e sobre o Tráfico Ilícito de Estupefacientes e Substâncias Psicotrópicas, de 1988.

Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias

Na sequência da aplicação da Diretiva Delegada (UE) 2017/2103, da Comissão Europeia, de 13 de dezembro de 2018, que altera o anexo da Decisão-Quadro 2004/757/JAI, do Conselho (*que prevê regras mínimas quanto aos elementos constitutivos das infrações penais e sanções aplicáveis no domínio do tráfico ilícito de droga*), constata-se que, através daquela, são incluídas 4 novas substâncias psicoativas na definição de droga.

Destas substâncias, duas não se encontram ainda elencadas nos anexos ao Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, nomeadamente, o «*ciclopropilfentanilo*» e o «*metoxiacetilfentanilo*», nos termos definidos pela Decisão de Execução (UE) 2018/1463, do Conselho.

De acordo com a informação prestada pela respetiva exposição de motivos, estão em causa substâncias psicoativas que «*comportam graves riscos para a saúde pública e de natureza social*».

Em conformidade, a iniciativa legislativa do Governo visa proceder ao correspondente aditamento destas substâncias na tabela I-A anexa ao Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro.

O articulado da proposta de lei é composto por 3 artigos que incidem no objeto do diploma (artigo 1.º); no aditamento à tabela I-A anexa ao Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro (artigo 2.º); na republicação da tabela ora alterada

Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias

(artigo 3.º), e no regime de entrada em vigor (artigo 4.º) que se pretende no dia seguinte ao da respetiva publicação.

I.c) Enquadramento

A *Nota Técnica* disponibilizada pelos serviços da AR, que ora se anexa, descreve com detalhe o respetivo enquadramento legal e os antecedentes legislativos, apresentando ainda um enquadramento de âmbito internacional e doutrinário.

Nos termos da informação prestada sobre as substâncias em causa, citando a Decisão de Execução (EU) 2018/1463, do Conselho, relativamente ao «ciclopropilfentanilo»:

«Dois Estados-Membros comunicaram a ocorrência de 77 mortes em casos de exposição confirmada ao ciclopropilfentanilo. As mortes ocorreram num curto período, entre junho e dezembro de 2017. Na maioria destes casos, foram detetadas outras drogas juntamente com o ciclopropilfentanilo. No caso de, pelo menos, 74 dessas mortes, o ciclopropilfentanilo foi a causa da morte ou é provável que para ela tenha contribuído».

Também no que concerne ao «metoxiacetilfentanilo» se refere que:

Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias

«Quatro Estados-Membros comunicaram a ocorrência de 13 mortes em casos de exposição confirmada ao metoxiacetilfentanilo. Em todos esses casos, foram detetadas outras drogas juntamente com o metoxiacetilfentanilo. No caso de, pelo menos, sete dessas mortes, o metoxiacetilfentanilo foi a causa da morte ou é provável que para ela tenha contribuído».

I.d) Consultas

Conforme indica a nota técnica, em 26 de junho de 2019, foi solicitado parecer escrito ao *INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.* que ainda não foi entregue.

PARTE II – OPINIÃO DO AUTOR

A matéria objeto da presente proposta de lei corresponde à prática legislativa habitual neste domínio, procedendo-se à atualização das substâncias constantes da tabela anexa ao Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, (que fixa o regime jurídico aplicável ao tráfico e consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas) sempre que se verifica uma obrigação de Direito Internacional ou de Direito da União Europeia (como é o caso vertente) nesse sentido.

Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias

Ainda que esteja bem estabelecida a metodologia, não se suscitando questões no plano jurídico ou de constitucionalidade, não deve deixar de ser pertinente, nesta sede, de lançar o debate sobre a adequação das políticas públicas subjacentes a este método de identificação de substância proibidas.

O recente Relatório de 2019 da Comissão Global de Política sobre Drogas debruça-se precisamente sobre a temática da classificação das substâncias psicoativas, sublinhando o seu afastamento de critérios estritamente científicos associados aos seus riscos, e sugerindo alterações profundas de paradigma de forma a aumentar a eficiência e racionalidades das políticas públicas nesta matéria.

Perante o aproximar do final da legislatura e a impossibilidade no curto espaço de tempo da última sessão legislativa de enquadrar o tema, parece ainda assim pertinente registar nesta sede, para memória futura e enquadramento do debate, as três recomendações formuladas, bem como anexar o referido Relatório da supracitada Comissão ao presente parecer:

Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias

1.ª Recomendação

A comunidade internacional tem de reconhecer a incoerência e as inconsistências existentes no sistema de classificação internacional e deve iniciar uma revisão crítica dos modelos atualmente aplicados na categorização das drogas. Já não é possível ignorar as consequências negativas das atuais listas internacionais para controlo de drogas, que vão desde a escassez de medicamentos essenciais em países de baixo e médio rendimento até à propagação de doenças transmissíveis e lesões, maior mortalidade e a crise global de sobrelotação dos estabelecimentos prisionais. A comunidade internacional deve enfrentar estes desafios, medindo e corrigindo as consequências negativas da classificação feita com base nas atuais listas.”

2.ª Recomendação

A comunidade internacional deve priorizar o papel da Organização Mundial da Saúde e da investigação interdisciplinar no desenvolvimento de outros critérios de classificação com base na evidência científica e numa escala racional de danos e benefícios.

Os países devem também resolver a crescente falta de clareza nas distinções entre mercados e drogas legais e ilegais, exigindo dos mecanismos

Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias

multilaterais maior flexibilidade na adoção de diferentes orientações e regras de classificação ao nível nacional. Esse processo depende do reequilíbrio do papel desempenhado pelas partes interessadas na conceção de modelos de classificação, sendo necessário conceder maior relevância aos profissionais do setor social, da saúde e das ciências. Um processo destes permitiria também reduzir as atuais barreiras colocadas à investigação científica no que diz respeito aos essenciais usos médicos destas substâncias.

3.ª Recomendação

Os Estados-Membros das Nações Unidas devem centrar novamente o sistema de classificação internacional no seu ímpeto original de controlo do comércio transnacional, permitindo o desenvolvimento de sistemas inovadores de classificação nacionais.

As restrições de mercado aplicadas a substâncias claramente mais leves, menos prejudiciais e menos potentes devem ser suavizadas, incluindo para "outros usos legítimos" além dos fins médicos e científicos, deixando espaço para, ao abrigo da legislação nacional, serem permitidos usos de cariz social, tradicional, religioso ou de realização pessoal."

Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias

PARTE III – CONCLUSÕES

1. A Proposta de Lei n.º 207/XIII/4.^a que «*Inclui novas substâncias psicoativas na definição de droga, transpondo a Diretiva Delegada (UE) 2019/369 da Comissão*», cumpre os requisitos formais previstos no n.º 1 do artigo 119.º e no n.º 2 do artigo 123.º e n.º 1 e n.º 2 do artigo 124.º do RAR.
2. A proposta de lei em apreço visa proceder ao aditamento das substâncias «*ciclopropilfentanilo*» e «*metoxiacetilfentanilo*» na tabela I-A anexa ao Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro.
3. Face ao exposto, e nada havendo a obstar, a Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias é de parecer que a Proposta de Lei n.º 207/XIII/4.^a reúne os requisitos constitucionais e regimentais para ser discutida e votada em plenário.

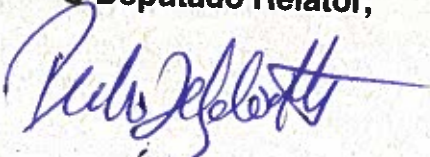
Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias

PARTE IV - ANEXOS

Em anexo ao presente relatório consta a Nota Técnica elaborada pelos serviços da AR nos termos do artigo 131.º do Regimento, bem como o Relatório da Comissão Global de Políticas de Drogas de 2019 (*Classificação de Substâncias Psicoativas: Quando a Ciência foi Deixada para Trás*).

Palácio de São Bento, 16 de julho de 2019

O Deputado Relator,



(Pedro Delgado Alves)

O Presidente da Comissão,



(Pedro Bacelar de Vasconcelos)

Proposta de Lei n.º 207/XIII/4.ª (GOV)

Inclui novas substâncias psicoativas na definição de droga, transpondo a Diretiva Delegada (UE) 2019/369 da Comissão

Data de admissão: 25 de junho de 2019

Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias (1.ª)

Índice

- I. Análise da iniciativa
- II. Enquadramento parlamentar
- III. Apreciação dos requisitos formais
- IV. Análise de direito comparado
- V. Consultas e contributos
- VI. Avaliação prévia de impacto

Elaborado por: Maria Leitão e Nuno Amorim (DILP), Luís Martins (DAPLEN), Catarina Lopes e Margarida Ascensão (DAC)

Data: 5 de julho de 2019

I. Análise da iniciativa

- **A iniciativa**

Com a presente iniciativa legislativa, o Governo pretende aditar à tabela I-A anexa ao [Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro](#) (que aprova o regime jurídico aplicável ao tráfico e consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas), duas novas substâncias: ciclopropilfentanilo e metoxiacetilfentanilo.

O aditamento proposto destas duas substâncias psicoativas à lista de estupefacientes sujeitos a proibição ou condicionamento pretende dar cumprimento às obrigações decorrentes das Convenções das Nações Unidas sobre os Estupefacientes, de 1961, sobre as Substâncias Psicotrópicas, de 1971, e sobre o Tráfico Ilícito e Consumo de Estupefacientes e de Substâncias Psicotrópicas, de 1988, e insere-se no âmbito da transposição da [Diretiva Delegada \(UE\) 2019/369](#), da Comissão, de 13 de dezembro de 2018, que altera o anexo da [Decisão-Quadro 2004/757/JAI](#), do Conselho.

Conforme é mencionado na exposição de motivos, «*trata-se de substâncias psicoativas que comportam graves riscos para a saúde pública e de natureza social, pelo que se evidencia fundamental (...) o seu aditamento às tabelas anexas ao Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro*».

A iniciativa legislativa em apreço é composta por quatro artigos: o primeiro definidor do respetivo objeto; o segundo prevendo alterações da tabela anexa ao referido regime jurídico; o terceiro procedendo à republicação da tabela alterada; e o último estabelecendo o início da sua vigência para o dia seguinte ao da sua publicação.

- **Enquadramento jurídico nacional**

O [Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro](#), veio rever a legislação do combate à droga, definindo o regime jurídico aplicável ao tráfico e consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas. Este diploma sofreu até à presente data vinte e três

alterações¹, quer no seu articulado, quer nas respetivas tabelas. Assim, e ao longo dos anos, foram sendo aditadas novas substâncias às tabelas I-A, I-C, II-A, II-B, II-C, IV e V anexas àquele diploma, pelos Decretos-Leis n.ºs [214/2000, de 2 de setembro](#), e [69/2001, de 24 de fevereiro](#), e pelas Leis n.ºs [3/2003, de 15 de janeiro](#), [47/2003, de 22 de agosto](#), [17/2004, de 11 de maio](#), [14/2005, de 26 de janeiro](#), [18/2009, de 11 de maio](#), [13/2012, de 26 de março](#), [22/2014, de 28 de abril](#), [77/2014, de 11 de novembro](#), [7/2017, de 2 de março](#) e [8/2019, de 1 de fevereiro](#). Do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, encontra-se ainda disponível uma [versão consolidada](#).

No preâmbulo do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, pode ler-se, nomeadamente, que «a aprovação da [Convenção das Nações Unidas contra o Tráfico Ilícito de Estupefacientes e de Substâncias Psicotrópicas de 1988](#), oportunamente assinada por Portugal e ora ratificada - [Resolução da Assembleia da República n.º 29/91](#) e [Decreto do Presidente da República n.º 45/91](#), publicados no *Diário da República*, de 6 de setembro de 1991- é a razão determinante do presente diploma. Tal instrumento de direito internacional público visa prosseguir três objetivos fundamentais. Em primeiro lugar, privar aqueles que se dedicam ao tráfico de estupefacientes do produto das suas atividades criminosas, suprimindo, deste modo, o seu móbil ou incentivo principal e evitando, de igual modo, que a utilização de fortunas ilicitamente acumuladas permita a organizações criminosas transnacionais invadir, contaminar e corromper as estruturas do Estado, as atividades comerciais e financeiras legítimas e a sociedade a todos os seus níveis. Em segundo lugar, adotar medidas adequadas ao controlo e fiscalização dos precursores, produtos químicos e solventes, substâncias utilizáveis no fabrico de estupefacientes e de psicotrópicos e que, pela facilidade de obtenção e disponibilidade no mercado corrente, têm conduzido ao aumento do fabrico clandestino de

¹ O Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, retificado pela Declaração de Retificação n.º 20/93, de 20 de fevereiro, sofreu as modificações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 81/95, de 22 de abril, Lei n.º 45/96, de 3 de setembro, Decreto-Lei n.º 214/2000, de 2 de setembro, Lei n.º 30/2000, de 29 de novembro, Decreto-Lei n.º 69/2001, de 24 de fevereiro, Lei n.º 101/2001, de 25 de agosto, Lei n.º 104/2001, de 25 de agosto, Decreto-Lei n.º 323/2001, de 17 de dezembro, Lei n.º 3/2003, de 15 de janeiro, Lei n.º 47/2003, de 22 de agosto, Lei n.º 11/2004, de 27 de março, Lei n.º 17/2004, de 11 de maio, Lei n.º 14/2005, de 26 de janeiro, Lei n.º 48/2007, de 28 de agosto, Lei n.º 59/2007, de 4 de setembro, Lei n.º 18/2009, de 11 de maio (que o republicou), retificada pela Declaração de Retificação n.º 41/2009, de 22 de junho, Lei n.º 38/2009, de 20 de julho, Decreto-Lei n.º 114/2011, de 30 de novembro, Lei n.º 13/2012, de 26 de março, Lei n.º 22/2014, de 28 de abril, Lei n.º 77/2014, de 11 de novembro, 7/2017, de 2 de março, e 8/2019, de 1 de fevereiro.

estupefacientes e de substâncias psicotrópicas. Em terceiro lugar, reforçar e complementar as medidas previstas na [Convenção sobre Estupefacientes de 1961](#), modificada pelo [Protocolo de 1972](#)² e na [Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas de 1971](#), colmatando brechas e potenciando os meios jurídicos de cooperação internacional em matéria penal».

O Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, teve também em atenção a [Diretiva 92/109/CEE do Conselho, de 14 de dezembro](#), relativa à produção e colocação no mercado de certas substâncias utilizadas na produção ilícita de estupefacientes e de substâncias psicotrópicas, instrumento que visava «estabelecer uma fiscalização intracomunitária de certas substâncias frequentemente utilizadas na produção ilegal de estupefacientes e de substâncias psicotrópicas, a fim de evitar o seu desvio».

O sucessivo aditamento de novas substâncias às tabelas anexas ao Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, deve-se quer à necessidade de cumprir obrigações decorrentes da assinatura da Convenção das Nações Unidas sobre o tráfico ilícito e consumo de estupefacientes e de substâncias psicotrópicas, quer à transposição de diretivas comunitárias, quer ainda à aplicação de regulamentos ou decisões comunitárias.

No caso específico da [tabela I-A](#) importa começar por referir o [Decreto-Lei n.º 214/2000, de 2 de setembro](#), que, no seu preâmbulo, menciona que «fica sujeita às medidas previstas na Convenção das Nações Unidas de 1971 sobre Substâncias Psicotrópicas, por [Decisão do Conselho, de 13 de setembro de 1999](#), a substância 4-MTA, um derivado das anfetaminas que constitui uma ameaça para a saúde pública tão grave quanto as substâncias enumeradas nas listas I ou II daquela Convenção. O artigo 1.º do referido diploma determina que são aditadas às tabelas I-A e II-A anexas ao Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, as substâncias constantes do anexo ao presente diploma e que deste faz parte integrante, bem como os isómeros das substâncias inscritas na tabela II-A em todos os casos em que estes isómeros possam existir com designação química específica, salvo se forem expressamente excluídos».

² O [Protocolo de 1972](#)² foi retificado pela [Declaração de 2 de fevereiro de 1979](#).

Já a [Lei n.º 18/2009, de 11 de maio](#), acrescentou as substâncias oripavina (tabela I-A) e 1 -benzilpiperazina (tabela II-A), tendo tido origem na [Proposta de Lei n.º 250/X](#), do Governo. Esta alteração surgiu na sequência da resolução tomada pela Comissão de Estupefacientes das Nações Unidas de, através da [Decisão n.º 50 de 1, de março de 2007](#), alterar a tabela I da Convenção sobre Estupefacientes de 1961, modificada pelo Protocolo de 1972, com a inclusão de uma nova substância, a oripavina.

A terceira alteração à mencionada tabela I-A foi introduzida pela [Lei n.º 13/2012, de 26 de março](#), que veio aditar ao regime jurídico aplicável ao tráfico e consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, o tapentadol, analgésico central desenvolvido para o tratamento da dor moderada a severa (tabela I-A), e a mefedrona, droga sintética estimulante da família das catinonas e da classe das anfetaminas (tabela II-A). Este diploma resultou do [Projeto de Lei n.º 101/XII - Altera pela décima oitava vez o Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, que aprova o regime jurídico aplicável ao tráfico e consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas](#) e do [Projeto de Lei n.º 129/XII - Décima oitava alteração ao Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, que aprova o regime jurídico aplicável ao tráfico e consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas](#), da autoria do Grupo Parlamentar do CDS-PP.

A última alteração à tabela I-A decorreu da [Lei n.º 8/2019, de 1 de fevereiro](#), diploma que teve origem na [Proposta de Lei n.º 143/XIII](#), e que aditou um conjunto alargado de substâncias psicoativas à lista de estupefacientes sujeitos a proibição ou condicionamento. Este regime jurídico passou a acolher as medidas constantes da [Diretiva \(UE\) 2017/2103](#), do Parlamento Europeu e do Conselho, de 15 de novembro de 2017, que altera a [Decisão-Quadro 2004/757/JAI](#), do Conselho. Importa referir que a [Decisão-Quadro 2004/757/JAI](#) do Conselho estabelece «uma abordagem comum de resposta ao tráfico ilícito de droga, que constitui uma ameaça para a saúde, a segurança e a qualidade de vida dos cidadãos da União, para a economia legal e para a estabilidade e a segurança dos Estados-Membros». A Decisão-Quadro 2004/757/JAI prevê regras mínimas comuns sobre a definição das infrações e das sanções por tráfico de droga a fim de evitar problemas na cooperação entre as autoridades judiciais e policiais dos Estados-Membros, devido ao facto de a infração ou as infrações em causa não serem puníveis pela legislação, tanto do Estado-Membro requerente como do

Estado-Membro requerido. Já a [Diretiva \(UE\) 2017/2103](#), do Parlamento Europeu e do Conselho, de 15 de novembro de 2017, veio estabelecer os elementos essenciais da definição de droga, assim como o procedimento e os critérios para a inclusão de novas substâncias psicoativas nessa definição. Além disso, a fim de incluir na definição de droga substâncias psicoativas já sujeitas a medidas de controlo mediante decisões do Conselho adotadas nos termos da Ação Comum 97/396/JAI e da Decisão 2005/387/JAI, aditou à Decisão-Quadro 2004/757/JAI um anexo com uma lista dessas substâncias psicoativas.

A presente iniciativa vem agora aditar à tabela I-A, as substâncias N-fenil-N-[1-(2-feniletil)piperidin-4-il]ciclopropanocarboxamida (ciclopropilfentanilo) e 2-metoxi-N-fenil-N-[1-(2-feniletil)piperidin-4-il]acetamida (metoxiacetilfentanilo), procedendo à transposição da [Diretiva Delegada \(UE\) 2019/369](#), da Comissão, de 13 de dezembro de 2018, que altera o anexo da [Decisão-Quadro 2004/757/JAI](#), do Conselho.

Importa referir que a [Diretiva \(UE\) 2017/2103](#) revogou a [Decisão 2005/387/JAI](#), com efeitos a partir de 23 de novembro de 2018. Desde a adoção da Diretiva (UE) 2017/2103, cinco novas substâncias psicoativas foram sujeitas a medidas de controlo e a sanções penais ao abrigo da Decisão 2005/387/JAI. Contudo, essas novas substâncias psicoativas ainda não estavam incluídas no anexo da Decisão-Quadro 2004/757/JAI. Por conseguinte, devido à revogação da Decisão 2005/387/JAI, foi determinado incluir as referidas substâncias psicoativas no anexo da Decisão-Quadro 2004/757/JAI. Destas cinco apenas o ciclopropilfentanilo e o metoxiacetilfentanilo, referidas na [Decisão de Execução \(EU\) 2018/1463](#), do Conselho, não se encontram já elencadas nos anexos ao Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, pelo que o aditamento se restringe a estas substâncias.

A Decisão de Execução (EU) 2018/1463, do Conselho refere, nos considerandos, que estas substâncias são «opioides sintéticos estruturalmente afins do fentanilo, uma substância regulamentada amplamente utilizada em medicina, como adjuvante em anestesia geral, em cirurgia, e como analgésico. (...) O ciclopropilfentanilo está acessível na União pelo menos desde junho de 2017. Foi detetado em seis Estados-Membros, que comunicaram 140 apreensões entre junho de 2017 e janeiro de 2018.

Em geral, uma vez que o ciclopropilfentanilo não é regularmente rastreado, é provável que o número de casos detetados seja inferior ao real. Na maior parte deles, o ciclopropilfentanilo foi apreendido na forma pulverulenta, mas também foi apreendido na forma líquida e em pastilhas. As quantidades detetadas foram relativamente pequenas, embora devam ser apreciadas no contexto da elevada potência que normalmente caracteriza os fentanilos. Dois Estados-Membros comunicaram a ocorrência de 77 mortes em casos de exposição confirmada ao ciclopropilfentanilo. As mortes ocorreram num curto período, entre junho e dezembro de 2017. Na maioria destes casos, foram detetadas outras drogas juntamente com o ciclopropilfentanilo. No caso de, pelo menos, 74 dessas mortes, o ciclopropilfentanilo foi a causa da morte ou é provável que para ela tenha contribuído».

Por sua vez, o «metoxiacetilfentanilo está acessível na União Europeia pelo menos desde novembro de 2016. Foi detetado em 11 Estados-Membros, que comunicaram 44 apreensões entre junho e dezembro de 2017. Em geral, uma vez que o metoxiacetilfentanilo não é regularmente rastreado, é provável que o número de casos detetados seja inferior ao real. Na maior parte deles, o metoxiacetilfentanilo foi apreendido na forma pulverulenta ou líquida, mas também foi apreendido na forma de pastilhas. As quantidades detetadas foram relativamente pequenas, embora devam ser apreciadas no contexto da elevada potência que normalmente caracteriza os fentanilos.

Quatro Estados-Membros comunicaram a ocorrência de 13 mortes em casos de exposição confirmada ao metoxiacetilfentanilo. Em todos esses casos, foram detetadas outras drogas juntamente com o metoxiacetilfentanilo. No caso de, pelo menos, sete dessas mortes, o metoxiacetilfentanilo foi a causa da morte ou é provável que para ela tenha contribuído».

Na [página](#) do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), serviço que tem por missão promover a redução do consumo de substâncias psicoativas, a prevenção dos comportamentos aditivos e a diminuição das dependências, podemos encontrar diversa informação sobre esta matéria.

II. Enquadramento parlamentar

- **Iniciativas pendentes (iniciativas legislativas e petições)**

Consultada a base de dados da Atividade Parlamentar (AP), à data não se encontrou qualquer iniciativa legislativa ou petição pendente sobre a matéria em apreciação.

- **Antecedentes parlamentares (iniciativas legislativas e petições)**

Na XIII e XII Legislaturas, encontram-se registadas as seguintes iniciativas legislativas, de apreciação já concluída, sobre a matéria em apreciação (alteração do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro):

- Proposta de Lei n.º 143/XIII/3.ª (GOV) - [Altera a Lei de Combate à Droga, transpondo a Diretiva \(UE\) 2017/2103](#). [que deu origem à [Lei n.º 8/2019, de 01/02](#)]
- Proposta de Lei n.º 35/XIII/2.ª (GOV) - [Procede a vigésima segunda alteração ao Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, que aprova o regime jurídico aplicável ao tráfico e consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, aditando várias substâncias à Tabela II - A](#). [que deu origem à [Lei n.º 7/2017, de 02/03](#)]
- Proposta de Lei n.º 240/XII/3.ª (GOV) - [Procede à vigésima primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, que aprova o regime jurídico aplicável ao tráfico e consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, aditando a substância alfa-fenilacetoacetonitrilo à tabela anexa V](#). [que deu origem à [Lei n.º 77/2014, de 11/11](#)]
- Projeto de Lei n.º 501/XII/3.ª (PSD e CDS-PP) - [Procede à vigésima alteração ao Decreto-Lei n.º 15/93, de 12 de janeiro, que aprova o regime jurídico aplicável ao tráfico e consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, aditando a substância 5 \(2-aminopropil\)indole à tabela anexa II-A e a substância 4 metilanfetamina à tabela anexa II-B](#). [que deu origem à [Lei n.º 22/2014, de 28/04](#)]

- Proposta de Lei n.º 199/XII/3.^a (GOV) - [Procede à vigésima alteração ao Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, que aprova o regime jurídico aplicável ao tráfico e consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, aditando a substância 4 metilamfetamina à tabela anexa II-B.](#) [que deu origem à [Lei n.º 22/2014, de 28/04](#)]

- Projeto de Lei n.º 129/XII/1.^a (CDS-PP) - [Décima oitava alteração ao Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, que aprova o regime jurídico aplicável ao tráfico e consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, acrescentando a Mefedrona e o Tapentadol às tabelas que lhe são anexas.](#) [que deu origem à [Lei n.º 13/2012, de 26/03](#)]

- Projeto de Lei n.º 101/XII/1.^a (PSD) - [Altera pela décima oitava vez o Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, que aprova o regime jurídico aplicável ao tráfico e consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, acrescentando a Mefedrona e o Tapentadol às substâncias da tabela II-A que lhe é anexa.](#) [que deu origem à [Lei n.º 13/2012, de 26/03](#)]

Consultada a mencionada base de dados (AP), não foi identificada qualquer petição e sobre matéria idêntica.

III. **Apreciação dos requisitos formais**

- **Conformidade com os requisitos constitucionais, regimentais e formais**

A iniciativa legislativa em apreciação é apresentada pelo Governo, no âmbito do seu poder de iniciativa, nos termos do n.º 1 do artigo 167.º e da alínea d) do n.º 1 do artigo 197.º da [Constituição](#), e do artigo 118.º do [Regimento da Assembleia da República](#) (RAR).

Reveste a forma de proposta de lei, nos termos do n.º 1 do artigo 119.º do RAR e foi aprovada em Conselho de Ministros no dia 13 de junho de 2019, em conformidade com

o disposto na alínea c) n.º 1, do artigo 200.º da Constituição. É subscrita pelo Primeiro-Ministro, pela Ministra da Justiça e pelo Secretário de Estado Adjunto e dos Assuntos Parlamentares, nos termos do n.º 2 do artigo 123.º do Regimento. Encontra-se redigida sob a forma de artigos, contém uma designação que traduz sinteticamente o seu objeto principal e é precedida de uma exposição de motivos, cumprindo, assim, os requisitos formais previstos nos n.ºs 1 e 2 do artigo 124.º do RAR.

A presente iniciativa legislativa parece não infringir a Constituição ou os princípios nela consignados e define concretamente o sentido das modificações a introduzir na ordem jurídica, respeitando assim os limites estabelecidos no n.º 1 do artigo 120.º do RAR.

A Proposta de Lei em apreciação deu entrada em 21 de junho de 2019, por despacho de S. Ex.ª o Presidente da Assembleia da República foi admitida a 25 de junho, tendo sido anunciada em Plenário e baixado na generalidade à Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias (1.ª) no mesmo dia.

- **Verificação do cumprimento da lei formulário**

O título da presente iniciativa legislativa - *Inclui novas substâncias psicoativas na definição de droga, transpondo a Diretiva Delegada (EU) 2019/369, da Comissão -*, traduz sinteticamente o seu objeto, em conformidade com o disposto no n.º 2 do artigo 7.º da Lei n.º 74/98, de 11 de novembro, doravante conhecida como *lei formulário*. Encontra-se, igualmente, em conformidade com o disposto no n.º 4 do artigo 9.º da referida *lei*, segundo o qual «*Tratando-se de diploma de transposição de diretiva comunitária, deve ser indicada expressamente a diretiva a transpor*».

Por outro lado, a *lei formulário* estabelece, nos termos do n.º 1 do artigo 6.º da Lei n.º 74/98, de 11 de novembro, o dever de indicar, nos diplomas legais que alterem outros, o número de ordem da alteração introduzida e a identificação dos diplomas que procederam a alterações anteriores. Todavia, a *lei formulário* foi aprovada e publicada num contexto diferente do atual sendo que, desde 2016, o *Diário da República* é eletrónico, tornando possível a consulta gratuita dos atos legislativos, bem como o texto consolidado de legislação relevante do ordenamento jurídico. Daí que se afigure

desnecessário e desaconselhável, em nome da segurança jurídica, elencar as modificações sofridas. Acresce ainda o facto de o elenco das alterações prejudicar a clareza da norma. Assim, visando esta iniciativa alterar um mapa anexo e sucessivamente republicado quando alterado, sugerimos que, no título, não se indique o número de ordem de alteração nem no artigo 1.º se insira o elenco de diplomas que procederam a alterações anteriores ficando, no entanto, esta sugestão à consideração da Comissão. Face ao exposto, sugere-se o seguinte título:

«Inclui novas substâncias psicoativas na definição de droga, transpondo a Diretiva Delegada (UE) 2019/369 da Comissão, de 13 de dezembro de 2018.»

Por outro lado, refira-se que o autor promove a republicação, em anexo, da tabela I-A, anexa ao Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, que ora se pretende alterar através da presente Proposta de Lei. Dada a especificidade deste regime jurídico aplicável ao tráfico e consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, e o conteúdo científico destas tabelas, esta técnica legislativa de republicar parcialmente apenas as tabelas alteradas tem sido utilizada nas anteriores modificações, pelo que fará sentido manter esta opção. Assim sendo, neste caso concreto parece não ser necessário aplicar os princípios consagrados no n.º 4 do artigo 6.º da *lei formulário*, sobre a republicação integral dos diplomas legais alterados.

Caso a presente iniciativa venha a ser aprovada em votação final global, deve ser publicada sob a forma de lei na 1.ª série do *Diário da República*, conforme o disposto na alínea c) do n.º 2 do artigo 3.º da *lei formulário*, entrando em vigor no dia seguinte após a sua publicação, nos termos do artigo 4.º do articulado, bem como do n.º 1 do artigo 2.º da citada lei, segundo o qual os atos legislativos *«entram em vigor no dia neles fixado, não podendo, em caso algum, o início de vigência verificar-se no próprio dia da publicação»*.

Na presente fase do processo legislativo as iniciativas em apreço não nos parecem suscitar outras questões em face da *lei formulário*.

- **Regulamentação ou outras obrigações legais**

A presente iniciativa não prevê a necessidade de regulamentação posterior das suas normas.

IV. **Análise de direito comparado**

- **Enquadramento no plano da União Europeia**

O [Tratado sobre o Funcionamento da União Europeia](#) dispõe, no seu artigo 83.º que podem ser estabelecidas, por meio de diretivas, regras mínimas relativas à definição de infrações penais e sanções nos domínios da criminalidade particularmente grave com dimensão transfronteiriça, na qual se inclui o tráfico de droga.

A [Decisão-Quadro 2004/757/JAI](#), *que adopta regras mínimas quanto aos elementos constitutivos das infrações penais e às sanções aplicáveis no domínio do tráfico ilícito de droga*, foi criada pela necessidade de uma ação legislativa no domínio da luta contra ao tráfico ilícito de droga, adotando regras mínimas quanto aos elementos constitutivos das infrações em causa, permitindo uma abordagem comum ao nível da União Europeia. A Decisão em apreço definia que os Estados-Membros deveriam tomar as medidas necessárias para punir atos ilegítimos, como a produção, oferta, comercialização, distribuição de drogas, qualificando como infrações penais a instigação, a cumplicidade e a tentativa bem como definindo sanções efetivas, proporcionadas e dissuasivas a aplicar.

Esta Decisão é aplicável às substâncias abrangidas pela Convenção Única das Nações Unidas sobre os Estupefacientes, à Convenção das Nações Unidas sobre as Substâncias Psicotrópicas e às drogas sintéticas submetidas a medidas de controlo em toda a União, conforme [Ação Comum 97/396/JAI](#), revogada pela [Decisão 2005/387/JAI](#).

O [Regulamento \(UE\) 2017/2101](#), *que altera o Regulamento (CE) n.º 1920/2006 no que se refere ao intercâmbio de informações, ao sistema de alerta rápido e aos procedimentos de avaliação dos riscos das novas substâncias psicoativas*, procura

responder à propagação rápida de novas substâncias psicoativas que colocam graves riscos sociais e de saúde pública, procedendo ao intercâmbio de informações e procedimento de avaliação dos riscos.

No mesmo sentido, a [Diretiva \(UE\) 2017/2103](#), estabelece os elementos essenciais da definição de droga, procedimento e critério para a inclusão de novas substâncias psicoativas, estendendo a aplicação das disposições de direito penal da União em matéria de tráfico ilícito de droga às novas substâncias que coloquem graves riscos para a saúde pública e riscos sociais. A Diretiva em causa, com data limite de transposição de 23 de novembro de 2018, altera assim a Decisão-Quadro 2004/757/JAI do Conselho a fim de incluir novas substâncias psicoativas na definição de droga e revoga a Decisão 2005/387/JAI do Conselho.

Assim, com base numa avaliação dos riscos ou avaliação combinada de riscos, de acordo com o [Regulamento \(CE\) n.º 1920/2006](#), a Comissão deverá adotar atos delegados que alterem o anexo da Decisão-Quadro 2004/757/JAI por forma a aditar novas substâncias psicoativas, de acordo com os requisitos estabelecidos no artigo 1.º-A da Diretiva a transpor e que se refere ao *procedimento para inclusão de novas substâncias psicoativas na definição de droga*.

De referir ainda as Decisões de Execução [2017/1774](#), [2018/747](#) e [2018/748](#) relativas à submissão de substâncias psicoativas específicas a medidas de controlo, contribuindo para o intercâmbio de informações, avaliação de riscos e controlo de novas substâncias, instando os Estados-Membros a submeter as novas substâncias às medidas de controlo e sanções penais previstas na legislação nacional.

No que à iniciativa em apreço concerne, a [Diretiva Delegada \(UE\) 2019/369](#) altera o anexo da Decisão-Quadro 2004/757/JAI no que respeita à inclusão de novas substâncias psicoativas na definição de droga, introduzindo quatro novas substâncias e aditando-as à lista do anexo da Decisão-Quadro. Esta introdução justifica-se pela revogação da Decisão 2005/387/JAI e a necessidade da sua manutenção na lista no anexo da Decisão-Quadro em vigor.

Destaca-se ainda nesta sede o papel do [Observatório Europeu para a Droga e Toxicodependência](#), agência da União Europeia sediada em Lisboa, bem como a [Estratégia da UE de Luta contra a Droga \(2013-2020\)](#) que refere que *A UE e seus Estados-Membros deverão continuar a investir no intercâmbio de informações, na recolha de dados e nas ações de controlo, bem como na investigação e análise da situação no que respeita ao combate à droga e nas respostas a dar-lhe a nível nacional e da UE.*

- **Enquadramento internacional**

- Países europeus**

Relativamente à transposição de diretivas, e de acordo com o site oficial [Eur-Lex](#)³ que recolhe a informação sobre a transposição das diretivas europeias (fornecida pelos próprios Estados-Membros), dos 28 Estados-Membros da União Europeia, apenas Bélgica, Estónia e Malta indicaram ter diplomas que transpõem a [Diretiva Delegada \(UE\) 2019/369 da Comissão, de 13 de dezembro de 2018](#), que altera o anexo da [Decisão-Quadro 2004/757/JAI do Conselho](#) no que respeita à inclusão de novas substâncias psicoativas na definição de droga. De salientar que o prazo de transposição desta Diretiva é o dia 7 de setembro de 2019.

Tendo em consideração o exposto, a informação comparada que ora se apresenta inclui os seguintes Estados-Membros: Bélgica, Estónia e Malta.

Na **Bélgica**, o Governo parece não considerar necessário novo ato de transposição com vista à transposição da Diretiva (UE) 2017/2103, sendo suficiente o enquadramento em vigor, fornecido pelo [Arrêté royal réglementant les substances stupéfiantes, psychotropes et soporifiques](#), de 6 de setembro de 2017.

Por seu turno, a **Estónia** forneceu o mesmo tipo de informação, entendendo suficiente o diploma já existente sobre a matéria que é atualizado [com regularidade](#) (a última alteração é datada de 13 de julho de 2018).

³ Consulta efetuada a 28/06/2019.

Por fim, em **Malta** esta questão foi tratada em quatro alterações legislativas operadas através do [Dangerous Drugs Ordinance \(Amendment of First Schedule\) Order, 2018](#), do [Drugs \(Control\) \(Amendment\) \(No. 3\) Regulations, 2018](#), do [Medical and Kindred Professions Ordinance \(Amendment of Third Schedule\) \(No. 2\) Regulations, 2018](#) e do [Dangerous Drugs Ordinance \(Amendment of First Schedule\) \(No. 3\) Order, 2018](#).

Organizações internacionais

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS⁴

A Organização Mundial de Saúde (OMS) [define](#) uma substância psicoativa nos seguintes termos: substâncias que, quando consumidas ou administradas no sistema de um indivíduo, afetam os processos mentais, nomeadamente a cognição ou afeto. Este termo, e o seu equivalente *droga psicotrópica*, são os termos mais neutros e descritivos que envolvem toda classe de substâncias, lícitas ou ilícitas, do interesse da política de drogas.

No que diz respeito às convenções internacionais que, no contexto das Nações Unidas, regulam este tema, importa fazer referência às seguintes:

- [Convenção Única de 1961 sobre os Estupefacientes \(1961 Single Convention on Narcotic Drugs\)](#)
- [Convenção sobre as Substâncias Psicotrópicas \(1971\) \(1971 Convention on Psychotropic Substances\)](#);
- [Convenção das Nações Unidas contra o Tráfico Ilícito de Estupefacientes e Substâncias Psicotrópicas \(1988\) \(1988 United Nations Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances\)](#).

Cumpra ainda fazer referência à Comissão dos Estupefacientes das Nações Unidas (CND), que altera regularmente a lista de substâncias anexa à Convenção Única sobre os Estupefacientes das Nações Unidas de 1961, com base nas recomendações da

⁴ Retirado do contributo dado para a [Nota Técnica da Proposta de Lei n.º 143/XIII](#).

[Organização Mundial de Saúde](#) (OMS), que é aconselhado pelo seu Comité de Peritos em Toxicodependência da OMS.

A CND é uma comissão do [Conselho Económico e Social das Nações Unidas](#) (ECOSOC) e as suas funções e competências estão definidas, nomeadamente, na Convenção das Nações Unidas de 1961 e na Convenção das Nações Unidas de 1971. É constituída por 53 Estados membros da ONU eleitos pelo ECOSOC.

V. Consultas e contributos

- **Consultas obrigatórias e facultativas**

Em 26 de junho de 2019, a Comissão solicitou parecer escrito ao INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P.

Todos os pareceres e contributos remetidos à Assembleia da República serão publicados na referida [página da iniciativa](#) na *Internet*.

VI. Avaliação prévia de impacto

- **Avaliação sobre impacto de género**

O preenchimento, pelo proponente, da [ficha de avaliação prévia de impacto de género](#) da presente iniciativa, em cumprimento do disposto na Lei n.º 4/2018, de 9 de fevereiro, devolve como resultado uma valoração neutra do impacto de género.

De referir ainda a apresentação pelo proponente de uma [ficha de avaliação de impacto legislativo](#) (a que alude a [Resolução do Conselho de Ministros n.º 74/2018, de 8 de junho](#)), dando nota da justificação para a apresentação da iniciativa (em termos de necessidade, simplicidade, clareza, tipo de linguagem, incluindo indicação sobre linguagem não discriminatória, articulação com outros regimes, imparcialidade, transparência, avaliação do impacto económico e concorrencial - do ponto de vista do

programa «Custa Quanto» -, do impacto de género, sobre a deficiência e sobre a pobreza, bem como a avaliação do impacto sobre os riscos de fraude e corrupção).

- **Linguagem não discriminatória**

Na elaboração dos atos normativos a especificação de género deve ser minimizada recorrendo-se, sempre que possível, a uma linguagem neutra ou inclusiva, mas sem colocar em causa a clareza do discurso.

Sem prejuízo de uma análise mais detalhada, na apreciação na especialidade ou na redação final, nesta fase do processo legislativo a redação da proposta de lei não nos suscita qualquer questão relacionada com a linguagem discriminatória em relação ao género.



COMISSÃO GLOBAL
DE POLÍTICA
SOBRE DROGAS

CLASSIFICAÇÃO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS:

QUANDO A CIÊNCIA FOI DEIXADA PARA TRÁS

RELATÓRIO DE 2019





**COMISSÃO GLOBAL
DE POLÍTICA
SOBRE DROGAS**



LOUISE ARBOUR
Ex-alta Comissária das Nações Unidas para os Direitos Humanos, Canadá



PAVEL BÉM
Ex-presidente da Câmara de Praga, República Checa



RICHARD BRANSON
Empreendedor, fundador do Virgin Group, cofundador da The Elders, Reino Unido



FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
Ex-presidente do Brasil (Presidente fundador)



MARIA CATTALAI
Ex-secretária Geral da Câmara de Comércio Internacional, Suíça



HELEN CLARK
Ex-primeira ministra da Nova Zelândia e Administradora do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento



NICK CLEGG
Ex-vice-primeiro-ministro do Reino Unido



RUTH DREIFUSS
Ex-presidente da Suíça (Presidente)



MOHAMED ELBARADEI
Ex-diretor-geral da Agência Internacional de Energia Atômica, Egito



CÉSAR GAVIRIA
Ex-presidente da Colômbia



ANAND GROVER
Ex-relatora especial da ONU sobre o direito à saúde, Índia



MICHEL KAZATCHKINE
Ex-diretor executivo do Fundo Global de Luta contra a SIDA, a Tuberculose e a Malária



ALEKSANDER KWASNIEWSKI
Ex-presidente da Polónia



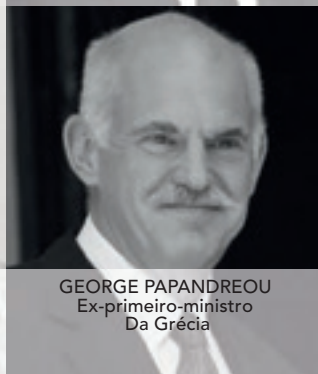
RICARDO LAGOS
Ex-presidente do Chile



KGALEMA MOTLANTHE
Ex-presidente da África do Sul



OLUSEGUN OBASANJO
Ex-presidente da Nigéria



GEORGE PAPANDREOU
Ex-primeiro-ministro Da Grécia



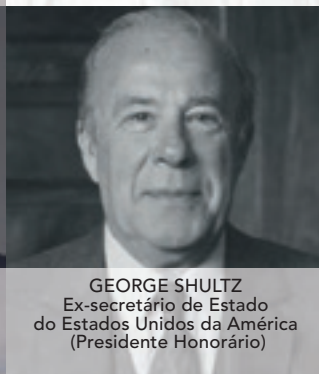
JOSÉ RAMOS-HORTA
Ex-presidente do Timor Leste



JORGE SAMPAIO
Ex-presidente de Portugal



JUAN MANUEL SANTOS
Ex-presidente da Colômbia



GEORGE SHULTZ
Ex-secretário de Estado do Estados Unidos de América (Presidente Honorário)



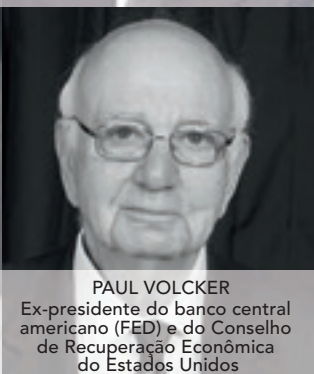
JAVIER SOLANA
Ex-alto representante da União Europeia para a Política Externa e de Segurança Comum, Espanha



CASSAM UTEEM
Ex-presidente da Maurícia



MARIO VARGAS LLOSA
Escritor e figura pública, Peru



PAUL VOLCKER
Ex-presidente do banco central americano (FED) e do Conselho de Recuperação Econômica do Estados Unidos



ERNESTO ZEDILLO
Ex-presidente do México

CONTEÚDO

Preâmbulo.....	3
Sumário Executivo.....	4
Classificação de drogas: ciência ou ideologia?	7
O sistema de classificação internacional	13
História do regime internacional de controlo de drogas.....	13
Incoerências deterioram o sistema atual.....	16
Um equilíbrio falhado: o acesso a medicamentos controlados.....	19
<i>Recomendação</i>	21
Lições tiradas dos mercados (semi)legais	25
Plantas psicoativas não classificadas.....	25
Regulação legal da canábis.....	26
Novas substâncias psicoativas.....	27
<i>Recomendação</i>	29
Desafios e opções de reforma	31
Melhorar o atual sistema.....	31
Uma escala racional de danos.....	33
Reconquistar flexibilidade nacional para a regulação legal.....	35
<i>Recomendação</i>	37
Observações finais.....	38
Testemunhos.....	40
Referências.....	47



PREÂMBULO

Um catálogo com cerca de 300 substâncias psicoativas serve de fundamento para as atuais leis nacionais e internacionais de controlo de drogas. Essas substâncias estão inseridas em categorias específicas de acordo com o grau de controlo de que devem ser alvo e são proibidas a diversos níveis, designadamente a sua cultura, produção, fabrico, exportação, importação, venda, posse e consumo não são permitidos em caso algum, exceto para uso médico ou investigação científica.

Além disso, considera-se que algumas delas não têm qualquer benefício médico, sem haver qualquer prova que sustente essa afirmação. Quando os países ratificaram as convenções relativas às drogas, estabelecendo gradualmente de 1961 a 1988 o sistema internacional para o seu controlo, comprometeram-se a introduzir a mesma classificação nas respetivas leis nacionais. Isto enfatiza o peso que o sistema internacional tem na determinação das prioridades em matéria de aplicação da lei, nas sentenças pronunciadas pelos juízes e na vida de milhões de pessoas em todo o mundo.

De facto, esta classificação ou "inscrição nas listas" de drogas é o pilar da abordagem repressiva das políticas atuais, que resultou nos "danos colaterais" da "guerra contra as drogas", consequências trágicas que a Comissão Global de Políticas sobre Drogas tem condenado desde a sua fundação em 2011. Os efeitos do proibicionismo, em termos de saúde pública e segurança, discriminação e sobrelotação das prisões, aumento do poder de organizações criminosas e da corrupção e violência associadas, bem como falta de acesso a medicamentos essenciais, salientam bem a necessidade urgente de mudar de rumo e de implementar políticas que sejam mais eficazes e respeitadoras dos direitos humanos.

Este nono relatório da Comissão analisa a história, os procedimentos e as incoerências da atual classificação de substâncias psicoativas. Nesta classificação não se encontram algumas das substâncias mais perigosas, como o tabaco e o álcool, que escapam ao proibicionismo e permitem que grupos económicos estabelecidos e respeitáveis obtenham lucros enormes. As substâncias listadas nos anexos das convenções internacionais, consideradas "drogas", são vistas como destrutivas, oferecidas por um mercado ilegal que é igualmente lucrativo e fomenta o crime organizado.

A clara distinção feita entre substâncias lícitas e ilícitas é o resultado de uma longa história de hegemonia política e cultural. Não se baseia em qualquer avaliação científica dos potenciais danos causados nas pessoas que as consomem ou na sociedade como um todo, ou dos seus possíveis benefícios para quem as consome com moderação. A ordem em que elas são classificadas de acordo com os seus potenciais malefícios, e o grau de repressão a que consequentemente devem ser sujeitas, sofre de igual falta de análise científica. São todas consideradas coletivamente como um grande mal! Esta classificação é demasiadas vezes influenciada por ideologia, preconceito e a discriminação das populações marginalizadas, para não falar dos interesses financeiros da indústria farmacêutica. A ciência raramente faz parte do processo decisório e, quando lhe é permitido oferecer as suas recomendações, estas raramente são levadas em consideração!

É urgente fazer uma revisão racional das substâncias psicoativas. A incoerência do atual sistema de classificação representa uma grande barreira às reformas que é preciso implementar. Já está mais do que na hora de aceitar o facto de uma sociedade sem drogas ser uma ilusão e de agora termos de estabelecer as condições, com base na evidência científica, para a sua regulamentação legal. Foquemo-nos naquilo que efetivamente constitui a real legitimidade da política de drogas: a vida, a saúde e a segurança de todas as pessoas.



Ruth Dreifuss

Presidente da Comissão Global de Política sobre Drogas

SUMÁRIO EXECUTIVO

O sistema internacional de classificação de drogas, utilizado para catalogar substâncias psicoativas de acordo com os seus danos e benefícios, constitui a base do regime internacional de controlo de drogas. O seu bom funcionamento é a chave para o equilíbrio do duplo objetivo do regime: assegurar a disponibilidade adequada de substâncias regulamentadas para fins médicos, evitando simultaneamente o seu desvio para consumos não terapêuticos ou outros. Antes de 1961, o sistema internacional de controlo de drogas basicamente impunha restrições ao comércio internacional e estava concebido de modo a abranger e respeitar as diferenças legislativas entre os países. Desde a assinatura da Convenção Única de 1961 sobre os Estupefacientes, no entanto, os Estados têm respondido ao direito internacional com a elaboração de listas e sistemas de classificação que não se baseiam na evidência científica, nem têm diretamente por base os danos e benefícios das substâncias, assentando sim em opções políticas e vantagens para os decisores políticos. Essas políticas de controlo de drogas deram origem a problemas sociais e económicos, não só para as pessoas que usam drogas, mas também para a população em geral, incluindo epidemias, sobrelotação das prisões e aplicação arbitrária de leis sobre drogas.

O sistema atual, que se rege pela Convenção de 1961 e a Convenção de 1971 sobre as Substâncias Psicotrópicas, foi colocando cada vez mais substâncias psicoativas sob o controlo internacional. Hoje estão listadas mais de 300 substâncias. Foram definidas oito listas de acordo com o potencial de dependência, a possibilidade de consumo abusivo e a utilidade terapêutica das drogas nelas incluídas, quatro em cada uma das convenções de 1961 e 1971. Os únicos benefícios do consumo de substâncias psicoativas reconhecidos por estas convenções internacionais para controlo de drogas são o tratamento ou o alívio da dor, ignorando ou até excluindo outros usos de carácter cultural, recreativo ou cerimonial.

A rigidez das medidas de controlo depende da lista na qual a substância é inserida. Das oito listas, duas implicam a proibição das respetivas substâncias, inclusive para uso médico (com exceção de quantidades muito limitadas para investigação científica). Porém, apenas com algumas exceções especificadas, todas as substâncias listadas nas convenções para fins não médicos e não científicos são efetivamente proibidas. Esta proibição de facto é arbitrária. A distinção atual entre substâncias lícitas e ilícitas não assenta inequivocamente em estudos farmacológicos, mas sim grandemente em precedentes históricos e culturais, sendo ainda distorcida e alimentada por perceções de índole moral de uma presumida distinção entre "o bem e o mal".

As decisões de inclusão nas listas cabem à Comissão dos Estupefacientes (CND), estabelecida pelo Conselho Económico e Social das Nações Unidas. A Organização Mundial da Saúde (OMS) fornece recomendações após consulta do seu Comité de Peritos em Toxicodependência (ECDD), que depois são submetidas à aprovação dos membros do CND (uma votação por maioria simples para as listas da convenção de 1961 e de dois terços para as listas de 1971).

Deste modo, as decisões sobre a classificação de substâncias ficam sujeitas a considerações políticas e a uma parcialidade inerente no que diz respeito à proibição de novas substâncias. As consequências negativas de permitir a entrada de uma droga no mercado que posteriormente se poderá revelar perigosa são muito elevadas, enquanto as consequências negativas - para os decisores políticos - de manter uma droga fora do mercado que, na verdade, seja inofensiva são mínimas. Em resultado disso, recomendações para adicionar novas substâncias às listas são normalmente aprovadas, enquanto as recomendações de não inclusão nas listas ou de aplicação de um regime menos estrito a uma determinada substância enfrentam uma oposição significativa e sistemática.

Várias substâncias nas listas mais antigas da convenção de 1961, incluindo substâncias amplamente consumidas como a canábis, resina de canábis, heroína e cocaína, nunca foram avaliadas por especialistas ou as avaliações tinham trinta anos.

Têm sido feitos apelos à alteração das convenções por forma a resolver inconsistências inerentes e clarificar os mandatos da OMS, do Conselho Internacional para o Controlo de Estupefacientes (INCB) e da CND no que diz respeito ao processo de classificação. Também se têm repetido as propostas para melhoria dos critérios de classificação e para determinação de um sistema baseado na evidência científica.

Um procedimento de classificação melhorado, com um maior equilíbrio entre o assegurar da disponibilidade de substâncias regulamentadas para usos legítimos e a prevenção do consumo problemático, tornar-se-ia uma ferramenta essencial para orientar reformas que promovam a transformação de políticas nacionais e internacionais de controlo de drogas, partindo de um quadro exclusivamente proibicionista para um modelo flexível baseado na regulação.

Um sistema de classificação internacional baseado na evidência científica daria maior flexibilidade aos países mais progressistas para conceberem listas nacionais de acordo com as suas necessidades específicas, melhorando simultaneamente a fiscalização de exportações potencialmente ilegais. Isso seria muito mais eficaz na orientação gradual do mercado de drogas num sentido passível de causar danos bem menores. Por fim, um sistema de classificação baseado na evidência científica diminuiria muito o estigma associado ao consumo de drogas, ajudando assim as pessoas a fazerem opções mais responsáveis e menos prejudiciais. Princípios orientadores para um modelo de classificação mais racional incluem:

- assegurar a disponibilidade adequada de cada substância para fins médicos e de investigação;
- abandonar políticas de tolerância zero para dar mais espaço a "outros fins legítimos";
- mostrar maior abertura relativamente a substâncias menos nocivas;
- levar em consideração circunstâncias culturais e sociais locais;
- realizar uma análise de custo-benefício dos potenciais danos e dos presumíveis benefícios;
- aceitar determinados limiares de risco comparáveis a outros riscos aceitáveis para a sociedade, em vez de defender um princípio de precaução absoluta;
- ponderar cuidadosamente as potenciais consequências da classificação de substâncias, considerando respostas previsíveis de consumidores e mercados; e
- fazer melhor uso dos instrumentos legais existentes para segurança médica e dos consumidores, em vez do recurso a leis criminais relativas às drogas.

A Comissão Global de Políticas sobre Drogas apela a uma abordagem abrangente e interdisciplinar na conceção de políticas de controlo de drogas. É hora de acabar com a lógica de "silo" que trata o controlo de drogas como uma questão única, classificando-as e impondo a sua proibição com base em listas cientificamente dúbias e pouco fiáveis.

O único caminho responsável é regulamentar o mercado de drogas ilegais. Os governos devem elaborar regulamentos e definir um novo sistema de classificação ajustado ao grau de perigo de cada droga e baseado em avaliações científicas sólidas, assim como monitorizar e aplicar esses regulamentos. Para a Comissão Global, é urgente acabar com as inconsistências do sistema de classificação atual:

- **A comunidade internacional tem de reconhecer a incoerência e as inconsistências existentes no sistema de classificação internacional e deve iniciar uma revisão crítica dos modelos atualmente aplicados na categorização das drogas.**
- **A comunidade internacional deve priorizar o papel da Organização Mundial da Saúde e da investigação interdisciplinar no desenvolvimento de outros critérios de classificação com base na evidência científica e numa escala racional de danos e benefícios.**
- **Os Estados-Membros das Nações Unidas devem centrar novamente o sistema de classificação internacional no seu ímpeto original de controlo do comércio transnacional, permitindo o desenvolvimento de sistemas inovadores de classificação nacionais.**



Colheita de ganja, Naogaon, Índia, 16 de fevereiro de 1894
(Foto do relatório britânico da Comissão de Drogas de Cânhamo da Índia, 1894-1895)

CLASSIFICAÇÃO DE DROGAS: CIÊNCIA OU IDEOLOGIA?

O sistema de classificação é a base do regime internacional de controlo de drogas, estabelecido devido à preocupação com a saúde e o bem-estar da humanidade, conforme se pode ler no preâmbulo das convenções de 1961 e 1971 que visam o controlo internacional de drogas. O bom funcionamento do sistema de classificação é a chave para cumprir o duplo objetivo do regime: assegurar a disponibilidade adequada de substâncias regulamentadas para fins médicos, evitando simultaneamente o seu “abuso” e desvio para o mercado ilegal. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), um regime eficaz de controlo de drogas que cumpra o espírito dos tratados para controlo de drogas deve, por isso, encontrar o equilíbrio certo entre as considerações de ambos esses objetivos.¹ O paradoxo do controlo internacional de drogas é a contínua falta de equilíbrio nas leis, políticas e práticas.² Este mecanismo foi estabelecido para orientar a cooperação internacional no controlo de drogas. Ao nível nacional, porém, a sua aplicação motivada por ideologias resultou numa grande variedade de consequências negativas, desde o sobrepolicimento de determinadas comunidades até epidemias.

O regime internacional de controlo de drogas, desenvolvido após a Segunda Guerra Mundial, foi colocando cada vez mais substâncias psicoativas sob o controlo internacional (caixa 1). Hoje em dia, mais de 300 substâncias estão classificadas ao abrigo da Convenção Única de 1961 sobre os Estupefacientes (tal como modificada pelo Protocolo de 1972)³ e da Convenção de 1971 sobre as Substâncias Psicotrópicas,⁴ divididas por quatro listas em cada tratado, e ao abrigo das tabelas de precursores do terceiro tratado internacional sobre drogas, a Convenção de 1988 das Nações Unidas contra o Tráfico Ilícito de Estupefacientes e Substâncias Psicotrópicas, conhecida como a convenção sobre o tráfico de droga⁵ (gráfico 1). A rigidez das medidas de controlo relativas a certificados de importação e exportação, estimativas de necessidades, licenças e prescrição médica, depende da lista na qual a substância se encontra.⁶ A obrigação geral decorrente das convenções de 1961 e 1971, aplicável a todas as listas, é “limitar a fins exclusivamente médicos e científicos a produção, o fabrico, a exportação, a importação, a distribuição, o comércio, o emprego e a detenção de estupefacientes”.⁷

CAIXA 1 O sistema de classificação internacional⁸

De acordo com o Gabinete das Nações Unidas contra a Droga e o Crime, os estupefacientes e as suas preparações sob controlo internacional estão agrupados e enunciados em quatro listas, definidas de acordo com o potencial de dependência, a possibilidade de consumo abusivo e a utilidade terapêutica das drogas nelas incluídas. As drogas controladas ao abrigo da Convenção de 1961 estão listadas em um de dois quadros (I e II), dependendo da relação existente entre a sua utilidade terapêutica e a possibilidade de abuso. As disposições de fiscalização aplicáveis às drogas do quadro I constituem o regime padrão nos termos da Convenção de 1961; o quadro II consiste em drogas consideradas menos passíveis de abuso, sendo mais amplamente utilizadas na medicina. Os dois quadros adicionais III e IV cobrem, respetivamente, as preparações de drogas do quadro I e II destinadas a uso médico legítimo, assim como drogas selecionadas do quadro I cujas propriedades são consideradas particularmente perigosas e a utilidade terapêutica é limitada.

[...] O sistema de controlo previsto para as substâncias psicotrópicas, em princípio, baseia-se no dos estupefacientes. Todavia, na Convenção de 1971, as medidas de fiscalização necessárias foram categorizadas em quatro listas separadas, dependendo da relação existente entre a utilidade terapêutica e o risco para a saúde pública causado pelo consumo abusivo das substâncias em causa. As quatro listas usam uma escala móvel destas duas variáveis: A lista I implica elevado risco para a saúde pública e baixa utilidade terapêutica e, portanto, aplica as medidas de fiscalização mais severas, enquanto a lista IV implica o oposto, ou seja, menor risco para a saúde pública e maior utilidade terapêutica.⁸

Os preâmbulos dos tratados sobre drogas sublinham que o uso médico da maioria das substâncias é “indispensável” e que a possibilidade de adquirir substâncias para estes fins não deveria ser objeto de nenhuma restrição injustificada. As únicas categorias de drogas cuja “proibição” é recomendada pelas convenções são as substâncias do quadro IV da Convenção de 1961 e da lista I da Convenção de 1971. Neste contexto, por “proibir” entende-se a sua proibição para fins médicos, permitindo apenas quantidades muito limitadas para fins de investigação científica. Para as drogas que constam do quadro IV da Convenção de 1961, incluindo canábis e heroína, é recomendada a total proibição, mas essa medida é opcional; isso só é exigido aos membros “se em seu entender esse for o meio mais apropriado de proteger a saúde, dada a situação no seu país”.⁹ Para substâncias na lista I da Convenção de 1971, incluindo LSD, MDMA e os compostos psicodélicos de cogumelos alucinogênicos e catos (psilocibina, mescalina), a proibição de “qualquer utilização destas substâncias, exceto para fins científicos ou médicos muito limitados” é obrigatória.¹⁰

A atual abordagem hegemônica de proibição das drogas apenas se tornou predominante a nível global após a Segunda Guerra Mundial. Documentos anteriores, tal como as recomendações-chave da Comissão de Drogas de Cânhamo da Índia (Indian Hemp Drugs Commission) de 1894-1895, são hoje considerados como propostas sofisticadas de reforma da política de drogas, semelhantes aos modelos recentemente adotados por países como o Uruguai e o Canadá. (caixa 2).¹¹

CAIXA 2 **Recomendações-chave do relatório da Comissão de Drogas de Cânhamo da Índia (1895)**

1. A total proibição do cultivo, da produção, da venda ou do consumo do cânhamo, ou das drogas dele derivadas, não é necessária nem viável, considerando os efeitos que lhe foram comprovados, a prevalência do hábito de consumo, a convicção social e religiosa nessa matéria, e a possibilidade de tal levar os consumidores a recorrerem a outros estimulantes ou estupefacientes que poderão ser mais nefastos (capítulo XIV, parágrafos 553 a 585).
2. A política preconizada é uma de controlo e restrição, com o objetivo de combater o uso excessivo e restringir o uso moderado a limites adequados (capítulo XIV, parágrafo 586).
3. As medidas a adotar para alcançar estes objetivos são as seguintes:
 - Tributação adequada, melhor conseguida mediante combinação de um imposto direto com a licitação dos direitos de venda (capítulo XIV, parágrafo 587).
 - Proibir o cultivo sem licença, centralizando-o (capítulo XVI, parágrafos 636 e 677).
 - Limitar o número de lojas de venda a retalho de drogas derivadas do cânhamo (capítulo XVI, parágrafo 637).
 - Limitar a quantidade de posse legal (capítulo XVI, parágrafos 689 e 690). O limite de posse legal de ganja ou charas ou qualquer preparação ou mistura delas seria 5 tola (cerca de 60 gramas), para bhang ou qualquer mistura dela seria de um quarto de ser (um quarto de litro).

Um artigo de 1892 do *New York Times* previu que a ideia de total proibição de “estimulantes e estupefacientes” para evitar abusos problemáticos seria tão viável como o plano de evitar acidentes ferroviários instando os passageiros a ficarem em casa.¹² Mas este último plano tornou-se basicamente o rumo adotado gradualmente pelo sistema internacional de controlo de drogas. Com apenas algumas exceções, hoje estão proibidos todos os usos para fins não médicos e não científicos das substâncias classificadas nos tratados das Nações Unidas.¹³

Durante séculos, o ópio e a canábis (na Ásia, África e no Médio Oriente) e a coca (na região dos Andes) foram amplamente utilizados para fins culturais, cerimoniais e de medicina tradicional. Mas os únicos benefícios do consumo de substâncias psicoativas que são reconhecidos pelas convenções são o tratamento de doenças e o alívio da dor. De acordo com Mark Kleiman, a mera qualidade de dar prazer não é tida em conta, sendo até mesmo considerada como um aspeto negativo, uma vez que o consumo público voluntário sem fins médicos é tratado como prova de “potencial abuso”.¹⁴ No que diz respeito às decisões de classificação de substâncias, de acordo com um administrador anónimo citado por Kleiman, a consequência dessa premissa é: se for divertida, é para o quadro I.¹⁵

A abordagem de tolerância zero em relação ao consumo não médico de drogas, que está consagrada no sistema de controlo internacional, criou percepções distorcidas e de cariz moral sobre uma suposta diferença entre “o bem e o mal” de drogas legais e ilegais. Porém, tal como reconheceu o Ministério britânico da Administração Interna em 2006, a distinção entre substâncias lícitas e ilícitas não se baseia inequivocamente em análises farmacológicas, económicas ou de risco-benefício. Essa distinção baseia-se amplamente em precedentes históricos e culturais.¹⁶ De acordo com um projeto de revisão do sistema de classificação do Reino Unido, muitos jovens têm dificuldade em compreender a lógica subjacente ao controlo de drogas como a canábis ou o ecstasy, dado que o abuso destas substâncias é menos prejudicial à sociedade do que drogas que se encontram amplamente à disposição como o álcool e o tabaco.¹⁷ A estratégia britânica para as drogas da altura reconheceu que o álcool desempenha um papel importante na vida cultural do país.¹⁸

FIGURA 1 Listas ao abrigo das convenções da ONU sobre drogas

Convenção Única de 1961 sobre os Estupefacientes

QUADRO I	QUADRO II	QUADRO II	QUADRO IV
Substâncias que causam grande dependência e são passíveis de abuso, e precursores facilmente conversíveis em drogas e igualmente suscetíveis de causar dependência e abuso (p. ex., canábis, ópio, heroína, metadona, cocaína, folha de coca, oxycodona)	Substâncias que causam menor dependência e são menos suscetíveis de abuso do que as do Quadro I (p. ex., codeína, dextropropoxifeno)	Preparações contendo baixas quantidades de estupefacientes, não é provável que sejam alvo de abuso e estão isentas da maioria das medidas de controlo aplicadas às drogas que contêm (p. ex., <2,5% de codeína, <0,1% de cocaína)	Determinadas drogas também listadas no Quadro I com «propriedades particularmente perigosas» e pouco ou nenhum valor terapêutico (p. ex., canábis, heroína)

Convenção de 1971 sobre as Substâncias Psicotrópicas

LISTA I	LISTA II	LISTA III	LISTA IV
Drogas que apresentam um elevado risco de abuso, constituindo uma ameaça especialmente grave para a saúde pública, com pouco ou nenhum valor terapêutico (p. ex., LSD, MDMA, catinona)	Drogas que apresentam risco de abuso, constituindo uma grave ameaça para a saúde pública, com baixo ou moderado valor terapêutico (p. ex., dronabinol, anfetaminas)	Drogas que apresentam risco de abuso, constituindo uma grave ameaça para a saúde pública, com moderado ou elevado valor terapêutico (p. ex., barbitúricos, buprenorfina)	Drogas que apresentam risco de abuso, constituindo uma ameaça pequena para a saúde pública, com elevado valor terapêutico (p. ex., sedativos, incluindo diazepam)

Convenção de 1988 contra o Tráfico Ilícito de Estupefacientes e Substâncias Psicotrópicas

TABELA I	TABELA II
Precusores de substâncias psicotrópicas como efedrina, piperonal, safrol, ácido fenilacético, ácido lisérgico; e alguns reagentes essenciais como o anidrido acético usado na conversão de morfina em heroína e o permanganato de potássio utilizado na extração de cocaína	Uma vasta gama de reagentes e solventes que podem ser usados na produção ilícita de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, mas que também são amplamente utilizados para fins industriais lícitos, incluindo acetona, éter etílico, tolueno e ácido

No entanto, uma abordagem mais coerente e lógica ao abuso de substâncias foi considerada como sendo impossível porque um sistema de classificação aplicável tanto a substâncias lícitas como ilícitas seria inaceitável para a maioria das pessoas que consomem, por exemplo, álcool de forma responsável, e tal entraria em conflito com a tolerância e a tradição histórica profundamente enraizada do consumo de várias substâncias que alteram as funções mentais (da cafeína ao álcool e ao tabaco). Por conseguinte, as substâncias legais são regulamentadas por outros meios.¹⁹ No entanto, o mesmo argumento seria também aplicável à tolerância e tradição histórica profundamente enraizada do consumo de cânabís, coca e ópio em outros países. Os preconceitos culturais colonialistas e os conceitos farmacêuticos ocidentais moldaram o regime internacional de controlo de drogas. Eles ainda assentam em ideias falsas profundamente enraizadas sobre drogas “ilegais” e o seu grau de perigo comparativo.

Num artigo de 2009 que lhe viria a custar o emprego, David Nutt, que à data era diretor da agência do Reino Unido responsável pela assessoria do governo em relação à classificação de drogas, desafiou essas distorções argumentando que o debate sobre as drogas ocorria sem que se fizesse referência a outras causas de danos para a sociedade, o que tendia a dar às drogas um estatuto diferente, mais preocupante.²⁰ Ele comparou os riscos do consumo de ecstasy com os riscos substanciais da equitação para sublinhar a grande diferença verificada nas atitudes sociais e respostas políticas. Proibir a equitação recreativa nunca foi considerado, apesar do elevado número de acidentes e mortes registadas entre os jovens.



Esta foto mostra algumas das drogas naturais abrangidas pelas convenções das Nações Unidas sobre o controlo internacional de estupefacientes, incluindo láudano, cocaína, morfina, ópio, beladona. © Foto da ONU/MB

Nutt também comparou o número de óbitos associados ao consumo de ecstasy com o número de óbitos muito mais elevado relacionado com a overdose de paracetamol e a grande disparidade existente na cobertura mediática de ambas as situações: a probabilidade de um jornal noticiar uma morte provocada por paracetamol era de 1 em cada 250 óbitos, por diazepam era de 1 em cada 50, por anfetaminas era de 1 em cada 3 e por ecstasy havia notícias de cada morte associada. Ele concluiu que recorrer a factos racionais e comprovados para avaliar os malefícios das drogas seria um grande passo em frente no desenvolvimento de uma estratégia credível para as drogas.²¹

No seu relatório de 2018 “Regulação: o controlo de drogas responsável”, a Comissão Global de Políticas sobre Drogas destacou a necessidade de “um procedimento para classificação de drogas que estabeleça um melhor equilíbrio entre assegurar a disponibilidade de substâncias controladas para usos legítimos e prevenir o uso problemático”.²² Neste relatório de 2019, a Comissão propõe um modelo por escalões, mais racional, para a classificação e listagem responsável das substâncias.

CAIXA 3 Interferência política na investigação científica, o projeto de 1995 da OMS sobre a cocaína

Em 1995, a OMS e o Instituto Inter-Regional das Nações Unidas de Investigação sobre o Crime e a Justiça (UNICRI) anunciaram os resultados do maior estudo global alguma vez realizado sobre o consumo de cocaína, envolvendo mais de 40 investigadores de todo o mundo. O estudo concluiu que o consumo de folhas de coca não parece ter efeitos negativos para a saúde e tem funções sociais e sagradas para populações indígenas. O estudo invocou a necessidade de maior investigação sobre os usos terapêuticos positivos das folhas de coca. O estudo também constatou que os efeitos nocivos do consumo de cocaína estão menos disseminados do que os de drogas legais como o álcool e o tabaco, estando concentrados nos consumidores de altas dosagens.

Assim que os resultados do estudo se tornaram do conhecimento dos delegados dos Estados-Membros, os funcionários dos Estados Unidos opuseram-se à sua publicação, uma vez que, de acordo com um dos seus representantes na Assembleia Mundial da Saúde, este projeto ia na direção errada, minando os esforços da comunidade internacional para erradicar a cultura e produção ilegal de coca. O representante dos Estados Unidos deixou clara a posição do seu país, afirmando que se as atividades da OMS em relação às drogas não reforçarem as abordagens de controlo de drogas cuja eficácia já está comprovada, os fundos para os programas relevantes seriam cortados. Esta interferência política na investigação científica resultou no fim do projeto, cujo processo nunca foi concluído e os resultados completos nunca foram publicados.²³



Abertura da Segunda Sessão da Comissão dos Estupefacientes das Nações Unidas, Lake Success, Nova Iorque, 1947. Foto da ONU

O SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL

HISTÓRIA DO REGIME INTERNACIONAL DE CONTROLO DE DROGAS

A ideia de banir qualquer uso “recreativo” de determinadas substâncias psicoativas inspirou-se na crescente influência do puritanismo cristão anglo-americano e no movimento anti-álcool Temperance de finais do século XIX e inícios do século XX, que nos Estados Unidos também resultou na proibição do álcool entre 1920 e 1933. A tendência proibicionista foi também alimentada por sentimentos xenófobos contra imigrantes chineses e mexicanos que consumiam ópio e canábis. A “dependência” inicialmente incidia nos sintomas das pessoas que consumiam opiáceos. Aquando da sua introdução em meados da década de 1880, a cocaína não era considerada causadora de dependência porque não produzia os mesmos efeitos que os opiáceos. Presumiu-se também que não causasse dependência porque era considerada como medicamento ocidental e não carregava o estigma das “antigas” drogas pré-modernas.²⁴

As tentativas de internacionalizar a ambição de erradicar os assim considerados “males morais” não tiveram inicialmente muito sucesso. No primeiro acordo internacional, a Convenção de Haia sobre o Ópio, de 1912, foram definidas algumas regras básicas para regular o comércio internacional de ópio e limitar as drogas fabricadas (morfina e cocaína) às necessidades “médicas e legítimas”. Essas necessidades “legítimas” incluíam o amplo uso tradicional que se verificava a nível local nos países onde essas plantas eram cultivadas. A Convenção de Genebra, de 1925, ainda manteve os “fins legítimos” das folhas de coca e ópio bruto (capítulo II), mas restringia as drogas fabricadas somente a fins medicinais ou científicos (capítulo III).

“A campanha de Nixon em 1968 e depois a sua administração tiveram dois inimigos: a esquerda antiguerra e os negros. Percebe o que estou a dizer? Sabíamos que não seria possível tornar ilegal ser contra a guerra ou ser negro, mas podíamos descredibilizar essas comunidades ao fazer com que o público associasse os hippies à marijuana e os negros à heroína, criminalizando ambas depois com mão pesada. Podíamos prender os líderes, fazer rusgas às suas casas, interromper reuniões e difamá-los diariamente nas notícias da noite. Se sabíamos que estávamos a mentir sobre as drogas? Claro que sim.”

John Ehrlichman (em 1994), Assistente do Presidente Norte-Americano Richard Nixon para Assuntos Internos (1969-1973)

As potências coloniais europeias controlavam monopólios lucrativos no comércio do ópio, da coca e da canábis nos seus territórios ultramarinos. Os primeiros tratados internacionais para controlo de drogas foram fortemente influenciados por interesses coloniais e preconceitos culturais: o álcool e o tabaco eram as drogas socialmente aceites nos países dos principais negociadores, por isso, nunca foram seriamente considerados como drogas a serem colocadas sob controlo internacional. Os monopólios coloniais eram os fornecedores dos mercados locais de ópio na Ásia e de canábis no Norte de África (e por isso reconheciam os seus usos tradicionais), assim como forneciam ao mercado médico europeu muitas preparações opiáceas, de canábis e cocaína.

O princípio de classificação das drogas em diferentes categorias foi introduzido pela primeira vez na Convenção de 1931 para Limitação da Produção e Regulamentação da Distribuição de Estupefacientes, após a delegação alemã ter argumentado que a codeína era uma substância terapêutica mais segura do que o ópio, a morfina ou a heroína, e que não poderia assinar o tratado se nas suas disposições não fosse feita essa distinção. Na altura, a indústria farmacêutica alemã era a maior fabricante de codeína. Em consequência disso, foi elaborado um sistema de classificação dual com diferentes níveis de controlo e restrição. A maioria também concordou que utilizar a droga com menor propensão de dependência era, em geral, o curso adequado a seguir e, por conseguinte, dever-se-ia dar preferência à codeína em vez da morfina, sempre que possível. Porém, se todas as drogas estivessem sujeitas ao mesmo nível de controlo e, portanto, se a todas se aplicasse o mesmo nível de dificuldade na aquisição e quantidade de burocracia necessária, os médicos e farmacêuticos teriam menos incentivos para optar por substâncias mais recentes, potencialmente menos

problemáticas, como a codeína.²⁵ Sob pressão alemã e perante um argumento plausível, os delegados alcançaram um compromisso, criando uma estrutura de regulação com dois escalões: As drogas do grupo II ficaram isentas da obrigação de informação por parte dos estabelecimentos retalhistas, sendo possível a sua venda livre como medicamentos sem receita médica.

A convenção de 1931 introduziu outro princípio importante: aplicou medidas de fiscalização não apenas a drogas por si só perigosas, como também a substâncias “conversíveis” nessas drogas.²⁶ Drogas capazes de causar dependência foram colocadas no grupo I, enquanto drogas conversíveis nessas drogas foram colocadas no grupo I, subgrupo b), se a sua utilidade médica fosse limitada, e no grupo II se fossem muito usadas na medicina.

Antes de 1961, o sistema internacional de controlo de drogas basicamente impunha restrições ao comércio internacional e estava concebido de modo a abranger e respeitar as diferenças legislativas entre os países. O principal objetivo era evitar a exportação não controlada de certas substâncias para países que as tivessem proibido. Esta tolerância da diferença era fundamental para as origens do sistema de controlo internacional anterior a 1946, até o sistema ser sujeito a uma transformação no período pós-guerra, que culminou na Convenção de 1961. Isso envolveu a tentativa de transformar o que era essencialmente um sistema “recíproco” num princípio moralista de proibição “absoluta”.²⁷

Os dois pilares do sistema de controlo internacional – o sistema de autorização de importação e exportação estabelecido pela Convenção de 1925 e o sistema para equilibrar a produção lícita global com estimativas das necessidades mundiais estabelecido pela Convenção de 1931 – ainda se aplicam, sendo administrados pelo Conselho Internacional para o Controlo de Estupefacientes (INCB). De acordo com Adolphe Lande, que desempenhou um papel fundamental na conceção do sistema estabelecido pelo tratado das Nações



No século XIX, substâncias psicoativas que hoje são ilegais eram vendidas como curas para várias doenças, por exemplo, cocaína para tratar depressão. Imagem de arquivo.

Unidas sobre o controlo de drogas após a Segunda Guerra Mundial, esses sistemas administrativos para fiscalizar o comércio internacional tiveram o resultado pretendido, na medida em que na década de 1950 “apenas quantidades muito insignificantes” provenientes de fontes de produção legal ainda eram desviadas para canais ilícitos através do comércio internacional.²⁹ Porém, segundo Lande, o tráfico ilícito é uma consequência do controlo. As fábricas clandestinas, que conseguiam adquirir ópio ou folhas de coca com relativa facilidade, ficaram no lugar dos fabricantes legais como fornecedores do tráfico ilícito.³⁰

O cultivo e os usos tradicionais das três plantas cujos derivados eram inicialmente o principal foco de preocupação das tentativas de construir um regime de controlo internacional, não tinham, antes de 1961, sido sujeitos à regra orientadora do atual sistema: limitação estrita a fins médicos e científicos. O ópio e a canábis na Ásia, África e Médio Oriente, assim como a coca na região dos Andes, eram amplamente utilizados e socialmente aceites para fins culturais, cerimoniais e de medicina tradicional. Para a Comissão dos Estupefacientes da ONU (CND), em 1955, isto representava uma séria lacuna que a Comissão pretendia fechar ao elaborar o projeto da Convenção Única. Por conseguinte, a Comissão não permitiu quaisquer exceções ao decidir incluí-la nas regras permanentes do projeto da Convenção Única.³¹

Em plena reconstrução e entre conflitos de descolonização após a Segunda Guerra Mundial, as negociações começaram por fortalecer o regime internacional, criando uma nova “Convenção Única” sob a égide das Nações Unidas, que substituíu os tratados anteriores. A Convenção Única de 1961 pretendia consolidar os diversos tratados anteriores à guerra, criando um instrumento legal “único”, mas também tencionava fechar as lacunas existentes no controlo das fontes de produção e comércio ilícito, que tinham emergido como consequência das medidas eficazes tomadas contra o desvio de substâncias provenientes de fontes lícitas.

As potências colonialistas britânicas, holandesas e francesas, que anteriormente haviam resistido à imposição de regras proibicionistas mais severas, tinham agora perdido o controlo sobre os seus lucrativos monopólios legais de produção de ópio, coca e canábis das suas ex-colónias, nomeadamente a Índia, Birmânia, Indonésia e Marrocos. Estes países, que haviam alcançado a sua independência recentemente, não foram tão bem sucedidos como os seus ex-colonizadores na resistência à pressão dos Estados Unidos para o estabelecimento de um regime global de proibição das drogas. O equilíbrio de poderes havia mudado. As propostas para que o texto do tratado fosse formulado de forma um pouco mais abrangente, para permitir a continuação de algumas dessas práticas seculares, adicionando à obrigação geral de “limitar a fins exclusivamente médicos e científicos” a expressão “e outros fins legítimos” (tal como se verificava nos tratados de 1912 e 1925) foram rejeitadas.³² Após difíceis negociações, a Convenção Única obrigava os países a estender a fiscalização nacional à cultura de papoilas dormideiras, coca e canábis, a impor sanções penais ao cultivo ilícito e a proibir todos os usos tradicionais.³³

A Convenção Única de 1961 materializa a estratégia geral dos países desenvolvidos consumidores de drogas, que pretendiam restringir e eventualmente eliminar a cultura de plantas produtoras de droga, objetivos esses que apenas poderiam ser alcançados com custos para os países em desenvolvimento nos quais essas plantas eram cultivadas.³⁴ Todos os usos tradicionais de canábis e coca teriam de ser abolidos no prazo de 25 anos e os usos de cariz “quase medicinal” do ópio dentro de 15 anos. Um aspeto controverso foi o facto de a canábis (“a extremidade dos ramos floridos ou frutificados da planta de cânhamo”) e a resina de canábis se encontrarem nos quadros I e IV, estando o último reservado a substâncias com “propriedades particularmente perigosas” e pouco ou nenhum valor terapêutico reconhecido. Esta classificação severa teve lugar sem uma avaliação adequada por parte da OMS, que é assessorada pelo seu Comité de Peritos em Toxicodependência (ECDD), o órgão mandatado pela convenção para dar o seu parecer quanto à classificação de substâncias.³⁵ Adolphe Lande referiu que a canábis é definida como um dos produtos agrícolas “narcóticos” cujo controlo, sem dúvida, representa o ponto mais fraco do regime internacional.³⁶

A inclusão da folha de coca no quadro I, juntamente com a cocaína, também não foi alvo de revisão científica adequada pela OMS. Os critérios na base da classificação de substâncias ao abrigo da Convenção Única incluem o “princípio da similaridade” (se uma substância for semelhante a outra que já se encontre sob fiscalização, é assegurado um controlo similar) e o “princípio da conversibilidade” (se uma substância “precursora” puder ser facilmente convertida numa droga já sob fiscalização, é assegurado um controlo semelhante). Estes critérios perpetuaram a parcialidade histórica integrada no sistema e conduziram à aplicação das mesmas medidas de controlo às matérias-primas vegetais e aos alcaloides extraídos.

INCOERÊNCIAS DETERIORAM O SISTEMA ATUAL

As incoerências estruturais no sistema de classificação pioraram quando a estrutura do tratado foi posteriormente desenvolvida com as Convenções de 1971 e 1988. Com a diferenciação cientificamente dúbia entre os assim chamados “estupefacientes” de 1961 e as drogas “psicotrópicas” de 1971, permitiu-se a aplicação de medidas de controlo mais permissivas a um conjunto de produtos farmacêuticos, incluindo anfetaminas, barbitúricos e sedativos. Tal como afirmou o Programa das Nações Unidas para o Controlo Internacional da Droga (UNDCP) – que posteriormente se tornou o Gabinete das Nações Unidas contra a Droga e o Crime (UNODC) – num comentário à sua lei-modelo da droga de 2000, a classificação internacional de uma determinada substância como estupefaciente ou substância psicotrópica, dependendo se é regulamentada pela Convenção de 1961 ou pela Convenção de 1971, não tem base concetual. A definição legal de muitas substâncias psicotrópicas é inteiramente aplicável a estupefacientes e, em muitos casos, o inverso também se aplica.³⁷

Os governos escandinavos começaram a alertar para os crescentes problemas com o consumo excessivo de anfetaminas nos anos 1950. Os esforços de controlo da distribuição nacional não foram bem sucedidos porque países europeus vizinhos, especialmente a Alemanha Ocidental, não executavam uma fiscalização significativa da exportação. De forma semelhante à situação relativa aos opiáceos, meio século antes, diferenças na legislação nacional promoviam um tráfico considerado ilícito por um governo, mas lícito por um vizinho.³⁸ A proposta inicial foi colocar essas substâncias sob controlo internacional, adicionando-as aos quadros da Convenção de 1961.

De acordo com responsáveis da OMS, os malefícios das anfetaminas poderiam, de facto, ser considerados semelhantes aos da cocaína, pois ambos estimulam o sistema nervoso central e os malefícios dos barbitúricos e sedativos, que causam dependência, também poderiam ser considerados, para este fim, semelhantes aos malefícios da morfina, pelo que todas estas drogas causam depressão do sistema nervoso central. O motivo pelo qual a Organização Mundial da Saúde não pode assumir esta semelhança não é necessariamente técnica, mas sim legal.³⁹

Conforme afirmou William McAllister, as empresas farmacêuticas multinacionais influenciaram os governos em todo o mundo para adotarem uma posição mais permissiva em relação aos psicotrópicos do que a que haviam assumido tradicionalmente em relação a produtos opiáceos e de coca.⁴⁰ O resultado disso foi a decisão de negociar um protocolo separado para essas substâncias, que se tornou na Convenção de 1971 sobre as Substâncias Psicotrópicas. Muitos países copiavam as listas existentes nos tratados internacionais, ou faziam apenas pequenas modificações. E, desta forma, a configuração das listas afetaria substancialmente a capacidade de as empresas farmacêuticas venderem os seus produtos em mercados estrangeiros potencialmente lucrativos.⁴¹

Durante as negociações, o representante da Índia expressou a sua esperança de que, tal como os países produtores de ópio, nas últimas décadas, tinham aceiteado um controlo estrito do ópio em benefício de toda a humanidade, os países desenvolvidos produtores de substâncias psicotrópicas agora também cooperassem para garantir a aplicação de medidas verdadeiramente eficazes de controlo destas substâncias.⁴²

A fiscalização imposta a substâncias não farmacêuticas na lista I (LSD, MDMA, psilocibina, mescalina) é, de facto, tão ou mais severa do que a da Convenção de 1961. O regime de fiscalização das outras três listas de 1971 é, porém, significativamente mais permissivo, embora diversas resoluções do Conselho Económico e Social da ONU (ECOSOC) tenham posteriormente apelado às partes para adotarem medidas mais rigorosas do que as exigidas no tratado.⁴³ O ECDD da OMS tem chamado a atenção para os problemas que isto criou no processo de classificação (caixa 4).⁴⁴

CAIXA 4 Efeitos ambíguos (Comité de Peritos em Toxicodependência da OMS)⁴⁵

Na sua essência, a semelhança em termos de abuso e malefícios das drogas já controladas é o critério aplicado aos estupefacientes. De acordo com a Convenção Única de 1961 sobre os Estupefacientes (abaixo referida apenas como Convenção de 1961), o ECDD, ao decidir sobre a recomendação ou não de controlo internacional, primeiro determina se a substância em apreço tem efeitos semelhantes à morfina, à cocaína ou à canábis ou se é conversível numa substância classificada que tenha esses efeitos. Em caso afirmativo, o Comité determina se a substância é suscetível de abuso semelhante e se produz malefícios equiparáveis aos das substâncias no quadro I ou II, ou confirma se é conversível numa substância que já se encontre num desses quadros.

No entanto, não existe orientação específica nas Diretrizes sobre o quão semelhante a substância deve ser à droga original para ser equiparada à morfina, cocaína ou canábis. A falta de orientação específica nesta matéria coloca dificuldades consideráveis ao ECDD quando a droga em apreço tem alguma semelhança, por exemplo, quer com um estupefaciente, quer com uma substância psicotrópica, porque os critérios de classificação da Convenção de 1971 sobre as Substâncias Psicotrópicas (doravante referida apenas como a Convenção de 1971) também inclui a regra da similaridade. A decisão sobre se analgésicos e estimulantes devem ser controlados ao abrigo da Convenção de 1961 ou da Convenção de 1971 é um grande problema. A maior parte dos analgésicos potentes são fiscalizados ao abrigo da Convenção de 1961, mas alguns são controlados como substâncias psicotrópicas sob a Convenção de 1971. Relativamente aos estimulantes do sistema nervoso central, a cocaína está sob a Convenção de 1961, enquanto as anfetaminas estão sob a Convenção de 1971. Assim sendo, os critérios de seleção entre ambas as convenções são ambíguos para estas classes de drogas.

Outra incoerência residia no facto de a Convenção de 1961 incluir matérias-primas vegetais e outros precursores, enquanto a Convenção de 1971 excluía deliberadamente essas substâncias “conversíveis”. Esta lacuna foi eliminada com a Convenção de 1988, que inclui precursores para “substâncias psicotrópicas”, mas não para “estupefacientes” (já cobertos pela Convenção de 1961), bem como solventes e reagentes químicos frequentemente usados na produção ilícita de ambos. Surge ainda uma divisão correspondente entre os órgãos dos tratados: A OMS emite recomendações sobre precursores de estupefacientes e o Conselho Internacional para o Controlo de Estupefacientes (INCB) sobre os precursores de substâncias psicotrópicas.

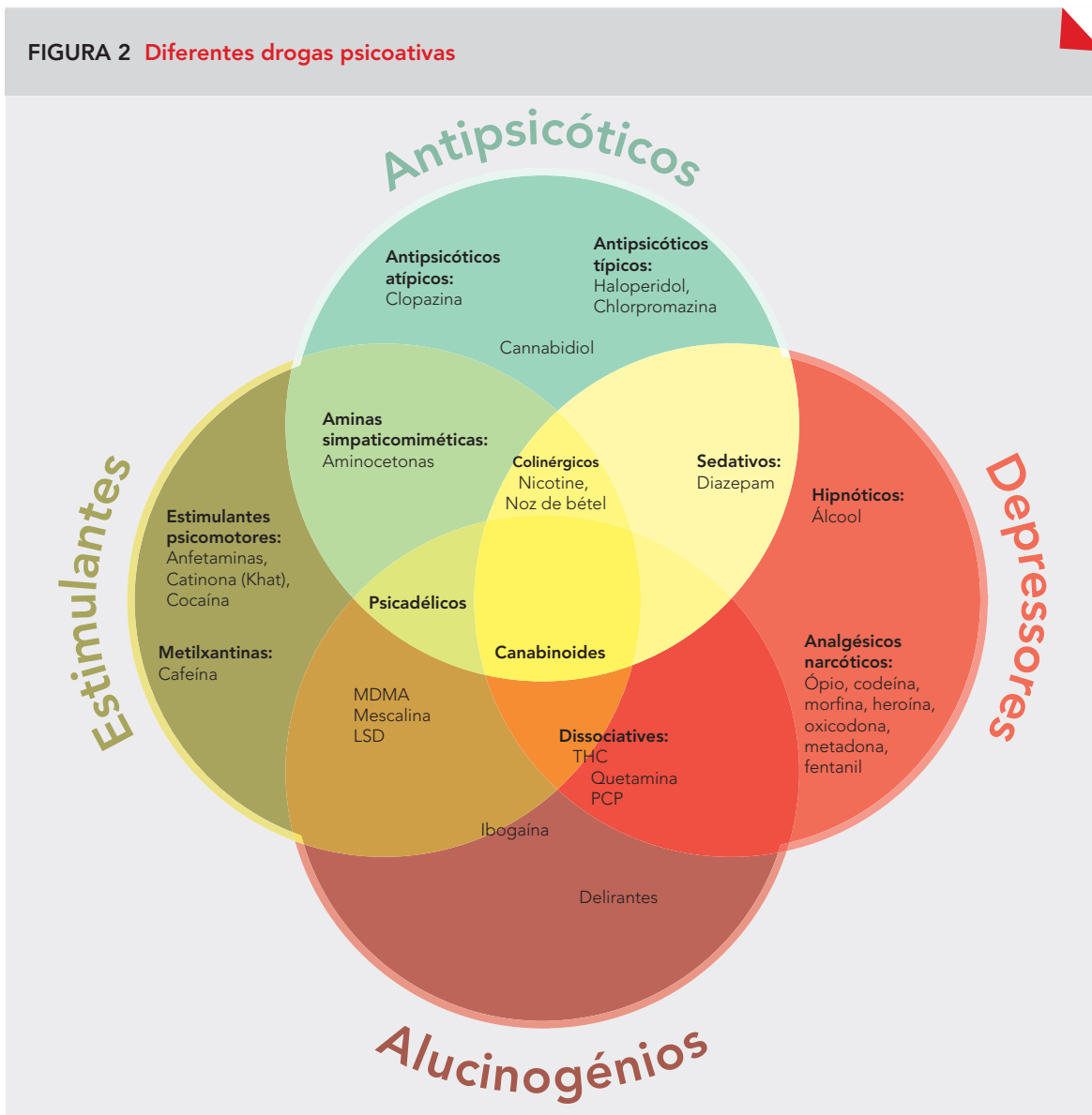
A Convenção de 1971 também inclui um “princípio de não aceitação” em relação a todas as decisões de classificação de substâncias. Uma das partes pode submeter uma notificação explicando por que motivo “devido a circunstâncias excepcionais, não se encontra em condição de sujeitar esta substância a todas as disposições da Convenção” (n.º 7 do artigo 2.º). Isto dá um pouco mais de flexibilidade, em comparação com a Convenção de 1961, para divergências nacionais em relação às listas das Nações Unidas.

Na Convenção de 1931, a autoridade para adicionar outras drogas produzidas a partir de alcaloides de ópio ou coca ao grupo I ou II foi concedida ao Comité da Saúde da Sociedade das Nações. Após a Segunda Guerra Mundial, sob a égide as Nações Unidas, essa autoridade foi transferida para a OMS “agindo com base em pareceres de um comité de peritos” e foi estendida a qualquer substância com efeitos semelhantes aos da morfina ou da cocaína ou que fosse “conversível” numa substância desse tipo.⁴⁶ As decisões de classificação de substâncias foram, por isso, inicialmente tomadas pelas agências de saúde especializadas, mandatadas pela comunidade internacional. A Convenção Única de 1961, porém, transferiu essa autoridade para a CND, sujeitando a adoção de recomendações da OMS a uma votação por maioria simples dos Estados-Membros da CND. Em certa medida, as decisões acerca das recomendações de classificação de substâncias, baseadas no parecer especializado da OMS, ficaram assim sujeitas a considerações políticas dos Estados-Membros.

De acordo com o Comentário oficial, que fornecia orientação aos Estados-Membros sobre como deveriam interpretar a Convenção de 1961, a CND deveria, em princípio, aceitar as conclusões da Organização Mundial da Saúde no que concerne a questões químicas e farmacológicas. Nas situações em que não aceitasse a recomendação da Organização Mundial da Saúde, deveria orientar-se por outras considerações, nomeadamente de natureza administrativa ou social.⁴⁷ A CND poderia apenas aceitar ou rejeitar uma recomendação da OMS, não poderia selecionar outra lista, e em caso algum poderia a Comissão decidir estender o controlo a uma substância se tal não tivesse sido recomendado pela Organização Mundial da Saúde.⁴⁸

Aplicam-se disposições semelhantes ao abrigo da Convenção de 1971, na qual se afirma que as avaliações da OMS "serão determinantes em matéria médica e científica",⁴⁹ com o comentário explicando que elas devem ser aceites pela Comissão, dado que esta não está autorizada a basear as suas decisões noutras perspectivas médicas ou científicas.⁵⁰ Decisões sobre alterações às listas de 1971, no entanto, são adotadas por votação por maioria de dois terços e a CND pode decidir adicionar uma substância a outra lista que não a recomendada pela OMS, "tendo [...] em consideração os fatores de ordem económica, social, jurídica, administrativa e todos os outros que possa julgar pertinentes".⁵¹

FIGURA 2 Diferentes drogas psicoativas



Adaptado da Wikipedia Commons pela Comissão Global de Políticas sobre Drogas

UM EQUILÍBRIO FALHADO: O ACESSO A MEDICAMENTOS CONTROLADOS

O regime internacional de controlo de drogas assenta no princípio do equilíbrio entre assegurar o acesso a medicamentos controlados e evitar o seu desvio. O sistema de controlo teve êxito ao reduzir o desvio de opiáceos e cocaína produzidos legalmente para o mercado farmacêutico para canais de distribuição ilícitos, situação que se verificava em larga escala antes da Segunda Guerra Mundial. A OMS sustenta que a adoção universal dos tratados e a sua aplicação continua a ser muito eficaz na prevenção do desvio de drogas de mercados lícitos para ilícitos no comércio internacional.⁵² A maior parte do desvio ilícito de produtos farmacêuticos ocorre agora a nível nacional, de acordo com o INCB: desde que o desvio de estupefacientes e substâncias psicotrópicas do comércio internacional quase parou, o desvio dessas substâncias a partir de canais de distribuição lícitos nacionais tornou-se uma grande fonte de fornecimento dos mercados ilícitos.⁵³

A epidemia de overdoses sem precedentes que se tem verificado nos Estados Unidos mostra, de forma dramática, como é importante manter um equilíbrio certo entre permitir o acesso adequado a medicamentos para alívio da dor e reduzir os riscos de aumento do uso problemático e de overdoses devido à falta de controlo eficaz. A epidemia é alimentada por várias fontes: importação ilegal de heroína principalmente do México e da Colômbia; analgésicos obtidos com receita médica; desvio de produtos farmacêuticos para canais de distribuição ilícitos; vendas pela internet, quer através de sites “obscuros” com baixos padrões de exigência para receitas médicas como de “criptomercados” ilegais; e o recente fenómeno de substâncias altamente potentes do tipo do fentanil que entram no mercado, incluindo heroína mexicana cortada com fentanil.

Outra causa foi a comercialização agressiva de fármacos analgésicos incluindo desinformação deliberada que os apresentava como tendo um baixo risco de dependência. Estas táticas aumentaram as vendas, especialmente de OxyContin, introduzido no mercado pela Purdue Pharma em 1996⁵⁴ e que colocava grandes quantidades de cloridrato de oxicodona à disposição para inalação e injeção intravenosa.⁵⁵ Isto contribuiu em grande medida para desencadear a epidemia, cujo fim ainda não está à vista devido à falta crónica de respostas eficazes de redução de danos.⁵⁶ Embora a crise tenha alcançado proporções alarmantes, as circunstâncias que a permitiram são específicas dos Estados Unidos, incluindo a conduta irresponsável das empresas farmacêuticas, consultórios médicos privados não regulamentados, receitas médicas fraudulentas e canais de distribuição que operam com impunidade. A Comissão Global examinou a crise detalhadamente no documento “The Opioid Crisis in North America” (A Crise de Opioides na América do Norte) de 2017, no qual apresenta a sua posição.⁵⁷ Mas, na realidade, a maioria da população mundial sofre de uma crise de saúde pública e direitos humanos diametralmente oposta: uma epidemia de dor não tratada e uma falta crónica de acesso a medicamentos essenciais. Esta falta de acesso é especialmente problemática em relação a vários medicamentos controlados contendo ou produzidos a partir de “estupefacientes”.

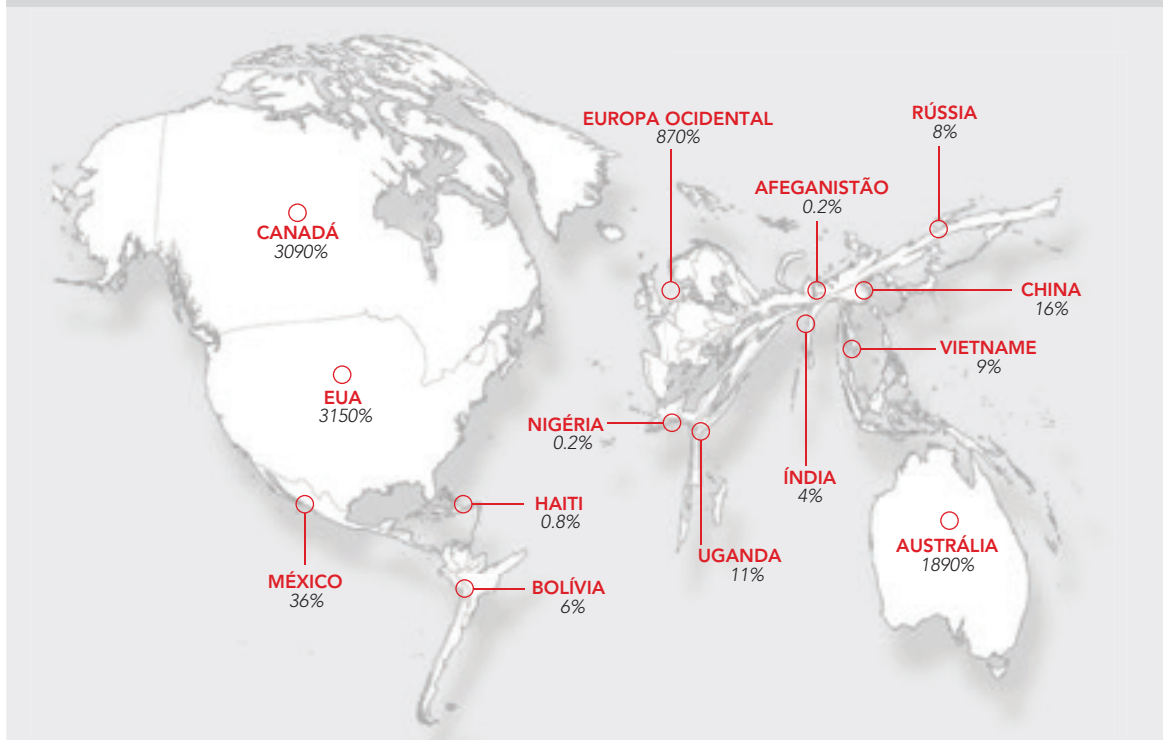
CAIXA 5 Classificação internacional da quetamina

A quetamina é um anestésico usado em procedimentos cirúrgicos médicos e veterinários e é frequentemente o único agente anestésico disponível em grandes áreas do hemisfério sul. A quetamina é fácil de usar, especialmente em circunstâncias de emergência e em regiões rurais e subdesenvolvidas com falta de condições clínicas controladas. Esta substância não afeta a função respiratória e é segura em termos de overdose quando usada sob indicação médica. Por estes motivos, a quetamina está incluída na Lista Modelo de Medicamentos Essenciais da OMS. Simultaneamente, devido ao seu efeito dissociativo, a quetamina também é consumida para fins recreativos como alucinogénio, uma forma de consumo que aumentou nos últimos anos e que levou a China, com o apoio de outros países asiáticos e do INCB, a tomar medidas para que a substância fosse controlada ao abrigo do direito internacional. O ECDD da OMS, porém, comunicou a existência de preocupações de que, se a quetamina fosse sujeita a controlo internacional, isso teria um efeito adverso na sua disponibilidade e acessibilidade. Isto, por sua vez, limitaria o acesso a cirurgias essenciais e urgentes, o que constituiria uma crise de saúde pública em países nos quais não existe outra alternativa economicamente viável de anestesia.⁶⁸

Quando foi criado, o sistema de classificação justificava-se como mecanismo necessário para melhorar o acesso. Ao estipular um regime tolerante para as drogas do grupo II, os autores da Convenção de 1931 consideraram melhor não dificultar muito a disponibilidade de drogas úteis amplamente usadas e com baixo risco de consumo problemático e que, ao estabelecer fiscalizações, quer a necessidade de prevenção do uso nocivo, quer de facilitação do uso legítimo deveriam ser tidas em conta.⁵⁸ O regime de controlo mais permissivo que é estabelecido pela Convenção de 1971 tem subjacente uma lógica semelhante: os autores da Convenção de Viena (de 1971) consideraram que não poderiam prever medidas de fiscalização muito severas para medicamentos muito utilizados, uma vez que isso reduziria a facilidade com que estariam disponíveis para fins terapêuticos. Em vez disso, foi enfatizada a utilidade do conhecimento sobre as propriedades perigosas das substâncias envolvidas e da educação na prevenção do consumo problemático.⁵⁹

De acordo com OMS, a obrigação de prevenir o consumo problemático de substâncias regulamentadas obteve muito mais atenção do que a obrigação de assegurar a sua adequada disponibilidade para fins médicos e científicos e, por isso, houve países que adotaram leis e regulamentos que impedem sistematicamente, e com consequências graves, o acesso a medicamentos controlados.⁶⁰

FIGURA 3 Acesso global ao alívio da dor (% estimada de necessidade atendida)



Fonte: Knaul, F., Bhadelia, A., Rodriguez, N., Arreaola-Ornelas, H., Zimmerman, C. "The Lancet Commission on Palliative Care and Pain Relief—findings, recommendations and future directions", The Lancet, março de 2018.

Reconhecendo a dramática falha do sistema, em 2007 a OMS lançou o Programa de Acesso a Medicamentos Controlados (ACMP, Access to Controlled Medicines Programme) para ajudar os governos a identificar e remover barreiras ao acesso.⁶¹ Em 2011, a OMS publicou diretrizes sobre como assegurar o equilíbrio nas políticas nacionais sobre substâncias regulamentadas;⁶² em 2015, o INCB dedicou um suplemento do seu relatório à disponibilidade de medicamentos fiscalizados;⁶³ e o documento final da Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas (UNGASS) sobre Droga, de 2016, incluiu uma seção dedicada ao assunto.⁶⁴ Apesar destes esforços acrescidos, de acordo com o mais recente relatório de acompanhamento do INCB, na maioria dos países africanos, asiáticos e sul-americanos, nas Caraíbas e na Europa de Leste, o acesso a analgésicos opioides e a diversas substâncias psicotrópicas essenciais continua a ser desadequado ou tem diminuído: as pessoas continuam a sofrer. Há quem tenha de ser sujeito a cirurgia sem anestésicos, quem não tenha acesso à medicação de que precisa e quem esteja a morrer em sofrimento desnecessariamente.⁶⁵ As consequências deste profundo desequilíbrio, que favorece abordagens punitivas em vez de assegurar o acesso a medicamentos controlados, foi descrito detalhadamente no Relatório da Comissão Global de 2015, "O Impacto Negativo do Controlo das Drogas na Saúde Pública: a Crise Global da Dor Evitável."⁶⁶

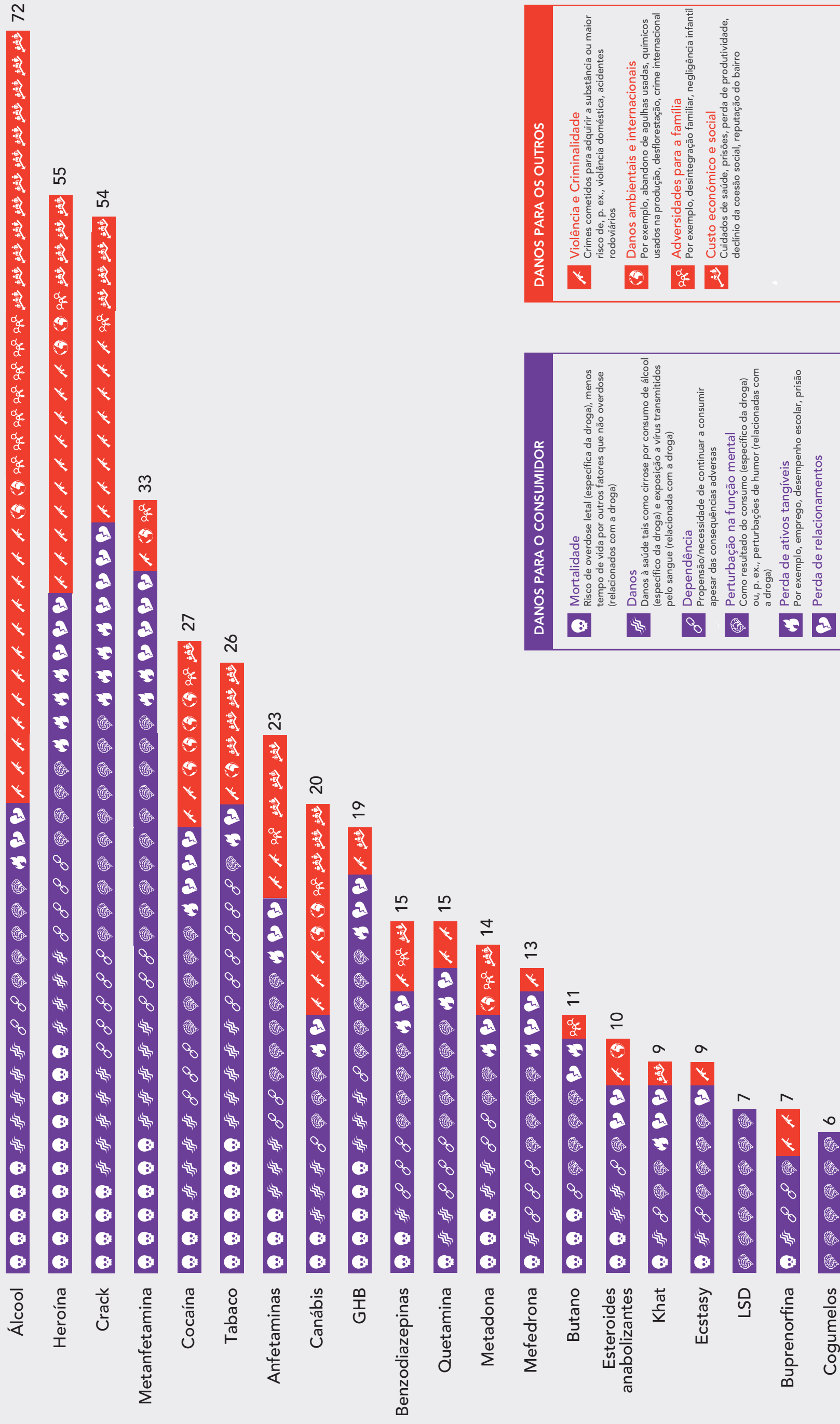
Parece ser difícil superar esse desequilíbrio profundamente enraizado, conforme se tornou evidente em recentes controvérsias sobre a classificação do tramadol e quetamina (caixa 5). Em ambos os casos, após revisões repetidas, a OMS emitiu uma recomendação contra a aplicação de controlo internacional, argumentando que a inscrição dessas substâncias nas listas colocaria entraves ao acesso para uso médico. Porém, ao mesmo tempo, o INCB defendeu apelos de países a favor do controlo internacional e aconselhou os países a, pelo menos, imporem essa fiscalização ao abrigo da legislação nacional de controlo de drogas. Isto demonstrou a diferença de atitude entre o ECDD da OMS e o secretariado do INCB, e a tentativa de intromissão do INCB no que claramente é uma responsabilidade da OMS, mandatada pelos tratados.⁶⁷

RECOMENDAÇÃO

A comunidade internacional tem de reconhecer a incoerência e as inconsistências existentes no sistema de classificação internacional e deve iniciar uma revisão crítica dos modelos atualmente aplicados na categorização das drogas.

Já não é possível ignorar as consequências negativas das atuais listas internacionais para controlo de drogas, que vão desde a escassez de medicamentos essenciais em países de baixo e médio rendimento até à propagação de doenças transmissíveis e lesões, maior mortalidade e a crise global de sobrelotação dos estabelecimentos prisionais. A comunidade internacional deve enfrentar estes desafios, medindo e corrigindo as consequências negativas da classificação feita com base nas atuais listas.

FIGURA 4 Pontuações ponderadas dos danos causados por drogas





Homens carregando fardos de khat no mercado de khat de Athiru Gaiti (Atherogaitu) no Quênia, onde é vendido a cerca de 600 xelins (5.20 euros) ao quilo. Antes de a droga ser proibida no Reino Unido, a exportação de khat para este país tornou o Athiru Gaiti no maior mercado de khat do Quênia. © Pascal Maitre/Panos 2017

LIÇÕES TIRADAS DOS MERCADOS (SÉMI)LEGAIS

PLANTAS PSICOATIVAS NÃO CLASSIFICADAS

A convenção de 1961 foi elaborada em torno de substâncias derivadas das três principais plantas – papoila dormideira, coca e canábis – e também impôs controlos sobre as próprias plantas. No entanto, diversas outras plantas psicoativas escaparam ao controlo internacional. No seu relatório de 2010, num tópico especial sobre matéria vegetal contendo substâncias psicoativas, o INCB chamou a atenção para o facto de que, embora alguns ingredientes ativos estimulantes e alucinogénicos presentes em certas plantas sejam controladas ao abrigo da Convenção de 1971, nenhuma planta é atualmente controlada ao abrigo dessa Convenção ou da Convenção de 1988.⁶⁹ O INCB recomendou que os governos ponderassem controlar essa matéria vegetal a nível nacional, se necessário.⁷⁰

A inclusão dos compostos ativos do khat (catinona, catina) e da ayahuasca (DMT) na Convenção de 1971, e da efedra (efedrina, pseudoefedrina) como um precursor da metanfetamina na Convenção 1988, criou incertezas jurídicas em torno dessas matérias vegetais em vários países.⁷¹ Em muitos outros países, porém, o cultivo e uso destes e doutros psicadélicos e estimulantes herbais é totalmente legal. No caso do kratom (*Mitragyna speciosa*), o seu principal alcaloide, a mitraginina, também não se encontra sob controlo internacional. A disseminação de algumas destas substâncias herbais a partir dos seus originais contextos culturais tradicionais para novos mercados criou desafios legais, bem como interessantes oportunidades.⁷²

Pelos seus efeitos ligeiramente estimulantes, mascar khat é amplamente praticado na África Oriental e Austral (particularmente na Etiópia, Somália e Quênia), em Madagáscar, na Península Arábica e em comunidades da diáspora na Europa e na América do Norte.⁷³ Os compostos psicoativos na planta de khat têm estado sujeitos a controlo internacional desde 1988: a catinona na lista I e a catina (norpseudoefedrina) na lista III da Convenção de 1971, e norefedrina ao abrigo da Convenção de 1988 sobre o tráfico de droga como um precursor usado na produção ilícita de anfetaminas. Também se considerou incluir o próprio khat nas listas do tratado relativo ao controlo de drogas, mas a OMS concluiu em 2006, após uma análise crítica, que o potencial para consumo problemático e dependência é baixo e o nível de abuso e ameaça à saúde pública não é suficientemente significativo para justificar um controlo internacional.⁷⁴ Após recomendação em contrário pela OMS, o INCB continuou a apelar às autoridades que considerassem adotar medidas apropriadas no sentido de controlar o seu cultivo, comércio e uso.⁷⁵

A Noruega, a Suécia e os Estados Unidos proibiram o khat logo após a catinona ter sido incluída na mais estrita lista I da Convenção de 1971. Desde então, têm sido implementadas proibições no Canadá e na maioria dos países europeus, mais recentemente em 2013 nos Países Baixos e em 2014 no Reino Unido, onde a proibição foi aplicada não com base no parecer das agências nacionais competentes, mas sim na vontade de não ficarem desfasados dos países vizinhos que criminalizaram o khat e para evitar que os países se tornassem entrepostos comerciais de khat para o resto da Europa.⁷⁶ Contrariando o parecer da OMS, o khat tornou-se assim uma substância controlada num crescente número de países, com consequências ainda incertas. Existe o perigo de que a história se repita, incluindo a falta de sensibilidade cultural e os sentimentos xenófobos que marcaram os primeiros tempos do proibicionismo.

No Corno de África, entretanto, a produção, o comércio e o consumo de khat permanece legal e o mercado expandiu-se. Em 2017/18, só na Etiópia, de acordo com a agência central de estatísticas do governo, existiam quase 3 milhões de pequenos agricultores que cultivavam khat nuns estimados 260.000 hectares⁷⁷ (em comparação, a área total dedicada ao cultivo de folha de coca em todo o mundo em 2016 era de 213.000 hectares⁷⁸). Embora a maioria do khat seja consumido dentro da Etiópia, aproximadamente 20 por cento (cerca de 50.000 toneladas) é exportado, maioritariamente para os vizinhos Somália e Djibouti, mas também para a diáspora da África Oriental e para novos mercados incluindo a China, o que representa cerca de 9 por cento do valor total de exportações da Etiópia.⁷⁹ Uma vez que as propriedades estimulantes do khat diminuem no prazo de três dias após a colheita, torna-se necessário transportá-lo rapidamente por avião para aqueles mercados distantes, tornando o comércio internacional para países onde o khat foi recentemente proibido altamente vulnerável a interdições policiais e aduaneiras. Inevitavelmente, esses agricultores serão afetados pelo crescente número de proibições ao consumo de khat que vão surgindo em países em todo o mundo. Como resultado, o governo da Etiópia enfrenta dilemas políticos e legislativos relativamente à sua produção de khat. As opções são pouco animadoras: ignorar tais proibições e tolerar a exportação de uma substância considerada ilícita em muitos países, tornando-se essencialmente cúmplice de tráfico ilícito e contrabando, ou optar por controlar e restringir a produção e o consumo de uma cultura que garante a subsistência de milhões de etíopes e contribui com centenas de milhões de dólares para a despesa anual e potencialmente incitando instabilidade política.⁸⁰

O crescimento surpreendentemente rápido do mercado internacional de kratom é outro exemplo de uma crescente zona cinzenta legal internacional. Kratom (*Mitragyna speciosa* korth), uma árvore tropical originária do Sudoeste Asiático, produz folhas largas há muito utilizadas para fins medicinais e recreativos.⁸¹ O kratom não está sujeito a controlo internacional mas foi proibido na Austrália, na Malásia, no Mianmar e na Tailândia, e os Estados Unidos e alguns países europeus estão a considerar adotar medidas para contrariar a sua disponibilidade generalizada na internet. O mercado norte-americano cresceu exponencialmente na última década, com estimativas de 2016 apontando para alguns milhões de consumidores adquirindo produtos em mais de 10.000 retalhistas com um mercado anual estimado em 207 milhões de dólares americanos.⁸²

A Agência Antidrogas (DEA) dos Estados Unidos anunciou em 2016 que pretendia incluir o kratom na lista I, argumentando que era especialmente preocupante que os relatórios tivessem constatado que os utilizadores recorriam ao kratom como substituto de outros opioides, como a heroína. Nos Estados Unidos, o kratom é usado indevidamente como automedicação para a dor crónica e para os sintomas de abstinência dos opioides, com os consumidores declarando que os seus efeitos são comparáveis aos opioides prescritos.⁸³ O anúncio despoletou uma enorme reação pública que levou a DEA a reconsiderar a sua linha de ação e a dar tempo para maior ponderação.⁸⁴

Um inquérito junto dos consumidores de kratom confirmou que, para muitos, o seu consumo de kratom destinava-se a tratar sintomas, como a dor, falta de energia, estados depressivos ou ansiedade. Adicionalmente, uma grande percentagem, se não mesmo a maioria, do consumo tinha como objetivo reduzir ou evitar drogas sujeitas ou não a receita médica para tratamento de doenças para as quais o perfil de efeitos secundários do kratom era mais tolerável.⁸⁵ Além disso, proibir a disponibilidade de kratom através da sua inclusão nas listas poderia originar problemas de saúde pública que presentemente não existem ou são muito reduzidos, pois isso deslocaria o mercado de retalhistas maioritariamente legais para produtores e distribuidores ilícitos sem rotulagem regulada, padrões de pureza ou composição conhecidos, ou capacidade efetiva de retirar do mercado produtos adulterados.⁸⁶

Instigados pela Associação Americana do Kratom (American Kratom Association), estados como a Geórgia, o Nevada e o Utah adotaram uma lei de proteção do consumidor de kratom (Kratom Consumer Protection Act), considerando que o estudo dos benefícios e dos riscos de segurança do kratom e o seu papel na luta contra a dependência de opioides é importante para o bem-estar público dos cidadãos.⁸⁷ A lei define uma idade mínima de 18 anos para a compra de kratom. Ela exige a rotulagem clara dos produtos de kratom indicando a quantidade de mitraginina e 7-hidroxitriptamina, instruções claras de utilização e recomendações de prudência sobre a segurança e eficácia da droga. Estas iniciativas legislativas locais representam uma promissora alternativa regulatória à iniciativa da DEA.

No sul da Tailândia, o kratom é consumido por mais de um milhão de pessoas que mascam as suas folhas ou usam-nas para criar diversas bebidas como uma alternativa ao álcool. Desde que a lei sobre o kratom de 1943 proibiu o seu consumo, têm ocorrido campanhas regulares da polícia abatendo árvores de kratom nos quintais das pessoas e prendendo milhares de consumidores de kratom, alimentando sentimentos antigovernamentais nas comunidades predominantemente muçulmanas da região. Após um estudo académico aprofundado e uma experiência com "controlo comunitário" do kratom em vez da criminalização, o parlamento tailandês aprovou diversas emendas legislativas em dezembro de 2018 que permitiram usos médicos tradicionais do kratom.⁸⁸

REGULAÇÃO LEGAL DA CANÁBIS

O uso medicinal da canábis é legal há mais de duas décadas em vários estados norte-americanos, começando pela Califórnia em 1996, em alguns países europeus e em Israel. Esta expansão do mercado medicinal da canábis tem acelerado nos últimos anos; quase todos os meses outro país se junta à tendência. Os anos mais recentes têm assistido a uma rápida expansão na Europa (República Checa, Alemanha, Grécia, Luxemburgo, Polónia e Eslovénia) e na América Latina (Argentina, Chile, Colômbia, México, Perú e Uruguai), apesar das muitas insuficiências nos quadros regulatórios na maioria destes países. Esta tendência também tem começado a ser visível nas Caraíbas (São Vicente e Grenadinas, Jamaica), em África (África do Sul) e na região Ásia-Pacífico (Índia, Nova Zelândia, Tailândia).⁸⁹

No início de 2012, dez estados norte-americanos mais o Distrito de Colúmbia aprovaram propostas de lei de iniciativa popular ou aprovaram leis para regulamentar a canábis para além do uso medicinal, tendo o Uruguai (2013) e o Canadá (2018) aprovado leis nacionais de regulação da canábis. Estes novos regimes que regulam legalmente todo o mercado de canábis, incluindo usos não médicos ou "recreativos", estão a contribuir para o debate renovado noutras partes do mundo. A regulação da canábis está na agenda dos novos governos do México e Luxemburgo, e a coligação no governo da Nova Zelândia comprometeuse a realizar um referendo em 2020 sobre a legalização da canábis não medicinal. O governo dos Países Baixos irá permitir experiências locais na produção regulada de canábis para fornecer os "coffee shops", onde

a compra e o consumo são tolerados. Nos Estados Unidos estão a ser planeadas propostas de lei de iniciativa popular adicionais a nível estadual e mais legislaturas estaduais estão a ponderar projetos de lei para regulamentação da canábis.

A Comissão Regional sobre a Marijuana estabelecida pela Comunidade das Caraíbas (CARICOM) concluiu recentemente que o regime proibicionista para a canábis “não é adequado ao fim a que se destina” e recomendou mudanças significativas nas legislações da região de forma a permitir desmantelar esse regime que provou ser ineficaz, injusto e causador de mais malefícios do que aqueles que pretendia prevenir.⁹⁰ A Comissão foi mandatada para conduzir um inquérito rigoroso às questões sociais, económicas, legais e de saúde envolvendo o consumo de marijuana nas Caraíbas e determinar se deve haver uma alteração na atual classificação da marijuana, tornando-a assim mais acessível para todos os tipos de uso (religioso, recreativo, médico e para investigação científica).⁹¹

No seu relatório, a Comissão aceita a evidência de que a classificação original da canábis foi feita sem o benefício da investigação científica e de dados científicos. Tendo em conta a conclusão fundamental que agora estabelece que a canábis/marijuana tem diversos efeitos benéficos, esta não pode continuar a ser classificada rigorosamente na lei como droga perigosa sem qualquer valor medicinal ou outro.⁹² A Comissão foi unânime no seu entendimento de que a atual classificação legal parece obsoleta e idiossincrática, já não pode ser aceite como uma justificação para a criação de leis e deve ser rejeitada, pois compromete a legitimidade da própria lei.⁹³ Além disso, a incongruência das leis severas e a classificação incorreta da canábis/marijuana é exacerbada pelo facto de que outras substâncias nocivas não são tratadas da mesma forma pela lei, dando origem a alegações de inerente parcialidade e injustiça no sistema jurídico.⁹⁴

É ainda muito cedo para tirar conclusões firmes acerca do impacto da regulação legal do mercado da canábis. Mas o potencial destes novos regimes regulatórios para servir a saúde pública e a justiça criminal pode ser vislumbrado ao analisar o sucesso e os desafios das políticas de controlo do tabaco. A forte evidência de que os programas abrangentes de controlo do tabaco são eficazes na redução do consumo de tabaco entre os adultos e os jovens,⁹⁵ em nítido contraste com a falta de evidência de qualquer eficácia das abordagens criminalizadoras em relação à canábis, inspirou os reguladores no Canadá, no Uruguai e em vários estados norte-americanos. As recomendações fundamentais para reduzir o consumo de tabaco incluem o aumento do preço unitário, a interdição de fumar em espaços públicos, programas de controlo abrangentes, mobilização comunitária, campanhas de prevenção e rigor no licenciamento e fiscalização de retalhistas, segundo o Community Guide que também recomenda o aumento de impostos, horários de venda limitados, regulamentação da densidade de estabelecimentos retalhistas e reforço na fiscalização dos retalhistas licenciados.⁹⁶

NOVAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Estão a surgir uma miríade de novas substâncias psicoativas (NSP) no mercado global de drogas, agressivamente promovidas como “legal highs” (pedradas legais) e distribuídas por comerciantes na internet a um ritmo que está a colocar sob pressão os sistemas tradicionais de controlo,⁹⁷ obrigando os países e as instituições internacionais a repensar os seus atuais sistemas de classificação.

As diferenças nos processos decisórios de classificação dos produtos farmacêuticos e das substâncias psicoativas emergentes são significativas. A acompanhar os processos de avaliação dos produtos farmacêuticos existe um lobby bem financiado e eficaz para ambos os lados do debate sobre a decisão regulatória relativa a fármacos desenvolvidos por fabricantes farmacêuticos. Os fabricantes são frequentemente grandes empresas, ansiosas por recuperar investimentos que podem ascender a centenas de milhões de dólares. O lado do consumidor é frequentemente representado por ONGs bem organizadas, dispendo de informações de outras agências governamentais que recolhem dados relevantes. É expectável que erros flagrantes deem origem a protestos eficazes pela parte lesada.⁹⁸

No caso das novas substâncias psicoativas, pelo contrário, existe no sistema uma parcialidade inerente, talvez inevitável, no sentido de proibir novas substâncias sobre as quais pouco se sabe. As consequências negativas para os decisores políticos por permitirem a entrada no mercado, seja de que forma for, de uma droga que mais tarde se revele perigosa são muito elevadas. As consequências negativas para os decisores políticos de manterem fora do mercado uma droga que, de facto, seja inofensiva são mínimas, mesmo que a proibição resultante piore os problemas relacionados com essa droga.⁹⁹

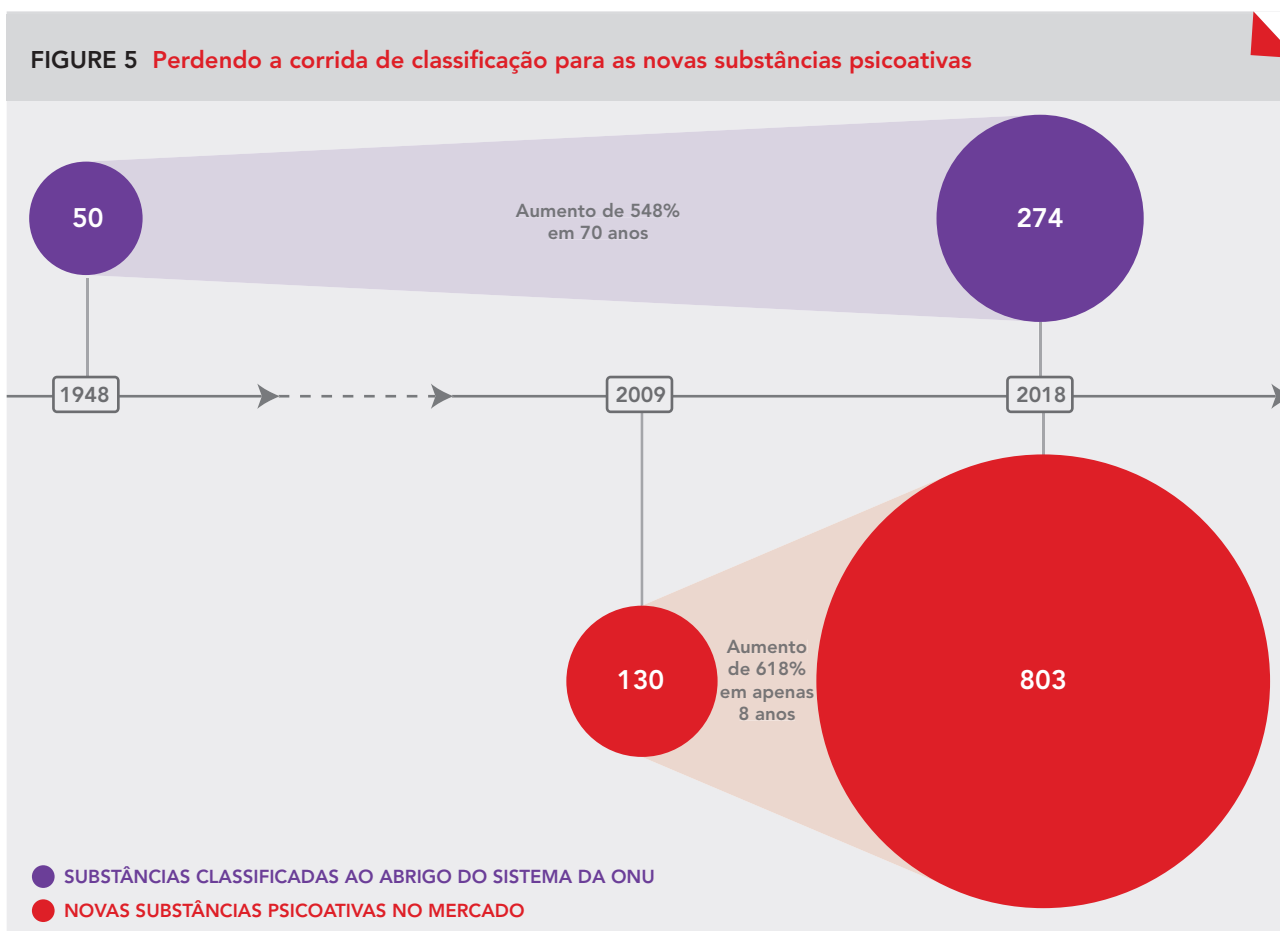
O pânico despoletado pela avalanche incontrolável de novas substâncias levou alguns países a conceber novos sistemas de controlo “abarca tudo”, como o Analog Act (lei análoga) de 1988 nos Estados Unidos que proíbe automaticamente uma substância se for “substancialmente similar”, em termos de estrutura e efeito, a uma droga já proibida; ou o Psychoactive Substances Act (lei sobre substâncias psicoativas) de 2016 no Reino Unido que proíbe qualquer substância psicoativa que, através da estimulação ou depressão do sistema nervoso central, afete o funcionamento mental ou o estado emocional da pessoa.¹⁰⁰ Embora

a sua simplicidade possa parecer atrativa para decisores políticos ansiosos por se manterem à frente das NSP que constantemente surgem no mercado, tais definições latas de similaridade ou psicoatividade esbarram com inúmeras dificuldades operacionais e relacionadas com a sua conceção. A lei britânica cobre uma variedade extraordinariamente ampla de substâncias mas também especifica uma lista de substâncias não abrangidas, incluindo o álcool, a cafeína, a nicotina e alguns alimentos, medicamentos e substâncias já controladas pelo Misuse of Drugs Act (lei sobre o abuso de drogas). A lei não torna o malefício ou o potencial de dependência um critério pelo qual uma substância psicoativa seja incluída ou isentada do seu âmbito de aplicação.¹⁰¹

Esta exclusão do conceito de dano pretende evitar a necessidade de deliberações prolongadas sobre os potenciais malefícios antes de uma substância ser proibida, seguindo a lógica proporcionada pela lei. Todavia, o painel também reconheceu a possibilidade de ser descoberta uma futura substância que seja pouco nociva e cujo valor clínico, comercial, de estímulo cognitivo ou (arriscamos dizer) recreativo seja suficiente para ser autorizado o fornecimento legal.¹⁰² Em conformidade, o painel recomendou uma cláusula "válvula de escape" através da qual as tais substâncias poderiam ser colocadas na lista de exceção,¹⁰³ mas essa cláusula nunca foi incluída na lei. Sem ela, o controlo legislativo está irrevogavelmente dissociado de qualquer avaliação do risco dos danos.¹⁰⁴

Algumas jurisdições adotaram mecanismos mais rápidos para classificar novas substâncias ao abrigo de legislação de controlo de drogas existente. Outras, de forma reveladora, aplicaram legislação relativa à segurança dos consumidores ou aos medicamentos para parar a venda livre desses produtos e, embora seja necessária avaliação mais rigorosa, os primeiros resultados sugerem que essas têm sido eficazes ao mesmo tempo que evitam a criminalização dos consumidores. Parece ser mais eficaz aplicar leis relativas a medicamentos ou consumidores contra fornecedores e distribuidores do que processar muitos consumidores individuais ao abrigo de leis criminais relativas às drogas.¹⁰⁵ De acordo com o Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT), um conjunto de outros potenciais controlos legislativos, muitos já existentes e alguns já aplicados por Estados-Membros da UE para controlar novas substâncias psicoativas, podem igualmente desempenhar um papel legítimo e eficaz no âmbito da fiscalização de drogas.¹⁰⁶

FIGURE 5 Perdendo a corrida de classificação para as novas substâncias psicoativas



Fonte: OMS, INCB e Relatório Mundial sobre Drogas 2018

Porém, usar regulamentos de segurança alimentar e de proteção do consumidor para controlar drogas pode comportar riscos. Os investigadores Peter Reuter e Bryce Pardo, analisando a experiência com “produtos para emagrecer” contendo substâncias psicoativas, salientaram que o facto desses produtos serem distribuídos num mercado legal proporciona uma falsa garantia acerca da regulação governamental, pois muitas pessoas acreditam que tais produtos são aprovados em termos de segurança e eficácia antes de poderem ser vendidos ao público, o que não é o caso.¹⁰⁷ Em alguns países europeus, tem havido exemplos bem sucedidos do recurso à legislação sobre medicamentos para retirar NSP (especialmente mefedrona) do mercado, classificando-as como medicamentos mas retendo a autorização de comercialização.¹⁰⁸ Contudo, em 2014, o Tribunal de Justiça Europeu pronunciou-se contra a aplicação de leis sobre os medicamentos para controlar NSP depois de dois indivíduos na Alemanha, condenados por “venda ilegal de produtos medicinais inseguros”, terem interposto uma ação judicial alegando que isso envolvia um artifício óbvio, pois “as substâncias envolvidas nunca se destinaram a servir como medicamentos”.¹⁰⁹

A Nova Zelândia incluiu uma lista de exceções no seu Psychoactive Substances Act (lei sobre substâncias psicoativas) de 2013, estabelecendo temporariamente um quadro regulamentar para substâncias psicoativas de “baixo risco”. Segundo o esquema, aos fabricantes e distribuidores que pretendiam vender legalmente novas substâncias psicoativas era exigido que obtivessem uma aprovação antes da comercialização demonstrando que o seu produto representava um “baixo risco de danos” baseado em seis critérios: efeitos toxicológicos, risco para a saúde pública, potencial de provocar a morte, potencial de criar dependência, probabilidade de abuso e atratividade para populações vulneráveis. A Nova Zelândia tinha anteriormente vivenciado um episódio legal com as “pastilhas de festa” BZP (contendo misturas de benzilpiperazina): no seu auge, em meados dos anos 2000, estima-se que a indústria das pastilhas de festa BZP na Nova Zelândia tenha vendido cerca de 200.000 unidades por mês.¹¹⁰ Esta fase lucrativa não regulada, durante a qual os produtores de pastilhas de festa investiram considerável energia em muitas das mesmas atividades de estímulo ao consumo utilizadas para o álcool e o tabaco, tais como publicidade e promoção, terminou em 2008 quando a BZP foi classificada como droga de classe C ao abrigo do Misuse of Drugs Act (lei sobre o abuso de drogas).¹¹¹ A indústria respondeu à proibição da BZP reorientando a produção para pastilhas de festa não BZP e canabinoides sintéticos, tendo muitos desses entrado num regime provisório que foi estabelecido em 2013 enquanto as regulamentações para o esquema estavam ainda a ser desenvolvidas. Em maio de 2014, porém, o regime provisório chegou a um fim abrupto devido a uma emenda parlamentar ao Psychoactive Substances Act como resposta a relatórios contínuos sobre irregularidades em torno de lojas de retalho e efeitos adversos dos canabinoides sintéticos.

Uma das preocupações com a lista de exceções de 2013 era se o quadro regulatório que sustentava o acesso aos “legal highs” seria capaz de resistir às pressões que inevitavelmente emergem assim que a indústria dos “legal highs” desenvolvesse a capacidade de promover os seus próprios interesses.¹¹² Entrevistas com as principais partes interessadas da indústria salientaram um objetivo idealista de desviar os consumidores recreativos do álcool, tabaco e drogas ilegais para “alternativas mais seguras”, mas revelaram igualmente uma crescente tensão entre lucro e motivações idealistas.¹¹³ Enquanto as partes interessadas se distanciavam das grandes indústrias do álcool e do tabaco, Marta Rychert e Chris Wilkins concluíram ser necessário estabelecer regras de envolvimento com as novas “indústrias de consumo aditivo” para clarificar o papel que lhes é permitido desempenhar no desenvolvimento de regimes regulatórios para as novas substâncias psicoativas.¹¹⁴

RECOMENDAÇÃO

A comunidade internacional deve priorizar o papel da Organização Mundial da Saúde e da investigação interdisciplinar no desenvolvimento de outros critérios de classificação com base na evidência científica e numa escala racional de danos e benefícios.

Os países devem também resolver a crescente falta de clareza nas distinções entre mercados e drogas legais e ilegais, exigindo dos mecanismos multilaterais maior flexibilidade na adoção de diferentes orientações e regras de classificação ao nível nacional. Esse processo depende do reequilíbrio do papel desempenhado pelas partes interessadas na conceção de modelos de classificação, sendo necessário conceder maior relevância aos profissionais do setor social, da saúde e das ciências. Um processo destes permitiria também reduzir as atuais barreiras colocadas à investigação científica no que diz respeito aos essenciais usos médicos destas substâncias.



Programa das Nações Unidas para o Controle das drogas (UNDCP): elementos da equipa e agricultores locais reúnem-se para discutir alternativas à cultura da papoila dormideira, Paquistão, 1991. © Foto da ONU/J. Sailas

DESAFIOS E OPÇÕES DE REFORMA

MELHORAR O ATUAL SISTEMA

Há um ditado que diz: se um capitão só estivesse preocupado com a segurança do seu navio, nunca sairia do porto. De igual modo, se a única preocupação dos tratados internacionais sobre as drogas fosse evitar o desvio para o mercado ilícito, eles simplesmente proibiriam o uso de todas as drogas com risco de consumo problemático. Mas como é óbvio, o objetivo do capitão não é só a segurança do seu navio, mas também a entrega atempada da sua carga. O mesmo acontece com o regime internacional de controle das drogas, que visa assegurar a disponibilidade e entrega atempada de quantidades suficientes de substâncias controladas a quem tenha autorização para recebê-las, minimizando simultaneamente o seu desvio para o mercado ilícito.¹¹⁵

O atual sistema de classificação de drogas, que assenta no regime de tratados das Nações Unidas, está repleto de incoerências e parcialidades históricas quase irremediáveis. De acordo com um grupo de especialistas que estiveram envolvidos no processo de revisão da OMS, o facto de várias substâncias importantes (p. ex., canábis, resina de canábis, heroína e cocaína) nunca terem sido avaliadas ou a sua avaliação ter até oito décadas, compromete e deslegitima seriamente o seu controlo internacional. Além disso, a sua avaliação histórica já não representa a informação científica atual.¹¹⁶

Nas últimas décadas, foram muitos os apelos e as propostas provenientes de dentro do próprio sistema das Nações Unidas com vista à melhoria dos critérios de classificação, para alterar os tratados de modo a resolver algumas incoerências inerentes e para clarificar os mandatos da OMS, do INCB e da CND. O INCB, por exemplo, na sua avaliação da eficácia dos tratados internacionais para controlo de drogas, em 1994, propôs a harmonização do processo e dos critérios de classificação das Convenções de 1961 e 1971 para eliminar contradições, aumentar a transparência e facilitar as decisões de classificação, reduzindo simultaneamente os custos com o processo de avaliação.^{117,118}

As diretrizes da OMS para o processo de revisão têm sido sujeitas a alterações periódicas, tendo a última sido adotada pelo Conselho Executivo da OMS em janeiro de 2010. As novas regras incluem requisitos específicos cujo objetivo é aumentar a base científica e a transparência do processo. Não se espera que com esta alteração, substâncias atualmente controladas ao abrigo das duas convenções sejam removidas das suas listas (anulando a sua classificação). Porém, ela permitirá efetuar uma avaliação mais precisa e científica aquando da revisão futura de substâncias.¹¹⁹

A revisão da canábis, levada a cabo pela OMS em 2018, pode ser vista como um teste a essas melhorias nas diretrizes de classificação. As recomendações do ECDD incluem alguns pontos claramente positivos, sobretudo o reconhecimento da utilidade médica da canábis ao removê-la do quadro IV da Convenção Única de 1961 e o esclarecimento de que o canabidiol (CBD, um dos princípios ativos da canábis) não se encontra sob controlo internacional. Este inédito processo de revisão também disponibiliza um manancial de informações atualizadas que se baseiam numa revisão exaustiva da evidência científica disponível e, certamente, será uma referência indispensável durante anos no que concerne a todos os aspetos do uso médico das várias substâncias relacionadas com a canábis. Todavia, os resultados do processo do ECDD também revelam as dificuldades existentes em superar as incoerências inerentes ao atual procedimento de classificação (caixa 6).¹²⁰

CAIXA 6 A Revisão Crítica da Canábis pela OMS

Após um processo de revisão que demorou cinco anos, o ECDD publicou em janeiro de 2019 as suas recomendações de reclassificação das substâncias relacionadas com a canábis.¹²¹ A OMS claramente reconhece as propriedades médicas da canábis, mas os resultados também revelam uma lógica questionável, segundo a qual a canábis é mantida sob um severo controlo internacional. “A evidência científica apresentada ao Comité não indicou que a planta e a resina de canábis fossem particularmente passíveis de produzir malefícios semelhantes aos efeitos das outras substâncias do quadro IV”,¹²² a lista mais severa e reservada a drogas com “propriedades particularmente perigosas” (alínea a) do n.º 5 do art.º 2.º) como a heroína e o fentanil. “O consumo de todas estas substâncias está associado a um risco de morte significativo, o que não acontece com a canábis”. Além disso, “preparações de canábis demonstraram ter potencial terapêutico para o tratamento da dor e de outras condições médicas”. Por conseguinte, o ECDD recomenda a sua eliminação do quadro IV.¹²³

Com base neste “princípio da similaridade”, o Comité de Peritos depois teve de avaliar se a canábis “pode dar lugar a abusos analógicos e produzir efeitos nocivos idênticos aos dos estupefacientes do quadro I ou do quadro II” (alínea iii) do n.º 3 do art.º 3.º), e se deve permanecer no quadro I (por exemplo, a par da morfina e da cocaína), ser transferida para o quadro II (por exemplo, a par com a codeína) ou ser simplesmente eliminada dos quadros. O ECDD chega à conclusão de que, “embora o Comité não tenha considerado que a canábis esteja associada ao mesmo nível de risco para a saúde que a maioria das outras drogas inscritas no quadro I, [...] recomendou que a planta e a sua resina continuassem a estar incluídas no quadro I”, destacando as “elevada prevalência” e a “dimensão global” dos problemas de saúde relacionados com a canábis.¹²⁴ Este é um argumento dúbio aparentemente difícil de alinhar com os critérios de classificação estabelecidos na Convenção ou com as últimas diretrizes da OMS.

De acordo com o Comentário sobre a Convenção de 1961, as substâncias que sejam comparativamente menos perigosas e amplamente usadas para fins médicos podem, por isso, muitas vezes ser propostas para inclusão no quadro II.¹²⁵ Ou então, como o ECDD concluiu, por exemplo, nos casos do khat, tramadol e quetamina, elas não deveriam ser colocadas de todo sob controlo internacional. Entre crescentes tensões diplomáticas acerca de alterações recentes no panorama das políticas para a canábis, o ECDD parece ter optado deliberadamente por limitar as suas recomendações à aceitação de usos médicos, abstendo-se de quaisquer recomendações que pudessem alimentar ainda mais as tensões políticas existentes sobre a tendência de regulação legal. No entanto, deixar que considerações políticas influenciem as suas recomendações compromete o mandato da OMS baseado na evidência científica dentro do sistema de tratados das Nações Unidas para o controlo de drogas.

Manter a canábis no quadro I (e transferir para lá o seu componente THC e o equivalente sintético dronabinol), isentando apenas algumas misturas no quadro III criadas como preparações farmacêuticas, acarreta o risco de dar tratamento preferencial a um número limitado de produtos patenteados de empresas farmacêuticas em detrimento de uma vasta gama de produtos mais naturais da canábis com propriedades medicinais semelhantes. Além disso, ao tentar permanecer à margem da controvérsia política, com a sua recomendação de manter a canábis no quadro I, supostamente fundamentada numa revisão da última evidência científica, o ECDD, na verdade, ratifica os argumentos altamente duvidosos com base nos quais a canábis foi inicialmente inserida nos quadros do tratado. Embora seja importante que a OMS tenha finalmente reconhecido o uso médico da canábis, as recomendações do ECDD demonstram a incapacidade de o atual sistema de classificação corrigir erros históricos e assegurar que a evidência científica prevaleça sobre a ideologia. Neste momento crucial para o futuro do regime internacional de controlo de drogas, é mais do que nunca necessário que os órgãos mandatados da ONU emitam orientações baseadas na evidência científica.

UMA ESCALA RACIONAL DE DANOS

Há bons argumentos para a necessidade de procurar sinergias entre as políticas de drogas e as do álcool, nem que seja por frequentemente terem como alvo as mesmas populações e os mesmos contextos. Os atuais modelos de políticas também enfrentam grandes desafios com o crescimento do mercado de “legal highs” e o abuso de produtos farmacêuticos. Numa perspectiva de saúde pública, isto realça a necessidade de uma abordagem mais abrangente que abarque substâncias lícitas e ilícitas, bem como eventualmente outras dependências comportamentais. O desafio é duplo: ponderar, por um lado, em que medida se justifica esta visão abrangente e, por outro, como esta perspectiva se poderá traduzir num quadro regulamentar e de controlo adequado.¹²⁶

A União Europeia, os Países Baixos, a Nova Zelândia e o Reino Unido envidaram grandes esforços para conceber um sistema de classificação baseado na evidência científica, o que não é tarefa fácil. No entanto, a tentativa mais avançada conseguida até ao momento foi a “análise de decisão multicritério” dos danos causados pelas drogas, que foi desenvolvida pelo professor David Nutt e os seus colegas no Independent Scientific Committee on Drugs (Comité Científico Independente sobre as Drogas) no Reino Unido.¹²⁷

Uma complicação importante é, porém, o facto de, contrariamente ao que acontecia nos primórdios da avaliação de substâncias, hoje os cientistas terem consciência de que as propriedades que produzem dependência não são apenas uma função da substância, incluem também a via de administração e a forma de dosagem. Por conseguinte, a suscetibilidade à dependência pode variar para as diversas preparações da mesma substância.¹²⁸

Outra crítica apontada por Peter Reuter é presumir-se que os danos são intrínsecos à droga e não o resultado da droga e da sua regulamentação. E isso está claramente errado. Por exemplo, a mortalidade associada ao consumo de heroína é muito menor se ela for adquirida em farmácia, com quantidade e pureza especificadas para ser injetada com uma agulha esterilizada em vez de ser comprada numa transação clandestina com adulterantes desconhecidos para ser injetada com uma agulha usada.¹²⁹

A integração de uma previsão das respostas do mercado na decisão de classificação é difícil, mas crucial para a eficácia de um sistema de classificação baseado na evidência científica. Se a disponibilidade de uma determinada substância no mercado cinzento ou ilícito de drogas for restringida, a que alternativas o consumidor poderá eventualmente recorrer? E elas são melhores ou piores do que a substância que está a ser retirada do mercado? A dimensão da base de consumidores existente é outro fator que pode afetar a decisão entre proibição e regulação. Não deve ser uma decisão de ânimo leve transformar em criminosos um grande número de cidadãos cumpridores e que são consumidores habituais.¹³⁰

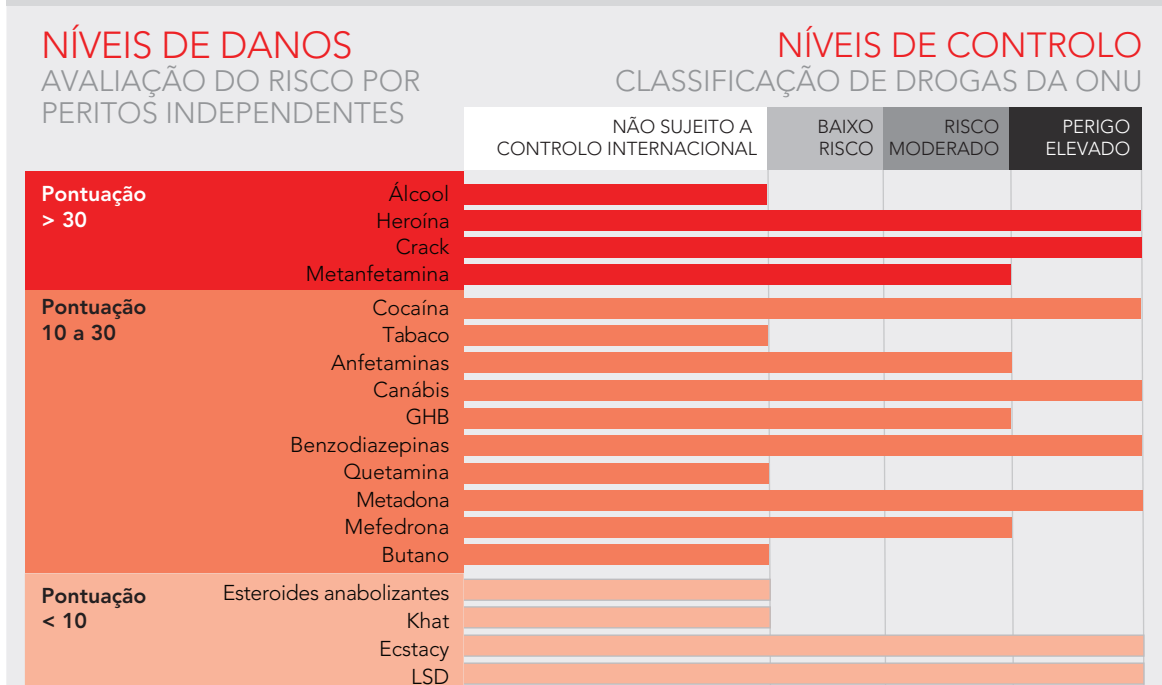
Tem sido dada pouca atenção a um vasto leque de outros instrumentos legais e mecanismos de controlo potencialmente úteis, que já foram aplicados na Europa com algum efeito para substâncias psicoativas específicas. De acordo com o relatório do Reino Unido sobre as respostas às NSP, valeria a pena explorá-las e avaliar os diferentes resultados. Isto inclui uma potencial reforma de longo prazo para providenciar um quadro geral a adotar na abordagem a todas as substâncias psicoativas.¹³¹

Poderia ser desenvolvido um novo quadro ou uma nova lei de controlo de substâncias nocivas para consolidar uma vasta gama de disposições legais existentes para drogas controladas com aquelas, pelo menos, aplicáveis ao álcool e ao tabaco, e até talvez com as que cobrem o controlo de medicamentos e venenos. Isto seria vantajoso para eliminar a grande confusão existente na atual legislação de controlo das drogas, oferecendo uma oportunidade para remover as anomalias que têm crescido ao longo dos anos.¹³²

A questão sobre a incoerência registada em comparação com o controlo do álcool e do tabaco tem, de facto, aparecido na agenda do ECDD. Uma revisão crítica do tabaco publicada em 1999 concluiu que fumar tabaco produz dependência, causa graves problemas de saúde pública e não tem uso terapêutico. Todavia, na altura da adoção das convenções relevantes e a julgar pela medida de controlo prevista, pelos critérios de classificação especificados e pelas substâncias já sob fiscalização, as medidas existentes para controlo internacional de estupefacientes e substâncias psicotrópicas parecem não ser adequadas para controlar o tabaco, uma substância natural causadora de dependência e consumida em larga escala para fins não médicos. Apesar de novas informações indicarem que os riscos para a saúde são maiores do que os anteriormente conhecidos, o tabaco não cumpria os critérios para classificação ao abrigo das convenções internacionais para controlo de drogas. Além do mais, uma vez inserido na lista, a total proibição seria a única medida de controlo aplicável ao tabaco, dado que a oferta regulamentada de substâncias controladas não é permitida para fins que não sejam médicos nem científicos.¹³³

Por conseguinte, em vez disso, a OMS iniciou um procedimento para desenvolver uma convenção-quadro que incluísse uma estratégia para os Estados-Membros adotarem uma política geral de controlo do tabaco e para lidarem com aspetos do controlo do tabaco que transcendem as fronteiras nacionais.¹³⁴ O resultado foi a adoção da Convenção-Quadro da OMS para Controlo do Tabaco em 2003.¹³⁵ De igual modo, em 2012, houve uma breve discussão sobre se o etanol (álcool etílico) deveria ser considerado para pré-revisão. Porém, salientando que já tinha sido lançado um processo com vista a uma Estratégia Global da OMS para Reduzir o Consumo Nocivo de Álcool, o Comité de Peritos reconduziu o assunto para consideração numa futura reunião.¹³⁶

FIGURA 6 Classificação de drogas – níveis de danos versus níveis de controlo



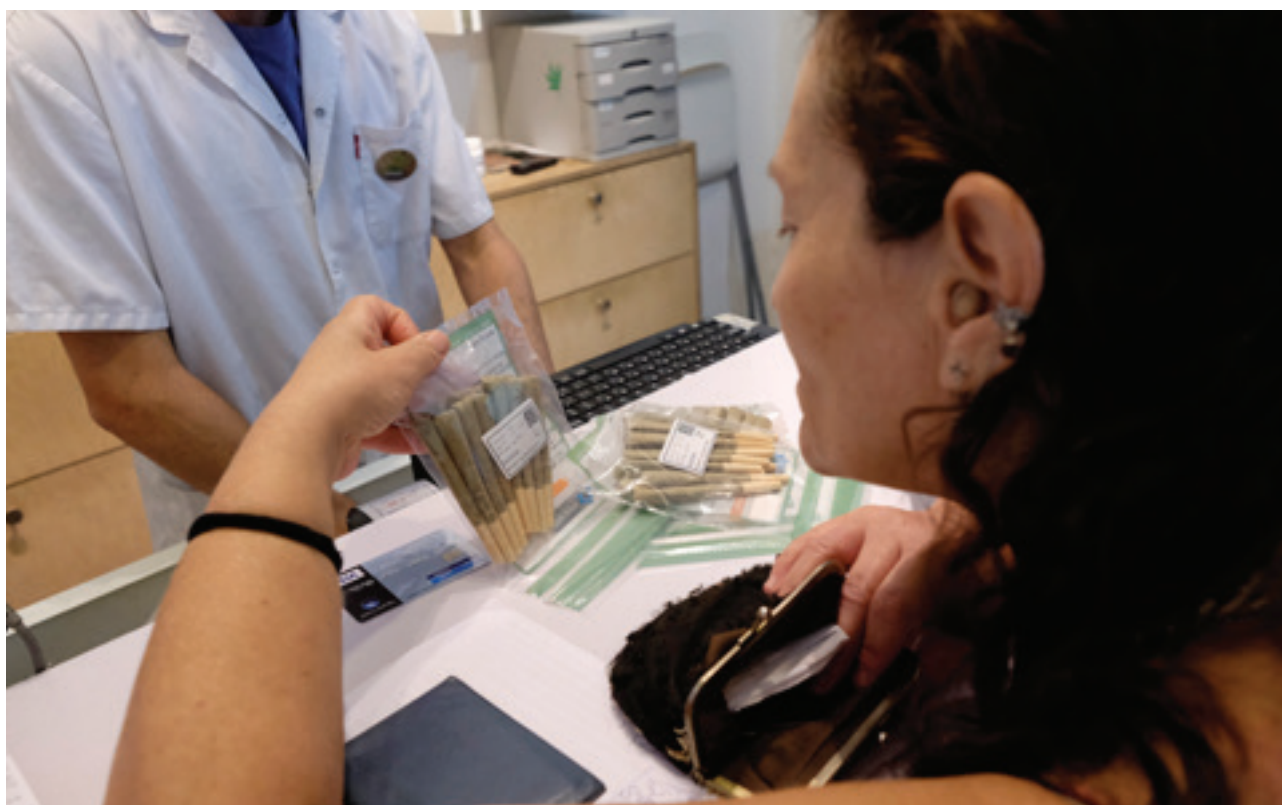
Fonte: Este gráfico baseia-se no modelo científico da autoria de David Nutt et al. (Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis, The Lancet, [https://doi.org/10.1016/S6-61462\(10\)6736-0140](https://doi.org/10.1016/S6-61462(10)6736-0140)) e sua avaliação dos vários danos causados por drogas consumidas para fins recreativos no Reino Unido, utilizando uma análise de decisão com critérios múltiplos, e Quadros da Convenção Única de 1961 sobre os Estupefacientes, modificada pelo Protocolo de 1972, na versão de 16 de maio de 2018, e Listas da Convenção de 1971 sobre Substâncias Psicotrópicas, na versão de 11 de novembro de 2018.

RECONQUISTAR FLEXIBILIDADE NACIONAL PARA A REGULAÇÃO LEGAL

O boom da canábis medicinal é justificável sob o regime existente de controlo de drogas das Nações Unidas, apesar da sua inclusão no quadro IV e a recomendação associada de total proibição, incluindo para fins médicos, que a OMS recentemente propôs eliminar.¹³⁷ Todavia, não restam dúvidas de que a regulação legal de mercados não médicos não está em conformidade com as disposições dos tratados das Nações Unidas relativos às drogas.

À medida que mais jurisdições se orientam nessa direção, as tensões com os tratados irão aumentar e os estados serão obrigados a explorar opções para reconciliar tais mudanças de política com as suas obrigações perante o direito internacional. No seu relatório de 2018 "Regulação: o controle de drogas responsável", a Comissão Global delineou possíveis reformas para modernizar o sistema internacional de controlo de drogas, que são igualmente relevantes para o sistema de classificação. A primeira opção seria trabalhar progressivamente no sentido de uma nova convenção-quadro única que substitua as três convenções existentes e seja concebida para dar resposta às atuais necessidades e aspirações de todos os Estados-Membros. A nova convenção incluiria um procedimento de classificação aperfeiçoado e mais coerente que estabeleça um melhor equilíbrio entre assegurar a disponibilidade de substâncias controladas para usos legítimos e prevenir o uso problemático. Uma segunda opção seria a revisão dos atuais tratados através de um consenso negociado entre todas as partes; ou a remoção de uma determinada droga das listas dos tratados seguindo uma recomendação da OMS adotada por uma maioria de votos na CND.

A Comissão Global já salientou que a natureza polarizada das opiniões sobre regulação tornam improvável que um novo consenso seja facilmente alcançado e, desde o seu último relatório, a polarização apenas parece ter aumentado. A Comissão Global também apelou anteriormente à revisão e consideração da eliminação da canábis das listas de ambas as convenções de 1961 e 1971. Mas as perspectivas de o processo de revisão recentemente concluído pela OMS resultarem na remoção da canábis das listas dos tratados também não parecem promissoras pelas razões expostas previamente neste relatório. Contudo, existem outras opções para países que pretendam avançar com reformas apesar deste impasse a nível global.



Uma paciente israelita comprando marijuana medicinal com receita médica num dispensário em Tel Aviv.
© Eddie Gerald/laif/Redux 2016

Uma opção unilateral seria um país retirar-se dos tratados relevantes e, em seguida, readir com uma reserva relativamente a artigos específicos que impeçam a regulação legal de uma determinada droga, tal como a Bolívia fez relativamente à folha de coca (caixa 7). De uma forma mais coordenada, vários países com a mesma posição poderiam acordar entre si a modificação de certas disposições dos tratados negociando um acordo "inter se". Esta linha de atuação poderia resolver, por exemplo, o conflito legal dos regimes nacionais de regulação da canábis com os tratados das Nações Unidas.¹³⁸ Um tal acordo "inter se" poderia igualmente abranger o comércio internacional de canábis entre jurisdições regulamentadas para fins não médicos.

CAIXA 7 A reserva da Bolívia relativamente à folha de coca

A derrogação da Bolívia das suas obrigações perante os tratados relativamente à folha de coca representa um exemplo bem-sucedido de um país reivindicar o direito de criar uma exceção para uma substância classificada internacionalmente baseando-se em circunstâncias nacionais especiais. Após uma tentativa abortada em 2009 de retificar a Convenção Única, que coloca a folha de coca na mesma lista da cocaína obrigando as partes a abolir o hábito de mascar folhas de coca num prazo de 25 anos, a Bolívia tornou-se o primeiro país a denunciar o tratado em junho de 2011. No início de 2013, a Bolívia readiriu à Convenção Única, reservando o direito de permitir no seu território: o costume tradicional de mascar folhas de coca, o consumo e uso da folha de coca no seu estado natural; para fins culturais e medicinais; para o seu uso em infusões, e também o cultivo, comércio e posse de folha de coca na medida necessária para estes fins lícitos. Ao mesmo tempo, a reserva tornou claro que a Bolívia continuará a tomar todas as medidas necessárias para controlar o cultivo da coca de forma a evitar o seu abuso e a produção ilícita dos estupefacientes que possam ser extraídos da folha.¹³⁹

Apesar da pressão dos Estados Unidos e de o INCB argumentar que a atitude da Bolívia iria comprometer a integridade do sistema internacional de controlo de drogas,¹⁴⁰ o número de objeções das partes do tratado ficou muito aquém do um terço (62) necessário para a bloquear.¹⁴¹ Contudo, o facto de nenhum dos países que objetou ter considerado a reserva como um obstáculo à reentrada em vigor da Convenção entre eles e a Bolívia¹⁴² poderá ser interpretado como um acordo tácito de que as disposições do tratado relativas a substâncias específicas são, em princípio, separáveis do resto do tratado no que toca à sua aplicação,¹⁴³ um dos critérios para a permissibilidade de uma reserva ou modificação "inter se" para derrogar certas obrigações impostas pelos tratados.¹⁴⁴ A aceitação do abandono unilateral da Bolívia em relação ao estatuto de classificação internacional da folha de coca pelas outras partes do tratado criou um importante precedente.

A reserva dirimiu efetivamente o conflito jurídico da Bolívia entre o seu mercado interno da coca e as suas obrigações decorrentes do tratado. O INCB refere-se agora à Bolívia como um lícito produtor de folha de coca: O cultivo do arbusto da coca nesse país para mascar folhas de coca e o consumo e uso da folha de coca no seu estado natural para fins culturais e medicinais, tais como a preparação de infusões, é permitido de acordo com a reserva apresentada pelo país em 2013.¹⁴⁵ Não obstante, a exportação de produtos derivados da coca agora legalmente produzida pela Bolívia mantém-se restringida aos limitados fins lícitos reconhecidos pela Convenção Única. A exportação de produtos naturais da coca que contenham o alcaloide cocaína para outros fins (chá, bebidas energéticas, licores, estimulantes ligeiros, suplementos alimentares) só seria permitida se a folha de coca fosse eliminada da lista do tratado após um processo de revisão por parte da OMS ou se os países importadores tivessem obtido uma reserva similar ou tivessem alcançado um acordo "inter se" de modificação do tratado que permitisse o comércio internacional entre as partes.

O relatório de 2018 da Comissão Global sobre a Regulação afirma que drogas diferentes necessitarão de abordagens diferentes:

“Drogas de risco mais alto justificam claramente um nível mais alto de intervenção do governo no mercado e restrições mais rígidas. A capacidade de variar a intensidade dos controles regulatórios permite a criação de um “gradiente de disponibilidade segundo o risco”, segundo o qual a disponibilidade de drogas é ainda mais restrita à medida que seus riscos aumentam. [...] A oferta regulada não deve, portanto, ser vista como algo que leva inevitavelmente a uma maior disponibilidade de drogas, mas sim permite que as autoridades responsáveis assumam o controle sobre quais drogas estão disponíveis, onde e como. Manter proibições das drogas mais potentes e que oferecem maior risco – por exemplo os opioides sintéticos como carfentanil que podem ser fatais nas menores doses – continuam a ser um imperativo de saúde, e podem ser justificados por alternativas menos potentes e menos arriscadas.”

Será difícil alcançar um consenso sobre a variedade e flexibilidade dos mecanismos de controle adequados para diferentes substâncias. Os exemplos supramencionados do khat e do kratom, porém, que não são fiscalizados ao abrigo das convenções internacionais sobre drogas, mas são sujeitos a vários graus de controle e proibições nacionais, demonstram que é possível a coexistência prática de regimes de controle diferentes para a mesma substância.¹⁴⁶

RECOMENDAÇÃO

Os Estados-Membros das Nações Unidas devem centrar novamente o sistema de classificação internacional no seu ímpeto original de controlo do comércio transnacional, permitindo o desenvolvimento de sistemas inovadores de classificação nacionais.

As restrições de mercado aplicadas a substâncias claramente mais leves, menos prejudiciais e menos potentes devem ser suavizadas, incluindo para “outros usos legítimos” além dos fins médicos e científicos, deixando espaço para, ao abrigo da legislação nacional, serem permitidos usos de cariz social, tradicional, religioso ou de realização pessoal.

OBSERVAÇÕES FINAIS

A INCOERÊNCIA DO ATUAL SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO

Os esforços iniciais envidados para controlar as drogas na primeira metade do século XX estabeleceram um sistema geral centrado no controlo do comércio internacional, mantendo simultaneamente uma certa flexibilidade para dar espaço a políticas nacionais mediante inclusão de “outros usos legítimos”. Esses esforços foram bem sucedidos quer na contenção do comércio desenfreado que se encontrava, em grande medida, nas mãos de empresas e potências coloniais, quer na redução do desvio dessas fontes legais lucrativas para o mercado ilegal.

Posteriormente, a tragédia do sistema internacional de controlo de drogas foi ter-se demonstrado incapaz de evitar o consequente surgimento da produção e do tráfico ilícitos em grande escala. Os princípios proibicionistas e excessivamente punitivos que dominaram as negociações da Convenção Única após a Segunda Guerra Mundial conduziram o regime de controlo de drogas das Nações Unidas na direção errada, com consequências devastadoras: O resultado final de tudo isto é que o modelo no qual as políticas de controlo de drogas historicamente se têm baseado parece estar ou irremediavelmente errado ou a precisar de sérias medidas de correção.¹⁴⁷ A natureza cientificamente duvidosa e a politização de várias decisões cruciais de classificação tomadas inicialmente, perpetuadas posteriormente com base em critérios de “similaridade” e “conversibilidade”, e as incoerências estruturais adicionadas pelas convenções de 1971 e 1988, resultaram num sistema de classificação disfuncional.

A posição de tolerância zero de um grupo significativo de Estados-Membros das Nações Unidas e a burocracia para controlo multilateral de drogas geralmente favorável ao status quo (CND, INCB e UNODC) estão a bloquear tentativas de correção do atual sistema, conforme é evidenciado pela oposição a recomendações de classificação da OMS, e por vezes até interferências. Recomendações para adicionar novas substâncias às listas são normalmente aprovadas, enquanto as recomendações para transferir substâncias para uma lista com controlo menos severo, ou de não classificação de determinadas drogas, enfrentam uma oposição significativa e sistemática. Tal como referiu o Ministro britânico da Administração Interna, nos casos em que há um problema sério e óbvio, mas há dúvidas sobre os potenciais malefícios que serão causados, temos de pecar por excesso de precaução e proteger o público. Na prática, a aplicação de um tal princípio de precaução leva a um preconceito predominante no processo de decisão, favorável à proibição de novas substâncias psicoativas.¹⁴⁸

De acordo com Adolphe Lande, um dos principais arquitetos do regime global, a forma como um país lida com os seus problemas de abuso de drogas normalmente (do ponto de vista do controlo internacional de drogas) não tem interesse internacional, desde que esse país efetivamente evite a exportação ilegal de drogas controladas internacionalmente do seu território para outros países.¹⁴⁹ Recentrar os esforços do controlo internacional nesse objetivo primário original, permitindo aos países que controlem as suas exportações ilegais enquanto, ao mesmo tempo, estabelecem listas nacionais de acordo com as suas necessidades específicas, daria aos países maior flexibilidade na conceção de sistemas de classificação baseados na evidência científica. Diferenças entre jurisdições nos níveis de fiscalização de determinadas substâncias podem coexistir dentro de um regime global, desde que a cooperação internacional se baseie no respeito mútuo por tais variações. Os dois principais mecanismos internacionais de controlo de drogas, o sistema de certificados de importação e autorizações de exportação, bem como a gestão de estimativas e necessidades, são capazes de lidar com variações nacionais e, na verdade, foram concebidos para esse fim.

A Comissão Global apela à adoção de uma abordagem abrangente e interdisciplinar para a conceção de políticas de controlo de drogas e pede o fim da lógica de “silo” que trata o controlo das drogas como uma questão única, classificando-as e impondo a sua proibição com base em listas cientificamente dúbias e pouco fiáveis.

No quadro do Comité Executivo do Secretário Geral foi criada uma nova Equipa Operacional de Coordenação do sistema das Nações Unidas, composta por entidades interessadas do sistema da ONU e liderada pelo UNODC, para apoiar o desenvolvimento e a aplicação de políticas que colocam no centro as pessoas, a saúde e os direitos humanos, solicitar alterações nas leis, políticas e práticas que ameacem a saúde e os direitos humanos das pessoas, assegurar um controlo de drogas baseado nos direitos humanos e fazer face à impunidade de violações dos direitos humanos no contexto de esforços para controlo de drogas, melhorar o acesso a medicamentos controlados para fins médicos e científicos legítimos, incluindo o alívio da dor e o tratamento da dependência, e fornecer aos Estados-Membros uma base de evidência científica necessária à tomada de decisões políticas informadas, contribuindo para a melhor compreensão dos riscos e benefícios de novas abordagens ao controlo de drogas, incluindo as relacionadas com a canábis.¹⁵⁰ A posição comum do sistema da ONU sobre a política de drogas, a primeira posição conjunta da Equipa Operacional de Coordenação, reforça a tendência das políticas globais em direção a uma abordagem centrada no ser humano e baseada nos seus direitos, firmemente ancorada na agenda 2030, salientando a importância crítica de “políticas baseadas na evidência e na ciência para concretização dessa abordagem.”¹⁵¹

A APRECIÇÃO DA SITUAÇÃO ATUAL PELA COMISSÃO GLOBAL

As distinções entre drogas e mercados legais e ilegais não são nítidas. Os mercados de drogas são fluídos; os consumidores tendem a ter uma droga de preferência, mas podem alternar várias vezes entre fontes ilegais e farmacêuticas, dependendo da disponibilidade, da qualidade, da segurança e do preço e, por vezes, recorrem a substâncias não classificadas como o kratom ou as NSP. Os motivos para o consumo de drogas também podem ser muito diversos: tratamento de dependência, automedicação para a dor ou doenças, realização pessoal, manter-se acordado ou adormecer, experiência espiritual ou busca de prazer. A maioria das pessoas que usam drogas para fins recreativos não procuram correr riscos como as pessoas que praticam escalada ou outros desportos radicais. Querem consumir drogas com a máxima segurança possível e querem evitar padrões problemáticos de dependência. Alguns precisarão de tratamento ou outras formas de cuidados de saúde. Tal como a Comissão Global lembrou em diversas ocasiões, apenas 11 por cento das pessoas que usam drogas experienciam um consumo problemático e precisam de apoio médico ou social.

No caso dessas pessoas com padrões de uso problemáticos, a automedicação é um dos motivos mais fortes de consumo excessivo e dependência de drogas. Segundo Edward Khantian, essas pessoas não procuram simplesmente uma forma de escape, euforia ou autodestruição, elas muitas vezes estão a tentar automedicar-se para tratar um conjunto de problemas psiquiátricos e estados emotivos dolorosos. Embora a maioria desses esforços de autotratamento acabem por não trazer resultados positivos, tendo em conta os malefícios e as complicações que têm a longo prazo, padrões instáveis de consumo, etc., os efeitos de curto prazo das suas drogas de eleição ajudam-nas a lidar com estados de angústia subjetivos e uma realidade externa cuja vivência seria, de outro modo, impossível de gerir ou suportar.¹⁵² Para se desenvolver políticas mais eficazes, é essencial compreender melhor esses diferentes motivos e padrões, bem como as opções que as pessoas tomam ao consumir drogas. Um sistema de classificação que não crie estigmas e se baseie na evidência científica pode influenciar e orientar as pessoas para que façam opções mais responsáveis e menos prejudiciais.

PRINCÍPIOS PARA SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO MELHORES:

Para a comissão global, a única resposta responsável a este tema complexo é regulamentar o mercado de drogas ilegais, começando pela elaboração de regulamentos e de um novo sistema de classificação ajustado ao grau de perigo de cada droga e baseado em avaliações científicas sólidas, assim como monitorizar e aplicar esses regulamentos. Isto já acontece com a alimentação, as substâncias psicoativas legais, produtos químicos, medicamentos, isótopos e muitos outros produtos ou comportamentos que implicam um risco de danos.

Enquanto a comunidade internacional continua à procura de um novo consenso, os países devem avançar com a conceção e aplicação de uma política mais racional de classificação, controlo e regulamentação de drogas psicoativas.

Os princípios orientadores para uma abordagem deste género devem incluir o seguinte:

- assegurar a disponibilidade adequada para fins médicos e de investigação;
- abandonar políticas de tolerância zero para dar mais espaço a "outros fins legítimos";
- mostrar maior abertura relativamente a substâncias menos nocivas;
- levar em consideração circunstâncias culturais e sociais locais;
- realizar uma análise de custo-benefício dos potenciais danos e dos presumíveis benefícios;
- aceitar determinados limiares de risco comparáveis a outros riscos aceitáveis para a sociedade, em vez de defender um princípio de precaução absoluta;
- ponderar cuidadosamente as potenciais consequências da classificação de substâncias, considerando respostas previsíveis de consumidores e mercados;
- fazer melhor uso dos instrumentos legais existentes para segurança médica e dos consumidores, em vez do recurso a leis criminais relativas às drogas.

Um sistema de classificação baseado nestes princípios poderia tornar-se num instrumento essencial para orientar alterações de políticas, afastando-as de um quadro exclusivamente proibicionista no sentido de um modelo regulatório flexível, permitindo ainda a orientação gradual do mercado de drogas numa direção passível de causar danos menores.

TESTEMUNHOS



CAROL KATZ BEYER | Relato de uma mãe que perdeu os filhos para o proibicionismo Estados Unidos da América

Enquanto mãe e profissional de saúde confrontada com a perda de dois filhos por overdose relacionada com fentanil, conheço demasiado bem o impacto de uma política antidrogas danosa. Entrevistei inúmeras famílias cujas histórias exigem uma mudança de paradigma, integrando cuidados abrangentes e soluções baseadas na ciência, compaixão e saúde pública. Sou cofundadora da associação Families for Sensible Drug Policy (Famílias para uma Política de Drogas Sensata) que defende uma reforma da política de drogas, bem como a formação dos profissionais no que diz respeito a estratégias e soluções de redução de danos.

Cada vez mais famílias, como a minha, estão a ser prejudicadas pela classificação de drogas como substâncias regulamentadas. Uma política de drogas draconiana encoraja um modelo irrealista e punitivo que exige abstinência, não dando espaço para os jovens experimentarem, circunstância que pode ocorrer por uma grande variedade de razões. No entanto, centrar as atenções no consumo de substâncias como principal problema, não só desvaloriza a caminhada única, a força e os recursos de cada família, como também leva inadvertidamente os nossos entes queridos da experimentação ao consumo problemático.

Os meus próprios filhos, Bryan e Alex, não eram diferentes de inúmeros outros jovens adultos em todo o mundo. Eles praticavam desporto, adoravam música, iam a festas e concertos com os amigos e experimentaram drogas. Como a escola secundária que frequentavam seguia uma política de “tolerância zero”, eles foram testados, deu positivo para cânabís e cocaína e foram forçados a entrar num programa ambulatorio intensivo com pessoas mais velhas que consumiam drogas. Foi-lhes dito para se identificarem como dependentes incapazes, depois foram afastados do desporto, de atividades extracurriculares e dos seus pares. A condição em que se encontravam piorou, mas considerava-se que “bater no fundo” fazia parte do processo de recuperação. Disseram-lhes que eu era “codependente” e “facilitadora” por lhes mostrar amor e defender o seu bem-estar.

Quando o consumo deles se tornou mais nocivo, disseram-nos para os enviarmos para um programa de reabilitação com internamento de 28 dias na Florida. Depois disso, Bryan e Alex alternavam entre desintoxicação, prisão, reabilitação e apartamentos de reinserção. Eles mantinham períodos de sobriedade e pareciam estar a superar a situação. O Bryan frequentou a Universidade de Johnson and Wales, iniciou um negócio e casou! O Alex formou-se na Universidade de Full Sail University, voltou para New Jersey para estar mais perto da família e seguiu a sua carreira! Tragicamente, uma vez que as ruas estão inundadas com fentanil e não existem espaços para um consumo seguro nos quais as recaídas possam ser geridas, os meus lindos meninos perderam a vida em overdoses que eram evitáveis. A perda é inacreditável para a família e os amigos. Não estava nos planos do meu filho mais novo, Devin, visitar a sepultura dos irmãos no dia em que se formou.

As atuais políticas proibicionistas interferem nos direitos humanos das pessoas, bem como na segurança das famílias e do indivíduo. Como mãe, acredito que a postura do governo dos Estados Unidos em relação às drogas contribuiu para a morte dos meus filhos. A Guerra contra as Drogas marginalizou-os, dizendo-lhes que a vida deles não era importante.

O apoio da família é essencial para a recuperação e um relacionamento saudável com as substâncias. Sabemos que o uso problemático resulta de uma interação entre variáveis psicológicas, biológicas e socioculturais. A dependência é chamada de “doença”, mas isso é um mal-entendido. Com programas como o Family Drug Support (Apoio da Família na Droga), as famílias são empoderadas para abordarem, em conjunto, as questões que contribuem para o uso problemático. As pessoas que usam drogas e as suas famílias merecem um apoio que as trate com dignidade, respeito e individualidade.

CONNIE VAN STADEN | De dealer a líder

Connie Van Staden, defensor dos direitos humanos e ativista, SANPUD, África do Sul

Nasci em 1975 numa família com rendimento médio, na zona ocidental de Pretória na África do Sul, durante um período de agitação política. Uma coisa que gostaria de ter alterado na minha infância foi o facto de os meus pais serem ambos alcoólicos. O meu pai era inspetor de gás de uma grande refinaria e a minha mãe trabalhava no setor dos serviços funerários. Ambos eram bons trabalhadores e funcionais, e nós nunca fomos expostos a violência ou qualquer outro estereótipo associado aos “filhos de alcoólicos”. Contrariamente à narrativa habitual, na nossa família havia sempre muito amor, comida suficiente e muitas risadas! Na maior parte do tempo, eramos uma família muito feliz. No entanto, infelizmente ambos sucumbiram ao álcool ainda muito novos. A minha mãe faleceu em 2008 (aos 49 anos) e o meu pai em 2007 (aos 53 anos).

Quando tinha 15 anos, comecei a frequentar bares em Pretória e experimentei químicos psicoativos, nomeadamente ecstasy e LSD.

Logo no dia a seguir a consumir LSD, experimentei heroína e apaixonei-me! Adorei o que a droga fez por mim. Tirou-me toda a dor, todas as amarguras e não interessava que as pessoas dissessem “És um drogado inútil, não tens disciplina, és criminoso, não tens ética.” Nada me poderia aborrecer.

Tornei-me a pessoa para a qual os pais advertiam os filhos! Eu era a pessoa popular n.º 1, aquele que todos queriam conhecer, era quem animava a festa. Claro que muitos dos “pesos pesados” nos bares notaram isso e pediram-me para vender drogas. Isso tornou-se uma ótima forma de financiar o meu próprio vício (que agora se estava a estabelecer rapidamente).

Durante muitos anos, fui um consumidor funcional. Conseguia trabalhar, manter os laços familiares e de amizade e ter contactos sociais regulares. Até consegui concluir o 12.º ano em 1994, mas não continuei os estudos.

Quando tinha cerca de 21 anos, tentei deixar de consumir heroína, mas não consegui. Ela não só era uma barreira entre mim e o duro quotidiano, como também me tinha tornado fisicamente dependente, com sintomas de abstinência terríveis se não usasse.

Quando o meu pai faleceu em 2007, aumentei o consumo, perdi o emprego, fugi de casa e acabei a viver nas ruas. O medo, bem como a falta de recursos e apoios impediam que optasse por mudar. Muitos médicos na altura não sabiam administrar corretamente medicamentos como o Suboxone e a Metadona. O estigma do consumo de drogas e a exclusão social apenas serviam para me manter ainda mais longe de procurar a ajuda que precisava. Eu acho que muito disso advém da falta de formação não só de médicos e enfermeiros, mas também dentro das nossas comunidades.

Em 2015, uma nova organização em Pretória, chamada Step Up, começou a oferecer cuidados de saúde aos consumidores de heroína e trabalhadores do sexo que vivam nas ruas. Eu envolvi-me, pois sentia que podia contribuir com importantes lições de vida. Ao mesmo tempo, lancei uma rede de consumidores de drogas chamada DUG (Drug users of Gauteng), disponibilizando pela primeira vez na África do Sul uma plataforma onde os consumidores locais de substâncias podiam ter voz e um sentido de pertença. Eu fui a primeira pessoa a entrar no projeto Step Up e no programa Troca de Seringas. Hoje há mais de 3.000 pessoas a aceder ao programa e a nossa rede tem 175 membros registados, só no centro da cidade.

Em 2016, o Step Up contratou-me como funcionário pago e, assim, pela primeira vez, tive uma oportunidade para realmente mudar a minha vida. Muitas pessoas perguntam o que me fez decidir mudar. Foi o mero facto de um completo estranho me ter mostrado amor incondicional e respeito. Esta organização não me estava a julgar, independentemente do que eu decidisse fazer com a minha vida, e isso fez-me pensar: se um completo estranho me consegue tratar assim, talvez eu mereça algo melhor. Desde esse dia, comecei a tomar melhores decisões de saúde e cuidado pessoal na minha vida.

Hoje em dia tenho um bom salário, estou em programa de metadona, tenho o meu próprio espaço, um portátil e um telemóvel. Interajo com consumidores de substâncias, agentes da polícia, profissionais de saúde e professores universitários. Tenho orgulho nas mudanças que fiz na minha vida e espero continuar a ser um embaixador para as pessoas que usam drogas no meu país.

DAVID NUTT | Um método para a avaliação holística de substâncias
Imperial College London, Reino Unido

Sou psiquiatra e psicofarmacologista. A minha especialidade é usar drogas/medicamentos para explorar a função cerebral de voluntários saudáveis e pessoas com perturbações psiquiátricas. Uma vez que o cérebro é um órgão acionado por neurotransmissores e as drogas alteram a função dos neurotransmissores, acredito que esta abordagem é a melhor forma de obter informação sobre a função cerebral, especialmente em combinação com técnicas de neuroimagem como PET e fMRI.

Ao longo de uma carreira de quase 40 anos, estudei quase todas as classes de drogas em humanos, incluindo algumas potentes e perigosas, frequentemente alvo de consumo abusivo, como os opioides (heroína, hidromorfona, metadona e buprenorfina), as benzodiazepinas, quetamina e álcool. Posso utilizá-las porque ou são medicamentos ou são drogas legais. Todavia, quando quis estudar substâncias psicadélicas e cânabis, deparei-me com obstáculos por causa do estatuto da Lista 1. O Reino Unido trata-as como muito mais perigosas ou desejáveis (na perspetiva do consumidor) do que as que já mencionei, apesar da esmagadora evidência de que as substâncias psicadélicas são muito seguras (quase sem mortes registadas) e raramente são alvo de consumo problemático. A cânabis é também relativamente segura, tendo sido um medicamento no Reino Unido até 1971.

O impacto disto na minha investigação tem sido imenso. Para guardar e investigar substâncias psicadélicas ou cânabis, preciso de ser alvo de controlo policial especial, superior ao que o que me é exigido antes de poder receitar opioides. Também tenho de obter uma licença especial do Ministério da Administração Interna, que é dispendiosa em termos de tempo (pode demorar até um ano) e custos (cerca de £3000 mais uma taxa de retenção anual). Não são exigidas licenças especiais para guardar ou investigar os opioides acima mencionados, nem para as benzodiazepinas ou quetamina. Isto revela claramente que o objetivo da restrição da Lista 1 não é reduzir o fornecimento de drogas em troca de dinheiro, pois a heroína e a metadona têm um valor de rua muito superior. Além disso, no Reino Unido nunca houve qualquer exemplo de um investigador que vendesse drogas da Lista 1. O medo de desvio é uma desculpa para justificar o atual estado do controlo das drogas.

No nosso primeiro estudo da psilocibina* no tratamento da depressão resistente, por causa dos custos extra incorridos por a psilocibina fazer parte da Lista 1, cada dose custou cerca de £1500, segundo calculei, dez vezes mais do que seria o seu valor se não houvesse restrições. Estes fundos são retirados de bolsas de investigação, minando a sua viabilidade financeira e reduzindo a sua extensão. Também foram precisos mais de dois anos para obter as permissões necessárias à realização do estudo, o que representa um enorme custo de oportunidade perdida.

Se a classificação atual efetivamente reduzisse o uso recreativo de drogas, talvez fosse possível aceitar o efeito asfíxiante que ela tem na investigação e no tratamento clínico. Porém, não há absolutamente nenhuma evidência de que esse seja o caso. Portanto, agora é hora de mudar, para que todos possamos beneficiar.

* Um composto psicadélico natural produzido por determinadas espécies de cogumelos

GILLES FORTE | O mandato atribuído à OMS nas convenções para controlo de drogas
Secretário do Comité de Peritos em Toxicodependência da OMS

A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem a importante função de definir padrões globais, fornecendo recomendações e orientações de saúde pública cientificamente robustas, transparentes e independentes. A OMS tem ainda um mandato especial, previsto nas convenções internacionais para controlo de drogas, para recomendar o nível de controlo internacional aplicável a substâncias com efeitos psicoativos. Essa função é assumida pelo Comité de Peritos em Toxicodependência (ECDD), um órgão consultivo científico e independente da OMS. O trabalho da OMS para reduzir a oferta de substâncias psicoativas nocivas tornou-se uma parte essencial do sistema internacional de controlo das drogas e demonstrou o quão importante é proteger a saúde dos mais vulneráveis.

O ECDD é imprescindível no combate à crise dos opioides e tem recomendado o controlo internacional de muitas novas substâncias psicoativas que têm emergido no mercado ilícito de drogas desde 2014. Em algumas regiões do mundo, especialmente em países com elevado nível de rendimento, a excessiva prescrição de medicamentos opioides levou a maiores taxas de dependência e a uma mudança para o uso de substâncias sintéticas mais fortes, tal como as análogas ao fentanil, que têm contribuído para o aumento das mortes por overdose a nível mundial.

Um destes opioides sintéticos potentes é o carfentanil, usado como adulterante da heroína e que pode produzir efeitos letais com doses extremamente pequenas. O ECDD recomendou a inclusão do carfentanil no nível mais severo de controlo internacional, limitando assim o seu fornecimento para possivelmente salvar vidas.

Embora muitas substâncias psicoativas prejudiciais à saúde pública não tenham uso médico legítimo, muitos medicamentos psicoativos com usos terapêuticos comprovados, como os analgésicos opioides e as benzodiazepinas, podem ser nocivos quando usados de forma desadequada. Uma consequência não intencional do controlo de substâncias com comprovado uso terapêutico é isso limitar o acesso para uso legítimo por parte de pessoas que precisam desses medicamentos passíveis de salvar vidas e de aliviar a dor e o sofrimento. A OMS estima que 83% da população mundial vive em países com baixo ou nenhum acesso a medicamentos controlados para o tratamento de dor moderada a intensa.

O ECDD tem desempenhado um importante papel ao fazer recomendações equilibradas no controlo internacional de medicamentos psicoativos. Estes incluem anestésicos como a quetamina, cujo excelente perfil de segurança significa que pode ser administrada sem o nível habitual de monitorização da anestesia, tornando-a amplamente usada em países de baixo rendimento e em situações de urgência. Isso também inclui medicamentos como o tramadol, um dos poucos analgésicos opioides disponíveis na forma de genérico. Ele é muito usado em países de baixo a médio rendimento e em situações de crise, nas quais o acesso a outros opioides para gestão da dor é limitado ou inexistente.

À medida que o ECDD intensifica o número de substâncias nocivas colocadas sob controlo internacional, nomeadamente canabinoides sintéticos, estimulantes do tipo das anfetaminas e análogos ao fentanil, também assegura que as medidas de controlo internacional não restringem o acesso a medicamentos essenciais.

NEIL WOODS | “Ser duro com as drogas” apenas alimenta mais violência: a perspectiva de um agente da polícia
Law Enforcement Action Partnership, Reino Unido

Eles estavam a usar a violação em grupo como método de controlo e intimidação.

A polícia de Northampton tinha tido algum sucesso na luta contra os traficantes locais de heroína. Isso abriu as portas para que o conhecido gangue de Birmingham, os Burger Bar Boys, tomasse o controlo do tráfico. Os Burgers sabiam qual era a grande verdade sobre a guerra contra as drogas: que “os gangues mais brutais são os mais difíceis de apanhar” – e fizeram saber às pessoas que qualquer colaboração com a polícia não só as colocaria em perigo a si, como também às suas esposas e irmãs.

Foi por isso que fui destacado para trabalhar como agente secreto infiltrado. Passei meses a comprar heroína a estes jovens. A venda de heroína é o mercado mais brutal porque obtém as penas mais pesadas em tribunal. Trata-se de uma droga da classe A e os juízes recebem instruções para punir com maior veemência. Quanto maior é o risco, maior é a interminável corrida às armas da guerra contra as drogas.

Um dia, D não chegou no habitual carro desportivo, mas sim numa carrinha. Trazia outros quatro com ele. D disse: “O que achas?”, um deles respondeu: “Sim, ele é bófia...dá-lhe já, mata-o já”. Apontaram-me uma pistola Glock e mandaram-me despir a camisa e depois as calças. Enquanto eles se riam à minha volta, não sabia se estavam mesmo desconfiados ou se era apenas a maneira normal de aterrorizarem e controlarem os clientes.

Após sete meses de trabalho, eu tinha provas suficientes contra o gangue e toda a sua rede de apoio. 96 pessoas foram presas, muitas delas em grandes rusgas levadas a cabo em série com o apoio de diferentes forças policiais. Um agente do serviço de inteligência mais tarde disse-me que, por causa de todo aquele esforço, o fornecimento de heroína e crack tinha sido interrompido por, talvez, duas horas.

Cada um dos Burger Bar Boys foi condenado a 10 anos de prisão numa celebração pública de “ser duro com o tráfico”. Tudo o que o gangue seguinte aprendeu foi a ser ainda mais violento para evitar a captura.

“Sucessos” como o meu não são casos isolados. A polícia de todo o mundo é mesmo boa a apanhar traficantes de droga. Mas isso faz parte do problema. Onde a ameaça de prisão é alta, a ação da polícia torna os gangues de rua mais violentos, num simples processo darwinista.

No Reino Unido, a situação está a deteriorar-se a passos largos, precisamente devido ao êxito da polícia. Agora crianças são usadas como escudo entre gangsters e polícia. Miúdos de 12 anos são explorados para venderem em nome dos traficantes. Frequentemente são filmados em situações de cariz sexual para serem chantageados, aceitarem transportar pacotes de heroína no reto e venderem o produto a outras pessoas vulneráveis criminalizadas pelo Estado.

Esta é a interminável corrida às armas da guerra contra a droga, eternamente impulsionada por “penas mais pesadas”. Isto só terá um fim quando a sociedade já não puder engolir esta perversão. Até que ponto é preciso chegar?

PEDRO ARENAS | Os problemas da erradicação forçada das culturas

Observatório de Produtores e Cultivos Declarados Ilícitos (Observatorio de Cultivos y Cultivadores Declarados Ilícitos, OCCDI Global), Colômbia

O meu nome é Pedro Arenas. Nasci nas margens de um rio no sudeste da Colômbia. No início dos anos 1980, quando estava a concluir a escola primária, o meu pai não encontrou uma escola onde eu pudesse continuar a estudar. Nesta área rural não havia escolas secundárias. Por isso, como muitos outros adolescentes, fui trabalhar para o campo, na colheita da folha de coca nas plantações da região. Eu mal tinha feito 13 anos quando comecei a ter o meu próprio rendimento.

Lembro-me de ouvir os adultos comentarem que estas culturas eram uma atividade ilegal e que, por isso, podíamos ser presos pelas autoridades a qualquer momento. Perante este medo, os agricultores foram-se deslocando para áreas cada vez mais remotas e ambientalmente mais importantes da floresta. Então continuei a trabalhar na colheita da folha de coca a sul de Guaviare, uma região que hoje assiste à mais alta taxa de desflorestação na Amazônia colombiana.

Nos anos 1990, fumigações aéreas contra culturas de coca com o herbicida glifosato originaram perdas de culturas legais, destruíram economias familiares que se baseavam nesta atividade e conduziram a violações dos direitos humanos. A minha mãe também perdeu a sua cultura e teve de deixar o campo e todos os seus pertences para ir viver para a cidade mais perto e recomeçar a vida.

Nós fizemos manifestações como organizações de camponeses. Eu comuniquei os danos causados às famílias, à sua segurança alimentar e ao ambiente a várias autoridades. Apesar disso, o Estado continuou com a fumigação por mais 21 anos, ignorando as queixas, e nunca investigou os casos de violação dos direitos humanos. Também houve ameaças, ataques e assassinatos de líderes dos protestos. Eu pessoalmente sofri ameaças, perseguições e dois ataques que quase me custaram a vida.

Desde então, tenho-me dedicado ao trabalho de defesa dos direitos humanos dos povos indígenas, agricultores e afrodescendentes que produzem coca para fins tradicionais e culturais, bem como das famílias que o fazem para obter pasta de coca. Vi campanhas que visavam estigmatizar a planta e perseguir os agricultores que com ela ganham o seu sustento.

Posso dizer que os agricultores têm sido punidos com deslocações forçadas e até penas de prisão por exercerem uma atividade que nós vemos como normal. A erradicação forçada apenas teve consequências negativas para as famílias e não tem resultados sustentáveis. Por esse motivo, a meu ver, não devíamos ter políticas de drogas que se medem apenas pela área de cultivo e áreas eliminadas por ano. O cálculo deveria ser feito com base na superação da pobreza e no avanço do desenvolvimento.

REFERÊNCIAS

1. OMS (2011) *Ensuring balance in national policies on controlled substances, Guidance for availability and accessibility of controlled medicines*, p. 1.[pdf] Genebra: Organização Mundial da Saúde. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44519/9789241564175_eng.pdf (acesso de 07 de janeiro de 2019)
2. Davis, C. S. e Anderson, E. D. (2010) *Breaking the Cycle of Preventable Suffering: Fulfilling the Principle of Balance*. *Temple International & Comparative Law Journal*, Vol. 24, No. 2, p. 329. Temple University Legal Studies Research Paper. Disponível em SSRN: <https://ssrn.com/abstract=2011197>
3. INCB (2018) *Yellow List - List of Narcotic Drugs Under International Control, 57th edition* [pdf]. Viena: Conselho Internacional para o Controle de Estupefacientes. Disponível em: https://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/Yellow_List/57th_edition/57th_edition_YL_ENG.pdf (acesso de 07 de janeiro de 2019)
4. INCB (2018) *Green List - List of Psychotropic Substances Under International Control, 29th edition* [pdf]. Viena: Conselho Internacional para o Controle de Estupefacientes. Disponível em: https://www.incb.org/documents/Psychotropics/greenlist/Green_list_ENG_V18-02416.pdf (acesso de 07 de janeiro de 2019)
5. INCB (2017) *Tables of the United Nations Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances of 1988* [pdf]. Viena: Conselho Internacional para o Controle de Estupefacientes. Disponível em: https://www.incb.org/documents/PRECURSORS/TABLES/revised_1988_Conv_Schedules.pdf (acesso de 07 de janeiro de 2019)
6. Para obter uma perspectiva geral esquemática dos requisitos de fiscalização das diferentes listas, consultar: UNODC (2018) *Schedules and control regimes of the Single Convention on Narcotic Drugs of 1961, as amended by the 1972 Protocol, and the Convention on Psychotropic Substances of 1971 - Background material for the Commission on Narcotic Drugs at its 61st session* [pdf]. Viena: Gabinete das Nações Unidas contra a Droga e o Crime. Disponível em: https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_61/Scheduling_paper_short_8_March_final_FINAL.pdf (acesso de 07 de janeiro de 2019)
7. Essas obrigações gerais estão definidas no artigo 4.º da Convenção Única de 1961 sobre os Estupefacientes e no artigo 5.º da Convenção de 1971 sobre as Substâncias Psicotrópicas.
8. UNODC (2006) *Multilingual Dictionary of Narcotic Drugs and Psychotropic Substances under International Control*. Viena: Gabinete das Nações Unidas contra a Droga e o Crime. UN doc. ST/NAR/1 Rev.2
9. Nações Unidas (1961), *Convenção Única de 1961 sobre os Estupefacientes 1961* (modificada pelo Protocolo de 1972), alínea b) do n.º 5 do artigo 2.º. Nova Iorque: Nações Unidas.
10. Nações Unidas (1971), *Convenção sobre as Substâncias Psicotrópicas*, alínea a) do artigo 7.º. Nova Iorque: Nações Unidas.
11. Governo da Índia, Finance and Commerce Department (1895) *Report of the Indian Hemp Drugs Commission* [online]. Calcutá: Governo da Índia. Disponível em: <https://digital.nls.uk/indiapapers/browse/archive/74574096> (acesso de 08 de janeiro de 2019)
12. The New York Times (1892) *Stimulants and Narcotics, book review*. Nova Iorque: New York Times.
13. A Convenção Única permite o uso de folha de coca como produto aromático (n.º 1 do artigo 27.º) e a cultura de cânabis para fins industriais (fibras e sementes, n.º 2 do artigo 28.º); as sementes das três plantas não estão sob controle internacional, permitindo também a cultura de papoilas dormideiras para a produção de sementes e óleo para fins culinários. A Convenção de 1971 permite aos países abrirem exceções para "plantas contendo substâncias psicotrópicas utilizadas tradicionalmente por certos grupos restritos bem determinados na ocasião de cerimônias mágicas ou religiosas" (número 4 do artigo 32.º).
14. Kleiman, M. a. R. (2012) *Commentary on Coulson & Caulkins* (2012): Optimizing drug scheduling. *Addiction*, 107(4), pp. 774–775. doi: 10.1111/j.1360-0443.2012.03814.x. Mark Kleiman é professor de política pública e diretor do programa de Crime e Justiça na Universidade de Nova Iorque.
15. Ibid.
16. House of Commons Science and Technology Committee (2006) *Drug classification: making a hash of it?* [pdf] London: United Kingdom House of Commons, apresentada ao parlamento pelo ministro da Administração Interna a pedido de Sua Majestade, outubro de 2006, p. 24. Disponível em: <https://publications.parliament.uk/pa/cm200506/cmsselect/cmsstech/1031/1031.pdf>, (acesso de 09 de janeiro de 2019).
17. Home Office Crime and Drug Strategy Directorate (2006) *Review of the UK's Drugs Classification System – A Public Consultation* [pdf]. Londres: Reino Unido, p.17. Nota: este é um projeto de documento de consulta cuja publicação, na verdade, não foi aprovada em 2006. O projeto está a ser divulgado ao abrigo da legislação sobre Liberdade de Informação.
18. Birdwell, J. et al. (2011) *Taking drugs seriously: a Demos and UK Drug Policy Commission report on legal highs* [pdf]. Londres: DEMOS. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/34716665.pdf> (acesso de 09 de janeiro de 2019)
19. House of Commons Science and Technology Committee (2006) *Drug classification: making a hash of it?* [pdf] Londres: United Kingdom House of Commons, apresentada ao parlamento pelo ministro da Administração Interna a pedido de Sua Majestade. Disponível em: <https://publications.parliament.uk/pa/cm200506/cmsselect/cmsstech/1031/1031.pdf>, p. 24. (acesso de 09 de janeiro de 2019).
20. Nutt, D. (2009) *Equasy — An overlooked addiction with implications for the current debate on drug harms*, *Journal of Psychopharmacology*, 23(1), pp. 3–5. doi: 10.1177/0269881108099672.
21. Ibid.
22. Comissão Global de Políticas sobre Drogas (2018) *Regulação: o controle de drogas responsável* [pdf] Genebra: Comissão Global de Políticas sobre Drogas, p. 37. Disponível em: <http://www.globalcommissionondrugs.org/reports/regulation-the-responsible-control-of-drugs> (acesso de 08 de janeiro de 2019).
23. Transnational Institute (2003) *The WHO Cocaine Project: TNI publishes banned study*. TNI: Amsterdão, <https://www.tni.org/en/issues/unscheduling-the-coca-leaf/item/266-the-who-cocaine-project>
24. McAllister, W.B. (2020) *Foundations of the International Drug Control Regime, 18th Century through the Second World War*, in Bewley-Taylor, D.R. and Tinasti, K. (eds.) *Research Handbook on International Drug Policy*. London: Edward Elgar Publishing. A publicar.
25. McAllister, W. B. (2004) *The global political economy of scheduling: the international-historical context of the Controlled Substances Act*. *Drug and Alcohol Dependence*, 76(1), pp. 4. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2004.02.012.
26. Lande, A. (1973) *The International Drug Control System*. Appendix, "Drug Use in America: Problem in Perspective," Volume 3, p. 18.
27. Boister, N. e Jelsma, M. (2018) *Inter se Modification of the UN Drug Control Conventions: An Exploration of its Applicability to Legitimise the Legal Regulation of Cannabis Markets*. *International Community Law Review*, 20(5), pp. 481. doi: 10.1163/18719732-12341385.
28. Ibid., p. 36.

29. Ibid., p. 114.
30. Ibid., p. 25.
31. May, H. (1955) *The Single Convention on Narcotic Drugs; Comments and possibilities*. Bulletin on Narcotics, n.º 1, p. 4.
32. Bewley-Taylor, D. e Jelsma, M. (2012) *Regime change: Re-visiting the 1961 Single Convention on Narcotic Drugs*. International Journal of Drug Policy, 23(1), pp. 72–81. doi: 10.1016/j.drugpo.2011.08.003, p. 473.
33. Jelsma, M. (2018) *Connecting the Dots . . . Human Rights, Illicit Cultivation and Alternative Development* [online]. Amsterdam: Transnational Institute, p. 10-11. Disponível em: <https://www.tni.org/en/publication/connecting-the-dots> (acesso de 10 de janeiro de 2019).
34. Boister, N. (2001) *Penal aspects of the UN drug conventions*. The Hague-London-Boston: Kluwer Law International, p. 45. isbn: 978-90-411-1546-1.
35. Bewley-Taylor, D., Blickman, T., Jelsma, M. (2014) *The Rise and Decline of Cannabis Prohibition: The History of Cannabis in the UN Drug Control System and Options for Reform*. Amesterdão/Swansea: Transnational Institute/Global Drug Policy Observatory. Disponível em: https://www.tni.org/files/download/rise_and_decline_web.pdf (acesso de 11 de janeiro de 2019)
36. Lande, A. (1973) op. cit. pp. 114.
37. UNDCP (2000) *Model Drug Abuse Bill 2000, Commentary* [pdf]. Viena: United Nations International Drug Control Programme, p. 8, parág. 27. Disponível em: https://www.unodc.org/pdf/lap_drug-abuse-bill_commentary.pdf (acesso de 10 de janeiro de 2019). As leis modelo da droga estão atualmente em revisão pelo UNODC, o gabinete sucessor do UNDCP.
38. McAllister (2004) op. cit., p. 6.
39. Lande (1973) op. cit., p. 92.
40. McAllister (2004) op. cit., pp. 6-7.
41. Ibid., p. 7.
42. E/4606/Rev.1, Report CND 23, parágrafo 381.
43. ECOSOC Resolutions 1985/15 of 28 May 1985, 1987/30 of 26 May 1987, 1991/44 of 21 June 1991 and 1993/38 of 27 July 1993). Essas resoluções solicitaram às partes para estenderem o sistema de autorização de importação e exportação, exigido pela Convenção de 1971 para substâncias das listas I e II, às substâncias das listas III e IV, bem como para fornecerem ao INCB estatísticas sobre o seu comércio internacional.
44. OMS (2003) *WHO Expert Committee on Drug Dependence - Thirty-third Report*, WHO Technical Report Series 915 [online]. Genebra: Organização Mundial da Saúde, pp 1-2. Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js4896e/> (acesso de 10 de janeiro de 2019)
45. Excerto de: Ibid.
46. *Protocol Bringing under International Control Drugs Outside the Scope of the Convention of 13 July 1931 for Limiting the Manufacture and Regulating the Distribution of Narcotic Drugs, as amended by the Protocol signed at Lake Success, New York, on 11 December 1946*, Paris, 19 de novembro de 1948, Artigo 1.º. A autoridade da OMS, todavia, não era aplicável a ópio bruto, ópio medicinal, folha de coca ou canábis (ver artigo 4.º).
47. Nações Unidas (1973) *Commentary on the Single Convention on Narcotic Drugs, 1961* [pdf]. Nova Iorque: Nações Unidas, p.90. Disponível em: https://www.unodc.org/documents/treaties/organized_crime/Drug%20Convention/Commentary_on_the_single_convention_1961.pdf (acesso de 10 de janeiro de 2019).
48. Ibid.
49. Nações Unidas (1971) *Convenção de 1971 sobre as Substâncias Psicotrópicas*, n.º 5 do artigo 2.º. Nova Iorque: Nações Unidas.
50. Nações Unidas (1976) *Commentary on the Convention on Psychotropic Substances*, Done at Vienna on 21 February 1971 [pdf]. Nova Iorque: Nações Unidas, p. 69. Disponível em: https://www.unodc.org/documents/treaties/organized_crime/Drug%20Convention/Commentary_on_the_Convention_1971.pdf (acesso de 10 de janeiro de 2019).
51. Nações Unidas, *Convenção de 1971 sobre as Substâncias Psicotrópicas*, n.º 5 do artigo 2.º. Nova Iorque: Nações Unidas.
52. Ibid., p.1.
53. INCB (2011) *Report of the International Narcotics Control Board for 2010*. Viena: Conselho Internacional para o Controle de Estupefacientes, p. 35, parág. 217. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=387587> (acesso de 20 de janeiro de 2019)
54. USGAO (2003) *Prescription Drugs, OxyContin Abuse and Diversion and Efforts to Address the Problem*. Washington D.C.: United States General Accounting Office, GAO-04-110.
55. Cicero TJ, Ellis MS, Surratt HL, Kurtz SP (2014) *The Changing Face of Heroin Use in the United States: A Retrospective Analysis of the Past 50 Years*. Chicago: JAMA Psychiatry, 71(7):821–826. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.366
56. Comissão Global de Políticas sobre Drogas (2017) *The Opioid Crisis in North America*, Documento de posicionamento [pdf]. Genebra: Global de Políticas sobre Drogas. Disponível em: <http://www.globalcommissionondrugs.org/wpcontent/uploads/2017/09/2017-GCDP-Position-Paper-Opioid-Crisis-ENG.pdf> (acesso de 20 de janeiro de 2019)
57. OMS (2011) *Ensuring balance in national policies on controlled substances: guidance for availability and accessibility of controlled medicines* [pdf]. Genebra: Organização Mundial da Saúde, op. cit., p. 16. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44519/9789241564175_eng.pdf?sequence=1 (acesso de 21 de janeiro de 2019).
58. Comissão Global de Políticas sobre Drogas (2017) *The Opioid Crisis in North America*, Documento de posicionamento [pdf]. Genebra: Comissão Global de Políticas sobre Drogas. Disponível em: <http://www.globalcommissionondrugs.org/wpcontent/uploads/2017/09/2017-GCDP-Position-Paper-Opioid-Crisis-ENG.pdf> (acesso de 20 de janeiro de 2019)
59. Lande (1973) op. cit., p. 18.
60. Lande (1973) op. cit., p. 123.
61. Comissão Global de Políticas sobre Drogas (2015) *The Negative Impact of Drug Control on Public Health: The Global Crisis of Avoidable Pain* [pdf]. Genebra: Comissão Global de Políticas sobre Drogas. Disponível em: <http://www.globalcommissionondrugs.org/reports/the-negative-impact-of-drug-control-on-public-health-the-global-crisis-of-avoidable-pain> (acesso de 20 de janeiro de 2019).
62. OMS (2007) *Framework: Access to Controlled Medications Programme*. Genebra: Organização Mundial da Saúde. WHO/PSM/QSM/2007.2
63. OMS (2011) *Ensuring balance in national policies on controlled substances: guidance for availability and accessibility of controlled medicines* [pdf]. Genebra: Organização Mundial da Saúde, op. cit., p. 16. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44519/9789241564175_eng.pdf?sequence=1 (acesso de 21 de janeiro de 2019).

64. INCB (2016) *Availability of internationally controlled drugs: ensuring adequate access for medical and scientific purposes : indispensable, adequately available and not unduly restricted, Supplement to the INCB report for 2015 [pdf]*. Viena: Conselho Internacional para o Controlo de Estupefacientes. Disponível em: https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/INCB_Access_Supplement-AR15_availability_English.pdf (acesso de 22 de janeiro de 2019).
65. Nações Unidas, Assembleia Geral (2016) *Our joint commitment to effectively addressing and countering the world drug problem*, Trigesima Sessão Especial da Assembleia Geral. Nova Iorque: Nações Unidas. UN doc A/RES/S-30/1.
66. INCB (2016) *Availability of internationally controlled drugs: ensuring adequate access for medical and scientific purposes : indispensable, adequately available and not unduly restricted, Supplement to the INCB report for 2015 [pdf]*. Viena: Conselho Internacional para o Controlo de Estupefacientes. Disponível em: https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/INCB_Access_Supplement-AR15_availability_English.pdf (acesso de 22 de janeiro de 2019).
67. INCB (2019) *Progress in ensuring adequate access to internationally controlled substances for medical and scientific purposes, Supplement to the INCB report for 2018 [pdf]*. Viena: Conselho Internacional para o Controlo de Estupefacientes. UN doc. E/INCB/2018/1/Supp.1, preface. Disponível em: https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2018/Supplement/Supplement_E_ebook.pdf (acesso de 6 de março de 2019)
68. Consultar: Hallam, C., Bewley-Taylor, D., Jelsma, M. (2014) *Scheduling in the international drug control system*. Amsterdam: Transnational Institute, Series on Legislative Reform of Drug Policies No. 25, TNI/IDPC. Disponível em: https://www.tni.org/files/download/dlr25_0.pdf (acesso de 22 de janeiro de 2019)
69. OMS (2012) *WHO Expert Committee on Drug Dependence, Thirty-fifth Report, WHO Technical Report Series 973*, Genebra: Organização Mundial da Saúde, p 9. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77747/WHO_tr_s_973_eng.pdf (acesso de 22 de janeiro de 2019)
70. INCB (2011) *Report of the International Narcotics Control Board for 2010*. Viena: Conselho Internacional para o Controlo de Estupefacientes, parág. 284-287. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=387587> (acesso de 20 de janeiro de 2019)
71. Hallam, C., Bewley-Taylor, D., Jelsma, M. (2014) *Scheduling in the international drug control system [pdf]*. Amsterdão: Transnational Institute, Series on Legislative Reform of Drug Policies No. 25, TNI/IDPC, pp. 13-14. Disponível em: https://www.tni.org/files/download/dlr25_0.pdf (acesso de 22 de janeiro de 2019)
72. Para o caso de ayahuasca, consultar: Sánchez, C. & Bouso, C. (2015) *Ayahuasca: From the Amazon to the Global Village - An analysis of the challenges associated with the globalisation of ayahuasca*, TNI Policy briefing 43. Disponível em: https://www.tni.org/files/publication-downloads/dpb_43_eng_web_19122015.pdf (acesso de 22 de janeiro de 2019)
73. Metaal, P. & Henman, A. (2014) *Time for a Wake-up Call: An historical and ethnographic approach to the Regulation of Plant-based Stimulants, TNI Policy briefing [pdf]*. Amsterdão: Transnational Institute. Disponível em: https://www.tni.org/files/download/dlr_27_eng-web.pdf (acesso de 22 de janeiro de 2019).
74. Carrier, N., & Gezon, L. (2009) *Khat in the Western Indian Ocean: Regional Linkages and Disjunctures*. Études océan Indien, 42-43(Plantes et Sociétés), 271-297. [11]. <https://doi.org/10.4000/oceanindien.851>
75. OMS (2006) *Assessment of khat (Catha edulis Forsk)*, WHO Expert Committee on Drug Dependence, 34th ECDD 2006/4.4 [pdf]. Genebra: Organização Mundial da Saúde. Disponível em: http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/4.4KhatCritReview.pdf (acesso de 23 de janeiro 2019).
76. INCB (2007) *Report of the International Narcotics Control Board for 2006 [pdf]*. Viena: Conselho Internacional para o Controlo de Estupefacientes, parág. 556. Disponível em: https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2006/AR_06_English.pdf (acesso de 23 de janeiro 2019)
77. Nabben, T. and Korf, D. J. (2017) *Consequences of criminalisation: the Dutch khat market before and after the ban*. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 24(4), pp. 332–339. doi: 10.1080/09687637.2017.1338669.
78. Central Statistical Agency (2018) *Agricultural Sample Survey 2017/18 (2010 E.C.)*, Volume I, Report on Area and Production of Major Crops (Private Peasant Holdings, Meher Season), Statistical Bulletin 586. Addis Ababa: The Federal Democratic Republic of Ethiopia, p. 14.
79. UNODC (2018) *World Drug Report 2018, Executive Summary [pdf]*. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime, p. 9. Disponível em: https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_Booklet_1_EXSUM.pdf (acesso de 24 de janeiro 2019).
80. Cochrane, L., & O'Regan, D. (2016) *Legal Harvest and Illegal Trade: Trends, Challenges and Options in Khat Production in Ethiopia*. *International Journal of Drug Policy*, p. 28. <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2016.02.009>
81. *Ibid.*, p. 33.
82. Tanguay, P. (2011) *Kratom in Thailand*. SSRN Scholarly Paper ID 1908849. London: *International Drug Policy Consortium*. Disponível em: <https://papers.ssrn.com/abstract=1908849> (acesso de 24 de janeiro de 2019).
83. Henningfield, J. E., Fant, R. V. and Wang, D. W. (2018) *The abuse potential of kratom according to the 8 factors of the controlled substances act: implications for regulation and research*. *Psychopharmacology*, 235(2), pp. 574. doi: 10.1007/s00213-017-4813-4.
84. USDEA (2016) *Schedules of Controlled Substances: Temporary Placement of Mitragynine and 7-Hydroxymitragynine Into Schedule I. Federal Register*. Disponível em: <https://www.federalregister.gov/documents/2016/08/31/2016-20803/schedules-of-controlled-substances-temporary-placement-of-mitragynine-and-7-hydroxymitragynine-into> (acesso de 24 de janeiro 2019).
85. Gianutsos, G. (2017) *The DEA Changes Its Mind on Kratom*. *US Pharm*. 2017;41(3):7-9
86. Henningfield (2018) *op. cit.*, p. 575.
87. *Ibid.* p. 585.
88. Georgia House of Representatives (2019) *House Bill 551: Controlled substances; kratom; provisions [pdf]*. Atlanta: Georgia General Assembly. Disponível em: <http://www.legis.ga.gov/Legislation/20192020/183343.pdf> (acesso de 22 de abril de 2019)
89. Utah Senate (2019) *Kratom Consumer Protection Act [pdf]*. Salt Lake City: State of Utah. Disponível em: <https://www.billtrack50.com/BillDetail/1005796> (acesso de 22 de abril de 2019).
90. Sattaburuth, A. (2018) *Medical cannabis, kratom bill passed by NLA*. Bangkok: Bangkok Post. Disponível em: <https://www.bangkokpost.com/news/general/1600566/medical-cannabis-kratom-bill-passed-by-nla> (acesso de 11 de fevereiro 2019).
91. Consultar: Aguilar, S., et al. (2018) *Medicinal cannabis policies and practices around the world [pdf]*. London: International Drug Policy Consortium. Disponível em: <https://idpc.net/publications/2018/04/medicinal-cannabis-policies-and-practices-around-the-world> (acesso de 11 de fevereiro 2019).

90. CARICOM Regional Commission on Marijuana (2018) *Report to the Caribbean Community Heads of Government: Waiting to Exhale - Safeguarding our Future through Responsible Socio-Legal Policy on Marijuana* [pdf]. Georgetown: Caribbean Community Secretariat, p. 62. Disponível em: <https://caricom.org/media-center/communications/news-from-the-community/final-report-report-of-the-caricom-regional-commission-on-marijuana> (acesso de 11 de fevereiro de 2019)
91. Ibid., Terms of Reference, p. x.
92. Ibid., Executive Summary, p. 3.
93. Ibid., p. 30 and p. 64.
94. Ibid., p. 25.
95. CPSTF (2014) *Reducing Tobacco Use and Secondhand Smoke Exposure: Comprehensive Tobacco Control Programs* [pdf]. Atlanta: Community Preventive Services Task Force. Disponível em: <https://www.thecommunityguide.org/sites/default/files/assets/TFRRS-Tobacco-Comprehensive-Control-Programs.pdf> (acesso de 11 de fevereiro de 2019).
96. Ghosh, T. et al. (2016) *The Public Health Framework of Legalized Marijuana in Colorado*. American Journal of Public Health, 106(1), pp. 21–27. doi: 10.2105/AJPH.2015.302875.
Consultar também: Pacula, R. L. et al. (2014) *Developing Public Health Regulations for Marijuana: Lessons From Alcohol and Tobacco*. American Journal of Public Health, 104(6), pp. 1021–1028. doi: 10.2105/AJPH.2013.301766.
97. Hughes, B. & Winstock, A. R. (2012) *Controlling new drugs under marketing regulations*. Addiction, 107(11), 2012, pp. 1894–1899, p. 1. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03620.x>
98. Reuter, P. (2011) *Options for regulating new psychoactive drugs: a review of recent experiences* [pdf]. Londres: UK Drug Policy Commission, p. 24. Disponível em: [https://www.ukdpc.org.uk/wp-content/uploads/Evidence review - Options for regulating new psychoactive drugs_ a review of recent experience.pdf](https://www.ukdpc.org.uk/wp-content/uploads/Evidence%20review%20-%20Options%20for%20regulating%20new%20psychoactive%20drugs_a%20review%20of%20recent%20experience.pdf) (acesso de 11 de fevereiro de 2019).
99. Ibid., p. 4.
100. United Kingdom (2016) *2016 Psychoactive Substances Act*. Londres: Crown, parág. 2. Disponível em: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2016/2/section/2/enacted> (acesso de 12 de fevereiro de 2019)
101. Stevens, A. et al. (2015) *Legally flawed, scientifically problematic, potentially harmful: The UK Psychoactive Substance Bill*. International Journal of Drug Policy, 26(12), pp. 1167–1170. doi: 10.1016/j.drugpo.2015.10.005.
102. Ibid.
103. NPSREP (2014) *New Psychoactive Substances Review - Report of the Expert Panel* [pdf]. United Kingdom: The New Psychoactive Substances Review Expert Panel, p 38. Disponível em: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/368583/NPSexpertReviewPanelReport.pdf (acesso de 13 de fevereiro de 2019)
104. Stevens, A. et al. (2015) *Legally flawed, scientifically problematic, potentially harmful: The UK Psychoactive Substance Bill*. International Journal of Drug Policy, 26(12), pp. 1168. doi: 10.1016/j.drugpo.2015.10.005.
105. Hughes, B. & Winstock, A. R. (2012) *Controlling new drugs under marketing regulations*. Addiction, 107(11), 2012, pp. 1894–1899, p. 1. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03620.x>
106. Ibid.
107. Reuter, P. e Pardo, B. (2017) *New psychoactive substances: Are there any good options for regulating new psychoactive substances?* International Journal of Drug Policy. (New Psychoactive Substances and Human Enhancement Drugs), 40, pp. 117–122. doi: 10.1016/j.drugpo.2016.10.020.
108. Hughes, B. & Winstock, A. R. (2012) *Controlling new drugs under marketing regulations*. Addiction, 107(11), 2012, pp. 1894–1899, p. 1. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03620.x>
109. Reuter, P. e Pardo, B. (2017) *New psychoactive substances: Are there any good options for regulating new psychoactive substances?* International Journal of Drug Policy. (New Psychoactive Substances and Human Enhancement Drugs), 40, pp. 117–122. doi: 10.1016/j.drugpo.2016.10.020.
110. Wilkins, C. et al. (2013) *The new psychoactive substances regime in New Zealand: a different approach to regulation*. Journal of Psychopharmacology (Oxford, England), 27(7), pp. 584–589. doi: 10.1177/0269881113491441.
111. Ibid., p. 587.
112. Ibid.
113. Rychert, M. e Wilkins, C. (2016) *Legal high industry business and lobbying strategies under a legal market for new psychoactive substances (NPS, “legal highs”) in New Zealand*. International Journal of Drug Policy, 37, pp. 90–97. doi: 10.1016/j.drugpo.2016.08.011.
114. Ibid., p. 90.
115. Davis, C. S. e Anderson, E. D. (2010) *Breaking the Cycle of Preventable Suffering: Fulfilling the Principle of Balance*. Temple International & Comparative Law Journal, Vol. 24, No. 2, p. 329. Temple University Legal Studies Research Paper. Disponível em SSRN: <https://ssrn.com/abstract=2011197>
116. Danenberg, E. et al. (2013) *Modernizing methodology for the WHO assessment of substances for the international drug control conventions*. Drug and Alcohol Dependence, 131(3), pp. 175–181. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2013.02.032.
117. INCB (1995) *Report of the International Narcotics Control Board for 1994* [pdf] Viena: Conselho Internacional para o Controle de Estupefacientes, p. 6. Disponível em: https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR1994/AR_1994_E.pdf (acesso de 25 de fevereiro de 2019).
118. Jelsma, M. (2017) *UNGASS 2016: Prospects for Treaty Reform and UN System-Wide Coherence on Drug Policy*. Journal of Drug Policy Analysis, 10(1). doi: 10.1515/jdpa-2015-0021.
119. OMS (2010) *Guidance on the WHO Review of Psychoactive Substances for International Control* [pdf]. Genebra: Organização Mundial da Saúde, p. 30. Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s17538en/s17538en.pdf> (acesso de 25 de fevereiro de 2019).
120. Walsh, J. et al (2019) *The WHO's First-Ever Critical Review of Cannabis: A Mixture of Obvious Recommendations Deserving Support and Dubious Methods and Outcomes Requiring Scrutiny* [pdf] Amesterdão: Transnational Institute. Disponível em: https://www.tni.org/files/publication-downloads/who-cannabis-wola_tni_gdpo-march_2019.pdf (acesso de 19 de março de 2019).
121. Nota do Secretariado do 62.º CND (2019) *Changes in the scope of control of substances: proposed scheduling recommendations by the World Health Organization on cannabis and cannabis-related substances*. Viena: Comissão dos Estupefacientes. UN doc. E/CN.7/2019/12
122. Ibid., p. 7.
123. Ibid., p. 12.

124. Ibidem.
125. Nações Unidas (1973) *Commentary on the Single Convention on Narcotic Drugs, 1961* [pdf]. Nova Iorque: Nações Unidas, p.90. Disponível em: https://www.unodc.org/documents/treaties/organized_crime/Drug%20Convention/Commentary_on_the_single_convention_1961.pdf (acesso de 19 de março de 2019).
126. EMCDDA (2010) *The State of the Drugs Problem in Europe: Annual Report 2010* [pdf]. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, p. 14. Disponível em: http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/926/EMCDDA_AR2010_EN_242720.pdf (acesso de 21 de março de 2019).
127. Nutt, D. J., King, L. A. and Phillips, L. D. (2010) *Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis*. *The Lancet*, 376(9752), pp. 1558–1565. doi: 10.1016/S0140-6736(10)61462-6.
128. Danenberg, E. et al. (2013) *Modernizing methodology for the WHO assessment of substances for the international drug control conventions*. *Drug and Alcohol Dependence*, 131(3), pp. 179. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2013.02.032.
129. Reuter (2011) *Op. Cit.* p. 25.
130. Ibidem.
131. Birdwell J., Chapman J., Singleton N. (2011) *Taking Drugs Seriously: A Demos and UK Drug Policy Commission Report on Legal Highs* [pdf]. Londres: Demos, p. 105. Disponível em: <https://demos.co.uk/project/taking-drugs-seriously/> (acesso de 21 de março de 2019)
132. Ibid., p. 112.
133. OMS (1999) *Expert Committee on Drug Dependence, Thirty-first report* [pdf]. Genebra: Organização Mundial da Saúde, WHO Technical Report Series 887, p. 13. Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s16238e/s16238e.pdf> (acesso de 22 de março de 2019).
134. Ibidem.
135. Consultar: OMS (2003) *WHO Framework Convention on Tobacco Control* [pdf]. Genebra: Organização Mundial da Saúde. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42811/9241591013.pdf?sequence=1> (acesso de 22 de março de 2019).
136. OMS (2012) *Expert Committee on Drug Dependence, Thirty-fifth report* [pdf]. Genebra: Organização Mundial da Saúde, WHO Technical Report Series 973, p. 16. Disponível em: https://www.who.int/iris/bitstream/10665/77747/1/WHO_trsr_973_eng.pdf?ua=1 (acesso de 22 de março de 2019).
137. Ghebreyesus, T. A. (2019) Letter to António Guterres, UN Secretary General, Annex 1- *Extract from the Report of the 41st Expert Committee on Drug Dependence: Cannabis and cannabis-related substances* [pdf]. Genebra: Organização Mundial da Saúde. Disponível em: https://www.who.int/medicines/access/controlled-substances/UNSG_letter_ECDD41_recommendations_cannabis_24Jan19.pdf?ua=1 (acesso de 25 de março de 2019).
138. Jelsma, M. et al (2018) *Balancing Treaty Stability and Change: Inter se modification of the UN drug control conventions to facilitate cannabis regulation*. Swansea: The Global Drug Policy Observatory, pp. 9-11. Disponível em: <https://www.tni.org/en/publication/balancing-treaty-stability-and-change> (acesso de 25 de março de 2019).
139. Nações Unidas (2012) *Bolivia (Plurinational State of): Communication*. Nova Iorque: Nações Unidas. UN doc. C.N.829.2011. TREATIES-28 (Depositary Notification).
140. INCB (2011) *International Narcotics Control Board Regrets Bolivia's Denunciation of the Single Convention on Narcotic Drugs*. Viena: United Nations Information Service, press release UNIS/NAR/1114
141. TNI/WOLA (2013) *Bolivia wins a rightful victory on the coca leaf - Creates a positive example for modernizing the UN drug conventions*, press release. Os países do G8 (Estados Unidos, França, Alemanha, Itália, Japão, Reino Unido, Canadá e Federação Russa) mais Suécia, Países Baixos, Portugal, Finlândia, Israel e Irlanda; o México retirou a sua objeção original em novembro de 2018.
142. Consultar, por exemplo, C.N.361.2012.TREATIES-VI.18 (Depositary Notification), *United States of America: Objection to the Reservation Contained in the Communication by the Plurinational State of Bolivia, 3 July 2012*.
143. Nações Unidas (1980) *Vienna Convention on the Law of Treaties of 1969* [pdf]. Nova Iorque: Nações Unidas, Separability of treaty provisions, Article 44. Disponível em: <https://treaties.un.org/doc/publication/unts/volume%201155/volume-1155-i-18232-english.pdf> (acesso de 25 de março Consultar: de 2019).
144. Boister, N. e Jelsma, M. (2018) *Inter se Modification of the UN Drug Control Conventions: An Exploration of its Applicability to Legitimise the Legal Regulation of Cannabis Markets*. *International Community Law Review*, 20(5), pp. 487. doi: 10.1163/18719732-12341385.
145. INCB (2019) *Report 2018 - Estimated World Requirements for 2019 - Statistics for 2017* [pdf]. Viena: Conselho Internacional para o Controlo de Estupefacientes, p. 22. Disponível em: https://www.incb.org/incb/en/narcotic-drugs/Technical_Reports/2018/narcotic-drugs-technical-report-2018.html (acesso de 22 de março de 2019).
146. Boister, N. e Jelsma, M. (2018) *Inter se Modification of the UN Drug Control Conventions: An Exploration of its Applicability to Legitimise the Legal Regulation of Cannabis Markets*. *International Community Law Review*, 20(5), pp. 488. doi: 10.1163/18719732-12341385.
147. Griffiths, P., Evans-Brown, M. and Sedefov, R. (2013) *Getting up to speed with the public health and regulatory challenges posed by new psychoactive substances in the information age*. *Addiction*, 108(10), pp. 1701. doi: 10.1111/add.12287.
148. Reuter (2011) *op. cit.*, p. 1.
149. Lande (1973) *op. cit.*, p. 123.
150. CND (2019) UN system coordination Task Team on the Implementation of the UN System Common Position on drug-related matters, *What we have learned over the last ten years: A summary of knowledge acquired and produced by the UN system on drug-related matters*, Conference room paper submitted by the Secretary-General, March 2019, Annex I: United Nations system common position supporting the implementation of the international drug control policy through effective inter-agency collaboration, pp. 44-47. Disponível em: https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_62/ECN72019_CRP10_V1901490.pdf (acesso de 22 de março de 2019).
151. UN Chief Executives Board for Coordination (2019) *Summary of deliberations* [pdf]. Nova Iorque: Nações Unida, p. 3. Disponível em: <https://www.unsceb.org/CEBPublicFiles/CEB-2018-2-SoD.pdf> (acesso de 25 de março de 2019).
152. Khantzian EJ. (1985) *The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence*. *American Journal of Psychiatry*, 142(11), pp. 1259–1264. doi: 10.1176/ajp.142.11.1259.

RECURSOS ADICIONAIS

www.anyoneschild.org

www.beckleyfoundation.org

www.druglawreform.info

www.drugpolicy.org

www.genevaplatform.ch

www.hri.global

www.hrw.org

www.intercambios.org.ar

www.icsdp.org

www.idhdp.com

www.idpc.net

www.inpud.net

www.incb.org

www.menahra.org

[www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/Pages/
WorldDrugProblem.aspx](http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/Pages/WorldDrugProblem.aspx)

www.politicadedrogas.org/PPD

www.sdglab.ch

www.talkingdrugs.org

www.tdpf.org.uk

www.unaids.org/en/topic/key-populations

www.unodc.org

www.wola.org/program/drug_policy

www.wacommissionondrugs.org

www.who.int/topics/substance_abuse/en/

RELATÓRIOS DA COMISSÃO GLOBAL DE POLÍTICA SOBRE DROGAS

[\(http://www.globalcommissionondrugs.org/reports/\)](http://www.globalcommissionondrugs.org/reports/)

Guerra às Drogas (2011)

The War on Drugs and HIV/AIDS: How the Criminalization of Drug Use Fuels the Global Pandemic (2012)

The Negative Impact of Drug Control on Public Health: The Hidden Hepatitis C Epidemic (2013)

Sob Controle: Caminhos para Políticas de Drogas Que Funcionam (2014)

The Negative Impact of Drug Control on Public Health: The Global Crisis of Avoidable Pain (2015)

Avanços na Reforma de Política sobre drogas: uma nova Abordagem à Descriminalização (2016)

The World Drug Perception Problem: Countering Prejudices against People Who Use Drugs (2017)

Regulação: o controle de drogas responsável (2018)

DOCUMENTOS DE POSICIONAMENTO DA COMISSÃO GLOBAL DE POLÍTICA SOBRE DROGAS

<http://www.globalcommissionondrugs.org/position-papers/>

The Opioid Crisis in North America (Outubro de 2017)

Drug Policy and the Sustainable Development Agenda (Setembro de 2018)

Drug Policy and Deprivation of Liberty (Junho de 2019)

AGRADECIMENTOS

Coordenação Técnica

Martin Jelsma
Khalid Tinasti

Painel de Especialistas

Ebtesam Ahmed
Leandre Banon
Wim Best
Nuria Calzada
Sandeep Chawla
Adeeba Kamarulzaman
Diederik Lohman
Connie Van Staden

SECRETARIADO DA COMISSÃO GLOBAL DE POLÍTICA SOBRE DROGAS

Khalid Tinasti
Barbara Goedde
Eric Grant
Anna Iatsenko
Conrad Chahary

APOIOS

Open Society Foundations
Virgin Unite
Oak Foundation
The Swiss Federal Department of Foreign Affairs

CONTACTOS

secretariat@globalcommissionondrugs.org
www.globalcommissionondrugs.org



COMISSÃO GLOBAL DE POLÍTICA SOBRE DROGAS

COMISSÃO GLOBAL DE POLÍTICA SOBRE DROGAS

O propósito da Comissão Global de Política sobre Drogas é promover, a nível internacional, uma discussão bem informada e baseada na ciência sobre formas mais humanas e eficazes para a redução dos danos causados pelas drogas às pessoas e sociedades.

METAS

- Rever os pressupostos básicos, a eficácia e as consequências da abordagem punitiva da “guerra contra as drogas”
- Avaliar os riscos e benefícios de diferentes respostas nacionais ao problema das drogas
- Desenvolver recomendações úteis e baseadas em evidências para uma reforma construtiva das leis e políticas.

