



Secretaria Nacional Antidrogas
Gabinete de Segurança Institucional

International Seminar:
Public Policies on Drugs
Brasília • June 2004

Seminário Internacional de
Políticas Públicas sobre Drogas.
Brasília • junho de 2004

Biblioteca - Ministério da Justiça



MJU00059953D15

Secretaria Nacional Antidrogas

Gabinete de Segurança Institucional



**Seminário Internacional de
Políticas Públicas sobre Drogas.**

496351

364,177
S471I
DELEGAL

Brasília • junho de 2004

MJ - BIBLIOTECA

Apresentação

O Excelentíssimo Senhor Presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, em sua primeira Mensagem ao Congresso Nacional, em fevereiro de 2003, enfatizou a "necessidade da construção de uma nova agenda nacional para a redução da demanda de drogas, centrada na integração das políticas públicas setoriais com a Política Nacional Antidrogas, visando a ampliar o alcance das ações, otimizar o emprego dos recursos públicos e maximizar os resultados para a sociedade".

A Política Nacional sobre Drogas completa três anos de vigência em 2004. Desde sua implantação, mudanças têm ocorrido nos cenários nacionais e internacionais que permeiam a sociedade, no campo científico, econômico, político, entre outros.

Dada a importância de assegurar que a Política Nacional sobre Drogas responda adequadamente às necessidades e aspirações da sociedade brasileira, decidiu-se submetê-la a um processo de realinhamento.

Como primeiro passo, de forma a contar com o concurso da experiência de outros países como importante subsídio ao debate sobre a política, foi realizado em Brasília, em 21 de junho de 2004, o Seminário Internacional "Políticas Públicas sobre Drogas". Representantes do Canadá, Itália, Holanda, Portugal, Inglaterra, Suécia e Suíça apresentaram, com grande franqueza, uma síntese das políticas sobre drogas adotadas por seus respectivos governos, destacando tanto os avanços logrados como os percalços enfrentados. Os países participantes no seminário foram escolhidos de modo a propiciar um panorama representativo das diversas visões quanto ao tratamento da problemática das drogas ora vigentes na comunidade internacional.

Com a participação de uma expressiva parcela dos especialistas brasileiros sobre a temática das drogas, dentro e fora dos quadros governamentais, no local do evento ou via teleconferência, o seminário internacional revelou-se profícuo em estimular o diálogo informado com relação a alternativas de política pública sobre drogas.

Em seqüência, uma série de seis Fóruns Regionais sobre Drogas foi realizada, englobando todos os estados e Distrito Federal. Importante ressaltar que esses eventos regionais foram caracterizados como "fóruns da sociedade", uma vez que o Governo Federal

(por meio da Secretaria Nacional Antidrogas) foi tão somente o facilitador dos eventos e a sociedade civil, a protagonista.

Como atividade conclusiva deste processo, está sendo organizado o Fórum Nacional sobre Drogas que terá lugar em Brasília, de 24 a 26 de novembro de 2004, quando as contribuições de cada região serão consolidadas em oficinas temáticas para montagem da proposta de realinhamento da Política Nacional a ser encaminhada à Presidência da República.

Espera-se que a publicação dos resumos do Seminário Internacional "Políticas Públicas sobre Drogas", ao alcançar um maior público, contribua para ampliar o diálogo e a participação da sociedade no realinhamento proposto.

JORGE ARMANDO FELIX

Ministro de Estado Chefe do Gabinete de Segurança Institucional da
Presidência da República
Presidente do Conselho Nacional Antidrogas

Brasil

POLÍTICA NACIONAL ANTIDROGAS DO BRASIL

Paulo Roberto Yog de Miranda Uchoa – Secretário Nacional Antidrogas:

Até junho de 1998, não existia no Brasil uma Política Nacional Antidrogas. O Brasil era considerado um país de trânsito e, em consequência, somente na reunião que aconteceu em junho de 98, por ocasião da Assembléia Geral das Nações Unidas, é que o Brasil aderiu aos Princípios Diretivos da Redução de Demanda de Drogas no Mundo e, a partir daquele momento, sentiu a necessidade de ter uma Política Nacional Antidrogas. O primeiro passo foi dado em novembro de 1998, com o I Fórum Nacional Antidrogas, que ocorreu em Brasília. A partir desse fórum nacional, começaram a ser coletadas as primeiras contribuições da sociedade para aquilo que viria a ser a Política Nacional Antidrogas. Em dezembro de 2001, no II Fórum Nacional Antidrogas, houve a homologação da Política Nacional Antidrogas.

Em 1º de janeiro de 2003, o Senhor Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, ao assumir o governo, manteve a Política Nacional Antidrogas, garantindo assim a sua continuidade e aplicação. Em 17 de fevereiro de 2003, a Presidência da República determinou, em sua *Mensagem ao Congresso*, a integração das políticas públicas com a Política Nacional Antidrogas. Em março de 2003, houve um seminário de governo intitulado "Novos Cenários para a Política Nacional Antidrogas", ao qual compareceram todos os órgãos da República em nível de ministério e trouxeram as suas contribuições para essa integração. Na oportunidade, foi assinado um Protocolo Coletivo de Intenções para as Ações Conjuntas na Política Nacional Antidrogas. Foram 11 os ministérios que assinaram esse documento. Em novembro de 2004, deverá ocorrer o Fórum Nacional sobre Drogas, em que nós buscaremos contribuições da sociedade para o realinhamento da Política Nacional Antidrogas.

É importante mencionar que a nossa Política Nacional Antidrogas observa alinhamento com a *Mensagem do Governo ao Congresso Nacional*, com a Constituição Federal, no que diz respeito aos direitos humanos e às liberdades fundamentais de um Estado de Direito e também está em consonância com os compromissos internacionais firmados pelo País, principalmente com as Convenções da ONU, a começar pela Convenção de 1961.

Nossa Política Nacional Antidrogas tem objetivos e diretrizes. Há objetivos bem-definidos para a redução da oferta e objetivos bem-definidos para a redução da demanda de

drogas. No que diz respeito aos objetivos para a redução da oferta, gostaríamos de destacar alguns:

1. Coibir os crimes relacionados às drogas, para aumentar a segurança do cidadão.
2. Combater o tráfico de drogas e os crimes conexos através das fronteiras terrestres, aéreas e marítimas.
3. Combater a lavagem de dinheiro, como forma de estrangular o fluxo lucrativo desse tipo de atividade ilegal, no que diz respeito ao tráfico de drogas. Ultimamente, o Brasil tem intensificado o combate à lavagem de dinheiro, tem criado uma série de organismos que estão funcionando cada vez mais entrosados, inclusive com uma Estratégia Nacional de Lavagem de Dinheiro, visando a atingir o crime organizado naquilo que ele tem de maior vulnerabilidade, que são os recursos obtidos com a lavagem de dinheiro.

Para atingir esses objetivos, dentro da redução da oferta, temos as seguintes diretrizes:

1. Estimular operações repressivas federais e estaduais, sempre sob a coordenação da nossa Polícia Federal, sem relação de subordinação, haja vista o princípio da independência dos estados, mas com a integração e coordenação por parte da Polícia Federal.
2. Controlar e fiscalizar os insumos que possam ser utilizados para a produção de drogas. Nesse aspecto, o Brasil tem uma posição de destaque na Comissão Interamericana de Combate ao Abuso de Drogas (CICAD), que é um órgão da Organização dos Estados Americanos. Ao Brasil cabe a liderança da comissão que tem por encargo, dentro da Cicad, a coordenação dos trabalhos relacionados ao controle dos insumos, tanto da parte de produtos químicos, como da parte farmacêutica, a cargo da Polícia Federal e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).
3. Priorizar as ações de combate às drogas que se destinam ao mercado interno, sendo elas produzidas ou não no País.
4. Capacitar as polícias especializadas, no âmbito federal e estadual, e estimular os mecanismos de integração. Isso vem sendo feito com muita intensidade, não só pela Polícia Federal, como pela Secretaria Nacional de Segurança Pública.

No que diz respeito à demanda, os objetivos de nossa Política Nacional Antidrogas prevêm:

1. Conscientizar a sociedade brasileira da ameaça representada pelo uso indevido de drogas. Esse uso indevido nada mais é do que o uso das drogas ilícitas e o abuso das drogas lícitas.
2. Educar, formar e capacitar agentes, em todos os segmentos sociais, para a ação de prevenção, fundamentada em conhecimentos científicos e balizada em experiências bem-sucedidas. Quando dizemos "educar, formar e capacitar", é no sentido de realizar ações antes de a droga agir. Não são simples campanhas isoladas, mas um trabalho articulado, um trabalho sistêmico, um trabalho integrado, permanente, de maneira a que realmente possamos atingir os demais objetivos.
3. Implantar uma rede de assistência a indivíduos com transtornos decorrentes de consumo de drogas. A palavra "rede" até nos lembra o tema da nossa Semana Nacional Antidrogas, exatamente dentro do conceito de que "juntos, nós temos mais força" e também de que "gente é dependente de gente" e precisamos trabalhar em rede, precisamos trabalhar articulados.
4. Avaliar com rigor metodológico as diferentes iniciativas terapêuticas, promovendo aquelas que obtiverem resultados favoráveis. Não podemos ter receio, nem medo, de avançar, de nos modernizar. Naturalmente, com rigor metodológico e promovendo as iniciativas terapêuticas que obtiverem resultados favoráveis. Não podemos ter receio de aceitar diferentes iniciativas terapêuticas.
5. Finalmente, reunir, em um órgão coordenador nacional, conhecimentos sobre drogas e as características de seu uso na população brasileira, de forma contínua e atualizada para fundamentar o desenvolvimento de programas e intervenções dirigidas à redução da demanda e da oferta de drogas.

Como diretrizes de prevenção, na redução da demanda de drogas, teríamos:

1. Informação: para prevenir, o primeiro passo é informar.
2. Capacitação: professores, líderes comunitários, pais e religiosos, etc. Capacitar significa dar condições, dar conhecimento, preparar lideranças para o exercício do seu trabalho de multiplicação das informações sobre drogas e também da articulação dos planejamentos e dos projetos. Agora mesmo, o Governo Federal, na Abertura da Semana Antidrogas, lançou

o nosso Projeto de Capacitação de todos os Professores da Rede Pública do País. Vamos começar com a capacitação de 5.000 professores em mil escolas, num projeto-piloto, para depois estendermos a todo o Brasil e aos países irmãos de língua portuguesa. O Governo Federal também lançou o Projeto de Capacitação nas Empresas, que já está em andamento, capacitando todos os membros das Comissões Internas de Prevenção de Acidentes. Então, capacitar lideranças é sumamente importante para atingirmos o objetivo da educação e da informação.

3. Parcerias e responsabilidade compartilhada: quando falamos em parceria, temos de ter parceria com o Poder Legislativo, com o Poder Judiciário, com o Ministério Público e principalmente com a sociedade e seus mais diversos segmentos.
4. Descentralização de ações: por sinal, descentralizar é uma das diretrizes do Governo Federal. Não adianta querermos comandar, de Brasília, aquilo que precisa acontecer no município. Essa descentralização está sendo feita por meio dos Conselhos Estaduais e dos Conselhos Municipais. Isso é descentralização, com um trabalho integrado, articulado. Juntamente com parcerias com a comunidade e a sociedade organizada, certamente chegaremos a bom termo.
5. Estamos fazendo um esforço especial com as populações em faixa de risco. Estamos fazendo um grande diagnóstico sobre crianças e adolescentes de rua. Inclusive, o Ministério da Saúde tem-se dedicado à parte da Aids. Todos sabem do sucesso que o Brasil tem tido no mundo com o seu programa relacionado ao combate à Aids. Temos trabalhado em parceria com a Secretaria Especial de Direitos Humanos, no que diz respeito a abuso sexual sobre crianças, trabalho infantil e uso de drogas, visando as populações em faixa de risco.

No que diz respeito às diretrizes relacionadas a tratamento, recuperação e reinserção social para atingirmos os objetivos da redução da demanda, teríamos:

1. Tratar, recuperar e reinserir socialmente fazem parte de um processo que inclui diferentes etapas, mas que precisam de um esforço permanente e de continuidade. Isso é uma recomendação e é uma diretriz da nossa política.
2. Definir normas mínimas para as instituições de tratamento, recuperação e reinserção social, quaisquer que sejam os modelos de atuação. Isso está em andamento, já foi feito, já está sendo reformulado pelo Ministério da Saúde, com a parceria da sociedade, o que é indispensável para que se possa ter credibilidade em toda a nossa rede.

3. Incentivar a articulação em rede nacional de assistência, da grande gama de intervenções para tratamento e recuperação, inclusive as Organizações Não-Governamentais (ONGs) de reinserção social e ocupacional. Na sexta-feira desta semana teremos o I Seminário Relacionado à Rede Social, buscando discutir o estabelecimento de uma rede social de atendimento ao usuário, com a participação do Ministério de Desenvolvimento Social, do Ministério da Saúde, da Secretaria Especial de Direitos Humanos.
4. Estabelecer procedimentos de avaliação para todas as intervenções terapêuticas e de recuperação, com base em parâmetros comuns, a fim de permitir a comparação de resultados. Isso é sumamente importante para que possamos progredir nessa área.

Como diretrizes na área da redução de danos sociais e à saúde, para atingir os objetivos da redução da demanda, temos:

1. O Brasil reconhecer a estratégia de redução de danos sociais e em saúde como uma intervenção preventiva sem representar prejuízos a outras modalidades e estratégias de redução da demanda. Isso é muito importante. O Brasil está plenamente harmonizado, inclusive no âmbito internacional, com os princípios que norteiam a redução de danos. Estamos às vésperas de um decreto presidencial regulamentando essa matéria, que a Senad, o Gabinete de Segurança Institucional, o Ministério da Saúde e o Ministério da Justiça prepararam.
2. Definir a qualidade de vida e o bem-estar individual e comunitário, como critérios de sucesso e eficácia para a escolha das intervenções e ações da redução de danos.
3. Apoiar e promover a educação, treinamento e a capacitação de profissionais que atuam em atividades relacionadas à redução de danos.

Em relação às diretrizes relacionadas a estudos, pesquisas e avaliações para atingirmos os objetivos de redução da demanda, teríamos:

1. Promover, periódica e regularmente, o levantamento sobre o consumo de drogas lícitas e ilícitas, incentivando pesquisas regionais voltadas para populações específicas. Já temos uma pesquisa nacional, domiciliar, que nos dá o perfil do consumo de drogas no Brasil. Este ano, executaremos uma segunda Pesquisa Nacional Domiciliar, a partir do segundo semestre. Há uma pesquisa em andamento sobre as crianças de rua e uma pesquisa no

universo escolar do ensino médio, em todo o Brasil. Também estamos realizando uma pesquisa a respeito dos padrões de consumo de álcool neste país. O álcool é uma das drogas que mais nos preocupam no seu uso abusivo.

2. Estabelecer um processo sistemático de gestão e de avaliação desta política, de forma a permitir eventuais correções. Nós já estamos trabalhando neste processo de avaliação, adaptando os critérios de avaliação realizados pela Comissão Interamericana de Controle de Abuso de Drogas, procurando trazer o seu mecanismo de avaliação multilateral para aplicação interna no País. Isso possibilitará o acompanhamento da nossa política
3. Implantar o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas, que já está funcionando, inclusive, com alguns detalhes que o diferenciam de outros observatórios internacionais, uma vez que o observatório brasileiro, além de proporcionar condições de acesso às informações e dados sobre drogas, também é uma ferramenta que proporciona condições de gerenciamento do próprio Sistema Nacional de Drogas. Para se ter uma idéia, o Conselho Nacional Antidrogas já tem condições de discutir temas e até mesmo realizar votações, por meio do nosso Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas.

Para finalizar, será realizado o Fórum Nacional sobre Drogas. O I Fórum Nacional Antidrogas visou a estabelecer, construir a política; o II Fórum Nacional Antidrogas teve o objetivo de operacionalizar a política; e o Fórum Nacional sobre Drogas pretende realinhar a política. O Brasil é um país muito grande e para validar esse Fórum Nacional serão realizados, antes dele, seis Fóruns Regionais: um Fórum Regional da Região Sul, abarcando os estados de Santa Catarina, Paraná e Rio Grande do Sul, com o apoio do Conselho Estadual de Santa Catarina; um Fórum Regional da Região Sudeste, abarcando os estados de São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e Espírito Santo; um Fórum Regional da Região Nordeste 1, abarcando os estados da Paraíba, Alagoas, Pernambuco, Sergipe e Bahia, com o apoio do Conselho Estadual da Bahia; um Fórum Regional da Região Nordeste 2, abarcando os estados do Maranhão, Ceará, Piauí e Rio Grande do Norte; um Fórum da Região Norte, abarcando os estados do Norte, à exceção de Tocantins, em Manaus, com o apoio do Conselho Estadual do Amazonas; e um Fórum Regional abrangendo os estados do Centro-Oeste, incluindo o Distrito Federal e Tocantins. Acreditamos que, com esse esforço, estaremos prontos para realizar o Fórum Nacional sobre Drogas, em Brasília, buscando realinhar a nossa política.

Canadá

POLÍTICA NACIONAL SOBRE DROGAS DO CANADÁ

Halina Cyr – Diretora da Unidade de Redução da Demanda de Drogas do Health Canadá

O Canadá é um país com cerca de 30 milhões de pessoas. É altamente urbanizado; mas, devido à sua extensão territorial, tem muitas comunidades isoladas. O Canadá tem um Sistema Federativo de Governo, em que os direitos e poderes constitucionais são divididos entre o Governo Federal e os governos municipais, portanto, em muitos programas, inclusive na Estratégia Nacional Antidrogas, é muito importante estabelecer linhas de ação e colaboração entre as diversas jurisdições.

A Estratégia de Drogas do Canadá foi lançada pela primeira vez em 1987 e tinha o foco principal na educação pública, tratamento/reabilitação e repressão, principalmente contra os motoristas que dirigiam sem estar no pleno uso de suas capacidades mentais e físicas. Naquela época, foi fundado o Centro Canadense de Dependência Química, que é uma organização não-governamental que tem um papel de liderança primordial e ajuda a centrar um foco no esforço nacional para reduzir os danos à saúde, os danos sociais e econômicos associados ao consumo de drogas problemáticas.

A Fase 2 da nossa Estratégia Antidrogas foi iniciada em 1992. Entretanto, os investimentos foram reduzidos, assim vários programas foram cortados. Em 1997, a Estratégia Antidrogas do Canadá foi reativada, mas efetivamente não havia recursos suficientes para as atividades de redução da demanda e os recursos para a repressão também foram reduzidos devido a limitações orçamentárias.

A Estratégia Antidrogas do Canadá é fundamentada em quatro pilares: prevenção, tratamento, redução de danos e repressão. Num período de um ano, foram publicados três relatórios decisivos que proporcionaram os subsídios necessários à renovação da Estratégia Antidrogas do Canadá com os níveis de financiamento apropriados. No relatório apresentado pelo Auditor Geral do Canadá, havia um capítulo intitulado “Drogas Ilícitas – O Papel do Governo Federal”. Também foram publicados alguns relatórios do Senado e do Parlamento. Todos esses relatórios diziam que a Estratégia Antidrogas passava por uma situação crítica e requeriam que fossem tomadas medidas imediatas para enfrentar o problema

das drogas. Exigiam, particularmente, as seguintes medidas: uma liderança fortalecida, aprimoramento na coleta de dados, um maior equilíbrio entre atividades de redução da oferta e demanda e uma maior ênfase na prevenção, tratamento e reabilitação. Devemos ressaltar que todos esses relatórios foram submetidos a uma ampla consulta pública. Em maio de 2003, o Governo Federal anunciou a renovação da Estratégia Antidrogas do Canadá.

A estratégia abrange tanto as drogas lícitas quanto ilícitas, inclusive álcool e prescrição de medicamentos. Usa-se uma abordagem equilibrada para combater tanto a demanda quanto a oferta de drogas.

Em termos dos objetivos principais da Estratégia Antidrogas do Canadá, foi estabelecido que todos eles devem ter indicadores de desempenho e serão mensurados e relatados regularmente. Na realidade, o primeiro relatório que será apresentado ao Parlamento e ao povo canadense será no próximo ano. Será um relatório sobre o progresso e a implementação da Estratégia Antidrogas. Os principais objetivos são: redução da prevalência da dependência de substâncias químicas prejudiciais à saúde; redução na incidência de doenças contagiosas relacionadas à dependência química, tais como HIV/Aids e hepatite; aumento de medidas alternativas da Justiça Criminal, tais como o tratamento compulsório; redução da oferta de drogas lícitas e enfrentamento de novas tendências de drogas emergentes; e, finalmente, a redução dos custos sociais, econômicos e sanitários, associados com o consumo de drogas.

O uso de substâncias problemáticas no Canadá é considerado, primordialmente, uma questão de saúde. É por esta razão que o Ministério da Saúde exerce a Coordenação Nacional da Estratégia Antidrogas do Canadá. Além disso, o Ministério da Saúde fiscaliza a aplicação das Convenções da ONU; supervisiona o cumprimento da Lei Antidrogas e Dependência Química, que é o marco regulatório-chave para o controle das drogas e dependência química; supervisiona a análise das drogas apreendidas; é responsável pelas áreas de promoção, prevenção, financiamento de tratamento, pesquisa e fiscalização.

O Departamento de Justiça cuida da repressão em nível federal, do marco regulatório e dos Tribunais Especiais para Dependentes de Drogas que estejam em tratamento. Na verdade, essa é uma função que ele divide com o Ministério da Saúde. A Segurança Pública e Preparação para Emergências são realmente as principais áreas da ação coercitiva e incluem

a repressão às drogas, programas de conscientização sobre drogas, que são implantados pela Política Nacional. Na verdade, a polícia desempenha um papel proativo, além de ser responsável pelo acompanhamento dos infratores nas instituições federais e do controle de fronteiras. Finalmente, o Ministério de Relações Exteriores do Canadá coordena as relações internacionais e dá apoio a organizações antidrogas no nível internacional.

Cerca de 70% dos novos recursos se destinam à redução da demanda. Esses recursos estão sendo focados em: liderança; geração de conhecimento; parcerias e intervenções; e, finalmente, modernização da legislação e políticas antidrogas. É importante que se considerem essas quatro áreas como prioritárias de investimentos no âmbito federal. No caso das parcerias e intervenções, temos quatro subcategorias importantes que devemos levar em consideração e que compreendem: prevenção, tratamento, redução de danos e repressão.

Neste momento, estamos tentando desenvolver um marco regulatório nacional para enfrentar o uso abusivo de drogas e dependência química no Canadá. O Departamento de Saúde do Canadá, por intermédio do Centro Canadense de Dependência Química, uma organização não-governamental está indagando se alguns parceiros-chave concordariam em se comprometer com uma colaboração de longo prazo para enfrentar o problema do uso abusivo de drogas e dependência química. A parceria entre o Governo e esta ONG tem um formato muito eficaz e tem proporcionado um diálogo bastante honesto em relação a este tema. O Departamento de Segurança Pública e Preparação para Emergências também está envolvido nessas consultas públicas e está buscando subsídios dos diversos membros desses setores para colher maiores contribuições para a agenda coercitiva antidrogas.

O Canadá está interessado em aumentar a participação em organismos internacionais. No ano passado, o Canadá foi eleito Presidente da Comissão Inter-Americana de Controle de Drogas (CICAD). No âmbito da nova Estratégia Antidrogas, foram disponibilizados recursos para apoio a organizações internacionais, tais como o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) e Cicad, bem como para projetos relacionados à questão das drogas e dependência química. O Canadá dá prioridade ao financiamento de projetos que tenham um foco na prevenção e redução da demanda, bem como em compartilhar competências, particularmente em relação à avaliação e políticas e práticas baseadas em evidências.

Uma das principais áreas em que o Canadá precisa investir é no monitoramento, supervisão e pesquisa. Como parte do desenvolvimento desse marco regulatório, haverá uma Agenda de Pesquisa Nacional que subsidiará o marco regulatório nacional. Atualmente, estamos coletando dados de vários levantamentos sobre o assunto, por exemplo, o Levantamento de Dependência Química no Canadá fornecerá a primeira série de dados sobre prevalência e a natureza das drogas usadas no Canadá desde 1984. Também estamos fazendo um levantamento para obter dados da prevalência na região norte do Canadá. A região norte do Canadá é caracterizada por muitas comunidades isoladas e, portanto, não podemos usar a mesma metodologia. Também estamos desenvolvendo outros estudos, como, por exemplo, um estudo sobre a dimensão e o custo do uso de drogas injetáveis e um levantamento sobre a juventude que está nas ruas.

Em 1994 estimou-se o custo da dependência de drogas no Canadá em 9 bilhões de dólares ao ano. Será feito um estudo para atualizar essa questão. Também estão sendo desenvolvidos outros estudos como uma pesquisa sobre maconha, comparando os dados entre o consumo de maconha e cigarro, bem como a ligação entre a maconha e os motoristas.

As parcerias e intervenções são o alvo dos financiamentos para a nova Estratégia Antidrogas do Canadá. Faremos financiamentos para abordar especificamente os quatro pilares principais: intervenção, tratamento, redução de danos e repressão. No âmbito federal, implantamos um novo programa de contribuições, o que significa que temos financiamento disponível para as comunidades para encontrar soluções para o uso abusivo de drogas e dependência química. A idéia é de se trabalhar outras estratégias, como a estratégia de prevenção do crime nas comunidades e a estratégia de redução do número de casos de HIV/Aids e hepatite.

Embora não tenhamos no Canadá muitos dados disponíveis sobre a juventude, alguns dados de prevalência de drogas, como maconha, por exemplo, demonstraram que é realmente necessário concentrar nossos esforços nos jovens. Deslançaremos uma campanha educativa que, em primeiro lugar, terá seu foco no uso de maconha e, posteriormente, será estendida a outras drogas. Uma descoberta-chave quando falamos dos jovens é que eles estão sempre interessados em obter informações objetivas e precisas sobre o uso de drogas e também desejam desenvolver capacidades apropriadas para lidar com as drogas e conseguir recusá-las.

Estamos concentrando nossos esforços no combate aos laboratórios clandestinos e plantação de maconha. Paralelamente a isso, estamos implementando o serviço de análise de drogas e incrementando os serviços de instauração de processos criminais.

A Real Polícia Montada do Canadá recebeu fundos para aprimoramento da identificação de drogas, para treinamento profissional de policiais na identificação de pessoas que têm suas faculdades físicas e mentais prejudicadas pelas drogas, inclusive motoristas. Estamos trabalhando com os nossos colegas do Serviço de Saúde do Canadá e com a Polícia Montada, fazendo uma conscientização junto às comunidades sobre as drogas para que possamos coordenar melhor este trabalho em todo o Canadá.

O Serviço de Saúde do Canadá considera a redução de danos parte do tratamento contínuo, tanto no âmbito de saúde mesmo como social. Uma das principais iniciativas de redução de danos que estamos implementando no momento é o Local Supervisionado para Drogas Injetáveis, em Vancouver. Foi implementado como parte de um projeto de pesquisa e é um dos primeiros locais desse tipo na América do Norte.

Em relação à área de tratamento, no Canadá, os serviços de tratamento e reabilitação são primordialmente de responsabilidade dos estados e municípios. Entretanto, o Serviço de Saúde do Canadá disponibiliza alguns recursos, em sistema de contrapartida, aos estados e municípios para tratamento e reabilitação de dependentes de drogas e álcool. Tais recursos são direcionados, especialmente, para as mulheres e jovens.

Nossas instituições correccionais no nível federal disponibilizam tratamento de substituição, por exemplo, com metadona. Também foram disponibilizados financiamentos adicionais para os Tribunais Especiais para Dependentes de Drogas que estejam em Tratamento. Recentemente, foram criados pelo menos três desses Tribunais Especiais. Atualmente, temos apenas um em Toronto e outro em Vancouver. O objetivo dessas Cortes Especiais é conectar os infratores que estão se submetendo a tratamento a uma série de serviços sociais para garantir a sua estabilidade no longo prazo.

Em relação à área de tratamento, toda a parte de educação profissional e capacitação da mão-de-obra é uma prioridade importante e está sendo financiada nessa nova

Estratégia Antidrogas. Vamos publicar um documento sobre Tratamento e Reabilitação para Motoristas Transgressores por Incapacidade Física ou Mental. Temos também um Guia para Profissionais de Saúde sobre Dependência de Substâncias Químicas Controladas. Isto faz parte de uma iniciativa da Comissão Interamericana de Controle de Drogas (CICAD). Avançaremos também na capacitação de trabalhadores dentro do Programa de Dependência de Drogas e Álcool.

Houve uma alocação de fundos para assegurar que as políticas antidrogas respondam às exigências e tendências que estão surgindo. Na verdade, foi feita a reforma da Legislação sobre Maconha e foram alteradas as penas relativas à posse de pequenas quantidades de maconha e penas em relação ao cultivo da droga. Foi introduzida uma emenda relativa aos motoristas que dirigem sem estar no uso completo de sua capacidade física e mental como resultado de drogas. Entretanto, com a eleição, a análise de todas essas medidas foi interrompida, porque elas ficam sem efeito no término da atual legislatura. Um novo governo assume na próxima semana e caberá a esse governo decidir o rumo que dará a essas medidas e políticas antidrogas.

O segundo ponto é que a Lei sobre Drogas Controladas e Substâncias Químicas é uma lei-chave no Canadá, porque assegura que as substâncias controladas estejam disponíveis para tratamento médico e para fins científicos e industriais e que seu desvio para usos ilícitos seja minimizado. Ela está sendo continuamente atualizada e sofrendo algumas mudanças regulatórias.

Quando finalizarmos as consultas públicas, faremos várias reuniões e mesas-redondas sobre as principais questões temáticas que tiverem sido levantadas nas consultas públicas, tais como: juventude e álcool, o importante papel do governo federal na conscientização que poderia desestigmatizar a questão das drogas e como lidar com os desafios concernentes às populações aborígenes. Portanto, os temas estão surgindo e esperamos reuni-los nos próximos 6 a 8 meses para desenvolver o esboço de um marco regulatório a ser apresentado e discutido num grande fórum em maio do próximo ano.

Holanda

POLÍTICA NACIONAL ANTIDROGAS DA HOLANDA

**Marcel de Kort - Chefe-Adjunto da Unidade de Políticas de Drogas do
Ministério da Saúde da Holanda**

"A política de drogas da Holanda é muito branda. É uma política de *laissez-faire*. É a política da indiferença. É mesmo um completo desastre porque todas as drogas são legais na Holanda." Eu estou apenas citando algumas críticas que foram feitas à nossa política antidrogas por alguns estrangeiros. É verdade que, de uma certa forma, a nossa abordagem é bastante liberal. Entretanto, as características que lhe foram atribuídas e que eu acabei de mencionar devem ser refutadas. Nossa política é liberal, mas não é uma baderna.

A Holanda fica entre a Inglaterra e a Alemanha. É um país muito pequeno e um dos países mais densamente povoados do mundo. A população é de cerca de 16 milhões de pessoas, morando numa área que é praticamente 1/4 do tamanho do estado de Nova Iorque. O comércio e o transporte, tradicionalmente, são as principais indústrias. A Holanda é considerada a porta de entrada da Europa. A cidade de Rotterdam tem o maior porto marítimo do mundo, onde circulam cerca de seis milhões de contêineres por ano. Os holandeses acreditam firmemente na liberdade individual e na separação entre questões de cunho moral, religioso e o Estado.

A população da Holanda é conhecida pelo seu alto senso de responsabilidade pelo bem coletivo. O país tem um sistema social abrangente e todos têm acesso ao sistema educacional e de saúde. A administração é descentralizada, em autoridades locais, e isto se aplica também à política antidrogas.

Por várias razões, a Holanda é bastante vulnerável ao fornecimento e demanda por drogas, em primeiro lugar, pela sua localização geográfica e a importância do comércio e transporte. Em segundo lugar, tem um excelente nível de organização, é um dos países mais densamente povoados do mundo e tem uma sociedade eminentemente urbana. A existência das drogas nesta sociedade é uma realidade e o principal objetivo é impedir o uso das drogas e reduzir os riscos associados às drogas, ao próprio usuário, ao ambiente que o rodeia e à sociedade em geral.

A proteção à saúde é sempre o mais importante a ser considerado. É exatamente por isso que o Ministério da Saúde é o ministério que coordena a Política Nacional Antidrogas. Os três pilares básicos da nossa política – redução da demanda, redução da oferta e ordem pública – são igualmente importantes. Hoje em dia, o foco primordial é na redução da demanda, mas isso não significa que a redução da oferta seja menos importante, pelo contrário.

Nós fazemos uma distinção entre os diferentes tipos de droga, com base nos danos que elas causam. De um lado, a maconha e, do outro lado, as drogas que têm riscos inaceitáveis, como a cocaína e a heroína. Essa distinção legal entre a maconha e as outras drogas data de 1976. A revisão na Lei das Drogas de 1976 foi baseada numa avaliação de risco que levou em consideração os riscos, tanto para o indivíduo, como para a sociedade em geral. Com base no resultado dessa avaliação, estabeleceu-se uma diferença muito clara entre os danos causados pela maconha e por outras substâncias como a cocaína e a heroína. A conclusão foi que essas diferenças deveriam ser refletidas na legislação e na política antidrogas. Uma outra conclusão foi que os riscos à saúde causados pela maconha são muito menores e substanciais do que os riscos sociais que estão ligados à ação criminal contra os usuários de maconha. Em outras palavras, a instauração de um processo criminal contra um jovem usuário de maconha causa muito mais danos a esse jovem do que a própria maconha que ele fuma.

O segundo princípio-chave é que a lei estabelece a diferença com base na natureza do delito, por exemplo, a distinção entre a posse de pequenas quantidades da droga para uso pessoal e posse da droga destinada ao tráfico de drogas. A posse de até 30 gramas de maconha é um delito menor. A posse de mais de 30 gramas é um delito passível de instauração de processo criminal. O uso de drogas não é proibido. A venda de pequenas quantidades de maconha em locais abertos, como as *coffee shops*, é tolerada em condições restritas. Esta tolerância é um instrumento típico da política antidrogas da Holanda e se baseia num princípio legal geral, que é chamado de "princípio da conveniência". Significa que o promotor público pode decidir não processar alguns delitos em favor do interesse comum. A venda de drogas em pequena escala, nas *coffee shops*, é um delito do ponto de vista legal. É ilegal; mas, em determinadas circunstâncias, o infrator não é processado. As condições são as seguintes: as *coffee shops* não podem vender mais de 5 gramas de maconha por transação; definitivamente, não podem vender drogas pesadas, como cocaína e heroína; não podem fazer propaganda de drogas; não podem causar qualquer distúrbio à ordem pública, tanto no interior

da *coffee shop* como do lado de fora; e, finalmente, menores de 18 anos sequer podem adentrar uma *coffee shop*. Caso as *coffee shops* não cumpram estas regras, serão fechadas.

A venda é tolerada para separar o fornecimento de drogas pesadas e drogas leves, para evitar que os usuários de maconha sejam confrontados ou expostos a drogas mais perigosas que lhe sejam oferecidas pelos traficantes. Em segundo lugar, separar os cenários das drogas. Um dos maiores riscos de uma abordagem penal repressiva em relação ao consumo de maconha seria o desenvolvimento de uma subcultura criminosa marginalizante e até uma identidade desviante entre os usuários de maconha. A idéia é que é crucial evitar que os usuários de maconha sejam marginalizados pela sociedade, ou fiquem restritos a determinados nichos sociais. Ao se tolerar as *coffee shops*, está-se protegendo os usuários de *cannabis* das drogas pesadas e das subculturas criminosas. Entretanto, isso não significa que a maconha seja considerada uma droga inofensiva. Certamente, ela não é, mas uma abordagem penal em relação a esse consumo é contraproducente.

A política das *coffee shops* é descentralizada. O município pode decidir se vai aceitar ou não as *coffee shops*. Apenas 100 dos 500 municípios da Holanda têm uma ou mais *coffee shops*, portanto, representam apenas 20%. Atualmente existem 782 *coffee shops* na Holanda, sendo que a maioria fica localizada nas grandes cidades. Geralmente, as *coffee shops* não podem vender bebidas alcoólicas, mas essa regra ainda não foi plenamente implementada. Assim, em Amsterdã, há algumas *coffee shops* que também vendem bebidas alcoólicas, mas gostaríamos de nos livrar desse problema

Muitas pessoas pensam que as drogas são vendidas legalmente na Holanda. Com exceção da venda de maconha em pequena escala nas *coffee shops*, o combate a qualquer outra forma de produção ou venda de drogas é uma alta prioridade. A polícia e os oficiais da alfândega regularmente apreendem grandes quantidades de drogas e colaboram em estrita parceria com outros países no combate às drogas e ao crime organizado. As penalidades para o tráfico de drogas são semelhantes às de outros países.

Com relação aos esforços de redução da demanda, a idéia é que prevenir o uso da droga é melhor do que tratar a dependência, mas a verdade é que não se pode impedir que todos os usuários de drogas comecem a usar drogas, portanto, tratamento de dependência é

melhor que redução de danos e redução de danos é melhor que não fazer nada. Em algumas partes do país, a incidência de HIV/Aids é bastante alta e, graças à prevenção, em outros locais é extremamente baixa.

Em relação ao êxtase, consumido em grande escala nas festas rave, foram tomadas medidas simples, como a limitação do número de pessoas nessas festas, o controle da temperatura, assegurando que haja suficiente água potável para consumo de graça. Com estas medidas, o número de incidentes agudos devido ao consumo de êxtase foi reduzido em cerca de 50%.

Atualmente, é feito um trabalho de prevenção pela Internet. As festas *rave* são anunciadas em sites e esses sites veiculam uma campanha de prevenção.

Mas há drogas ainda mais perigosas no mercado que provocam morte instantânea. Sabemos que essas drogas existem, pois é feita uma testagem de pílulas. Basicamente, os consumidores podem testar suas pílulas de êxtase, por exemplo, em 25 postos de atendimento aos usuários de drogas. Esta medida tem duas finalidades específicas. A primeira é saber quais as drogas que estão no mercado, sabendo que drogas as pessoas estão usando e, quando há pílulas extremamente perigosas no mercado, são feitas campanhas de advertência. Além disto, nesses postos de atendimento, as pessoas são informadas sobre os perigos das drogas. Esta é uma medida direta de esclarecimento da população sobre os riscos do êxtase.

Muitas pessoas acham que o consumo de maconha é extremamente alto na Holanda. Não é, está na média de outros países. O número de consumidores de heroína problemáticos é relativamente baixo, comparando com outros países da Europa. O número de mortes relacionadas ao consumo de drogas é baixo; está relacionado, por exemplo, ao tratamento com metadona e o índice de HIV/Aids entre os usuários de drogas é bastante baixo, exceto em Amsterdã. E a faixa etária dos usuários de heroína é relativamente alta e está aumentando a cada ano, o que significa que quase não se encontram mais usuários de heroína entre os jovens. A idade média dos usuários de heroína na Holanda é de 40 anos de idade. Isso se constitui num problema, porque é pouco provável que eles deixem de usar drogas. Foi feita uma experiência com o uso de prescrição médica de heroína, o que se tornou um grande

sucesso. Essa experiência será ampliada. Está também sendo experimentado o uso de altas doses de metadona, o que também tem tido resultados bastante positivos e existe ainda a experiência de desintoxicação com anestésicos, que tem-se comprovado ser mais eficiente do que outras modalidades de tratamento.

Isto não significa que a política apresentada seja um sucesso absoluto ou que todos os países devam seguir esta política antidrogas. As drogas vieram para ficar; os problemas causados pelas drogas mudam toda hora e não há panacéia alguma para enfrentá-los. A Holanda é um dos maiores produtores de êxtase do mundo. Isso é um problema enorme e a solução tem de ser pela aplicação da lei.

Um outro problema é o aumento do uso de cocaína e uso combinado de drogas. Por exemplo, algumas pessoas misturam cocaína, maconha, álcool, etc. Isso é realmente um problema grave e a solução é a prevenção primária, redução de danos e monitoramento. É preciso acompanhar o que está acontecendo, acompanhar as tendências do uso de drogas.

O terceiro problema é chamado de "porta de trás" das *coffee shops*. Isso significa o suprimento de drogas nas *coffee shops*. Muitas pessoas pensam que é uma situação hipócrita, pois é tolerada a venda de pequenas quantidades de maconha na parte da frente das *coffee shops*, mas o suprimento de drogas na parte de trás é ilegal e passível de processo criminal. Ainda não temos uma resposta para esse problema.

Um outro problema está relacionado aos distúrbios nas ruas que são causados pelos usuários de drogas e pelos traficantes. A resposta é o tratamento compulsório dos dependentes químicos por via judicial. Há alguns abrigos em que os assistentes sociais tentam tirar as pessoas das ruas, dando-lhes comida, local para dormir e tratamento médico. Isso reduz os distúrbios à ordem pública e é bom para a saúde dos dependentes químicos. Finalmente, existem as "salas de usuários". Na Holanda há cerca de 20 salas de usuários, onde as pessoas podem consumir drogas pesadas, tais como cocaína, heroína ou seja lá o que for. Assistentes sociais capacitados ficam nessas salas de usuários e como esses dependentes químicos não estão usando drogas nas ruas, isso reduz os distúrbios nas ruas

e é bom para a ordem pública.

O outro problema é a crítica internacional. Essa é uma questão difícil e a única resposta possível é a troca de informações e a comunicação. Na Holanda, o problema das drogas é levado muito a sério, mas não conseguimos alcançar uma sociedade livre das drogas. Nós tentamos implementar medidas efetivas para problemas específicos e concretos, em muitos casos, no nível local. Os resultados são bastante positivos. A nossa política do uso da maconha realmente não aumentou o consumo significativo de maconha. A política de redução de danos é válida, eficaz e já salvou muitas vidas. Nós nos defrontamos com muitos problemas exatamente porque o problema das drogas é dinâmico. Quando você tem uma resposta para um problema, surge outro, portanto, nós estamos sempre ocupados, tentando encontrar respostas pragmáticas para o problema da dependência química. Assim, necessitamos de uma política antidrogas que seja pragmática e flexível, com soluções inovadoras.

Caso necessitem de mais material escrito relacionado ao uso das drogas, podem acessar o site do Instituto de Saúde Mental e Dependência Química dos Países Baixos (TRIMBOS): www.trimbos.nl e analisar o nosso Relatório Anual de Monitoramento das Drogas. Nesse relatório vocês encontrarão dados e estimativas que certamente irão lhes interessar.

Inglaterra

POLÍTICA NACIONAL SOBRE DROGAS DA INGLATERRA

Trevor Crook – Chefe da Seção de Crack e Interrupção no Fornecimento de Drogas da Diretoria Estratégica de Drogas do Home Office, Inglaterra

A estimativa é 12% da população da Inglaterra tenham consumido drogas ilícitas, pelo menos uma vez, no último ano. A maconha é, de longe, a droga mais usada. Depois, vêm a cocaína, êxtase, anfetaminas, *crack* e heroína. Os índices de uso de *crack*, cocaína e heroína são os menores, mas essas drogas são exatamente as que causam maior dano à saúde.

As tendências de uso estão geralmente estáveis, embora se detecte uma pequena queda no uso de êxtase. O mercado de cocaína e *crack* está mais do que maduro. Algumas pesquisas mostram que os custos econômicos e sociais do uso de drogas ilícitas na Inglaterra estão entre o equivalente a 55 e 99 bilhões de reais por ano, sendo que 99% desses custos se referem a cerca de 280 mil pessoas que são consideradas usuários de drogas problemáticos. Esses usuários não conseguem permanecer no emprego, não conseguem estabelecer vínculos efetivos com a família ou com amigos e têm um impacto maior na sua comunidade.

A primeira legislação da Inglaterra que se constituiu numa tentativa para o controle das drogas foi introduzida no início do século XX. Em 1971, foi editada uma lei mais completa. Essa lei introduziu o conceito de classes de drogas: elas são classificadas segundo a percepção do dano que causam e de acordo com a decisão do Comitê de Peritos que fazem a avaliação e classificação das drogas e assuntos correlatos. As drogas da Classe A são as que causam maior dano, incluindo-se a heroína, cocaína e *crack*. A Classe B abrange drogas como as anfetaminas e a Classe C inclui a maconha.

Em 1998, o governo da Inglaterra publicou, pela primeira vez, uma estratégia antidrogas ampla para os próximos 10 anos. Em 2002, essa estratégia antidrogas foi revisada e está essencialmente focada na redução de danos, não apenas os danos causados à saúde, mas também os crimes decorrentes do uso de drogas, o dano causado às famílias dos usuários e todos os processos econômicos já mencionados.

O foco na redução de danos são aqueles 280 mil usuários problemáticos já mencionados e as drogas que causam maiores danos, como a heroína, cocaína e *crack*. Mas não interpretem mal esta abordagem de redução de danos. De forma alguma essa é uma opção fácil. Nós ainda mantemos a nossa mensagem central de que todas as drogas causam danos e que ninguém deveria consumir drogas.

A Inglaterra é dura com os traficantes e também pode forçar pessoas a se submeter a tratamento.

São usadas três linhas de ação:

Primeira linha de ação – a oferta. Além das anfetaminas, que são manufaturadas na Inglaterra, e de uma pequena quantidade de êxtase, as outras drogas são importadas. A abordagem é desarticular a cadeia de suprimento de drogas em todos os seus pontos, para interromper a oferta, além de desmantelar os grupos criminosos envolvidos e apreender seus estoques de droga. Como parte desse esforço, existem 80 Escritórios de Ligação Antidrogas sediados no exterior – dois desses Escritórios de Ligação estão no Brasil. Em 2003, foram tiradas de circulação cerca de 9,3 toneladas de cocaína, 9,4 toneladas de heroína e foram desmanteladas 121 gangues de tráfico. São feitas apreensões no valor equivalente a 5,5 milhões de reais por semana. O objetivo direto é fazer que a Inglaterra seja considerada um ambiente hostil ao tráfico de drogas. Para tanto, aumentaram as penas para crimes relacionados ao tráfico de drogas.

As penas para os crimes relacionados ao tráfico de drogas são:

- Pelo suprimento de drogas da Classe C, que é a categoria mais baixa na classificação geral das drogas, é de 14 anos na prisão.
- Pelo fornecimento de drogas da Classe A, é de prisão perpétua.

Os traficantes são sofisticados e para acompanhá-los e suplantá-los as agências reguladoras estão sendo reestruturadas. Para isto, estão sendo estabelecidas parcerias com alguns profissionais que normalmente não trabalham nesse campo, como contadores e peritos legais, detetives e oficiais do Serviço de Informação.

Apesar do sucesso, apenas 20% do tráfico total das drogas destinadas ao mercado da Inglaterra foi interrompido. E também é verdade que o preço da heroína e da cocaína tem mostrado uma tendência decrescente na Inglaterra nos últimos 10 anos, mas o interesse é desbaratar o tráfico e "limpar" as ruas, além de fechar os estabelecimentos onde as drogas são traficadas e consumidas, bem como enfrentar problemas como a prostituição e mendicância, que freqüentemente estão relacionados ao tráfico de drogas. O sucesso destas medidas será atestado perguntando às comunidades quais mudanças elas perceberam na qualidade de vida dos locais onde residem.

Segunda linha de ação a prevenção. O objetivo é impedir que os jovens se tornem usuários problemáticos de drogas no futuro. Isso envolve fornecer-lhes dados e estimativas sobre as drogas e os danos que elas causam, mas vai muito além disso. Os jovens precisam da competência, do conhecimento e da motivação para procurar aconselhamento e apoio quando precisarem. Está sendo feita uma campanha direta para jovens e seus pais através do rádio, da televisão e da mídia impressa. Essa campanha é apoiada por um serviço de atendimento por telefone, 24 horas por dia, nos sete dias da semana. No primeiro ano, foram feitas mais de um milhão de ligações para esse serviço de ajuda por telefone.

Mas somente isso não é suficiente. É preciso ter como alvo aqueles jovens que são mais vulneráveis que outros ao uso das drogas. O que é feito nesses casos é submeter cada jovem dessa categoria a uma avaliação pessoal e que seja encaminhado à agência apropriada para tratamento intensivo. Sabe-se que, nesses casos, a intervenção precoce é primordial. Os resultados são promissores porque o uso de drogas entre os jovens tem-se mantido estável, na Inglaterra, desde 1996.

Vamos falar um pouco sobre tratamento: o tratamento funciona. As taxas de tratamento bem-sucedido são superiores a 2/3. Para cada R\$1,00 gasto em tratamento são economizados R\$3,00 no sistema de Justiça Criminal. Além disso, 57% dos jovens que se submeteram ao tratamento completaram-no com sucesso ou ainda se submetem a ele. Portanto é importante que se tenha acesso, o mais rápido possível, ao tratamento adequado. A meta é alcançar 200 mil locais no ano de 2008, mas só volume não é suficiente: é preciso qualidade do atendimento também. O Governo da Inglaterra estabeleceu uma Agência Nacional de Tratamento, especificamente com a tarefa de fornecer os dados, além de fazer a avaliação e monitoramento dos padrões de qualidade.

Existe uma tendência decrescente nas listas de espera de atendimento e continua-se a investir intensamente nesse campo. No ano passado, foi gasto o equivalente a 2,76 milhões de reais em tratamento. Este ano, espera-se gastar o equivalente a 2,86 milhões e, no próximo, as projeções são de uma quantia correspondente a 3,159 milhões de reais gastos em tratamento.

Terceira linha de ação – a comunidade. O objetivo é proteger e fortalecer aquelas comunidades mais vulneráveis às drogas. Os usuários de drogas múltiplas, particularmente na Inglaterra, aqueles que usam uma combinação de heroína e *crack*, apresentam as taxas mais altas de renda ilegal. Eles chegam a ter uma renda ilegal correspondente a R\$132.000,00 por ano. Foi calculado que eles têm de roubar mercadorias no valor equivalente a R\$550.000,00 por ano para auferir essa renda.

Uma das metas é investir pesadamente em reduzir o índice de crimes relacionados às drogas, usando todas as oportunidades do Sistema de Justiça Criminal para detê-los e forçar esses usuários problemáticos de drogas a se submeter a tratamento. Essa estratégia é desenvolvida em nível local, por meio de equipes integradas que usam a abordagem de "estudo de caso" para dar apoio e tratamento no primeiro contato que o indivíduo tem com o Sistema de Justiça Criminal. É uma abordagem realista, que inclui apoio de moradia e emprego. Assim, quebra-se o ciclo que começa com o uso de drogas, leva o usuário à prisão e, assim que ele sai da prisão, volta a usar drogas. Esta é uma oportunidade em que todos têm a ganhar. Os transgressores recebem auxílio com o tratamento e apoio, as comunidades estão menos ameaçadas pela criminalidade e os pagadores de impostos economizam seu dinheiro, reduzindo os custos da Justiça Criminal. Mas esta não é uma opção fácil para os transgressores, porque, como parte da sua sentença, eles podem ser forçados a se submeter a tratamento. Isso é bastante controverso, porque há algumas pessoas nas Agências de Tratamento que acreditam que esta não é uma boa base para se engajar no tratamento. Na verdade, o número de pessoas que se submeteram a tratamento aumentou 40% no primeiro ano. O programa total impedirá cerca de 1,5 milhão de crimes na Inglaterra e os benefícios sociais e econômicos são estimados em uma quantia equivalente a 24 bilhões de reais nos próximos oito anos.

Em 2002/03, foi gasto o correspondente a 5,6 bilhões de reais na estratégia antidrogas. No próximo ano, serão gastos 8,2 bilhões. Cada uma destas linhas de ação tem uma

meta específica e um progresso claro a ser alcançado. Essas metas são fundamentadas em resultados, não simplesmente em atividades de mensuração.

Essa estratégia requer uma ação coordenada entre vários departamentos do governo, tais como o Ministério da Saúde, Home Office, Ministério das Relações Exteriores, Ministério da Educação, etc. O último departamento a ser criado na Inglaterra foi o Home Office chefiado pelo Home Secretary, cuja função é muito semelhante à do primeiro-ministro no governo. O secretário se reúne regularmente com vários ministros de todas as pastas que monitoram o processo de implementação da estratégia antidrogas e coordena os trabalhos entre os diversos departamentos envolvidos. Além disso, o primeiro-ministro demonstrou o interesse que ele, pessoalmente, tem pela agenda da estratégia antidrogas, reunindo o secretário, outros ministros e funcionários do alto escalão a cada três meses, para se inteirar do andamento do processo. Este comprometimento ministerial é um importante fator propulsor da implantação da estratégia antidrogas.

Os outros instrumentos cruciais são as 149 parcerias locais que foram estabelecidas em todo o país. Elas são as responsáveis pela implementação da estratégia local. São parcerias com a polícia, com os governos municipais, com os serviços de saúde, com o setor do voluntariado e outros setores. Todas essas parcerias são financiadas pelo governo central e operam em consonância com o marco regulatório da Estratégia Nacional Antidrogas, identificando as necessidades locais e atendendo a essas necessidades, quer pela prestação de serviços, quer delegando poderes a outros para agir junto a essas comunidades locais. É justamente nessas parcerias que as tensões são inevitáveis numa política antidrogas tão multifacetada. Assim, a principal diferença entre a agência reguladora e as agências de tratamento é que elas se baseiam principalmente nessas parcerias. Quando essas parcerias conseguem superar as tensões, tornam-se extremamente eficazes.

A Inglaterra confere uma alta prioridade à Agenda Antidrogas. Existe uma estratégia antidrogas que já está implementada, considerada correta para a Inglaterra e que é baseada na minimização de riscos. Tal estratégia se destina a enfrentar tanto a demanda quanto a oferta de drogas e é apoiada por um volume substancial e crescente de recursos.

Itália

POLÍTICA NACIONAL SOBRE DROGAS DA ITÁLIA

Vicenzo Boncoraio – Diretor Regional Antidrogas de Roma

Em qualquer país, estamos sendo afetados pela delinqüência, tradicional ou não, organizada ou não. Estamos sendo todos afetados pela grande demanda de drogas. Quero ressaltar a ênfase sobre um conceito que circulava já há muitos anos nesta parte do mundo – o conceito da responsabilidade compartilhada.

Temos todos de cumprir os nossos deveres. Neste sentido, gostaria de transcrever algumas palavras do Presidente da República da Itália: “A ameaça das drogas impõe uma ação incisiva e ampla de coordenação entre os governos, organizações internacionais e forças da polícia, sobre a atividade de prevenção e repressão ao tráfico ilícito das drogas. Devemos reiterar o compromisso das instituições, associações, escola e família em reforçar uma rede de informações e de solidariedade que seja capaz, por um lado, de promover o desenvolvimento econômico dos países de onde vem a oferta das drogas e, por outro lado, de sustentar, em favor dos jovens, cada iniciativa possível de educação e recuperação”.

O tráfico internacional e nacional de entorpecentes tem afetado todos os países, sobretudo os da Europa, uma vez que a demanda nunca foi saturada nesses países. Assim, no início dos anos 70, começamos a importar morfina básica para os laboratórios de refinamento na Sicília; começava a rota balcânica das drogas; começavam os navios mercantes da Colômbia. Não vou me deter nesses problemas, pois são problemas de repressão, ainda que o problema da repressão tenha de ser solucionado quando conseguirmos solucionar o problema da prevenção e da recuperação.

Vou abordar os temas da prevenção e recuperação dos dependentes químicos. São temas bastante delicados, uma vez que representam um desafio constante, relacionado ao nível nacional e internacional das ações de repressão das drogas. Essas três áreas – prevenção, recuperação e repressão – qualificam todo o sistema de luta contra as drogas.

Na Itália, o legislador tem enfrentado temas complicados e delicados que estão relacionados à regulamentação dos entorpecentes e substâncias psicoativas e a prevenção, cura e reabilitação dos dependentes químicos, sendo necessário aproximar de forma global as

inúmeras problemáticas do setor, de maneira a que continuem protagonistas os mesmos agentes sociais e as mesmas instituições que trabalham e atuam nesse campo, com funções e responsabilidades diferentes.

Tivemos uma primeira lei muito importante, em 1990, que revogou as sanções penais aos consumidores de drogas. Em 1999, uma outra lei estabeleceu a descentralização regional de grande parte dos recursos financeiros que eram administrados pelo Fundo Nacional de Intervenção na Luta contra a Droga. Esta lei requalificou os serviços públicos nos municípios, que passamos a chamar de Serviço-Território (SERT).

Esses serviços públicos municipais, no início dos anos 70, eram responsáveis pela distribuição, quase que automática, da metadona. Agora, foram requalificados, porque há equipes de médicos e psiquiatras que apóiam esses escritórios que são capilarmente distribuídos na Itália e que não desempenham funções burocráticas, porque o problema da droga não é de burocracia, de abertura ou fechamento de escritórios.

Uma outra lei foi o recente decreto de 31 de maio deste ano. É um decreto do Vice-Presidente do Conselho de Ministros, que instituiu o Departamento Nacional de Políticas Antidrogas, que está encarregado de coordenar as políticas para prevenir, controlar e enfrentar a dependência do álcool e das drogas. Resumindo, nós temos duas grandes organizações, uma de repressão e outra de prevenção. O Departamento Central de Entorpecentes reúne as três forças da polícia que têm o dever de conduzir todas as operações de repressão. Temos também o Departamento Nacional, que se ocupa exclusivamente do setor da prevenção.

Portanto, na Itália, o tema da recuperação está a cargo do Sistema Regional de Serviços Públicos de Tóxico-Dependência, os SERTs, que estão distribuídos em todo o território nacional. No âmbito organizacional, temos a Agência Sanitária Local (ASL), que tem uma direção-geral em cada estado. Essas Agências Sanitárias Locais estão vinculadas ao Ministério da Saúde e têm a responsabilidade de apoiar o trabalho dos SERTs e de todas as associações e comunidades que se encarregam da reabilitação e recuperação dos dependentes químicos. Essas Agências Sanitárias Locais estão vinculadas também ao sistema social privado, nas suas diversas articulações – organizações não-governamentais, entidades de assistência, cooperativas sociais, comunidades terapêuticas, centros de referência, etc. Além disso,

contribuem com outras formas de colaboração em outros setores fundamentais da administração pública.

Além disso, há um outro aspecto da recuperação que interessa aos dependentes de drogas que estão privados de liberdade porque estão integrados no circuito judicial, penal ou penitenciário. Neste caso, é necessária uma integração sinérgica entre os três componentes do triângulo – Justiça, Segurança e Cura.

Uma primeira função está designada ao governador civil – o prefeito. Em cada uma das 103 províncias, que estão distribuídas nas 20 regiões do país, há um governador civil, que é o representante do governo central – é o Prefeito. A lei de 1990 confere ao governador civil a possibilidade de aplicar sanções administrativas, como a suspensão da carteira de motorista, licença de porte de armas, passaporte e qualquer outro documento, inclusive o visto de permanência no país, no caso de estrangeiros. Essas sanções são aplicáveis àqueles que usam ou detêm substâncias entorpecentes. No caso do usuário de drogas, é exigido que se submeta a um programa terapêutico, ou de reabilitação, mediante o que o governador civil manda arquivar os autos. Por outro lado, no caso de a pessoa se recusar a participar do programa de reabilitação após ter aceitado, ou seja, no caso de a pessoa interromper o tratamento sem justificativa, o governador encaminha o caso à autoridade judicial competente.

Também há outras funções que são designadas ao sistema penitenciário e à Agência Sanitária Local. Esta última tem a responsabilidade da prevenção, cura e recuperação do usuário de drogas que está preso. Além disso, há também algumas funções que são designadas à ASL e alguns procedimentos que chamamos de “sumaríssimos” porque são procedimentos muito rápidos, uma vez que não há necessidade de cumprir atos de instrução para busca de provas com vistas à condenação. Nesses procedimentos, são excluídos, evidentemente, todos os delitos que comprovadamente levem a um clamor social. São procedimentos muito simples e, nesses casos, a Lei de 1990 diz muito claramente que não se pode ordenar a prisão, com exceção das medidas cautelares de extrema relevância, quando o acusado é um dependente de drogas ou de álcool que esteja se submetendo a um programa terapêutico de recuperação. E se a interrupção desse programa prejudicar a desintoxicação do acusado? Da mesma forma, esses procedimentos sumaríssimos também estabelecem os controles para averiguar se o indivíduo continua o programa de recuperação. Está prevista a

revogação da detenção na prisão se o interessado quiser se submeter a um programa de recuperação no Serviço Municipal (SERT), controlado pelo Ministério da Saúde.

Também há outras funções que são designadas à Agência Sanitária Local, ao Serviço Penitenciário e ao Centro do Serviço Social de Adultos. Neste caso, há um juiz de vigilância a quem compete controlar se a pessoa está cumprindo seus deveres da pena alternativa. O juiz de vigilância vigia a aplicabilidade dos benefícios da lei e das penas alternativas, ou no caso de suspensão da condenação. Na Itália, como em vários outros países, um preso pode encurtar o seu tempo de detenção, mas tem de se submeter a diversos controles. O juiz de vigilância é o responsável pela supervisão desses controles. O juiz de vigilância, juntamente com a ASL e a polícia, tem de controlar o ex-detento e pode conceder-lhe uma pena diferente, que não o obrigue a dormir no presídio.

Em Milão, fizemos uma experiência com um projeto que chamamos de "A Cura Vale A Pena". Este projeto foi a primeira iniciativa italiana de colaboração programática entre as forças policiais, os serviços de tratamento e o juiz dos procedimentos Sumaríssimos. Trata-se de uma experiência certificada e que está alinhada com as recomendações do Grupo Pompidou – Droga, Cárcere e Sociedade – do Conselho da Europa. Esta experiência foi concebida em 1997, exatamente para favorecer o acesso ao tratamento do usuário de drogas, a fim de prevenir a reincidência criminal com penas alternativas.

Há ainda um outro projeto que chamamos de Tóxico-Dependência, Polícia e Pequena Criminalidade (TOPIC), onde as instituições de Milão, a ASL, a Chefatura de Polícia foram encarregadas, pela União Européia, de estudar formas de colaboração para a recuperação do usuário de drogas pelas interações e sinergias que possam ser implantadas a partir do momento da detenção preventiva, ou detenção na prisão do usuário de drogas. Foram feitas sucessivas análises de modelos organizacionais análogos em outros países da União Européia.

Um outro agente que intervém na ação de recuperação do dependente de drogas é a cooperação das entidades sem fins lucrativos. A mesma lei de 1990 reconhece as entidades assistenciais credenciadas por meio de registros regionais específicos. Essas sugestões estão em conformidade com os modelos e princípios básicos específicos das

comunidades terapêuticas, diferenciando-se pela proposta de recuperação que, às vezes, está centrada no tratamento psicológico, ou pedagógico, ou no caráter religioso da associação.

Em abril deste ano, o Conselho de Ministros delegou especificamente ao Vice-Presidente do Conselho de Ministros as funções da luta contra as drogas. No mês seguinte foi instituído, no âmbito da Presidência do Conselho de Ministros, o Departamento Nacional de Políticas Antidrogas, que é responsável por coordenar as políticas para prevenir, controlar e enfrentar a difusão da dependência do álcool e das drogas. O departamento colabora, especificamente, com as entidades que operam no campo da prevenção, recuperação e reinserção social dos usuários de drogas, coleta informações e documentos sobre a dependência química, definindo e atualizando as metodologias de elaboração, avaliação e disponibilização das informações sobre a dependência química. O departamento trabalha sob a direção do Comitê Nacional de Coordenação das Ações Antidrogas, que foi instituído no âmbito da Presidência do Conselho de Ministros, a fim de orientar e promover a política geral de prevenção e intervenção contra a produção e difusão de substâncias entorpecentes.

Inicialmente, a atividade administrativa e a administração do departamento deverão desenvolver-se conforme a determinação do Comitê Nacional de Coordenação das Ações Antidrogas, instituído no âmbito da Presidência do Conselho de Ministros, segundo as indicações do Vice-Presidente do Conselho de Ministros, responsável pela matéria e conforme as prioridades políticas estabelecidas no Programa Trienal do Governo relativo à luta contra a produção, tráfico, oferta e consumo de substâncias entorpecentes.

As metas anuais do departamento são as seguintes: promover campanhas informativas para difundir o conhecimento dos danos à saúde relacionados com o uso de substâncias entorpecentes e psicotrópicas; promover a formação para estabelecimento de metodologias de prevenção e tratamento nos serviços públicos e privados; promover a cooperação com os parceiros europeus; otimizar recursos financeiros, especialmente referentes a análises e avaliação dos resultados obtidos; atualizar o Programa Nacional das intervenções.

No setor da prevenção, em que Departamento Nacional de Política Antidrogas é a referência legislativa, são quase 600 estruturas públicas e 1.500 do setor privado que trabalham atendendo a 150 mil dependentes químicos na Itália, neste momento, e que estão se submetendo a um programa terapêutico.

As recentes disposições governamentais anteriormente mencionadas se destinam a melhorar a condição de vida e de recuperação do usuário de drogas que está em liberdade ou está preso. Também tem de ficar claro que a repressão de criminosos e traficantes deverá ser severamente perseguida, possivelmente, sem redução da pena.

São três as áreas em que se deve levar a cabo uma ação contra o uso e o tráfico de substâncias entorpecentes: a área da prevenção, da recuperação e da repressão. Não tem sentido se dizer qual delas é a mais importante. Entretanto, devemos afirmar que, sem qualquer uma delas, não se pode enfrentar o problema da droga no seu conjunto. Sobre isto, desejo afirmar que o mundo da informação, a escola, a universidade, o esporte, a *techno-music*, ou a *disco-music*, todos esses mundos devem ser acionados para que se possam implementar essas campanhas sobre drogas no âmbito nacional. Recuperar significa dar outra vez dignidade ao indivíduo; significa devolver à pessoa que cai na tragédia da droga uma condição de liberdade; significa recuperar sua personalidade e reconduzi-la à sociedade.

Portugal

POLÍTICA NACIONAL SOBRE DROGAS DE PORTUGAL

Fernando Negrão – Presidente do Instituto da Droga e
Tóxico-Dependência de Portugal

Portugal tem 13 fronteiras marítimas. Isto nos dá uma idéia daquilo que é efetivamente Portugal como um ponto fundamental de passagem das drogas, tanto do continente americano, como do continente africano. Quando se é um país em que a droga é um ponto de passagem, parte da droga fica sempre no país por onde passa.

Para se ter uma idéia da origem da droga que é consumida em Portugal, começaria com a *liamba* (maconha), que é uma droga que vem de Angola. E não vem só por via marítima, vem também por via aérea. O haxixe tem origem em Marrocos e entra normalmente em Portugal, por via marítima, em embarcações espanholas, ou por via terrestre, através da Espanha. A cocaína tem origem normalmente no Brasil. A heroína e o êxtase têm origem na Holanda. Estes dados são da maior importância para nos fazer refletir acerca da importância decisiva da cooperação policial e judiciária internacional. É fundamental acentuar esta cooperação, seja ela policial ou judiciária, entre os vários países, entre os vários continentes, pois só desta forma é que podemos, por exemplo, acompanhar o percurso das drogas. É fundamental que as polícias e as autoridades judiciárias tomem consciência de que o mais importante é saber de onde a droga vem e para onde ela vai.

Dividindo o problema das drogas entre a oferta e a demanda, temos de olhar do ponto de vista da oferta, para diminuir a quantidade de drogas que afluem aos mercados na continuação de uma política de repressão do tráfico de drogas, quer seja nas redes pequenas, médias, ou grandes de tráfico de drogas. Este combate às redes de tráfico de drogas é decisivo e temos que olhar do ponto de vista da procura, de maneira a diminuir o número daqueles que procuram a droga. É nesta convergência entre a diminuição da droga que surge no mercado e a diminuição do número daqueles que procuram as drogas que nós podemos e devemos atacar o problema da droga e da tóxico-dependência.

Na legislação de Portugal, o abandono de seringa é considerado crime e é punido com prisão de até um ano. Com esta lei, vem diminuindo o número dos usuários de

drogas injetáveis, o que é importante também por causa do fenômeno do HIV/Aids. Em Portugal, cada vez mais, os contagiados pelo vírus HIV/Aids deixaram de ser principalmente os dependentes químicos e passaram a ser outros grupos, designadamente os heterossexuais. Ligar a tóxico-dependência à Aids é um problema ainda de marginalização. Por isso, o fenômeno da Aids em Portugal, em termos da estruturação e da organização política, está separado.

Outro tipo de crime é o tráfico de drogas, que em Portugal é punido com uma pena de 4 a 12 anos de prisão. E se envolver uma associação criminosa, a pena vai de 5 a 25 anos de prisão. Existem outros dois tipos de crime relacionados com o tráfico. Um deles é o traficante consumidor, ou seja, aquele que trafica para obter meios para poder comprar drogas para seu consumo. Esse tem uma pena de 1 mês a 3 anos de prisão. E há um outro tipo de crime, o tráfico de menor gravidade, que tem uma pena de 1 a 5 anos de prisão e tem a ver com a qualidade da droga, a quantidade de droga, portanto, com circunstâncias que podem levar a uma apreciação mais benévola da situação concreta de tráfico de droga. Outro tipo de crime que, no âmbito internacional, também é da maior importância tem a ver com o tráfico de percussores químicos, cuja pena, em Portugal, vai até 12 anos de prisão. Em nível internacional, é cada vez mais importante o combate ao tráfico de percussores químicos, que deve envolver a própria indústria farmacêutica, ou a indústria produtora de produtos químicos, uma vez que somente com esses produtos as drogas podem ser fabricadas.

Portugal é o único país do mundo que descriminalizou o consumo de todas as drogas, mas o uso não deixou de ser penalizado. Sendo tóxico-dependente, é encaminhado para estruturas de tratamento. Não sendo tóxico-dependente, pode ser aplicada uma medida que pode ir desde uma denúncia à família até a prestação de serviços em favor da comunidade. Em Portugal, a droga e as tóxico-dependências foram sempre vistas criminalmente, até há alguns anos, em que o consumo passou a ser relacionado à saúde. Portanto, se os consumos são vistos do ponto de vista clínico, de quem trata, da doença, não se poderia, nem fazia sentido, em termos de coerência e de lógica do sistema, que o consumo fosse considerado crime e punido como crime.

A representação social do tóxico-dependente ainda não é a representação social de um doente. Além disso, o próprio Sistema de Saúde rejeita o tóxico-dependente, porque é um

elemento desestabilizador. A solução encontrada foi uma espécie de Serviço Nacional de Saúde Especial, paralelo ao Serviço Nacional de Saúde ordinário. Existem 48 Centros de Atendimento ao Tóxico-Dependente (CAT) que estão espalhados por todo o país. Os CATs recebem, tratam e encaminham para outras estruturas. Existem ainda dentro do Estado comunidades terapêuticas e unidades de desintoxicação.

Foram criadas ainda Comissões de Dissuasão da Tóxico-Dependência que são formadas por três elementos, com formação jurídica e com formação na área da Psicologia. Eles são os decisores. Depois, há uma equipe de pessoas ligadas às áreas sociais, à Psicologia e, em alguns casos, médicos, especialmente nas grandes cidades. Essa equipe faz uma apreciação psicossocial do indivíduo que vai ser objeto de uma decisão. Após essa avaliação, são encaminhados para a área de tratamento, quando são dependentes químicos, ou para a aplicação de medidas, quando não são dependentes químicos.

As vantagens deste sistema são três: a estigmatização do tóxico-dependente diminuiu; é mais fácil detectar qual o tipo de drogas é consumido no país; é muito mais fácil "pregar um susto" a um não tóxico-dependente no que diz respeito aos seus consumos.

Obviamente este sistema também tem defeitos. A ligação com as polícias tem sido uma ligação deficitária porque não houve um processo de sensibilização e de informação junto dos órgãos de polícia criminal, no sentido de explicar a lógica desta solução.

Durante os anos 80, princípio dos anos 90, Portugal nada fez no que diz respeito aos seus consumidores de drogas, de tal forma que se transformou no segundo país da União Européia com maior número de consumidores problemáticos. E há um dado que é da maior importância: Portugal é dos países da União Européia em que mais rapidamente um consumidor de *cannabis* passava para o consumo de heroína. A razão deste dado era a ausência de prevenção primária, de informação, de formação acerca das conseqüências da droga. Neste momento, a heroína está diminuindo no mercado e está aumentando o número de consultas de continuidade do tratamento. À semelhança da Holanda, a idade média dos consumidores de heroína em Portugal é entre os 35 e os 40 anos de idade. É uma população, nitidamente em envelhecimento e com esta boa notícia: o número de primeiros consumidores está diminuindo

substancialmente. Agora para o novo quadro que a Europa já começou a ter é o consumo de drogas sintéticas, sempre associadas a *cannabis* ou a cocaína.

Neste momento, no mercado português, com a diminuição da afluência de heroína, a cocaína, que sempre foi considerada a droga dos ricos, está sendo vendida a preços mais baixos do que a heroína. Em relação a *cannabis*, em geral, 10% da população já experimentaram, sendo que dos jovens, na faixa etária entre 6 e 10 anos, 8% já experimentaram e na faixa etária entre os 10 e 17 anos, 27%. Curiosamente, a principal razão apontada pelos jovens que experimentaram *cannabis* e não evoluíram no consumo de drogas ilícitas foi porque pensaram na sua saúde.

Pela primeira vez, no ano passado, diminuíram as apreensões de heroína e aumentaram substancialmente as apreensões de *cannabis* e de drogas sintéticas.

Portugal defronta-se com um problema muito grave no que diz respeito ao consumo das drogas sintéticas, especialmente o êxtase. O uso não está generalizado no país, mas localizado em cidades onde existem maiores concentrações de universitários e onde existe um maior movimento de turismo.

Em relação às drogas sintéticas, hoje em dia, o tráfico dessas drogas é feito acompanhado de um discurso aliciante para os jovens, um discurso que é feito com o aconselhamento dos publicitários, com regras de *marketing* de mercado. Normalmente, esse discurso aliciante envolve sedução, sexo, até sentimento.

Em suma, este é o panorama das drogas em Portugal. Para concluir vou detalhar nossa organização. A estrutura no âmbito político tem a ver com a Coordenação Interministerial do Combate às Drogas. Existe um Conselho Interministerial que é presidido pelo próprio Primeiro-Ministro. Esse conselho é constituído pelo Ministério das Finanças; Ministério da Defesa Nacional, com a particularidade de que o Ministério da Defesa Nacional foi das primeiras estruturas nacionais a ter uma abordagem preventiva e de tratamento na área das drogas; Ministério dos Negócios Estrangeiros e das Comunidades Portuguesas; Ministério da Administração Interna; e Ministério da Justiça. Também fazem parte do conselho o Ministro-Adjunto do Primeiro-Ministro, o Ministro da Educação, o Ministro da Ciência e

Ensino Superior, o Ministro da Saúde, o Ministro da Segurança Social e do Trabalho, o Ministro das Cidades, Ordenamento do Território e Ambiente, e o Coordenador Nacional do Combate à Droga e Tóxico-Dependência. Este coordenador é também presidente do Instituto da Droga e Tóxico-Dependência. Esta é a resposta técnica: a existência do Instituto da Droga e Tóxico-Dependência, que estabelece as políticas antidrogas, que vão desde a prevenção até a redução de danos.

“Prevenir é melhor que tratar; tratar é melhor que fazer redução de danos; redução de danos é melhor do que não fazer nada.” Esta abordagem é fundamental. Se pudéssemos resolver o problema só com a prevenção primária, estaríamos todos satisfeitos, uma vez que não teríamos de investir em tratamento, porque não haveria dependentes químicos, nem teríamos de gastar esse dinheiro dos contribuintes. E é muito dinheiro! Mas temos de avançar para o tratamento, porque há dependentes químicos. Se ficássemos também só no tratamento, seria excelente, porque não precisaríamos entrar numa zona que também causa algumas dúvidas, que é a zona de redução de danos, mas temos de forçosamente fazer redução de danos. E fazer redução de danos é olhar para o problema da droga e da tóxico-dependência e não o resumir aos consumos. A droga é muito mais do que isso. A droga é indutora da prática de crimes. A droga é indutora da propagação de doenças infectocontagiosas. Por isso, é preciso educar quem consome drogas. Isso que é fazer redução de danos.

A solução prevalecente é que é preciso, efetivamente, levar a cabo ações de prevenção primária, mas ter alguma discricção nessas ações de forma a não alertar alguns jovens para a existência de drogas e para a curiosidade de as consumir. Temos um programa em que o instituto, juntamente com a Câmara Municipal, chama instituições da sociedade civil que trabalham majoritariamente com jovens, seja na área do futebol, seja na área da música, seja na área da ginástica, para que de vez em quando falem sobre drogas, com o apoio técnico e financeiro do instituto e com o apoio financeiro das prefeituras. Isto tem dado resultados muito interessantes.

No que diz respeito ao tratamento, tem havido alguma discussão sobre o que são os tratamentos de substituição e aquilo que são os tratamentos livres de drogas. Há um primeiro momento em que os tratamentos de substituição podem ser indispensáveis, mas nunca como um fim, sempre como um meio para tratamentos livres de drogas. É igualmente importante

acentuar a ligação que existe entre a oferta pública e a oferta social ou privada. As ações de ONGs, por exemplo, são fundamentais neste trabalho, de forma a não deixar engordar demasiadamente a estrutura do Estado e de maneira a dar à sociedade civil o protagonismo que ela deve efetivamente ter principalmente nesta área.

Suécia

POLÍTICA NACIONAL SOBRE DROGAS DA SUÉCIA

**Christina Gynnä Ogus – Coordenadora Adjunta de
Política Nacional sobre Drogas**

Temos apenas 9 milhões de habitantes. Para lhes dar uma idéia da extensão da dependência de drogas na Suécia, eu compararia com o que o nosso colega da Inglaterra mencionou, que cerca de 12% da população experimentaram drogas no ano passado. Na Suécia, esse percentual é de 2% a 3%. Portanto, o nosso problema é bem menor.

O Plano de Ação Nacional da Suécia foi endossado pelo Parlamento em abril, há dois anos. Ao mesmo tempo, o Governo também nomeou o nosso primeiro Coordenador da Política Nacional Antidrogas, que passou a ter a incumbência de coordenar todas as ações contra as drogas a nível nacional e liderar o processo de implementação do Plano de Ação. No âmbito do governo, é o Ministro da Saúde que é responsável pela coordenação desse Plano de Ação, entre os seus colegas. Faz parte da nossa política o fortalecimento dos laços familiares e da relação entre pais e filhos. Nós acreditamos que uma boa relação entre pais e filhos é muito importante em termos da prevenção das drogas, criminalidade etc.

Em meados dos anos 50, na mesma altura em que se tinha a grande idéia de construir Brasília, nós começamos a ter alguns usuários de drogas na Suécia, cerca de 100 usuários. Em meados dos anos 60, esse número aumentou para milhares de usuários e nós passamos a enfrentar problemas muito complexos que desconhecíamos até então. Nós não tínhamos uma política antidrogas abrangente, portanto passamos a adotar medidas de repressão. A polícia e os promotores deslançaram uma ofensiva visando capturar e processar todos aqueles que vendiam drogas.

Logo compreendemos que apenas a repressão não resolveria o problema. Os usuários de drogas temiam procurar ajuda e, esta "linha dura", passou a ser severamente criticada. Portanto, a necessidade de tratamento foi considerada primordial. Contudo, naquela época, não havia tratamento especializado para usuários de drogas e as pessoas que tinham problemas de dependência de drogas eram colocadas ou em instituições para alcoólatras, ou submetidas a tratamento psiquiátrico em instituições para a chamada "juventude desajustada", onde eles não se enquadravam.

Em resposta a essa situação, foi implementado um projeto de prescrição de narcóticos a usuários de drogas. A filosofia que baseava este projeto era a idéia que hoje é conhecida como “redução de danos”. Acreditava-se que, com a oferta de drogas legalmente prescritas, a condição médica e social dos usuários de drogas melhoraria e eles não teriam que recorrer a atividades criminosas para financiar a sua dependência. Este projeto durou apenas dois anos. Na verdade, não houve declínio na atividade criminal entre os participantes do programa, exceto no caso dos crimes relacionados a drogas. Além disso, a prática de prescrição era muito liberal e, como os pacientes podiam escolher as drogas e a dose, o desvio para o mercado ilegal era substancial.

O fracasso da política repressiva e o subsequente fracasso da experiência da prescrição liberal de drogas, acabaram por levar à implementação de uma política antidrogas abrangente, que combinasse prevenção, tratamento e medidas de controle. Esses são os fundamentos da nossa política hoje, que foi concebida naquela altura e foi amplamente debatida por cerca de 15 anos. Entretanto, não havia um equilíbrio. De tempos em tempos, o foco principal era na redução da demanda e tratamento, e periodicamente, o foco era na repressão.

O momento crítico da nossa política foi com a epidemia do HIV/Aids. Nós identificamos os primeiros casos de HIV entre usuários de drogas em 1985. A abordagem que nós desenvolvemos para combater a epidemia de HIV foi uma linha divisória na política antidrogas da Suécia. O Parlamento confirmou, após um debate intenso, que a política antidrogas deveria ser restrita e humana. Além disso, a redução de danos não deveria se tornar o objetivo primordial da nossa política. A idéia de uma sociedade livre das drogas ilícitas deveria ser a principal diretriz. Isso significava impedir a expansão do HIV por meio de serviços de saúde que atendessem a todos, e conseqüentemente, impedissem a propagação do HIV entre os usuários de drogas.

Para nós, uma abordagem equilibrada não significa simplesmente que esses três pilares – prevenção, tratamento e repressão – deveriam ser igualmente fortes. O desafio é chegarmos a uma abordagem abrangente, equilibrada e coordenada, pela qual o controle da oferta e a redução da demanda de drogas se reforcem mutuamente.

Nossa meta não é apenas a redução dos danos causados pelo uso abusivo de drogas mas sim lutar sempre por uma vida sem drogas para o indivíduo.

As várias medidas de redução de danos e de riscos são partes integrantes de uma estratégia abrangente de redução da demanda de drogas. Nosso objetivo é apoiar uma mudança sustentada, disponibilizando tratamento contínuo e reabilitação aos usuários de drogas. Nesse sentido, os programas de redução de danos têm um papel importante numa estratégia abrangente de redução da demanda. Entretanto eles não devem ser considerados substitutos de outras atividades importantes a serem desenvolvidas para reduzir a demanda de drogas ilícitas.

Conforme as diretrizes das Convenções da ONU, nós não fazemos distinção entre drogas “leves” e “pesadas”. Durante os anos 90, houve um aumento abusivo no uso de estimulantes do tipo anfetamina, os chamados ETA, entre a juventude europeia. Em alguns países, as medidas para reduzir a demanda ilícita por esse tipo de drogas, em sua maioria, consistiam em aconselhamento dos usuários de drogas sobre o perigo dessas substâncias e disponibilização de testes de drogas em locais em que o êxtase e outras drogas eram comumente usadas.

Embora a intenção subjacente a estas políticas possa ser boa, nós acreditamos que elas têm sérios efeitos colaterais contraproducentes, uma vez que, dão lugar a mensagens ambíguas e acabam criando uma grande confusão, dando a impressão que há uma forma segura de usar os ETA, o que não é correto. Com o número crescente de usuários de êxtase e mais investimentos em pesquisa, o nosso conhecimento dos efeitos adversos do consumo do êxtase aumentou consideravelmente. Nós sabemos agora que o uso regular e prolongado dessa droga pode causar sérias lesões ao fígado e ao cérebro.

As pessoas que fumam maconha hoje em dia podem estar expostas a doses muito maiores do que nos anos 60 e 70, devido à oferta da maconha com um alto conteúdo de THC. Além disso, os padrões de uso da maconha mudaram e agora temos um uso muito mais regular e freqüente do que antes. Está comprovado que a maconha prejudica a aprendizagem e a memória. Pesquisadores confirmam que os efeitos da maconha na capacidade mental são maiores nas crianças e adolescentes porque seus cérebros ainda estão se desenvolvendo e isso pode afetar seriamente seu desempenho escolar de tal forma que os jovens usuários de maconha possam nunca atingir o seu pleno desenvolvimento intelectual. Os indicativos dos danos causados pela maconha são muito fortes. Devemos cruzar os braços e presenciar o

aumento do uso abusivo da maconha entre os jovens antes de termos 100% de certeza sobre os danos que essa droga pode causar à sua saúde no futuro? A posição da Suécia é manter a diretriz restritiva da nossa política baseada nas Convenções da ONU, até que, haja evidência que a substância não é prejudicial à saúde. E não ao contrário.

Temos rastreado o uso de tabaco, álcool e drogas ilícitas entre os nossos jovens de 16 anos desde 1971. Quando nós começamos a fazer os levantamentos escolares anuais, a prevalência de uso de drogas ilícitas (especialmente a maconha) era de 14%. Investindo seriamente em programas de prevenção primária nós conseguimos reduzir esse percentual para 3% nos anos 80. Contudo, na Suécia, como em muitos outros países, o uso de drogas entre os adolescentes aumentou nos anos 90, embora, no nosso caso esse aumento tenha sido bem menor do que na maioria dos países. O maior percentual de prevalência de uso de drogas ilícitas entre os adolescentes na faixa etária de 16 anos foi de 10%, em 2001. Os números estão decrescendo pelo terceiro ano seguido e o percentual agora é de 7%. É um índice relativamente baixo, se comparado com a maioria dos países da Europa. O fato de termos conseguido manter os níveis de uso de drogas entre os adolescentes em patamares relativamente baixos é o resultado da abordagem restritiva que temos implementado em todas as áreas da nossa política antidrogas.

O uso de álcool e tabaco também está decrescendo entre os jovens suecos.

Na Suécia temos uma forte tradição dos cidadãos se juntarem em organizações voluntárias para gerarem mudanças. O setor não-governamental e as comunidades locais são peças-chave na implementação do nosso Plano Nacional Antidrogas.

Nossa missão é implementar e levar a cabo uma ampla mobilização da sociedade contra as drogas. Em praticamente todos os 290 municípios da Suécia temos agora coordenadores locais e seu papel principal é coordenar os esforços de prevenção em todos os setores da comunidade e também mobilizar recursos locais para esse fim. Nós treinamos esses coordenadores e lhes damos as ferramentas necessárias para que possam desenvolver seu trabalho.

Fizemos uma parceria com o Movimento de Educação de Adultos, com sindicatos, com associações desportivas e organizações étnicas. Através dessas estruturas da

sociedade civil, conseguimos interagir com milhares de jovens em todo o país e outros cidadãos também. Todos os anos, organizamos cerca de 300 mil ciclos de estudos sobre vários tópicos por meio das organizações educacionais da Suécia. Cerca de 2,5 milhões de pessoas participam desses ciclos de estudos durante um ano. Se vocês levarem em consideração que a nossa população é apenas de 9 milhões de habitantes, perceberão que nós conseguimos alcançar muitas pessoas com essa estratégia.

Também estamos construindo uma Rede Nacional da Juventude, que tem como modelo a rede da Juventude Global das Nações Unidas. Alunos e lideranças jovens são capacitados para prestar assistência aos grupos locais de jovens e desenvolver avaliações locais, desenvolver projetos, levantar financiamentos etc. Esses alunos que foram capacitados e essas lideranças jovens estão à disposição de qualquer grupo ou projeto que os jovens queiram implementar no tocante às atividades de prevenção contra as drogas.

No início dos anos 90, houve o desenvolvimento de uma atitude mais favorável em relação a drogas, especialmente drogas sintéticas e maconha. Essa situação ocorria particularmente entre grupos de jovens que freqüentam clubes e festivais de música, muito populares no verão. Nos últimos dois verões, foram difundidas mensagens antidrogas que foram desenvolvidas com a colaboração destes grupos específicos e foram baseadas em resultados de pesquisas qualitativas. O objetivo dessas campanhas é o de fortalecer aqueles que não consomem drogas e influenciar aqueles que ainda estão em dúvida se devem ou não experimentar as drogas. As razões que lhes apresentamos para não consumirem drogas não são apenas razões de preservação da saúde e bem-estar, mas também questões como "paz na terra", "justiça global" etc. Por exemplo, uma das razões para não consumir cocaína pode ser que não queremos contribuir para a exploração dos agricultores na América Latina. Para algumas pessoas, é mais fácil usar um argumento como esses do que dizer "Não quero consumir cocaína porque sei que é perigoso". Talvez para essa pessoa seja mais fácil tomar uma posição e dizer: "Eu não quero contribuir para essa exploração, então, não uso cocaína".

Estudos recentes sobre os clientes e os funcionários de alguns dos bares e boates mais populares nas maiores cidades da Suécia indicam que há níveis relativamente altos de consumo de drogas nos ambientes noturnos. Com base nos resultados de um estudo que foi feito em Estocolmo, os proprietários da grande maioria de bares e boates concordaram em

implantar uma política antidrogas. Essa política tem os três elementos da nossa estratégia antidrogas: prevenção, tratamento e controle. Estas são algumas das medidas que foram tomadas: reforma dos banheiros para dificultar o uso de drogas nesses locais; testes de drogas com os funcionários e gerentes, com a cooperação dos sindicatos; oferecimento de aconselhamento e tratamento nos casos em que foram identificados problemas de uso abusivo de drogas; capacitação do pessoal para identificar pessoas que estão sob a influência das drogas, impedindo o seu acesso ao local etc.

Na Suécia, a responsabilidade de oferecer tratamento é dos serviços sociais locais, ou seja, dos municípios. Cerca de 80% do tratamento é oferecido em locais não-residenciais e há uma vasta gama de modalidades de tratamento que estão disponíveis, inclusive, tratamento de substituição e livre escolha de drogas.

Conforme a Lei do Serviço Social, o tratamento de dependentes de drogas deve ser disponibilizado de forma voluntária. Entretanto, há determinadas condições em que é possível fazer esse tratamento sem o consentimento do indivíduo. Se uma pessoa, devido ao uso de álcool ou drogas, está colocando em risco a sua saúde física e mental, ou corre um risco evidente de arruinar sua vida, ou poderá infligir sérios danos a si mesmo ou a outras pessoas de seu convívio, e não concorda com o tratamento voluntário, nesse caso, o tribunal pode expedir um mandato de tratamento compulsório. Menos de 1,5% de todos os pacientes que estão em tratamento se enquadram na Lei de Tratamento Compulsório.

Estamos tentando construir novos modelos de tratamento sustentável para o futuro. A dependência de drogas, geralmente, é uma vulnerabilidade para a vida toda, mas nem todo mundo se conscientiza de que é necessário que a comunidade ofereça aos usuários de drogas mais do que um número limitado de sessões de tratamento.

Esta talvez seja a nossa causa mais difícil: transformar a percepção que as pessoas têm da dependência química. Para tanto, devemos difundir os avanços mais recentes da neurociência. Também estamos investindo em pesquisa para descobrir que combinações de tratamento e de serviços dão melhores resultados nos indivíduos que agregam vários problemas. É claro que um mesmo tratamento nem sempre é eficiente para todos os indivíduos. A nossa meta é disponibilizar tratamento para todos os pacientes, inclusive, aqueles com problemas de saúde mental, concorrentes ou mórbidos.

Assim como a Inglaterra, nós somos fundamentalmente um país importador de drogas. O fato de que o uso de drogas é crime na Suécia constitui uma ferramenta importante para a polícia identificar os usuários de drogas, especialmente, os jovens, num estágio inicial e avisar os serviços sociais para que eles possam oferecer aconselhamento e tratamento. Um trabalho ativo está sendo feito nas ruas, bem como em ambientes novos, a fim de evitar que as drogas sejam vendidas e consumidas mais livremente. Por exemplo, a polícia sueca, no momento, está tentando planejar medidas para evitar a venda de drogas ilícitas pela Internet.

Vamos apresentar nossas conclusões de um projeto destinado a mapear a forma de agir do crime organizado envolvido com o tráfico de drogas, como eles usam as tecnologias mais recentes e as formas de organização mais flexíveis. É deste conhecimento que nós precisamos para contra-atacar as redes do crime. Além disso, estamos tentando desenvolver outros métodos inovadores, como trabalhar em parceria com o setor empresarial, a alfândega e a polícia visando encontrar novas formas de impedir que as empresas de transporte internacional sejam usadas para contrabandear drogas.

As nossas metas podem ser resumidas em algumas frases muito simples: mais jovens deveriam dizer não às drogas; menos pessoas deveriam estar usando drogas; mais usuários de drogas deveriam obter ajuda para terem uma vida livre das drogas e da criminalidade; e a oferta de drogas deve ser reduzida.

Para que isso aconteça, nós temos que tentar envolver as pessoas na nossa luta contra as drogas. O comprometimento político no nível mais elevado é vital, principalmente, num sistema descentralizado, como é o caso da Suécia. É importante estabelecer metas claras e difundi-las entre todos aqueles que são parte da solução desse problema.

Recursos apropriados – financeiros, humanos e institucionais – e coordenação, também são cruciais. Não é apenas uma questão de dinheiro. Também temos que nos certificar de que estamos fazendo a coisa certa. Para tanto, temos que investir em pesquisa e construir laços entre a comunidade científica, aqueles que estabelecem as políticas e aqueles que as colocam em prática.

Suíça

POLÍTICA NACIONAL SOBRE DROGAS DA SUÍÇA

Chung-Yol Lee – Ofício Federal de Saúde Pública da Suíça

A Suíça é um país muito pequeno, situado no meio dos países-membros da União Européia, sem que ela própria seja um país-membro. A Suíça tem cerca de 7 milhões de habitantes e um sistema político que é fundamentado no consenso e no comprometimento.

Os sete Ministros que formam o governo não são eleitos pelo povo. Eles são eleitos pelo Parlamento, que garante pelo menos um assento para cada um dos quatro partidos políticos. Portanto, a realidade política da Suíça não está centrada em duas forças políticas majoritárias – sendo uma a que está no poder e a outra que está na oposição – mas sim, num sistema multipartidário cuja tendência é o compartilhamento de poder e influência.

A política antidrogas da Suíça não foi estabelecida ou desenvolvida por algum Conselho de Ministros ou Comitê. O processo de construção da política antidrogas enfrentou muitas divergências, muitas controvérsias. Examinando os fatos que influenciaram no estabelecimento da nossa política antidrogas como ela está concebida hoje, o primeiro que devemos ressaltar é o debate e o apoio político a essa política antidrogas. Há uma coisa muito peculiar em relação à Suíça – o fato de que votamos sobre muitos assuntos específicos. Nós podemos solicitar um referendo sobre todos os tópicos que sejam elegíveis de serem incluídos na nossa constituição. Também é possível contestar um projeto de lei que tenha sido aprovado pelo parlamento. Tudo o que temos que fazer é recolher 50 mil assinaturas e pedir um referendo sobre qualquer projeto de lei que o Parlamento tenha votado. Os cidadãos da Suíça votam, pelo menos quatro vezes por ano, sobre questões nacionais e muito mais vezes sobre questões regionais ou relativas à comunidade.

Esses fatores democráticos são determinantes no desenvolvimento da política antidrogas da Suíça. Na década de 1990, os eleitores foram convocados para dois referendos em relação à questão das drogas. Num deles, se exigia que fosse implantada uma política antidrogas repressiva que fosse especificamente direcionada a impedir que houvesse prescrição de heroína e que fossem restringidos os tipos de tratamento a ser oferecido aos dependentes de drogas, substituindo-os por outros tratamentos que visassem exclusivamente a abstinência.

Isso teria sido o fim de muitos programas que usam o tratamento com metadona e certamente seria o fim da prescrição de heroína. Cerca de 70% dos eleitores recusaram esta proposta.

Um ano depois, uma outra proposta foi oferecida com um teor exatamente oposto. Sugeriu basicamente que todas as drogas deveriam ser disponibilizadas, mais ou menos livremente, para qualquer um que desejasse. A pessoa apenas teria que se registrar junto a um serviço médico para receber um cartão, semelhante a um cartão de crédito, que autorizaria aquele indivíduo a comprar as drogas em uma farmácia e usá-las como bem entendesse. Novamente, o povo suíço achou que estavam indo longe demais e cerca de 70% dos eleitores também votaram contra esta proposta.

Em 1999, foi convocado um terceiro Referendo sobre a prescrição da heroína. O Parlamento sancionou uma lei que autorizava que a prescrição de heroína fosse disponibilizada regularmente. Uma vez que, naquela altura, já havia pesquisas a esse respeito e aquele tipo de tratamento não estava mais numa fase experimental, a lei teria que sofrer uma emenda para que se pudesse continuar com a prescrição de heroína. Um grupo de políticos conservadores não aprovou esta decisão e solicitou um referendo. Entretanto, 54,5% dos eleitores foram a favor da prescrição de heroína.

Cada uma dessas votações era precedida por um amplo debate público. Como o nosso Ministro da Saúde diz algumas vezes, o povo suíço está entre as populações mais conhecedoras das questões de drogas, porque tem que votar sempre.

Uma questão muito importante no desenvolvimento da política antidrogas na Suíça tem sido os locais abertos para usuários de drogas. Houve debates muito calorosos sobre a questão e muitos problemas com esses locais. Assim, eles acabaram por ser extintos. Hoje, eles não existem mais, mas continuam sendo um elemento importante no debate sobre a política antidrogas.

A comunicação é uma parte muito importante da política antidrogas da Suíça. Foram veiculadas notícias sobre a questão das drogas durante muitos anos, inclusive, pessoas escreviam para os editores e houve um número infinito de artigos sobre a questão das drogas. A mídia também foi muito influenciada pela opinião dos pesquisadores e profissionais que

estavam trabalhando no tratamento de redução de danos. Todas essas informações tiveram uma grande influência na percepção do problema por parte da população, e ocorreram sérias pressões locais.

Como em qualquer outra parte do mundo, na Suíça, não foi o governo nacional o primeiro a se confrontar com o problema das drogas, mas sim as cidades. A verdade é que centenas de usuários de drogas estavam vindo para as cidades e os governos municipais alegavam que não tinham instrumentos necessários, nem recursos suficientes para enfrentar o problema e que o governo nacional tinha que lhes dar condições para tentarem novas abordagens para o problema das drogas e, se necessários, teria de ser feita uma nova emenda à Lei Antidrogas.

Em meados dos anos 90, as autoridades nacionais começaram a formar uma liderança para lidar com a questão das drogas. Hoje em dia, essa liderança é reconhecida e tem um papel importante quando se trata da implementação da política antidrogas. As principais tarefas da administração federal são: coordenar as atividades; disponibilizar informações; ter um papel moderador entre as diversas opiniões e promover pesquisa e avaliação sobre a questão das drogas. Acima de tudo, é essencial que haja um comprometimento claro do governo nacional na implementação dessas diretrizes.

Um fator importante nessa questão das drogas foi a epidemia do vírus HIV/Aids nos final dos anos 80 e anos 90. Esta epidemia teve um fator crucial para o desenvolvimento da política antidrogas. Foi um choque se verificar como os usuários de drogas eram afetados pelo vírus. Isso foi um fator determinante, especialmente, se examinarmos os programas que foram estabelecidos no campo da redução de danos. Desde o início dos anos 90, quando o programa de troca de seringas entrou em operação, os novos casos de HIV que foram diagnosticados diminuíram lentamente, de 8.900 para 600. Hoje, os usuários de drogas intravenosas já não representam a maior parcela de novos casos de HIV, mas sim os heterossexuais. Não apenas os programas de troca de seringas, mas também as campanhas informativas dirigidas para os usuários de drogas intravenosas contribuíram para este desenvolvimento positivo. As políticas de redução de danos definitivamente têm um impacto nas infecções de HIV entre os usuários de drogas.

A primeira diretriz da política antidrogas da Suíça é o consenso. É muito importante que haja consenso no nível político, consenso entre a população e consenso entre os vários profissionais envolvidos. Isto significa intercâmbio de argumentos e opiniões. São necessários amplos debates. Porém, também temos que refletir seriamente sobre o que tem sido feito e analisar os resultados das ações que têm sido implementadas. Ao final, dados e números acabam mudando a opinião das pessoas e não a ideologia. Uma abordagem baseada na evidência é importante, mas não é suficiente.

O segundo fator é a cooperação. Não é tão difícil estabelecer cooperação entre os profissionais de saúde e as pessoas que trabalham no âmbito social. Mas, é muito mais complicado estabelecer uma cooperação entre a polícia e os profissionais da área da saúde e da área social. Os elementos mais importantes para se gerar um clima de cooperação é exatamente o planejamento de algumas atividades em conjunto, a compreensão das necessidades e problemas do lado oposto e a integração das várias demandas desses profissionais.

O terceiro ponto é o pragmatismo. Temos que experimentar novas abordagens e, se virmos que não estão dando resultado, temos que interrompê-las. Não há nenhuma garantia de que uma nova abordagem vá ter bons resultados. Portanto, se você não está preparado para assumir alguns riscos, você nunca implementará um projeto inovador. Com o passar dos anos, nós temos aprendido a abordar o tema das drogas de uma maneira muito pragmática e, tanto quanto possível, deixar para trás todos os nossos dogmas e ideologias.

O próximo tópico é a questão da evidência, nós estamos sistematicamente desenvolvendo projetos de pesquisa que reavaliam os resultados das terapias orientadas que empregamos. Esses projetos incluíram uma grande pesquisa sobre os programas de prescrição de heroína, uma avaliação nacional da implementação da política antidrogas da Suíça nos últimos 10 anos e vários outros projetos menores que estão sendo continuamente monitorados e avaliados.

O último tópico que eu vou abordar neste contexto é a questão da inovação. A primeira sala segura para aplicação de injeções foi criada no final dos anos 80. Depois disso, não foram disponibilizados outros locais para os usuários de drogas. O primeiro programa de

troca de seringas que foi criado na cidade de Zurique, inicialmente, sofreu uma grave oposição. A prescrição de heroína, definitivamente, era uma abordagem considerada bastante inovadora, e até bastante ousada, uma vez que havia muita controvérsia a esse respeito.

Queremos reduzir o número de novos usuários; aumentar o número de pessoas que conseguem superar a dependência; reduzir o impacto negativo da dependência para o indivíduo e para a sociedade; e também queremos combater a criminalidade e o crime organizado. Proteger a nossa sociedade se tornou particularmente relevante, quando tínhamos locais abertos para usuários de drogas, os transtornos e distúrbios para as pessoas que moravam nas redondezas e para os comerciantes daquela área eram inaceitáveis. A população tem o direito de se sentir protegida. As crianças que vão a pé para a escola não deveriam testemunhar como os usuários de drogas surgiam nas ruas, ou ver como os traficantes vendiam as drogas para aqueles usuários, e até como surgiam conflitos violentos entre os indivíduos que freqüentavam aqueles locais abertos para usuários de drogas.

A estratégia de implementação da nossa política antidrogas é uma abordagem que engloba quatro pilares principais:

O primeiro pilar é a prevenção. A promoção da saúde tem um importante papel na prevenção. Nós promovemos as competências vitais, atendemos crianças com necessidades especiais e ensinamos como elas podem resolver seus conflitos. Trabalhamos muito com escolas e tentamos também envolver as famílias. Nós consideramos que todas as atividades escolares devem estar engajadas na promoção à saúde, tentando que essa abordagem seja a mais inclusiva possível e que tenha como objetivo principal o foco específico nos riscos comportamentais e não nos vários tipos de drogas. Nosso Departamento também implementa projetos juntamente com associações esportivas. Vários desportistas famosos, homens e mulheres, estão envolvidos nos nossos projetos, tentando criar uma consciência sobre os perigos das drogas no mundo do esporte, em particular, visando a capacitação dos treinadores para conduzir os problemas ligados ao consumo de drogas que eventualmente venham a surgir.

O próximo pilar é terapia e reabilitação. A grande maioria dos tratamentos que são oferecidos hoje é à base de metadona. Mais de 70% dos usuários de drogas na Suíça estão em tratamento. A evolução mais recente é o tratamento assistido à base de heroína, que nós

consideramos ser uma abordagem de redução de danos no sentido estrito. Os nossos tratamentos de substituição de drogas são ministrados por médicos e psiquiatras. Para lhes dar uma noção do limiar para a prescrição de heroína, é importante dizer que nós temos cerca de 30 mil dependentes de heroína na Suíça. Estimamos que cerca de 2/3 desses usuários problemáticos de drogas pesadas, como a heroína e cocaína, estão se submetendo a algum tipo de tratamento. Há cerca de 10 anos, talvez a metade desses dependentes de droga estivesse recebendo tratamento. Embora tenha sido o foco das atenções nos últimos anos, a prescrição de heroína só está sendo usada em aproximadamente 1.200 usuários, o que representa menos de 5% dos 30 mil dependentes de heroína na Suíça.

Outro pilar é a redução de danos. As abordagens de redução de danos foram desenvolvidas desde o final dos anos 80. O primeiro programa de redução de danos em larga escala foi um projeto de troca de seringas, que começou em 1986, nos locais abertos de usuários de drogas. Alguns anos mais tarde, foram criadas as salas seguras para aplicação de injeções. Também foram dadas oportunidades especiais para aqueles que eram capazes de manter um emprego regular, diariamente. Para nós, é muito importante que essas pessoas estejam inseridas na rede social. Faltam abrigos para as pessoas que não têm local para morar. Temos ainda os Centros de Contato, onde os usuários de drogas podem entrar em contato com o sistema de ajuda, de uma forma bastante informal. Nesses centros, eles recebem aconselhamento, assistência e informação, ou podem simplesmente tomar um café e ficar à vontade.

A repressão e controle foram talvez as primeiras tentativas de se evitar e reduzir o problema das drogas. O controle das substâncias usadas para produzir drogas, bem como o combate ao tráfico de drogas, ao crime organizado e à lavagem de dinheiro pode efetivamente contribuir para a redução da oferta das drogas ilícitas. A Suíça coopera estritamente com a comunidade internacional, uma vez que o crime relacionado ao uso das drogas em uma dimensão global. Outro elemento importante são os chamados "Centros de Referência" onde os usuários de drogas são mantidos durante um certo período e depois retornam para as suas residências. Muitos usuários de drogas vêm para as cidades grandes porque é lá que eles acham as drogas. Num determinado momento, cidades como Berna e Zurique tiveram que conviver com mais usuários de drogas que vinham de fora do que com as pessoas que efetivamente moravam nessas cidades. Então, a polícia começou a prender as pessoas que

estavam usando drogas nas ruas e esses usuários eram encaminhados para esses Centros de Referência. A identidade desses usuários era conferida e eles recebiam o atendimento do serviço de saúde e tratamento com metadona, se necessário. Ao mesmo tempo, estabelecia-se contato com a comunidade, a cidade ou a vila onde o usuário efetivamente residia e solicitava-se assistência e tratamento para o dependente que assim necessitava.

No início dos anos 90, o número que pessoas que usavam drogas pesadas, como a heroína e a cocaína, aumentou sensivelmente. Desde 1994 que estes números têm permanecido estáveis e, em relação ao consumo de heroína, eles têm até decrescido levemente. Por outro lado, temos um pequeno aumento no uso da maconha, êxtase, álcool e tabaco. Foram analisados vários indicadores para se estimar o número total de usuários de drogas. Levamos em consideração o número de tratamentos com metadona e todos os outros dados dos tratamentos disponíveis; o número de transgressões legais devido ao consumo de narcóticos; os dados do serviço de saúde; e o número de mortes por overdose.

Estamos tentando integrar as drogas ilícitas na política antidrogas. Inicialmente, lidávamos apenas com as drogas lícitas. Isso é muito importante, principalmente, no tocante às mensagens que podemos repassar aos jovens.

Na Suíça, os casos de morte que são relatados pela polícia, e quando é feita uma autópsia, são consideradas mortes por overdose. Em 1992, registramos o maior número de mortes relacionadas às drogas, com um total de 490 mortes por ano. Em 2003, conseguimos reduzir esse número para 180 mortes, o que representa uma redução de 50%, trazendo o percentual para os níveis dos anos 80. Nós consideramos isso como o resultado da implementação das políticas de redução de danos.

Finalmente, um dos resultados mais importantes da política antidrogas da Suíça é a mudança na percepção do problema. Algumas declarações bastante provocativas podem ilustrar essa conclusão, tais como: "A dependência de drogas não é apenas uma questão de repressão; é uma questão de saúde". Eu acho que esta declaração será apoiada pela grande maioria da população da Suíça. "O problema das drogas não pode ser solucionado; ele pode ser apenas administrado". "A ideologia não ajuda". "Enfrente a realidade e procure respostas pragmáticas para os problemas". Assegurar a cooperação e uma abordagem equilibrada é uma

luta contínua. Nós nunca conseguimos isso realmente porque os muitos aspectos envolvidos no problema estão mudando constantemente. Temos que encontrar o ponto de equilíbrio entre os interesses da população em geral e as necessidades dos dependentes de drogas. Isso é vital. Não é apenas uma questão de mensuração, implementação de atividades ou projetos que vão fazer a diferença. É um conjunto dos resultados de todas essas ações.