

Política de Drogas na África: O que é uma abordagem “baseada em saúde”?

*As partes,
Preocupadas com a saúde e o bem estar da
humanidade,
Reconhecendo que o uso médico de narcóticos
continua a ser indispensável para o alívio da
dor e sofrimento e que o provimento deve ser
feito para garantir a disponibilidade de drogas
narcóticas para tal fim,*

Início da Convenção Única sobre Entorpecentes
de 1961¹

Introdução

Desde que a Convenção Única sobre Entorpecentes foi adotada, criando a estrutura para o sistema global de controle de drogas, há uma evidência crescente de que a abordagem da “Guerra às Drogas” levou às sérias consequências negativas.² Como resposta, o debate sobre a política de drogas internacional tem incorporado de forma crescente a ideia de uma abordagem de saúde mais equilibrada. Na ‘Declaração Ministerial Conjunta’ das Nações Unidas sobre drogas de 2014, estados membros chegaram a um consenso de que “o problema mundial das drogas ... demanda uma abordagem integrada, multidisciplinar, equilibrada e de reforço mútuo”.³ Em abril desse ano, a Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas (UNGASS) sobre o problema mundial das drogas incluirá uma mesa redonda dedicada às “Drogas e à Saúde”.⁴

Ao nível regional, o Plano de Ação para o Controle de Drogas da União Africana (2013-2017), inclui serviços sociais e de saúde como um dos quatro resultados prioritários.⁵ Recentemente, a Posição Comum Africana para a UNGASS enuncia que uma abordagem mais equilibrada é necessária para focar na saúde e nos direitos humanos de pessoas que usam drogas”.⁶ Essa narrativa tem sido usada de forma crescente por múltiplos estados.⁷

Ao mesmo tempo que essa mudança de tom é bem-vinda, é crucial que o conceito de políticas de drogas equilibradas e baseadas em saúde não se tornem frases diplomáticas vazias. Essa retórica tem de ser combinada com uma mudança real sobre como reagimos em campo na África e no resto do mundo. Portanto, essa nota para advocacia busca elaborar como seria a prática de uma abordagem de saúde na África, e explora cinco áreas específicas que precisam ser urgentemente tratadas pelos governos.

Por que uma “abordagem de saúde”?

Na última UNGASS sobre drogas, realizada em 1998, estados membro da ONU se reuniram em torno do slogan “Um mundo livre de drogas, vamos conseguir”, com o objetivo de erradicar todas as drogas dentro de uma década. Em 2009, os estados membros fizeram um novo e inatingível acordo, com o objetivo de reduzir “de forma significativa e mensurável” o cultivo, demanda e tráfico de drogas até 2019.

Além do inevitável fracasso⁸ no cumprimento desses objetivos, eles representam uma série de consequências indesejadas importantes - porque pelo menos algumas foram reconhecidas pelo Escritório das Nações Unidas para Drogas e Crime (UNODC): a criação de um mercado de drogas criminoso e lucrativo, a priorização da aplicação da lei sobre a saúde, o deslocamento da produção de drogas para novas regiões como a África ocidental, o deslocamento do uso de drogas para outras novas e mais perigosas substâncias, e a percepção global de que pessoas que usam drogas são criminosos.⁹ Portanto, políticas de drogas proibicionistas resultaram em mais prejuízos que as drogas que pretendiam ser controladas por elas.

Globalmente, estima-se que 246 milhões de pessoas usam drogas, e cerca de uma em cada dez apresentam problemas ligados ao uso de drogas.¹⁰ Ao mesmo tempo, estima-se que entre 8,5 milhões e 21,5 milhões de pessoas injetam drogas – 13,5% dos quais têm HIV, e metade dos quais têm hepatite C¹¹, principalmente devido à falta de equipamento esterilizado para injeções. Pelo menos uma em cada 10 pessoas que injetam drogas na África têm HIV,¹² 44% nas Ilhas Maurício e 34% na Tanzânia.¹³ A solução para esses problemas não está na imposição de sanções criminais severas contra pessoas que usam drogas, mas sim em uma resposta de saúde pública que ajudará a criar comunidades mais seguras e saudáveis.

1. Prevenção ao uso de drogas

O objetivo da prevenção às drogas é prevenir, adiar ou reduzir o uso de drogas ou dependência, bem como suas consequências negativas. Programas de prevenção baseados em evidências continuam apresentando recursos insuficientes em toda a África e, onde os programas de prevenção são implementados, costumam ser campanhas nos grandes meios de comunicação que utilizam táticas ultrapassadas e ameaçadoras.¹⁴ Prevenção holística e de boa qualidade deve procurar tratar dos “fatores de risco” conhecidos para os problemas com uso de drogas (como problemas de saúde mental,

negligência familiar e abuso, ou crescimento em comunidades marginalizadas e comunidades carentes) - mas também reforçar os “fatores de proteção” conhecidos, (incluindo um ótimo bem estar psicológico e emocional, competência social, e vínculo familiar).¹⁵ Fazer isso requer mais que apenas advertir os jovens sobre os perigos das drogas ou das penas pesadas que eles arriscam pegar – não há evidências atuais sugerindo qualquer impacto dessa abordagem.¹⁶

A ciência da prevenção fez enormes avanços nos últimos anos: sabemos agora que os programas eficazes de prevenção podem contribuir para o engajamento positivo de crianças, jovens e adultos com suas famílias, escolas, locais de trabalho e comunidades; também sabemos que isso pode construir importantes habilidades e capacidades que irão ajudar os indivíduos a reagir a múltiplas influências na vida – como normas sociais, interação com pares, condições de vida e traços de personalidade.¹⁷ Também é importante que programas de prevenção evitem o estigma social e a marginalização crescentes enfrentadas por pessoas que usam drogas.

2. Redução de danos

A redução de danos se refere a políticas e programas que focam na redução das consequências negativas do uso de drogas, sem necessariamente reduzir o consumo em si.¹⁸ Os exemplos incluem programas de distribuição de seringas e agulhas esterilizadas para reduzir o risco de HIV e hepatite; fornecimento de medicamentos opioides como a metadona e buprenorfina como substitutos para drogas de rua como para ajudar a estabilizar e melhorar vidas; distribuindo naloxona para reverter os efeitos de uma overdose por opioides, e fornecer espaços supervisionados onde as pessoas possam usar drogas provocar distúrbios públicos ou correr o risco de uma overdose fatal. A abordagem de redução de danos é rica em evidências que apoiam sua eficácia global e custo-benefício, e é largamente recomendada - inclusive pela União Africana.¹⁹

A Organização Mundial da Saúde, a UNODC e a UNAIDS elaboraram um ‘pacote completo’ de serviços que têm o maior impacto em pessoas que injetam drogas (Box 1).²⁰ Mas a abordagem de redução de danos vai além disso, incluindo, por exemplo, prevenção de overdose e distribuição de naloxona,²¹ salas consumo de drogas seguro como os de várias cidades da Europa, Austrália e Canadá.²²

Box 1. O “Pacote Completo” de Redução de danos da ONU²³

1. Programas de distribuição de agulha e seringas
2. Terapia de substituição de opioides e outros tratamentos para dependência química baseados em evidências
3. Exames de HIV e aconselhamento
4. Terapia antirretroviral (para HIV)
5. Prevenção e tratamento infecções sexualmente transmissíveis
6. Programas de distribuição de preservativos
7. Informação orientada, educação e comunicação
8. Prevenção, vacinação, diagnóstico e tratamento para hepatite viral
9. Prevenção, diagnóstico e tratamento para tuberculose.

Redução de danos é apoiada ou implementada em pelo menos 90 países globalmente,²⁴ mas muito poucos o fazem na África – apesar dos sucessos documentados no Quênia,²⁵ Tanzânia²⁶, Ilhas Maurício²⁷, entre outros. Essa abordagem está surgindo no Senegal, África do Sul, Nigéria e em outros lugares – ainda menos de 1% das pessoas que injetam drogas na África têm acesso a programas de distribuição de seringas e terapia de substituição de opioides.²⁸ Governos africanos devem se comprometer e apoiar uma abordagem de redução de danos – para proteger a saúde de pessoas que usam drogas, mas também pelos benefícios sociais e econômicos de que essa abordagem é capaz de trazer.

Os serviços da redução de danos são uma maneira excelente de engajar pessoas que usam

drogas por meio de modelos de baixo limiar e alcance – e por isso funcionam como pontos de entrada para outros serviços, inclusive tratamento de dependência de drogas e de saúde em geral. A redução de danos trata de suprir necessidades imediatas das pessoas, ajudando-os a reduzir riscos e abordar problemas - um investimento que irá beneficiar toda a sociedade.²⁹

Além de financiar e implementar programas de redução de danos baseados em evidências, os governos também devem garantir um ambiente de apoio jurídico nos quais tais serviços possam operar com sucesso. A prática da polícia pode impedir diretamente os esforços de redução de danos – por exemplo, se as pessoas forem autuadas e presas pelo porte de seringas ou agulhas. Mas as autoridades da aplicação da lei também têm um importante papel no apoio a esses serviços – ao encaminhar pessoas que usam drogas e ao trabalhar em parceria com organizações de redução de danos.³⁰ Programas de redução de danos também devem estar disponíveis nas prisões e nas comunidades.³¹

Essencialmente, mais de 30 anos de experiência global mostrou que a abordagem de redução de danos não aumenta ou promove o uso de drogas – e é preciso passar essa evidência constantemente para o público e para a mídia para garantir apoio. A redução de danos quando é adequadamente implementada, irá reduzir o crime e o incômodo público (incluindo equipamento de injeção usado), reduzir a transmissão de HIV e hepatite, reduzir as mortes por overdose, promover tratamento de dependência química, e economizar dinheiro.³²

3. Tratamento para dependência química

A União Africana desenvolveu os “Padrões Continentais Mínimos de Qualidade para o Tratamento de Dependência Química”.³³ Neles consta que a dependência química é complexa porém tratável, e que o tratamento eficaz deve atender à necessidades do indivíduo. Para isso, os sistemas de tratamento devem oferecer um a lista de opções que sejam adequadas às

características individuais, necessidades e circunstâncias do paciente - incluindo programas de desintoxicação, terapias de substituição de opioides (como programas de distribuição de metadona), e substituição de estimulantes, tratamento psicossocial e aconselhamento, apoio social e reabilitação. Esses serviços também devem ser oferecidos em uma série de locais – como centros comunitários, centros residenciais, e em outros serviços de saúde aos quais os pacientes tenham acesso.³⁴ Tanto a UNODC³⁵ quanto a União Europeia³⁶ têm um extenso guia de padrões para programas de tratamento eficazes – que levam em conta importantes considerações como acessibilidade, exames e avaliações, equipe profissional, governança, consentimento e confidencialidade, e a necessidade de apoio contínuo depois do tratamento.

Estima-se que apenas uma em cada 18 pessoas que reportam problemas relacionados às drogas têm acesso à serviços de tratamento de qualidade – em outras partes do mundo 1 em cada 6 têm acesso a tratamento.³⁷ Isso reflete falta geral de vontade política e recursos (inclusive financeiros, locais para atendimento, equipe de profissionais e treinamento) em todo o continente. Mesmo quando existem programas de tratamento, tendem a ser mal regulados pelo governo e desalinhados com evidência de eficácia e custo benefício.

Com frequência, recursos escassos para tratamento também estão sendo desperdiçados: é fundamental reconhecer que o tratamento baseado em evidências é uma resposta adequada apenas para aqueles que estão experimentando problemas ou dependência devido ao uso de drogas – o que representa cerca de um em cada 10 pessoas que usam drogas.³⁸

Para proteger os direitos básicos das pessoas que usam drogas, e maximizar a eficácia dos programas tratamento, este deve ser sempre voluntário.³⁹ O sucesso do tratamento e a 'recuperação' também não devem ser entendidos apenas como abstinência. O sucesso deve ser definido pelo indivíduo, em vez do

Estado – pode ser a interrupção do uso de drogas, mas poderia ser legitimamente, apenas uma redução no uso de drogas, a abstinência de certas drogas, mas não de outras, emprego remunerado, redução da criminalidade e/ou uma redução de danos e riscos. Se uma opção de tratamento não atingir essas metas, em seguida, o plano de tratamento individual deve ser alterado – esta pessoa não deve ser considerada como alguém que falhou no tratamento.

4. Alternativas à prisão e encarceramento

A parte crucial de uma política de drogas baseada na saúde considera o uso de drogas como uma questão de saúde, em vez de tratá-lo como um problema criminal. Portanto, um elemento central desta abordagem é a remoção de sanções criminais por posse e uso de drogas. Isto pode assumir muitas formas, dependendo do que é possível no contexto nacional, mas as linhas gerais são as mesmas: o encarceramento não é uma resposta adequada ao uso de drogas, e só deve ser usado como um último recurso e apenas para infratores violentos de alto nível.

O **encaminhamento para o tratamento** pode ser feito no momento da prisão ou antes do processo (e implementado pela polícia), ou no momento da sentença (e oferecido pelos tribunais como uma alternativa à prisão). Recordando o princípio acima de que nem todas as pessoas que usam drogas têm necessidade de tratamento, esta é no entanto a resposta mais prática e eficaz para aqueles que o experimentam. Isso também ajuda a reduzir a carga sobre o sistema de justiça criminal, mas requer um sistema de tratamento para problemas com drogas eficaz e com bons recursos para o qual os encaminhamentos podem ser feitos. Tal abordagem não requer reforma legal - ele pode ser implementado por meio de política nacional, em vez de lei. Aqueles que não necessitam de tratamento poderiam ser encaminhados aos serviços de redução de danos e a outros programas de apoio social que necessitem.

Evidências mostram a eficácia da remoção de sanções penais para uso de drogas.⁴⁰ Com o processo da **descriminalização**, o uso de drogas não é mais considerado uma ofensa criminal. A alternativa é tratar o problema por meio de sanções não penais – tais como multas, apreensão de drogas ou serviços à comunidade – ou pelo encaminhamento adequado ao tratamento e serviços de redução de danos. Remover sanções penais significa que os indivíduos vulneráveis não receberá mais registros criminais, portanto, ajuda a reduzir o estigma e a discriminação pelas quais eles passam. Isso também permite que tenham acesso aos serviços de saúde e sociais que possam necessitar, sem medo de detenção ou reclusão. Finalmente, ele permite que a polícia e o sistema de justiça criminal da polícia concentrem recursos sobre os aspectos mais prejudiciais e violentos do mercado de drogas ilícitas.

Tal abordagem já é adotada em mais de 20 países ao redor do mundo.⁴¹ A descriminalização também já foi endossada por uma série de agências das Nações Unidas⁴² – enquanto UNODC também promoveu essa abordagem⁴³ e confirmou que a descriminalização é permitida dentro das convenções internacionais sobre drogas.⁴⁴

A descriminalização pode ser implementada por meio da mudança nas leis nacionais de drogas ("descriminalização de jure"), ou por uma mudança na prática segundo a qual as sanções penais não são aplicadas pela polícia ("descriminalização de facto").⁴⁵ As sanções alternativas aplicadas nunca devem ser mais severas do que as da criminalização, e devem incentivar o acesso à saúde e serviços sociais. Por exemplo, os êxitos alcançados desde a descriminalização em Portugal (incluindo reduções nas infecções por HIV, no número de overdoses e uso de drogas⁴⁶) podem ser atribuídos às reformas legais, mas também, fundamentalmente, ao aumento dos investimentos que estão sendo feitos no tratamento da toxicod dependência e nos serviços de saúde para as pessoas que usam drogas.

Ao descriminalizar o uso de drogas, os governos devem estar atentos para garantir penas mais proporcionais para todos os delitos de drogas. Isto é muito necessário em toda a África, onde as sentenças para delitos de drogas são muitas vezes extremamente desproporcionais à gravidade real da infração: em alguns casos, que vão de 10 a 15 anos para ofensas menores e, a partir de 15 anos, prisão perpétua para transgressões mais graves, e com sentenças mínimas obrigatórias impostas que remover qualquer arbítrio/critério por parte de juizes e promotores.⁴⁷

Box 2. A falta de dados

A implementação de uma política eficaz contra as drogas, baseada em evidências, exige informações precisas e atualizadas sobre os mercados de drogas ilícitas locais. Esses dados incluem os tipos e pureza de substâncias que estão sendo usadas, as rotas do tráfico e tendências, a prevalência do uso de drogas e os efeitos nocivos da droga, tais como HIV, hepatite e overdose.

O que diferencia África de outras regiões, no entanto, é a falta desses dados. A maioria dos países não dispõem dos mecanismos caros e complexos para conseguir essas informações, com estimativas da ONU e outros, baseando-se apenas com a opinião e especulação de especialistas. A melhora no recolhimento de dados é claramente uma área que requer atenção urgente (talvez através de uma entidade regional semelhante ao European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction), porque uma melhor e mais sofisticada compreensão de que as métricas são o mais importante para medir o sucesso ou o fracasso das políticas de drogas.⁴⁸

5. Acesso a medicamentos

Um dos objectivos fundamentais do sistema de controle de drogas da ONU, tal como definido pelas convenções internacionais sobre drogas, é garantir a disponibilidade de substâncias

controladas internacionalmente para fins médicos e científicos.⁴⁹ Mas o sistema está falhando. A Organização Mundial de Saúde estima que 5,5 bilhões de pessoas vivem em países com pouco ou nenhum acesso para o alívio da dor e outros medicamentos essenciais⁵⁰ - incluindo muitos países da África. Ao mesmo tempo, o acesso à terapia de substituição de opioides permanece totalmente inadequada na região.⁵¹

Para mudar essa realidade, os regulamentos nacionais de controle de drogas devem ser revistos utilizando orientação disponível⁵² para garantir que eles não interfiram desnecessariamente na disponibilidade de medicamentos. As barreiras existentes ou impedimentos legais para tal acesso devem ser urgentemente removidas, com formação adequada a ser fornecida para as equipes de profissionais de saúde, de aplicação da lei e do pessoal responsável pelo controle de drogas. Mais investigação científica global é necessária sobre o valor terapêutico e médicos de outras substâncias controladas, tais como MDMA e cannabis. Para este último, a maconha medicinal já pode ser encontrado em alguns países. Os governos africanos devem, portanto, considerar esta opção de política pública adicional, já que não há maconha medicinal formalmente disponível na região.

Conclusão

À medida que o debate sobre a política de drogas evolui, mais e mais países - incluindo os da África - estão reconhecendo que punir as pessoas que usam drogas não é a abordagem correta, e que precisam encontrar novas soluções. Uma resposta mais humana, eficaz e com base na saúde é claramente necessária. Os governos devem se comprometer, portanto, com a prevenção ao uso de drogas com base em evidências, redução de danos e de tratamento dos problemas relacionados às drogas, bem como alternativas para ao encarceramento e detenção, e as medidas para garantir o acesso a medicamentos essenciais. Se implementado

corretamente, esses cinco pilares de uma abordagem baseada em saúde irá reduzir a incidência de HIV, hepatite e outros danos para a saúde pública, além de reduzir a carga sobre os sistemas de justiça penal.

A abordagem de saúde pública descrita neste documento está em conformidade com as recomendações da UNGASS desenvolvidas pelo International Drug Policy Consortium,⁵³ bem como as recomendações recentemente articuladas pela UNAIDS. Estas últimas incluem a redução de danos nas prisões e nas comunidades e a necessidade de descriminalizar o uso de drogas, a disponibilidade de tratamento não coercitivo da toxicod dependência, baseado em evidências, a proteção dos direitos humanos, a redução do estigma e discriminação, prevenção de overdose e o engajamento da sociedade civil.⁵⁴ Fundamentalmente, as recomendações da UNAIDS também tratam de como esta abordagem de saúde pode ser financiada em todo o mundo por meio do "reequilíbrio" dos investimentos atuais na aplicação da lei de drogas, sendo que apenas uma pequena parte desses fundos são destinados à saúde.⁵⁵

Notas finais

¹ https://www.unodc.org/pdf/convention_1961_en.pdf

² See, for example: <http://www.globalcommissionondrugs.org/reports/>; <http://www.countthecosts.org/>; West Africa Commission on Drugs (2014), *Not just in transit: Drugs, the state and society in West Africa*, <http://www.wacommissionondrugs.org/report/>

³ United Nations Office on Drugs and Crime (2014), *Joint Ministerial Statement: 2014 high-level review by the Commission on Narcotic Drugs of the implementation by member states of the Political Declaration and Plan of Action on international cooperation towards an integrated and balanced strategy to counter the world drug problem*, https://www.unodc.org/documents/hlr/JointStatement/V1403583_E_ebook.pdf

⁴ General Assembly (2015), *Resolution 70.181. Special session of the General Assembly on the world drug problem to be held in 2016*, A/RES/70/181, https://www.unodc.org/documents/ungass2016//Background/A_RES_70_181.pdf

⁵ African Union (2012), *AU Plan of action on drug control (2013-2017)*, [http://sa.au.int/en/sites/default/files/AUPA%20on%20DC%20\(2013-2017\)%20-%20English.pdf](http://sa.au.int/en/sites/default/files/AUPA%20on%20DC%20(2013-2017)%20-%20English.pdf)

⁶ African Union (2015), *Common African Position (CAP) for the UN General Assembly Special Session on the world drug problem, April 19-21 2016*, <https://www.unodc.org/documents/ungass2016//Contributions/IO/AU/Common African Position for UNGASS - English - final.pdf>

⁷ See, for example, country statements at <http://cndblog.org/>

⁸ Data from successive UNODC World Drug Reports demonstrate that drug use and drug supply are either stable or increasing over time

https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_D_51/1_CRP5/E-CN7-2008-CRP17_E.pdf

¹⁰ United Nations Office on Drugs and Crime (2015), *UNODC World Drug Report 2015*, <http://www.unodc.org/wdr2015/>

¹¹ Ibid

¹² Ibid

¹³ Harm Reduction International (2015), *Global State of Harm Reduction, 2014*, <http://www.ihra.net/global-state-of-harm-reduction>

¹⁴ International Drug Policy Consortium (2016), *IDPC Drug Policy Guide, 3rd Edition* (in print), www.idpc.net

¹⁵ United Nations Office on Drugs and Crime (2015), *International Standards on Drug Use Prevention*, <https://www.unodc.org/unodc/en/prevention/prevention-standards.html>

¹⁶ International Drug Policy Consortium (2015), *West Africa Drug Policy Training Toolkit: Facilitation Guide*, <http://idpc.net/publications/2015/04/west-africa-drug-policy-training-toolkit-facilitation-guide>

¹⁷ European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction (2011), *European drug prevention quality standards*, <http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/prevention-standards>

¹⁸ Harm Reduction International (2010), *What is Harm Reduction? A position statement from Harm Reduction International*, <http://www.ihra.net/what-is-harm-reduction>

¹⁹ African Union (2012), *AU Plan of action on drug control and crime prevention (AUPA) (2013-2017) – Implementation Matrix*, <http://sa.au.int/en/sites/default/files/AUPA%20on%20DC%20%282013-2017%29%20-%20Implementation%20Matrix%20-%20English.pdf>

²⁰ World Health Organisation (2014), *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations*, <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations/en/>

²¹ World Health Organisation (2014), *Naloxone: A take-home antidote to drug overdose that saves lives*, <http://www.who.int/features/2014/naloxone/en/>

²² Schatz, E. & Nougier, M. (2012), *Drug Consumption Rooms: Evidence and practice* (International Drug Policy Consortium), <http://idpc.net/publications/2012/06/idpc-briefing-paper-drug-consumption-rooms-evidence-and-practice>

²³ World Health Organisation (2014), *Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations*, <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations/en/>

²⁴ Harm Reduction International (2015), *Global State of Harm Reduction 2014*, <http://www.ihra.net/global-state-of-harm-reduction>

²⁵ Shaw, G. (2014), *Independent Evaluation: Community Action on Harm Reduction (CAHR)*, <http://www.cahrproject.org/resource/independent-evaluation-cahr/>

²⁶ Doctors of the World, *Tanzania: Harm reduction for drug users*, <https://doctorsoftheworld.org/where-we-work/africa/tanzania/>

²⁷ Collectif Urgence Toxida, *Harm reduction in Mauritius*, <http://www.cut.mu/en/content/harm-reduction-mauritius>

²⁸ Mathers, B.M. et al (2010), 'HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage', *The Lancet*, **375**(9717): 1014-1028

²⁹ Harm Reduction International (2010), *What is Harm Reduction? A position statement from Harm Reduction International*, <http://www.ihra.net/what-is-harm-reduction>

³⁰ Monaghan, G. & Bewley-Taylor, D. (2013), *Police support for harm reduction policies and practices towards people who inject drugs* (International Drug Policy Consortium), <http://idpc.net/publications/2013/02/police-support-for-harm-reduction-policies-and-practices-towards-people-who-inject-drugs>

³¹ World Health Organisation (2014), *Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations*, <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations/en/>

³² International Drug Policy Consortium (2016), *IDPC Drug Policy Guide, 3rd Edition*, forthcoming

³³ Available from <http://sa.au.int/en/commitments>

³⁴ International Drug Policy Consortium (2015), *West Africa Drug Policy Training Toolkit: Facilitation Guide*, <http://idpc.net/publications/2015/04/west-africa-drug-policy-training-toolkit-facilitation-guide>

³⁵ United Nations Office on Drugs and Crime (2012), *TREATNET quality standards for drug dependence treatment and care services*, www.unodc.org/docs/treatment/treatnet_quality_standards.pdf

³⁶ European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction (2012), *Minimum quality standards in drug demand reduction EQUUS*, http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_231087_EN_INT09_EQUUS_2012.pdf

³⁷ United Nations Office on Drugs and Crime (2015), *UNODC World Drug Report 2015*, <http://www.unodc.org/wdr2015/>

³⁸ Ibid

³⁹ Open Society Foundations (2016) *No Health, No Help: Abuse as Drug Rehabilitation in Latin America & the Caribbean*, forthcoming

⁴⁰ International Drug Policy Consortium (2016), *IDPC Drug Policy Guide, 3rd Edition*, forthcoming

⁴¹ Rosmarin, A. & Eastwood, N. (2013), *A Quiet Revolution: Drug decriminalisation policies in practice across the globe* (Release), <http://www.release.org.uk/publications/quiet-revolution-drug-decriminalisation-policies-practice-across-globe>

⁴² See, for example: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2015), *A public health and rights approach to drugs*, http://www.unodc.org/documents/ungass2016/Contributions/UN/UNAI/DS/JC2803_drugs_en.pdf; UN Women (2014), *A gender perspective on the impact of drug use, the drug trade, and drug control regimes*, https://www.unodc.org/documents/ungass2016/Contributions/UN/Gen/der_and_Drugs_-_UN_Women_Policy_Brief.pdf; United Nations Development Program (June 2015), *Addressing the development dimensions of drug policy*, <http://www.undp.org/content/dam/undp/library/HIV-AIDS/Discussion-Paper--Addressing-the-Development-Dimensions-of-Drug-Policy.pdf>; World Health Organisation (July 2014), *Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations*, <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations/en/>

⁴³ A UNODC briefing paper supporting decriminalisation was leaked in October 2015, and can be accessed at: http://news.bbc.co.uk/1/shared/bsp/hi/pdfs/19_10_11_unodcbriefing.pdf

⁴⁴ UN Commission on Narcotic Drugs (2014), *Drug policy provisions from the international drug control conventions*, E/CN.7/2014/CRP.5, https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_D_57/E-CN7-2014-CRP05_V1400819_E.pdf

⁴⁵ For an overview of different decriminalisation models, see: <http://decrim.idpc.net>

⁴⁶ Transform Drug Policy Foundation (2014), *Drug Decriminalization in Portugal: Setting the record straight*, <http://www.tdpf.org.uk/blog/drug-decriminalisation-portugal-setting-record-straight>

⁴⁷ West Africa Commission on Drugs (2014), *Not just in transit: Drugs, the state and society in West Africa*, <http://www.wacommissionondrugs.org/report/>

⁴⁸ Bewley-Taylor, D. (2016), *The 2016 United Nations General Assembly Special Session on the World Drug Problem: An opportunity to move towards metrics that measure outcomes that really matter* (Global Drug Policy Observatory), <http://www.swansea.ac.uk/media/GDPO%20UNGASS%20Metrics%20Working%20Paper%20Jan%202016draftBravo.pdf>; Auvray, A. (2015), *The 'War on Data' in Africa, or how to provide an alternative discourse to the 'War on Drugs' within the international drug control system* (Global Drug Policy Observatory), https://www.academia.edu/19457802/GDPO_Situation_Analysis_Nov_2015_The_War_on_Data_in_Africa_or_how_to_provide_an_alternative_discourse_to_the_War_on_Drugs_within_the_international_drug_control_system

⁴⁹ Hallam, C. (2014), *The international drug control regime and access to controlled medicines* (Transnational Institute & International Drug Policy

Consortium), <http://idpc.net/publications/2015/01/the-international-drug-control-regime-and-access-to-controlled-medicines>

⁵⁰ World Health Organisation (2012), *Access to controlled medications programme – Improving access to medications controlled under international drug control conventions*, http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/ACMP_BrNote_Genrl_EN_Apr2012.pdf?ua=1

⁵¹ Mathers, B.M. et al (2010), 'HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage', *The Lancet*, **375**(9717): 1014-1028

⁵² World Health Organisation (2011), *Ensuring balance in national policies on controlled substances: Guidance for availability and accessibility of controlled medicines*, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44519/1/9789241564175_eng.pdf

⁵³ International Drug Policy Consortium (2014), *The road to UNGASS 2016: Process and policy asks from IDPC*, <http://idpc.net/publications/2014/10/the-road-to-ungass-2016-process-and-policy-asks-from-idpc>

⁵⁴ Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2015), *A public health and rights approach to drugs*, http://www.unodc.org/documents/ungass2016//Contributions/UN/UNAI_DS/JC2803_drugs_en.pdf

⁵⁵ Harm Reduction International, *10by20 campaign*, <http://www.ihra.net/10by20>

Sobre este documento

Essa nota para advocacia busca elaborar como seria a prática de uma abordagem de saúde na África, e explora cinco áreas específicas que precisam ser urgentemente tratadas pelos governos: prevenção ao uso de drogas, redução de danos, tratamento para dependência química, alternativas à prisão e encarceramento e acesso a medicamentos.

International Drug Policy Consortium

Fifth Floor, 124-128 City Road
London EC1V 2NJ, United Kingdom

Tel: +44 (0)20 7324 2975

Email: contact@idpc.net

Website: www.idpc.net

Sobre o IDPC

O International Drug Policy Consortium (IDPC) é uma rede global de ONGs que promove o debate objetivo e aberto sobre a eficácia, direção e conteúdo das políticas de drogas nacionais e internacionais e apoia políticas eficazes baseadas em evidências para reduzir os danos relacionados às drogas. Os membros do IDPC têm uma ampla gama de experiência, são especialistas na análise de problemas relativos às drogas e políticas nessa área e contribuem para o debate internacional sobre política de drogas. O IDPC oferece aconselhamento especializado por meio da divulgação de material escritos, apresentações, conferências, reuniões com responsáveis por políticas públicas e viagens de estudo. O IDPC também oferece capacitação e advocacia e treinamento para organizações da sociedade civil.

© International Drug Policy Consortium Publication 2016

Design do relatório: Mathew Birch - mathew@mathewbirch.com

Financiado, em parte, pelas:

