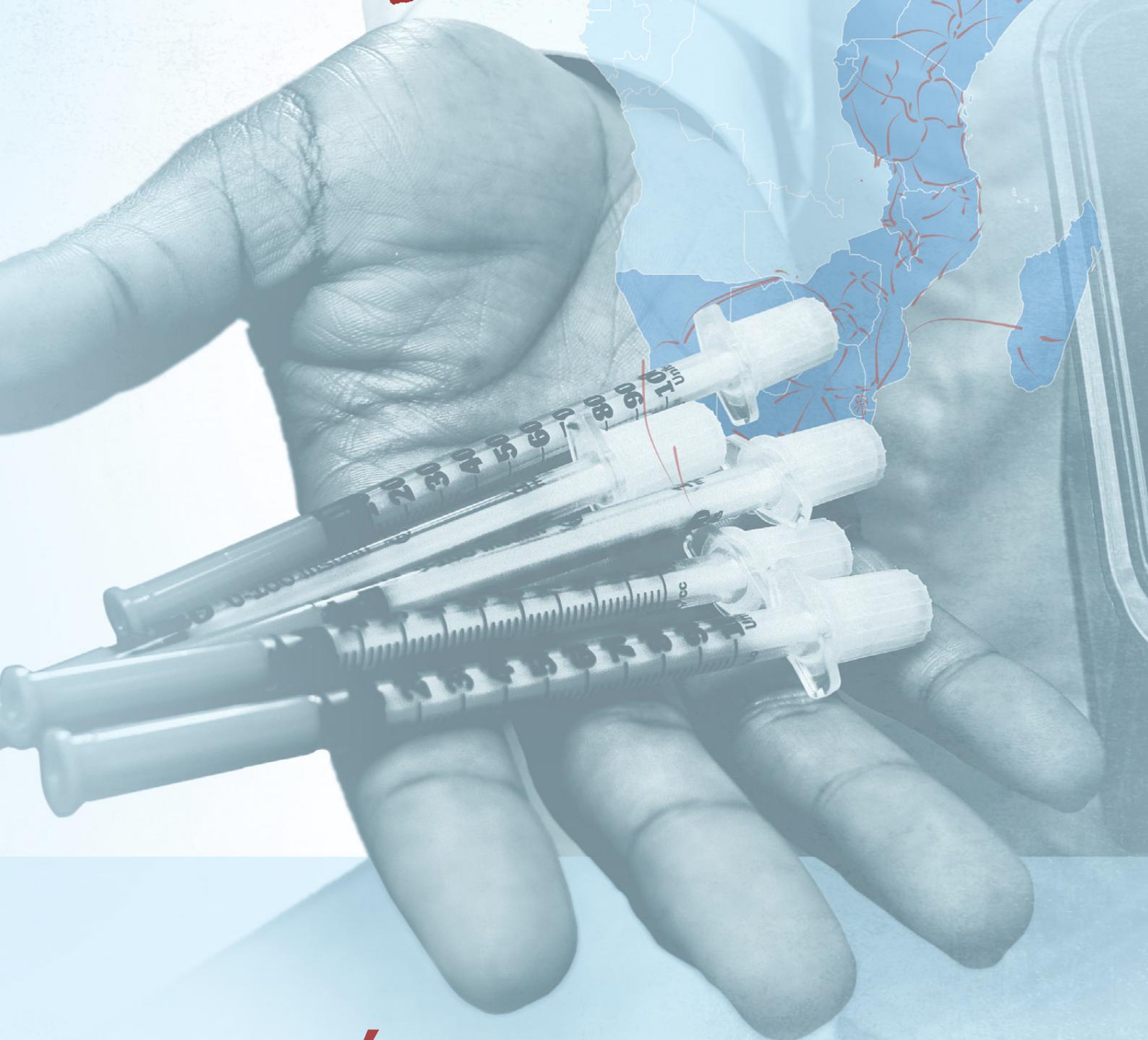


ESACD

Eastern & Southern Africa
Commission on Drugs



RELATÓRIO FINAL E PLANO DE AÇÃO

Junho de 2025

PRESIDENTE DA ESACD

S.E. Kgalema Motlanthe

Antigo Presidente da África do Sul

COMISSÁRIOS

S.E. Joaquim Chissano

Antigo Presidente de Moçambique

S.E. Cassam Uteem

Antigo Presidente da Maurícia

S.E. James Michel

Antigo Presidente das Seicheles

Prof. Quarraisha Abdool Karim

Diretor Científico Associado do CAPRISA e Professor de Epidemiologia Clínica na Universidade de Columbia

Exmo. Sr. Willy Mutunga

Antigo Juiz Presidente e Presidente do Supremo Tribunal do Quénia



RELATÓRIO FINAL E PLANO DE AÇÃO

JUNHO DE 2025

AGRADECIMENTOS

Esta publicação foi financiada pela União Europeia. O seu conteúdo é da exclusiva responsabilidade da ESACD e não reflecte necessariamente as opiniões da União Europeia.

© 2025 Eastern and Southern Africa Commission on Drugs
Global Initiative Against Transnational Organized Crime
Todos os direitos reservados.

Nenhuma parte desta publicação pode ser reproduzida ou transmitida por qualquer forma ou por qualquer meio sem a autorização por escrito da GI-TOC.

Capa: © Kerry Sheridan/AFP via Getty Images

Por favor, envie as suas questões para:
The Global Initiative Against Transnational Organized Crime
Avenue de France 23
Genebra, CH-1202
Suíça
www.globalinitiative.net

ÍNDICE

Acrónimos	iv
Prefácio	1
Resumo executivo	2
Consultas regionais da ESACD	3
Drogas ilícitas na África Oriental e Austral: Uma análise geral sobre o mercado	10
Oferta, produção e consumo de drogas ilícitas na África Oriental e Austral	12
Oferta de drogas	13
Produção de drogas	16
Consumo de drogas	17
Principais conclusões da Comissão	18
Drogas ilícitas na África Oriental e Austral: Uma perspectiva baseada na saúde pública	22
Prevenção e tratamento do consumo de drogas	22
Transmissão de doenças infeciosas	26
Acesso a medicamentos essenciais	27
Principais conclusões da Comissão	28
Reflexões sobre a política de drogas na África Oriental e Austral	31
A necessidade de considerar o género	31
Impacto sobre os jovens	34
Droga, governação e corrupção	35
A economia das abordagens de política de drogas	38
O desafio que se avizinha	41
Constatações e recomendações da comissão	43
Notas	49

ACRÓNIMOS

ACNUDH	Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos
ÁOÁ	África Oriental e Austral
ESACD	Comissão da África Oriental e Austral sobre a Droga
GAFI	Grupo de Ação Financeira Internacional
MEIC	Medicamentos Essenciais Internacionalmente Controlados
MUD	Mulheres que Usam Drogas
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAS	Programas de agulhas e seringas
PID	Pessoas que Injetam Drogas
PUD	Pessoas que Usam Drogas
RDC	República Democrática do Congo
SADC	Comunidade de Desenvolvimento da África Austral
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
TB	Tuberculose
TSO	Tratamento de Substituição de Opiáceos
UA	União Africana
UDI	Uso de Drogas Injetáveis
UE	União Europeia
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre VIH/SIDA
UNGASS	Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas
UNODC	Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime
VHB	Vírus da Hepatite B
VHC	Vírus da Hepatite C
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana

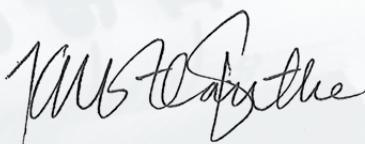
PREFÁCIO

Desde a sua criação, em 2023, a Comissão da África Oriental e Austral sobre a Drogas (ESACD) iniciou um percurso assente numa convicção firme: a de que a região pode enfrentar os desafios colocados pelo crescente tráfico e consumo ilícito de drogas através do diálogo embasado, do aumento da consciência pública sobre os riscos e da formulação de recomendações políticas baseadas em evidência. Ao apresentarmos este relatório regional sobre drogas e respetivo plano de ação, quase três anos após o lançamento, refletimos não apenas sobre o caminho já percorrido, mas também sobre o potencial da ação colaborativa e da sensibilização que agora unem os diversos intervenientes da região, através de setores e fronteiras.

Desde a sua convocação, a Comissão reuniu agentes de mudança influentes — líderes governamentais, responsáveis pela aplicação da lei, autoridades de saúde pública, representantes da sociedade civil, do meio académico e, naturalmente, pessoas que usam drogas (PUD). Através de três reuniões de alto nível, aumentámos a consciência sobre os desafios relacionados com as drogas na região e revimos e avaliámos o impacto das políticas em vigor. Estes fóruns foram muito mais do que meros espaços de diálogo: geraram compromisso com a mudança, catalisando a vontade política para uma ação mais ampla contra as drogas ilícitas a nível nacional, regional e internacional.

Igualmente vitais foram as consultas regionais sobre a regulação da canábis, que promovemos em Maputo (Moçambique) e Gaborone (Botsuana). Estes diálogos especializados apoiaram o desenvolvimento de políticas e quadros regulatórios para a legalização da canábis, adaptados ao contexto e às necessidades específicas de cada país. Estas trocas de experiências sublinharam uma verdade que defendemos firmemente: a reforma deve estar alicerçada em evidência, orientada por imperativos de saúde pública, sustentada por uma aplicação eficaz da lei e, acima de tudo, centrada nas pessoas — respeitando e promovendo os seus direitos e a sua dignidade.

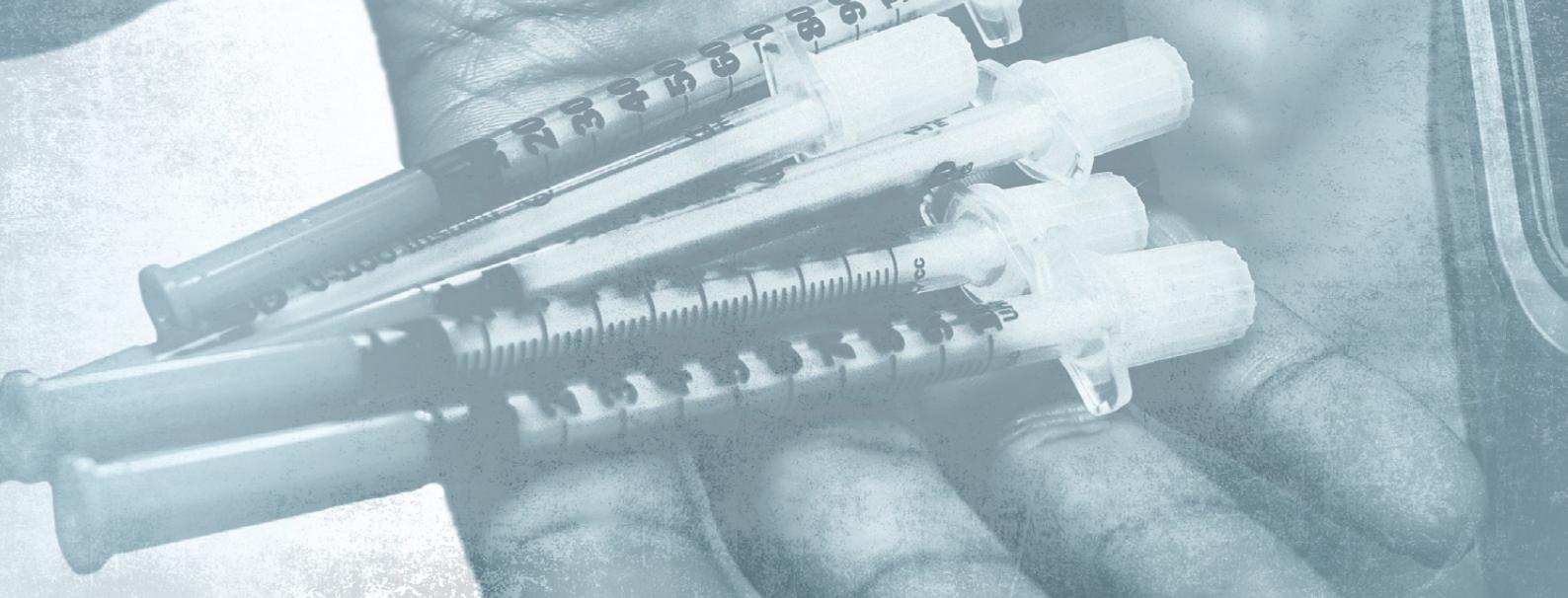
Este relatório emblemático sobre drogas, que reúne análises de fundo sobre a ameaça regional e apresenta um plano de ação, é mais do que um registo das atividades da Comissão: é um apelo à ação. Para alcançar uma reforma política baseada em evidência e de caráter humano, é indispensável uma avaliação contínua do mercado de drogas e dos seus danos. O plano de ação oferece um roteiro com recomendações eficazes e convida toda a região, e não só, a envolver-se com energia e propósito renovados. Acreditamos que a reforma significativa está ao nosso alcance e que, em conjunto — através da responsabilidade colaborativa e de uma liderança corajosa — podemos concretizar políticas de drogas factíveis, sustentáveis, humanas e baseadas em evidências. O caminho que temos pela frente é desafiador, mas está também cheio de promessas. E estamos confiantes de que, unidos na compreensão e na determinação, a África Oriental e Austral pode estar — e estará — à altura dos desafios.



Kgalema Motlanthe

Ex-Presidente da África do Sul

Presidente da Comissão da África Oriental e Austral sobre a Drogas



RESUMO EXECUTIVO

A Comissão da África Oriental e Austral sobre a Drogas (ESACD) foi formalmente criada em 2023 para enfrentar os graves e multifacetados problemas relacionados com a crescente proliferação das drogas ilícitas e dos seus mercados na região. Os países da África Oriental e Austral (ÁOÁ) enfrentam desafios cada vez mais complexos associados aos danos decorrentes da produção, consumo, distribuição e tráfico transnacional de drogas ilícitas. As consultas regionais promovidas pela Comissão revelaram que muitos representantes governamentais, atores da sociedade civil e especialistas reconheceram que as várias tentativas de resposta a estes desafios não lograram interromper com sucesso os mercados e cadeias de abastecimento, nem reduzir de forma eficaz os danos ligados às suas operações. Contudo, em vez de se considerarem abordagens alternativas de política de drogas perante este fracasso, os países da região de ÁOÁ continuam a repetir e a replicar políticas ineficazes.

A atuação da ESACD na busca por mudanças na política regional de drogas ocorre num momento em que o consenso global sobre drogas ilícitas está a mudar. Há uma consciência crescente, entre os Estados-membros das Nações Unidas, dos riscos significativos para a saúde pública, os direitos humanos e a segurança dos cidadãos e dos Estados resultantes do fracasso persistente das abordagens tradicionais, assentes na criminalização rígida. Discussões sobre — e a adoção de — abordagens alternativas em relação às drogas e aos danos dos mercados têm surgido em cada vez mais Estados, incluindo entre aqueles que compunham um organismo regional até há pouco tempo unificado no apoio à proibição estrita — o Grupo Africano. Refletindo a evolução do panorama global da política de drogas, novas visões sobre a abordagem adequada às drogas ilícitas estão também a enraizar-se no continente africano, em especial na região de ÁOÁ. É neste espaço emergente de reforma que a ESACD procura promover abordagens alternativas para a redução dos danos relacionados com as drogas e com os mercados que os potenciam.

Ao longo de uma série de reuniões de consulta regionais, uma diversidade de representantes da sociedade civil, de governos e de outros informantes forneceram um volume significativo de informações sobre a situação das drogas em toda a região. Essas informações foram apresentadas e revistas pelos membros da Comissão. Recolhidas nestas consultas regionais, as informações foram ainda complementadas por reuniões bilaterais e multilaterais entre comissários e governos regionais, especialistas, responsáveis de projetos comunitários, investigadores, ativistas e redes comunitárias de pessoas que consomem drogas. Com base nesse conjunto de informações, a Comissão desenvolveu uma visão geral da região, acompanhada de quatro conclusões, 12 recomendações e 40 ações para melhorar a resposta regional ao ambiente de drogas ilícitas na ÁOÁ.



CONSULTAS REGIONAIS DA ESACD

Primeira reunião de alto nível – Cidade do Cabo, África do Sul, 10–11 de fevereiro de 2023

Na primeira sessão da reunião inaugural da Comissão da África Oriental e Austral sobre a Drogas (ESACD), especialistas do meio académico e da sociedade civil traçaram um panorama dos mercados de drogas e das políticas de drogas na África Oriental e Austral (ÁOÁ). Este debate forneceu uma base importante para o início dos trabalhos da Comissão. A sessão começou com o reconhecimento de que os mercados de drogas ilícitas na região estão a crescer e a diversificar-se. Embora esteja estabelecido que a heroína e a metanfetamina são traficadas para e através da região, há também a necessidade de sublinhar o peso crescente do mercado regional de heroína e o aumento do consumo de metanfetamina, sobretudo na África Austral e nos Estados insulares do oceano Índico. Ao mesmo tempo, há indícios de que o tráfico de cocaína está a aumentar na África Austral e que outros tipos de drogas, como os canabinóides sintéticos, estão a ganhar maior expressão. Contudo, reconheceu-se também que alguns elementos centrais desses mercados permanecem inalterados — por exemplo, a canábis continua a ser considerada a substância mais consumida em toda a região de ÁOÁ, permanecendo ilegal e fortemente criminalizada na maioria dos países.

A disponibilidade de drogas na região tem crescido em paralelo com o aumento da pureza das substâncias. No entanto, as avaliações existentes sobre a dimensão dos mercados regionais de drogas são provavelmente subestimadas. Destaca-se, em particular, o crescimento dos mercados de drogas online, incluindo o uso crescente das plataformas de redes sociais como locais de comércio. Os mercados de drogas também cresceram e diversificaram-se em resposta às restrições de mobilidade impostas pela pandemia de COVID-19. Esta sessão salientou que os mercados de drogas não são fenómenos isolados. Pelo contrário, estão interligados com outras formas de criminalidade organizada, incluindo o tráfico de seres humanos, o comércio ilícito de armas de fogo, crimes contra a flora e a fauna, bem como extorsão e ofertas de pretensa proteção mediante ameaça. Esses mercados criminosos alimentam a corrupção nas forças de segurança e outros setores do Estado. Há ainda a questão adicional das vias de acesso ao abuso de drogas a partir de fontes legítimas (como profissionais de saúde). Isso tem levado ao abuso de certos medicamentos controlados, como os analgésicos opioides, que vêm se tornando um risco emergente na região.

A consulta concluiu que é necessário repensar a forma como os problemas relacionados com as drogas são abordados. As respostas deveriam considerar o sistema em rede do comércio de drogas, os seus efeitos indiretos — como a corrupção — e os impactos na sociedade. Atualmente, a resposta centra-se quase exclusivamente na perspetiva policial, com a repressão de atores de baixo escalão e medidas duras contra pessoas que usam drogas (PUD). O consenso foi de que essa estratégia não oferece uma abordagem diferenciada que utilize de forma eficaz a capacidade policial e de informação, nem responde aos danos sociais. Pelo contrário, cria muitos danos sociais adicionais. Por exemplo, a criminalização e o estigma em torno do consumo de drogas limitam o desenvolvimento de respostas de saúde pública que poderiam trazer resultados positivos para indivíduos e comunidades. Em muitas partes da região, a interação com PUD é encarada mais sob uma ótica política e criminal do que sob uma ótica de saúde pública.



O Presidente da ESACD, Kgalema Motlanthe, com os comissários Joaquim Chissano e Quarasha Abdoool Karim, Helen Clark (Comissão Global de Políticas de Drogas) e Michel Sidibé (Comissão da África Ocidental sobre Drogas) no lançamento da ESACD em 2023. Foto: GI-TOC

Alguns participantes da conferência observaram que, em certos países, os responsáveis pela aplicação da lei concentram os seus recursos em identificar PUD por posse ou consumo, em vez de direcionarem a atuação contra os verdadeiros responsáveis pelo crime organizado de alto nível e pela violência que sustenta o mercado de drogas. Notou-se também que pessoas próximas das PUD — incluindo profissionais de saúde e membros da sociedade civil que prestam apoio — são, por vezes, detidas nestas operações repressivas. Frequentemente, esta abordagem é motivada por incentivos concedidos a agentes policiais para, por exemplo, maximizarem o número de detenções efetuadas. Medidas mais úteis, como as intervenções de saúde, estão escassamente disponíveis na região. Reorientar a atividade policial, afastando-a do foco na posse e no consumo por PUD, dá aos governos a possibilidade de poupar recursos que, de outra forma, seriam gastos em atividades que pouco fazem para desestruturar os mercados de drogas e que, em contrapartida, impõem danos a membros vulneráveis da sociedade. Contudo, têm ocorrido alguns movimentos isolados de reforma na região. Por exemplo, alguns países aprovaram leis descriminalizando a posse e o consumo de canábis e, no caso da África do Sul, isso colocou a possível legalização da droga no horizonte. A descriminalização foi apontada como útil, pois pode liberar recursos policiais para investigar crimes mais graves e violentos e reduzir o encarceramento de pessoas acusadas de delitos não violentos relacionados com canábis. Paralelamente à descriminalização, alguns países começaram a instituir respostas de redução de danos para PUD, mas o tema permanece muitas vezes altamente politizado em vez de encarado como uma questão de saúde, e os países têm dificuldades em garantir até mesmo financiamento ou escala mínimos.

Segunda reunião de alto nível – Port Louis, Maurícia, 10–11 de agosto de 2023

A segunda consulta abordou a percepção de um aumento significativo de países da ÁOÁ transformando-se em centros de trânsito e destinos no mercado ilícito de drogas, estendendo-se também à União Europeia (UE) e aos Estados Unidos da América (EUA). Vários países também experimentaram um aumento considerável no consumo interno, parcialmente motivado pela ampliação e diversificação das cadeias de fornecimento, incluindo a abertura de novos mercados e a expansão para diferentes regiões e comunidades. Existe consenso de que as políticas regionais de drogas não são suficientemente eficazes e de que os mercados continuam a expandir-se e a interagir com outros mercados, apesar dos esforços para os perturbar. Este problema persistente não foi, contudo, enfrentado com uma resposta adequada e apropriada, sendo que as políticas atuais para combater o tráfico ilícito de drogas se caracterizam antes pela sua insuficiência.

Estas limitações resultam, em parte, de lacunas fundamentais no conhecimento sobre os mercados de drogas da região, incluindo a ausência de dados de vigilância e monitorização e a subnotificação governamental. De facto, muitos países da região têm poucos ou nenhum dado para compreender os seus mercados de drogas. Alguns não conseguem fornecer sequer informações básicas, como o número de PUD existentes e os tipos de substâncias consumidas. Existe uma enorme falha na base de evidência, que constitui o ponto de partida essencial para enfrentar o problema de forma significativa. Por isso, são necessários mais e melhores dados para melhorar a compreensão regional sobre a distribuição e o consumo ilícitos de drogas e para que as forças de segurança possam ganhar vantagem sobre essas estruturas internacionalmente interligadas e altamente adaptáveis.

Além disso, mesmo quando existe uma base sólida de evidência, em alguns casos há relutância em reconhecer a relevância desses dados. O conhecimento local e as observações diretas de organizações comunitárias da sociedade civil, sobretudo aquelas que trabalham com PUD, são muitas vezes relegados em favor de pressupostos de peritos internacionais sobre o que realmente acontece na região, apesar de existirem evidências em sentido contrário. Consequentemente, a atitude regional perante os

A segunda reunião de alto nível, nas Maurícias, abordou o aumento do consumo de drogas e a diversificação das cadeias de abastecimento na região. Foto: GI-TOC



mercados de drogas caracteriza-se por omissões significativas e problemas que ainda não foram reconhecidos na abordagem política. Estas falhas são particularmente evidentes na compreensão incompleta das complexidades do tráfico, incluindo a sofisticação das cadeias de abastecimento globais e a influência dos avanços tecnológicos. Além disso, estendem-se às questões relacionadas com a atuação das forças de segurança no combate ao tráfico ilícito, que frequentemente se concentram em infratores de baixo escalão, dão atenção insuficiente à redução de danos e enfrentam problemas ligados à corrupção e à conivência.

A consulta discutiu também a percepção generalizada de que a dimensão e profundidade dos mercados de drogas na ÁOÁ são subestimadas. Parte desse problema surge da alta dependência de analistas externos em dados de apreensão de drogas, que são uma medida pouco confiável dos fluxos ilícitos. Por exemplo, os dados mostram que as apreensões feitas pelas forças marítimas conjuntas e por unidades navais tendem a concentrar-se na região norte do oceano Índico, criando a percepção — incorreta — de que há pouco fluxo ilícito a detetar no sul do oceano Índico. A consulta concluiu com uma discussão sobre a diversificação das rotas marítimas de abastecimento ilícito, à medida que traficantes regionais expandem a sua atuação para sul, em direção ao Canal de Moçambique.

Consulta sobre a legalização da canábis – Maputo, Moçambique, 5–6 de agosto de 2024

Apesar de ser um grande produtor e consumidor de canábis, o continente africano manteve historicamente algumas das leis mais rígidas sobre a sua produção e consumo. Contudo, à medida que o consenso global sobre a eficácia das medidas proibicionistas para combater o tráfico ilícito começa a fragmentar-se, os países da ÁOÁ estão a reavaliar a sua posição, com a canábis amplamente vista como um bom ponto de partida, impulsionado pelo reconhecimento do potencial económico da planta e apoiado em investigação em curso e no trabalho de defesa da regulação da canábis.

A consulta procurou aproveitar este momento de transição, facilitando a partilha de conhecimento e a resolução colaborativa de problemas para apoiar o desenvolvimento de soluções adaptadas à regulação do comércio de canábis na região. Os participantes analisaram várias questões temáticas, centrando-se nos componentes fundamentais da política e implementação da regulação da canábis, bem como nos detalhes práticos dos quadros regulatórios e das estratégias de conformidade. O debate que se seguiu refletiu a diversidade de opiniões, compreensões e crenças sobre a questão da canábis e das drogas ilícitas em geral, no estabelecimento de políticas que procuram desarticular o comércio ilícito e mitigar os danos causados por estas substâncias controladas e pelas respostas nacionais a elas.

Embora a África do Sul tenha emergido como pioneira no uso regulado da canábis recreativa na região, seguiu os passos do Lesoto, que estabeleceu um precedente regional em 2017 ao tornar-se o primeiro país a emitir licenças para o cultivo de canábis medicinal. O Zimbabué seguiu o exemplo em 2018, ao regulamentar a produção de canábis para fins médicos e científicos. Em 2019, a Zâmbia começou a permitir a produção regulada e a exportação de canábis para fins médicos e industriais, após decisão do Conselho de Ministros. Já a decisão do Malawi, em 2020, de regulamentar a canábis medicinal juntamente com o cânhamo industrial foi motivada sobretudo por necessidade económica. Como economia predominantemente agrícola e diante da queda nas receitas do tabaco, o Malawi viu na canábis uma cultura alternativa de rendimento. Esta decisão reflete uma tendência mais ampla na região, onde países têm sido inspirados pelos mercados globais em expansão a explorar a regulação da canábis como meio de diversificação e desenvolvimento económico.

Mais recentemente, Uganda também deu passos no sentido de regulamentar a canábis, com uma lei assinada em fevereiro de 2024 que permite o cultivo industrial licenciado e o uso medicinal. No entanto, esta lei ainda não foi implementada. As Maurícias adotaram uma abordagem mais cautelosa, introduzindo até agora apenas um mercado altamente restrito de canábis medicinal, com requisitos rigorosos para pacientes e prescritores. Em contraste com esses diferentes graus de legalização, países como a Tanzânia e Moçambique mantêm políticas de criminalização para a produção, o comércio e o consumo de canábis, sem consenso alcançado quanto à regulação, seja medicinal ou recreativa.

O debate revelou vários desafios comuns que os países da região enfrentam ao avançarem com a regulação da canábis. Muitos têm dificuldade em equilibrar os potenciais benefícios económicos de uma indústria regulada com as preocupações de saúde pública e segurança. A implementação e aplicação das novas regras têm sido difíceis, muitas vezes devido a recursos limitados e a processos de conformidade complexos. Uma preocupação generalizada em toda a região é a proteção dos produtores tradicionais e das economias locais. Reconheceu-se a necessidade de garantir que os novos quadros regulatórios não prejudiquem estes produtores nem perturbem as economias locais de pequena escala que, historicamente, dependeram do cultivo informal de canábis, refletindo as complexas dimensões socioeconómicas da regulação da canábis no contexto africano. O custo dos processos de conformidade surgiu como uma questão significativa, com várias pessoas ouvidas a salientar que os agricultores de pequeno porte muitas vezes não conseguem cumprir os requisitos financeiros das novas regras. Isto levanta preocupações sobre a criação inadvertida de barreiras à entrada para pequenos produtores e a possibilidade de concentrar os benefícios da legalização nas mãos de atores maiores e com mais recursos, correndo o risco de uma captura corporativa. A regulação deve, assim, garantir uma distribuição equitativa dos benefícios da legalização.

Apesar desses desafios, a profundidade e a nuance das contribuições dos representantes regionais demonstraram que os países africanos estão a envolver-se activamente com as complexidades da regulação da canábis. O debate mostrou também que o reposicionamento global em relação à canábis não é apenas um fenómeno ocidental. Os países da África Oriental e Austral estão a ponderar cuidadosamente os potenciais benefícios e riscos, trabalhando no desenvolvimento de abordagens regulatórias específicas ao contexto, que refletem as suas circunstâncias económicas, sociais e culturais.

Terceira reunião de alto nível – Zanzibar, Tanzânia, 3–4 de setembro de 2024

Para esta consulta, a Comissão da África Oriental e Austral sobre a Drogas sintéticas (ESACD) identificou as drogas sintéticas como o desafio emergente mais significativo no controlo de drogas na região, sobretudo no que respeita às consequências para a saúde pública e a segurança pública. A natureza dinâmica e o crescimento dos mercados de drogas sintéticas, bem como as dificuldades que os Estados enfrentam para desenvolver contramedidas eficazes, tornaram este um tema prioritário para a Comissão. Como explicou um representante da sociedade civil, “a tendência crescente das drogas sintéticas está a agravar-se, de forma ampla e rápida, e a África está a seguir esta tendência.” Na região, a África do Sul, Moçambique e as Maurícias foram identificados como particularmente afetados pelo comércio de drogas sintéticas ilícitas, em parte devido à sua localização em rotas principais do tráfico através do oceano Índico.

Os debatedores destacaram desenvolvimentos críticos no panorama das drogas sintéticas: a região deixou de importar canabinóides sintéticos já processados para passar a produzi-los localmente a partir da importação de precursores químicos; há uma tendência crescente de produtos farmacêuticos sintéticos desviados de instalações médicas estatais para o mercado ilícito interno; drogas tradicionais estão a ser adulteradas ou substituídas por alternativas sintéticas; e aumentou significativamente o envolvimento dos serviços de correio e de encomendas no microtráfico de substâncias sintéticas ilícitas.

Em toda a região, a produção de drogas sintéticas é facilitada pelo fácil acesso a químicos legais e acessíveis que servem de precursores para a síntese doméstica. Esta mudança foi descrita como tendo tornado a produção mais simples e barata, levando a um aumento alarmante na taxa de produção e na disponibilidade de substâncias. As drogas sintéticas também estão facilmente disponíveis em plataformas da dark web, o que dificulta os esforços de deteção ao permitir que traficantes contornem intermediários e cheguem diretamente aos consumidores. Para complicar ainda mais, estas drogas são



A consulta em Maputo teve como objetivo apoiar os países da região no desenvolvimento de soluções adaptadas para a regulação da canábis. © Waldo Swiegers/Bloomberg via Getty Images



O debate em Zanzíbar chamou a atenção para o desafio emergente das drogas sintéticas na região. Foto: GI-TOC

frequentemente disfarçadas como produtos legítimos, tornando-as mais difíceis de identificar e mais fáceis de transportar sem serem detetadas.

Ao contrário das substâncias químicas e farmacêuticas sintéticas legais, que são sintetizadas em ambientes de produção controlados e regulados, a multiplicidade de novas drogas sintéticas que surgem nos mercados regionais de drogas é fabricada em laboratórios clandestinos que podem estar localizados em qualquer lugar e que não seguem quaisquer normas de controlo de produção. Isto torna estas drogas particularmente perigosas para consumo, sendo que novas gerações de canabinóides sintéticos, por exemplo, se estão a tornar mais potentes do que as gerações anteriores.

Ao mesmo tempo, os países da África Oriental e Austral carecem de capacidade nos organismos estatais essenciais de controlo de drogas e de saúde pública para travar a expansão do mercado, situação agravada pela existência de quadros políticos nacionais inadequados e de estruturas institucionais frágeis face aos danos causados por estes mercados. Os participantes sublinharam que os desenvolvimentos no comércio de drogas sintéticas “evidenciam a necessidade de respostas inovadoras e multifacetadas, tanto no domínio da segurança pública como no da saúde pública”, sobretudo no que diz respeito ao desenvolvimento de serviços de tratamento eficazes. A insuficiente capacidade de redução de danos foi identificada como uma vulnerabilidade particular, já que os serviços de tratamento da região mal conseguem lidar com problemas mais tradicionais de dependência, como a dos opioides. Entretanto, as drogas sintéticas — uma parte significativa das quais não são opioides — exigem regimes de tratamento diferentes.

Embora as drogas sintéticas representem um desafio substancial para a região, os participantes observaram também que “ainda não é tarde para começar a reagir”. No entanto, alertaram que a janela de oportunidade para agir está a fechar-se rapidamente. Ao delinear a natureza das ameaças que a região enfrenta com a expansão do comércio de drogas sintéticas, a primeira sessão do painel destacou a discussão sobre serviços, monitorização e estratégias que dariam aos participantes a oportunidade de enfrentar os desafios colocados pelas drogas sintéticas e, de forma mais ampla, pelo tráfico de drogas ilícitas.

O painel dedicado às drogas sintéticas discutiu as tendências de produção, distribuição e consumo, enquanto a conversa sobre serviços se centrou em estratégias eficazes de redução de danos, prevenção, tratamento, reabilitação e reintegração social para pessoas PUD, reconhecendo que o aumento das substâncias sintéticas levanta novas questões sobre a forma de integrar eficazmente os serviços essenciais.

Os participantes salientaram os novos desafios que as drogas sintéticas representam para os esforços de redução de danos, notando que tratamentos tradicionais como a metadona seriam ineficazes contra substâncias sintéticas como a metanfetamina. No entanto, os oradores reconheceram também que os problemas de prestação de serviços na região vão além das drogas sintéticas, destacando a deficiência geral na disponibilidade, acessibilidade e qualidade dos serviços de redução de danos. Houve, assim, um forte apelo para a disponibilização de serviços integrados que abordem não apenas as necessidades médicas, mas também as necessidades sociais, económicas e psicológicas das PUD.

Através do debate sobre a redução de danos, os oradores trouxeram igualmente à tona a dimensão de justiça social do comércio de drogas e das estratégias de resposta, notando que as comunidades marginalizadas são desproporcionalmente afetadas pelos transtornos de consumo de substâncias e suportam, por isso, o peso das consequências de políticas de drogas mal concebidas. Ao considerar o desenvolvimento dos serviços, os participantes observaram que as políticas proibicionistas rígidas, centradas

no abastecimento, têm-se revelado das menos eficazes para enfrentar o tráfico ilícito de drogas, sobretudo quando comparadas com políticas orientadas para a saúde pública, que se mostraram altamente eficazes. Os participantes apelaram, portanto, à integração das abordagens de aplicação da lei e de saúde pública, não apenas como uma questão de política, mas também como uma questão moral.

Ao expandir o que um participante descreveu como a necessidade de enfrentar “mais do que a presença da própria droga”, a consulta considerou outros serviços essenciais que devem apoiar a redução de danos, incluindo formação profissional, programas de distribuição de preservativos e o fornecimento de naloxona para prevenção de overoses. Ao disponibilizar outros tipos de serviços, o tratamento da dependência pode tornar-se uma “porta de entrada” para aceder a formas vitais de cuidados, em especial para problemas de comorbilidade como a tuberculose (TB), a SIDA e perturbações de saúde mental. Os oradores salientaram que a redução de danos deve também ser integrada em programas de reintegração social e de apoio psicosocial, concebidos para melhorar a qualidade de vida das PUD, em vez de visar necessariamente a abstinência. No entanto, os serviços de redução de danos existentes, quando existem, estão frequentemente concentrados nas principais áreas urbanas, deixando muitas zonas rurais desassistidas.

Ao discutir estratégias eficazes, os participantes sublinharam a necessidade de aproveitar as novas tecnologias, incluindo a inteligência artificial, para combater o tráfico ilícito de drogas. Entre as medidas propostas estavam o desenvolvimento de uma estratégia coordenada de fiscalização marítima, a implementação da descriminalização para uso pessoal e a reorientação dos esforços para os traficantes de alto nível. A conversa abordou ainda a necessidade de incluir medidas direcionadas a mercados ilícitos associados, como o branqueamento de capitais e o financiamento do terrorismo, com estratégias propostas que incluíam a apreensão de bens adquiridos com receitas criminosas provenientes do tráfico ilícito de drogas.

Além disso, o encaminhamento de PUD para centros de tratamento como alternativa à detenção e ao encarceramento, juntamente com a criação de salas de consumo assistido e os esforços para reduzir a discriminação, foram considerados componentes essenciais de uma política de drogas eficaz. O pragmatismo foi destacado como útil na estruturação dos serviços, enfatizando a oferta de opções de baixo custo e limiar baixo para garantir acessibilidade às PUD e atrair doadores potenciais. Ao mesmo tempo, os participantes ressaltaram a importância de utilizar os recursos de forma mais eficiente, aproveitando as estruturas existentes e evitando esforços redundantes.

A importância dos serviços de *drug checking* (análise de substâncias) foi também identificada como uma intervenção crítica, sobretudo face ao caráter imprevisível das drogas sintéticas. Trata-se de iniciativas locais, muitas vezes geridas por grupos da sociedade civil, que permitem às PUD testar as suas drogas para identificar se a substância é aquilo que deveria ser e se foi adulterada. Como observou um participante: “Não há nada de novo nas drogas sintéticas. Mas quando as compramos na rua ou em serviços online através de estafetas, na realidade não sabemos o que estamos a comprar, e aí reside o perigo.” Esta constatação antecipou o debate sobre a recolha de dados, com os participantes a concordarem que o perigo do desconhecido não se aplica apenas às drogas sintéticas — “Mesmo as drogas que pensamos conhecer têm elementos desconhecidos.”

Por fim, a criminalização e a estigmatização do consumo de drogas foram citadas como barreiras significativas ao acesso a serviços essenciais. Representantes das comunidades de PUD observaram que a sensibilização pública e a educação poderiam ajudar a reduzir a discriminação e melhorar a adesão aos serviços, defendendo que as PUD sejam tratadas não como pacientes, mas como “parceiros iguais nas intervenções de redução de danos”.

Reunião de peritos sobre a legalização da canábis para fins médicos e científicos – Gaborone, Botswana, 2–3 de abril de 2025

O encontro teve como alvo os países da África Oriental e Austral que decidiram reformar a política e regulamentar o uso e a produção de canábis, em especial para fins medicinais e científicos, bem como os países que o estão a considerar. Tematicamente, a reunião centrou-se em três elementos centrais: partilha de experiências e lições de países que já iniciaram reformas políticas e a regulação da canábis para fins medicinais e científicos; discussão sobre como os países devem conceptualizar e desenhar o quadro inicial, tendo em conta os diferentes contextos nacionais; e a importância de implementar quadros robustos, focados no cumprimento e na supervisão, para mitigar os desafios que estas reformas podem trazer.

A região da ÁOÁ está a assistir a uma transformação na política de drogas, com a canábis a ser cada vez mais vista como um ponto de entrada crucial para reformas mais amplas. Na sequência dos debates iniciados em Maputo, a 5 e 6 de agosto de 2024, os participantes no Botswana exploraram dimensões mais profundas da regulação da canábis, destacando os esforços regionais para o desenvolvimento de quadros políticos progressistas e adaptados. A reunião de Maputo tinha já sublinhado a ineficácia

histórica das abordagens proibicionistas, realçando a necessidade de reformas regulatórias alicerçadas no pragmatismo económico, em considerações de saúde pública e na sensibilidade cultural.

O encontro no Botsuana reforçou a ideia de que os países da região estão a avançar na regulação da canábis a ritmos diferentes e com objetivos nacionais distintos. Os participantes partilharam experiências e lições decorrentes da implementação de regulamentações. As discussões destacaram os componentes essenciais de uma política eficaz, incluindo quadros regulatórios abrangentes, estratégias de cumprimento robustas, envolvimento comunitário e proteção dos produtores tradicionais de canábis.



O Presidente Duma Gideon Boko, do Botsuana (à esquerda), e Kgalema Motlanthe, ex-Presidente da África do Sul e presidente da ESACD, na reunião de peritos em Botsuana. Foto: GI-TOC

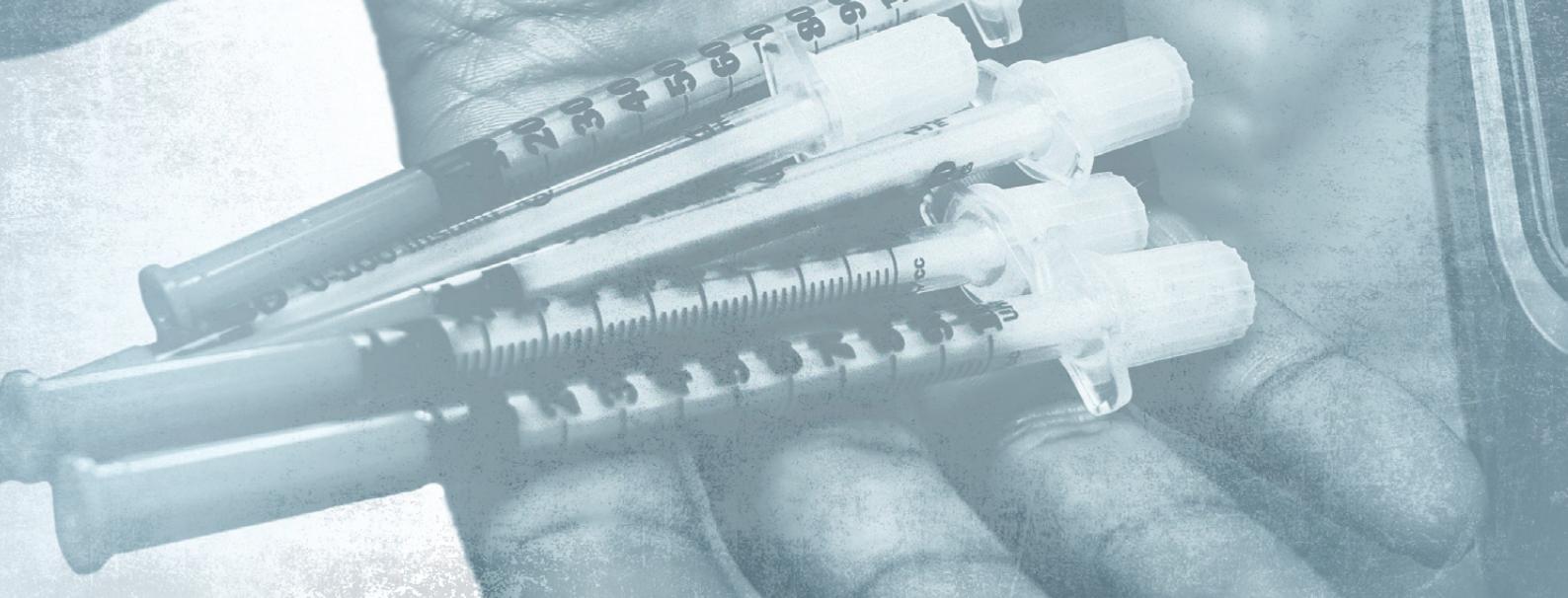
Delegados regionais do Lesoto, Malawi, Maurícias, Moçambique, África do Sul, Tanzânia, Uganda, Zâmbia e Zimbabué — representando governos, forças de segurança e sociedade civil — juntaram-se a académicos de universidades do Reino Unido e a participantes de países que já avançaram mais no processo regulatório, como o Canadá e o Gana, que partilharam as suas experiências. A reunião focou em soluções e na resolução colaborativa de problemas, com a expectativa de que as delegações de ÁOÁ fossem incentivadas a colocar em prática suas políticas regulatórias de canábis já existentes.

Na qualidade de anfitrião, o Presidente Duma Gideon Boko, do Botsuana, sublinhou o compromisso inabalável do seu governo com uma regulação da canábis baseada em evidência e assente em princípios de direitos humanos. O Presidente Boko destacou a importância de desenvolver quadros políticos informados, realçando em particular o potencial terapêutico da canábis e apoio a práticas regulatórias inclusivas. Refletindo sobre as percepções sociais, apelou aos decisores políticos para que resistam a exigências populistas de maior criminalização, defendendo, em vez disso, a necessidade de educação e coragem na liderança. “A nossa tarefa é educar os próprios líderes — não presumam que eles sabem. Precisam de ser apoiados, orientados, formados e dotados das ferramentas adequadas de análise”, afirmou, reforçando o apelo a políticas guiadas por evidência.

Os participantes envolveram-se em debates abrangentes centrados em experiências práticas e em abordagens baseadas em evidência para a regulação da canábis para fins médicos e científicos, dando ênfase às lições aprendidas a nível global e em todo o continente africano. Os painéis exploraram quadros regulatórios eficazes, salientando a necessidade de adequar as políticas ao contexto regional e às circunstâncias nacionais específicas. As discussões enfatizaram constantemente a importância de fundamentar os esforços regulatórios em evidência científica, equilibrando as prioridades de saúde pública com os interesses comerciais e refinando continuamente as políticas para se adaptarem a desafios e oportunidades emergentes.

A reunião de Gaborone destacou-se não apenas pela profundidade dos debates, mas também pela força do envolvimento político que demonstrou. A abertura do Botsuana à orientação e colaboração de especialistas ficou patente no discurso inaugural do Presidente Boko e na forte representação institucional do seu governo, com a participação de três ministros e um vice-ministro. A sua presença sinalizou um interesse claro e deliberado em aproveitar o conhecimento e a experiência da Comissão da África Oriental e Austral sobre a Drogas (ESACD) para informar e apoiar o quadro regulatório emergente do país.

Importa sublinhar que esta disponibilidade para colaborar com a Comissão não se limita ao Botsuana. Reflete uma oportunidade mais ampla para todos os países da região utilizarem a ESACD como plataforma de diálogo e debate, capaz de conduzir ao desenvolvimento de políticas de drogas eficazes e sensíveis ao contexto. Com a sua ênfase na análise baseada em evidência e o crescente repositório de conhecimento e percepções regionais, a ESACD pode ser um recurso valioso para os países que procuram transitar das abordagens proibicionistas para sistemas legalmente robustos, economicamente viáveis e socialmente inclusivos.



DROGAS ILÍCITAS NA ÁFRICA ORIENTAL E AUSTRAL: UMA ANÁLISE GERAL SOBRE O MERCADO

Os países da África Oriental e Austral têm uma longa história de cultivo, produção, consumo e comércio de drogas ilícitas. O khat, uma planta autóctone do Corno de África e da costa oriental africana, é usado como estimulante desde o século XII.¹ A canábis, originalmente importada da Ásia, tem uma história de vários séculos de produção e consumo na região. Inicialmente, as políticas informais de controlo destas drogas eram moldadas por redes sociais tradicionais, crenças culturais e práticas comunitárias.² Hoje, porém, são o comércio recente em grande escala e o uso generalizado de opiáceos, estimulantes e outras substâncias sintéticas que são reconhecidos como um fenômeno nocivo e um risco para a região.

À medida que o transporte marítimo contentorizado e intermodal cresceu rapidamente nos anos 1970, a par do transporte de massa de longo curso e das viagens aéreas de passageiros, o panorama económico global em geral — e os mercados de drogas ilícitas em particular — foi reconfigurado. O desenvolvimento dos portos aéreos e marítimos da região e a sua integração em redes globais de transporte e comunicação favoreceram o surgimento de novos entrepostos comerciais, com polos de comércio interligados em todo o continente. Entretanto, começaram a surgir inovações tecnológicas concebidas para aumentar o volume do movimento de drogas e reduzir o risco de apreensão.³ Com estes avanços, muitas redes incipientes de traficantes africanos consolidaram as suas posições nas economias da droga da África Oriental e Austral.⁴

À medida que as medidas internacionais de controlo de drogas começaram a restringir as cadeias de abastecimento oriundas da Ásia do Sul e da América Latina, as rotas de tráfico evoluíram nos Estados da região para contornar essas medidas, abrindo novos canais de fornecimento e mercados. A partir da década de 1980, o consumo, a produção e a distribuição de substâncias como heroína, cocaína, canábis e drogas sintéticas aumentaram de forma notória. O impacto deste mercado ilícito em expansão no desenvolvimento foi significativo e paradoxalmente simbiótico: os mercados emergentes de drogas ilícitas eram simultaneamente uma ameaça ao desenvolvimento e à segurança da região e uma nova fonte de sustento económico para populações pobres e vulneráveis.⁵

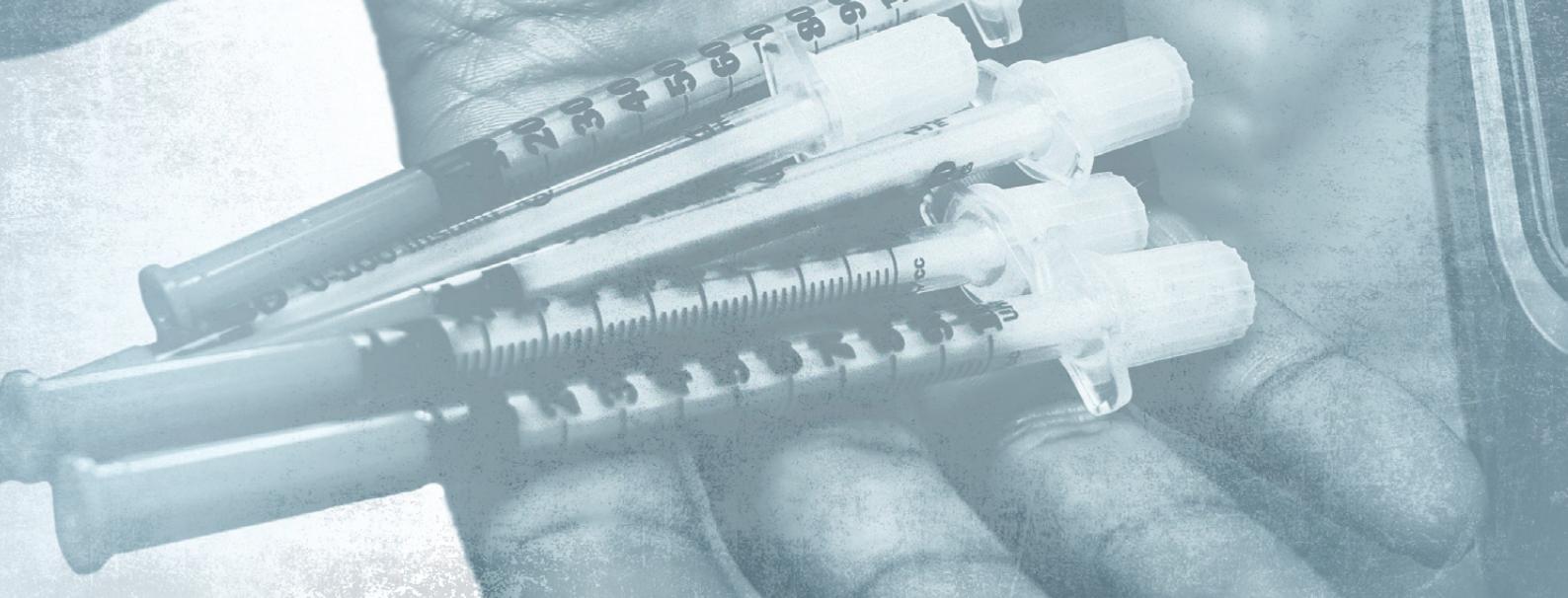
Nos anos 1990, registou-se uma rápida expansão do comércio de drogas em todo o continente, à medida que a heroína afegã começou a chegar em grande volume à África Oriental. Transportada em dhows para os portos do Quénia e da Tanzânia a partir do Paquistão e do Irão — inicialmente para ser reembalada e reenviada para os mercados europeu e norte-americano — a heroína começou a ver seu consumo local aumentar. O uso expandiu-se ao longo da costa oriental, para a África do Sul e para Estados insulares como as Maurícias e as Seychelles. Na região, os consumidores de heroína tendiam

a ser os mais pobres e vulneráveis da sociedade. O consumo por via injetada (UDI) rapidamente surgiu no Zimbabué, Zâmbia, Malawi, Uganda, Ruanda, Burundi, Eswatíni, Namíbia, Angola e na República Democrática do Congo (RDC). Logo depois, seguiram-se a cocaína, a metanfetamina e outras drogas sintéticas.

Hoje, os países da África Oriental e Austral tornaram-se importantes centros de trânsito de drogas ilícitas, bem como mercados de destino para uma grande diversidade de substâncias. O aumento da procura dos consumidores e a melhoria das infraestruturas moldaram e facilitaram a disponibilidade e a acessibilidade das drogas ilícitas em toda a região. Consequentemente, os fluxos comerciais e os mercados de consumo de drogas ilícitas, a nível interno e regional, tornaram-se características enraizadas nas economias ilícitas da região.



O crescimento do transporte contentorizado moldou os mercados de drogas, criando polos interligados de comércio lícito e ilícito em toda a região. © Geof Kirby/Alamy Stock Photo



OFERTA, PRODUÇÃO E CONSUMO DE DROGAS ILÍCITAS NA ÁFRICA ORIENTAL E AUSTRAL

A África Oriental e Austral tornou-se uma importante região de trânsito no fluxo global de drogas ilícitas. Quantidades significativas de heroína, cocaína e metanfetamina são enviadas para e através dos portos aéreos, terrestres e marítimos da região todos os anos. Esses fluxos chegam e transitam por centros de abastecimento juntamente com o comércio lícito, e um volume esmagador de drogas permanece indetectado. É difícil compreender plenamente a dimensão do comércio marítimo, particularmente no que se refere às linhas costeiras da região: a área é vasta, os padrões de tráfego são variados e os fluxos comerciais formais e informais envolvem muitos tipos e dimensões de embarcações.

A inteligência e a investigação confirmam que os fluxos marítimos de heroína entram na região através de pontos costeiros da Tanzânia e do centro de Moçambique. A África do Sul e o Quénia são pontos-chave de entrada da cocaína. Moçambique é também a principal porta de entrada regional da metanfetamina proveniente do Afeganistão. Madagáscar está a emergir cada vez mais como um importante centro de transbordo de heroína e cocaína, bem como de distribuição intrarregional destas drogas e de canábis. A ilha é também um importante centro de reembalagem e redistribuição, funcionando como ponto de fracionamento (onde grandes carregamentos de drogas ilícitas são divididos em volumes mais pequenos para trânsito posterior). A Tanzânia e a região costeira central de Moçambique cumprem esta função de fracionamento no caso da heroína e da metanfetamina do Afeganistão, assim como a África do Sul e o Quénia no caso da cocaína da América Latina, e a África do Sul no caso da metanfetamina do México e da Nigéria.



Estes centros de trânsito e as suas funções de fracionamento de carga são elementos importantes no fluxo regional destas substâncias ilícitas. Situam-se próximos de pontos de passagem, como portos de contentores e aeródromos, têm fraca governação e medidas de vigilância pouco robustas, além de instituições de controlo ou aplicação da lei facilmente corrompidas ou comprometidas. É a cumplicidade enraizada desses “intermediários” que permite a sobrevivência destas cadeias de abastecimento ilícitas.⁶

Metanfetamina intercetada a norte de Mayotte em 2024. O crescente comércio de drogas sintéticas sublinha a necessidade de um observatório regional de drogas para reforçar a monitorização das ameaças. Foto: página da Prefeitura de Mayotte no Facebook.

Existe um comércio transregional significativo destas drogas ilícitas, particularmente nos fluxos que se estendem dos pontos de chegada costeiros aos mercados do interior, nas cadeias de abastecimento em rede que ligam entre si os centros aéreos primários e secundários e os portos marítimos da região, e no forte comércio inter-ilhas e inter-costeiro entre a Maurícia, as Seicheles, Madagáscar, Comores, Mayotte e a Reunião. Embora grande parte da atenção em relação ao tráfico de drogas ilícitas se centre frequentemente no papel da linha costeira da África Oriental e Austral, não se deve ignorar o volume e a amplitude do tráfego dentro e entre os países insulares do Oceano Índico da região, nem a forma como este é influenciado e articulado com a região como um ecossistema ilícito em evolução.

Oferta de drogas

As cadeias de abastecimento de canábis são, em grande medida, de natureza intrarregional. Ao contrário de outras substâncias, em geral a canábis produzida na região também é consumida localmente. Embora haja indícios de algum fornecimento adicional a partir de países vizinhos, o Quénia, Eswatíni, Malawi, Tanzânia e Uganda foram identificados como importantes países de origem para o fornecimento de canábis na região.⁷ O Lesoto e Madagáscar são igualmente países de origem para o comércio ilícito intrarregional de canábis.

A heroína que circula na região tem origem no Afeganistão, onde é produzida a partir da goma da papoila do ópio. Durante muitos anos, o Afeganistão foi o maior produtor mundial de ópio e a principal fonte do seu derivado semissintético, a heroína. Nos últimos anos, porém, este cenário alterou-se, depois da proibição do cultivo de papoila do ópio pelo governo talibã, em abril de 2022. Desde então, a área estimada de cultivo e a produção de ópio diminuíram de forma significativa, passando de cerca de 6.400 toneladas antes da proibição para 330 toneladas anuais.⁸ A heroína continua, contudo, a chegar à África Oriental e Austral, já que a produção no Afeganistão prossegue com base em reservas armazenadas de ópio.⁹

A chamada “rota do sul”, que liga os centros de produção de heroína no Afeganistão aos mercados da África Oriental, começou de forma mais consistente na década de 1990, quando a droga passou a ser transportada em grandes volumes através do oceano Índico em dhows. Estas embarcações tradicionais atracavam em águas internacionais e descarregavam a carga em barcos mais pequenos, como as embarcações de pesca locais, que depois transportavam a heroína até praias e outros pontos informais de desembarque ao longo das linhas costeiras sem vigilância da região. À medida que estas redes criminosas acumularam riqueza com o comércio de heroína, compraram acesso a grandes portos através de subornos e de proteção concedida por diversos responsáveis dentro dos sistemas de justiça criminal da região. Isso abriu rotas de contrabando de heroína através de contentores marítimos e de aeroportos. Em suma, uma das evoluções mais importantes no mercado regional de heroína ao longo do tempo foi de natureza geográfica, implicando mudanças políticas e sociais. O tráfico passou do transporte essencialmente marítimo para uma variedade de modais de trânsito e uma proliferação de rotas interiores. Desde então, o controlo do tráfico de heroína deslocou-se dos portos costeiros para os maiores benefícios logísticos e económicos proporcionados pelas capitais com ligações globais, tendo-se desenvolvido redes regionais de distribuição de heroína em vilas e cidades de toda a região.

Volumes crescentes de cocaína provenientes da América do Sul estão a chegar à África Oriental e Austral, em especial aos Estados costeiros do Quénia, Moçambique, Namíbia e da África do Sul. Os carregamentos chegam tanto em navios porta-contentores e outras embarcações transoceânicas quanto, em menores volumes, por via aérea através da África Ocidental. A maior parte da cocaína que chega à região destina-se ao reenvio para mercados da Europa e da Ásia, mas uma quantidade crescente permanece na região para abastecer os mercados de consumo doméstico em expansão. Os fluxos regionais de cocaína circulam por terra ao longo das principais rotas de transporte de carga e pontos fronteiriços, bem como através de aeroportos em Angola, na RDC, no Quénia, no

Apesar de ser um grande produtor e consumidor de canábis, o continente africano manteve algumas das leis mais rígidas sobre a sua produção e consumo. © Riana Raymonde Randrianarisoa



Malawi, em Moçambique, na África do Sul, no Uganda e no Zimbabué. Os pontos internacionais de partida aérea para mercados da Europa, do Médio Oriente e da Ásia incluem voos de passageiros e de carga, em vários segmentos, com origem no Uganda, Malawi, África do Sul, Zâmbia e, mais a norte, na Etiópia. Estes carregamentos são facilitados por funcionários corruptos em todas as fases do trânsito.

O fornecimento de metanfetamina na região começou na África do Sul, no início da década de 1990. Este mercado estava enraizado no comércio ilícito de recursos marinhos capturados ilegalmente (sobretudo abalones), trocados por precursores químicos.¹⁰ As quadrilhas sul-africanas trocavam abalones com sindicatos criminosos chineses em troca de químicos, que usavam para produzir localmente metanfetamina. Grupos criminosos organizados nigerianos, que atuavam como intermediários entre os fabricantes domésticos de metanfetamina e os compradores grossistas locais, passaram a distribuir a sua própria produção na região após a emergência e expansão de laboratórios industriais de produção na Nigéria e nos arredores, a partir de 2016. As cadeias de fornecimento com base na Nigéria parecem dominar o fluxo de metanfetamina para a região, embora exista concorrência.

Um desenvolvimento recente significativo foi a identificação de duas novas cadeias de fornecimento de metanfetamina, até então desconhecidas, que estão a abastecer os mercados internos da África Oriental e Austral. A primeira surgiu no Afeganistão. Transportada pela chamada “rota do sul” da heroína até a Tanzânia e a Moçambique, uma quantidade significativa de metanfetamina afegã para a base crescente de consumidores da África Austral tem sido enviada juntamente com carregamentos de heroína — muitas vezes nas mesmas embarcações — desde 2019. O segundo ponto de produção situa-se na América Latina, sob controlo de cartéis mexicanos. A metanfetamina mexicana é enviada para a África do Sul através do Brasil, a par de carregamentos de cocaína pela mesma rota. O surgimento da África Austral como um nó significativo na cadeia global de fornecimento de metanfetamina, envolvendo os cartéis do México a oeste e as províncias controladas pelos talibãs no Afeganistão a oriente, tem sido, em muitos aspectos, inevitável.

O aumento da oferta de novos canabinóides, estimulantes e compostos químicos psicoativos oriundos da Índia e da China parece ser um novo desenvolvimento importante na região. Frequentemente encomendadas a fornecedores online e entregues por correio, bem como por métodos mais tradicionais de transporte aéreo e marítimo, estas substâncias começaram a chegar à região em 2011. Desde 2015, foram identificadas como motivo de preocupação sobretudo nos países insulares do Oceano Índico assim como nas maiores cidades sul-africanas.

A produção doméstica de metcatinona, metacualona e MDMA foi confirmada em Moçambique e na África do Sul, e suspeita-se que ocorra em vários outros países da região. Estes pontos de produção são as fontes dos fluxos intrarregionais destas drogas sintéticas para os mercados vizinhos. O MDMA é também fornecido em grandes quantidades a partir de centros de produção europeus, e a metacualona a partir da Índia, além de ambos serem produzidos localmente. Outras substâncias sintéticas, como o dietilamida do ácido lisérgico (LSD), a cetamina e o gama-hidroxibutirato (GHB), são fornecidas quase exclusivamente a partir de pontos de produção e distribuição europeus, chineses e do Sul da Ásia.

O crescimento dos opioides sintéticos tem sido uma nova característica significativa do mercado regional. Compostos nitazenos provenientes da China foram identificados através de análises forenses nas Maurícias; o fentanilo foi detetado na África do Sul em 2024; e ambos dizem estar em expansão na região. As características da procura de opiáceos na região da África Oriental e Austral continuam a ser bastante diferentes das da América do Norte antes da crise do fentanilo, que viria a dominar os mercados de droga no Canadá e nos Estados Unidos. No entanto, a possível deterioração das cadeias de abastecimento de heroína vindas do Afeganistão pode levar à adulteração dos fornecimentos locais, em antecipação de interrupções no abastecimento e da perda de potência.

Embora as características da demanda de opioides na África Oriental e Austral sejam muito diferentes do que se viu na América do Norte antes da crise do fentanilo, que posteriormente devastou os mercados de drogas no Canadá e nos EUA, a potencial deterioração das cadeias de abastecimento de heroína provenientes do Afeganistão poderá levar à adulteração dos fornecimentos locais, em antecipação de interrupções de abastecimento e decréscimo de potência.

Por fim, a venda nas ruas de medicamentos controlados, mas desviados, em especial opioides (por exemplo, o tramadol) — muitos dos quais são desviados de unidades médicas — constitui outra preocupação emergente na região. Isto é relevante não apenas pelo impacto que estas substâncias possam ter a nível local, mas também porque o desvio destes medicamentos afeta os stocks farmacêuticos nacionais. As medidas de cuidados paliativos dependem fortemente de opioides farmacêuticos, e uma aplicação mais rigorosa da lei para combater potenciais fugas de stock para o mercado ilícito pode ter um efeito negativo sobre a capacidade das entidades médicas de adquirir e manter reservas suficientes destes medicamentos.



FIGURA 1 Rota do Indo-Pacífico



FIGURA 2 Rota meridional



FIGURA 3 Rota lusófona



FIGURA 4 Rota asiática

Produção de drogas

A produção de canábis é ubíqua na ÁOÁ. A droga é cultivada na região há vários séculos. Embora seja produzida em todos os países, a ONU identificou anteriormente a RDC, Essuatíni, Lesoto, Malawi, África do Sul e Zâmbia como países com cultivo e/ou produção doméstica de canábis considerados de “dimensão significativa provável”.¹¹ Madagáscar, Tanzânia e Uganda também apresentam cultivo generalizado de canábis. Grande parte da droga destina-se ao consumo local e regional, embora haja evidências crescentes de exportação para mercados da União Europeia. Esse patamar de capacidade de produção ilícita interna e a sua geografia certamente cresceram em vários países, à medida que as políticas foram sendo flexibilizadas em relação à legalização da canábis para fins medicinais e científicos e com a legalização total na África do Sul.

Embora os governos tradicionalmente tenham adotado uma posição proibitiva em relação ao cultivo e à produção de canábis, a interdição efetiva continua a ser um desafio para muitos. A ubiquidade e a facilidade de cultivo em vastas extensões de ambientes rurais ao ar livre, muitas vezes de difícil acesso, a escala da produção e a facilidade com que a canábis é levada aos mercados limitam os esforços de fiscalização para interromper as cadeias de produção e abastecimento. As campanhas de erradicação resultam frequentemente na destruição de apenas pequenas áreas de plantação, que muitas vezes são replantadas. O impacto que a limitada, mas crescente, legalização do cultivo de canábis para fins medicinais terá na dinâmica da produção ilícita na região continua a ser uma questão em aberto. O fator mais desafiador que afeta o crescimento adicional do cultivo

e produção ilícitos de canábis na região não é o risco representado pela interdição policial ou por outras medidas de controlo governamental: é algo muito mais fundamental. O acesso à água para irrigação das culturas, em quantidades suficientes e a partir de fontes fiáveis, é o maior fator limitativo para o cultivo ilícito de canábis, para a produtividade e para o seu potencial de crescimento futuro.

A presença e o consumo de metanfetamina na região têm sido frequentemente descritos como um problema localizado (geralmente em referência ao consumo na província do Cabo Ocidental, na África do Sul) ou como uma preocupação secundária em relação ao potencial ou real desvio de precursores químicos controlados. No entanto, tais percepções estão desatualizadas e, em certa medida, só ampliam a incompreensão acerca do que se tornou uma indústria regional dinâmica de drogas, com repercussões continentais e globais. O “crystal meth” é fabricado na região em volumes rapidamente crescentes, tanto para consumo interno como para venda em cadeias internacionais de abastecimento. A produção em escala industrial foi alegada ou confirmada no Quénia, em Moçambique, na África do Sul e no Zimbabué. Recentemente, fluxos de produção industrial com base na Nigéria assumiram um papel predominante no abastecimento dos mercados regionais de metanfetamina. A metanfetamina nigeriana, produzida em grandes volumes e com elevados níveis de pureza, está disponível na região desde 2016. A metanfetamina produzida no Afeganistão e no México é também uma contribuição significativa e em crescimento para os mercados da região.

A heroína é sintetizada em centros de produção no Afeganistão, Paquistão e, em menor grau, no Irão. Não existe cultivo de papoila do ópio nem produção de heroína na região da África Oriental e Austral. A heroína comercializada na região tem origem no Afeganistão, embora haja indícios de alguma proveniente do Sudeste Asiático.¹² O mesmo se aplica à cocaína: embora tenham ocorrido tentativas de cultivo de coca em zonas de altitude do continente, atualmente não existem cultivo de coca nem produção de cocaína conhecidos na região. A cocaína encontrada na região tem origem em centros de cultivo e produção nos países andinos da América do Sul.



Fragmentos de crystal meth de origem afegã. A proliferação de substâncias sintéticas é um dos maiores desafios da região em matéria de drogas.

© David Mansfield

Diversas outras drogas sintéticas são produzidas em laboratórios clandestinos por toda a região. A síntese doméstica de metanfetamina, metcatinona, MDMA, metacualona e canabinóides sintéticos foi verificada no Quénia, Maurícia, Moçambique e África do Sul. Suspeita-se de produção local noutros países da ÁOÁ.

O alarmante surgimento recente de opioides sintéticos na região deve-se ao intenso comércio ilícito de precursores químicos. Entre estes contam-se substâncias controladas como efedrina, pseudoefedrina, safrol e fósforo vermelho, provenientes de fornecedores de produção química da Índia e da China. Um volume menor pode ser desviado para a cadeia de abastecimento ilícito regional a partir de pontos de produção farmacêutica e química em África e na Europa. Embora algumas destas substâncias controladas tenham usos químicos lícitos, como na produção de medicamentos ou plásticos, o seu desvio de fluxos comerciais lícitos para ilícitos é um fenômeno comum, raramente fiscalizado de forma eficaz.

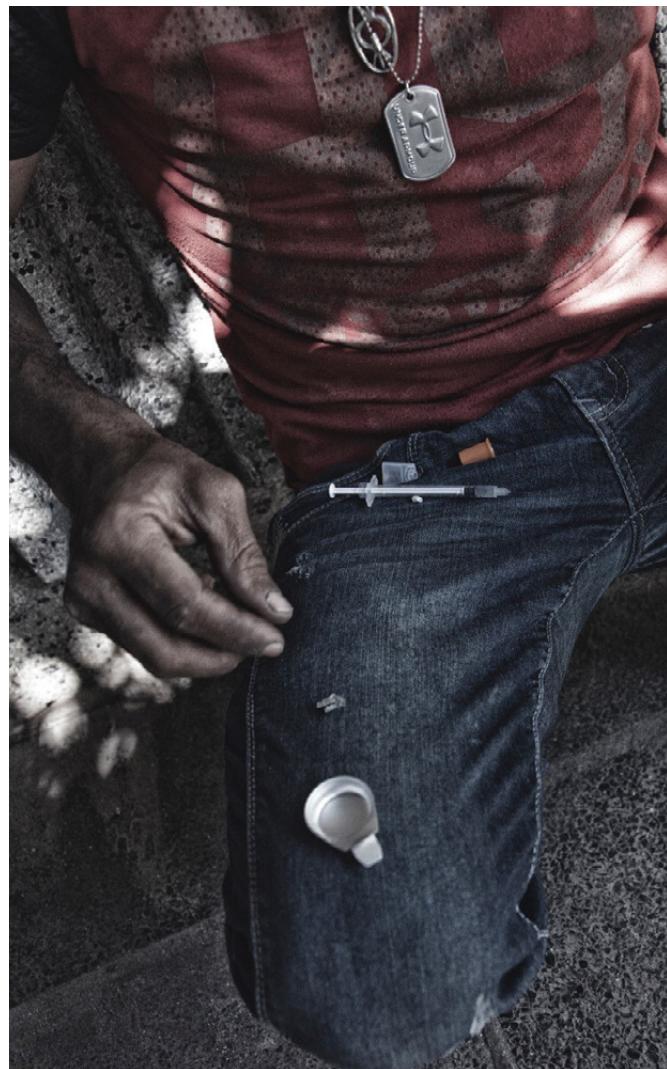
Consumo de drogas

A canábis é a substância ilícita mais consumida na região e em todo o continente. Está disponível e é usada em todos os países, mais frequentemente na sua forma herbal (seca), mas também em resina (comumente chamada de haxixe). A canábis é fumada nas formas seca e em resina ou ingerida como produto comestível, isoladamente ou combinada com outros alimentos.

Nos primeiros tempos do consumo de heroína na região, a utilização era predominantemente por inalação. Isso devia-se à forma de heroína afgã então disponível, que era mais facilmente consumida desta maneira. Por volta de 2000, ocorreu uma mudança significativa no tipo e no método de consumo de heroína na região. A cadeia de abastecimento afgã contraiu-se repentinamente e o produto desapareceu temporariamente das ruas. Foi substituído por uma nova heroína branca, supostamente do Sudeste Asiático.¹³ Por não ser facilmente consumida por inalação, acreditava-se que esta nova forma de heroína fosse mais eficazmente usada por via injetada (UDI). Em questão de meses, um método de consumo que até então era largamente periférico no mercado regional de heroína tornou-se a forma dominante de uso. A UDI foi adotada por um número crescente de consumidores costeiros e continuou a disseminar-se ao longo dos fluxos trans-regionais de heroína, que começaram a infiltrar comunidades do interior. O método mostrou-se mais eficiente do que fumar na obtenção do efeito desejado—sobretudo para utilizadores com elevada tolerância ou dependência.¹⁴

Atualmente, a heroína está disponível em toda a região em forma de pó e de “pedra”. Ambos são produtos fortemente adulterados. Onde há estatísticas de prevalência, estima-se que a UDI seja o modo de consumo de 10% a 50% das PUD em comunidades consumidoras de heroína. A inalação continua a ser um método comum, e a heroína também é fumada em misturas com canábis (por exemplo, *nyaope*). É por vezes aspirada da mesma forma que o pó de cocaína.

A cocaína está disponível em formas de pó e de “crack” em todos os países da região. O pó de cocaína é aspirado e, por vezes, ingerido ou inalado. O crack, uma mistura de pó de cocaína e bicarbonato de sódio que forma pequenos pedaços (“pedras”) quando seca e endurece, é fumado ou inalado. Na região, o pó de cocaína é de cinco a sete vezes mais caro do que o crack, e geralmente preferido por consumidores com maior rendimento disponível. O crack é considerado a forma mais comum de cocaína consumida na região, devido ao preço mais baixo e à maior diversidade de pontos de distribuição. Também há relatos, em vários países, de consumo de cocaína por via injetada.



As estratégias de aplicação da lei precisam de ser reorientadas para a interrupção do tráfico e das elites do crime organizado, em vez da detenção e prisão de pessoas que usam drogas. Foto: GI-TOC

A metanfetamina está disponível em todos os países da região. Está a tornar-se a substância dominante em um número crescente de comunidades, onde já substituiu o crack como estimulante ilícito preferido. Encontrada até agora apenas em forma cristalina, é geralmente fumada. No entanto, um número crescente de utilizadores de metanfetamina na região afirma injetá-la.¹⁵ Estimativas recentes sugerem que a base de consumidores de metanfetamina na África do Sul – o país com maior consumo da região – é significativamente maior do que inicialmente se pensava, tornando-a potencialmente um dos maiores mercados consumidores de metanfetamina do mundo.¹⁶ A droga também já tem presença de mercado no Essuatíni, Lesoto, Botsuana, Moçambique, Malawi, Zâmbia, Zimbabué, Uganda e Quénia. É inevitável que a metanfetamina penetre em todos os outros mercados da região, aumentando a sua disponibilidade, acessibilidade e consumo.

Embora a metanfetamina seja a droga sintética mais consumida na região, não é a única. A metacualona, um sedativo que antecede o uso da metanfetamina na região e que tem origem na África do Sul, está disponível para consumo em vários países. Vendida em comprimidos, a metacualona é triturada, misturada com canábis e fumada. A metcatinona, outro estimulante fabricado na região, é consumida em vários países. Com um preço de venda muitas vezes mais baixo do que o da metanfetamina, a metcatinona é vendida em alguns mercados locais de drogas como substituto da metanfetamina. Também chamada “cat”, é aspirada, fumada e, por vezes, injetada. O MDMA é uma substância psicoativa consumida em forma de comprimido e em pó. O seu uso está particularmente associado a espaços de entretenimento noturno, incluindo bares, discotecas e estabelecimentos similares.

O consumo de outras novas substâncias psicoativas, como a crescente variedade de canabinóides sintéticos e estimulantes, aumentou nos últimos quatro anos. Trata-se de um desenvolvimento de preocupação particular para vários Estados do oceano Índico ocidental. A Maurícia, por exemplo, está a registar um aumento significativo no consumo de canabinóides sintéticos. Uma característica comum destas substâncias é que são sintetizadas para imitar os efeitos de drogas ilícitas conhecidas. Isto significa que muitas vezes ficam fora do sistema regulatório estabelecido para substâncias ilícitas e existem de forma ambígua entre os domínios legal e ilegal. É provável que a sua disponibilidade e consumo nos mercados da região aumentem, sobretudo como substituto mais facilmente dissimulável da canábis herbal.

Principais conclusões da Comissão

Os mercados de drogas da ÁOÁ são diversos, em expansão e internacionalmente interligados

Os mercados de drogas ilícitas já não estão confinados à periferia costeira ou aos crescentes centros urbanos da região. O mercado também não é dominado apenas por usuários de canábis e alguns consumidores de “drogas pesadas”. Heroína, cocaína e drogas sintéticas estão amplamente disponíveis em toda a região. O consumo de drogas ocorre em todas as vilas e cidades de médio e pequeno porte. As cadeias internacionais de abastecimento de drogas ligam centros de produção industrial estrangeiros aos mercados domésticos da região, já não passando apenas por estes em direção a destinos mais distantes, mas abastecendo diretamente os mercados locais e o seu crescente número de consumidores. Com a diversidade de substâncias e modos de consumo, os muitos mercados internos de drogas da região devem ser vistos como socialmente enraizados, estruturalmente resilientes e geograficamente em expansão.

Marginalização, pobreza, vulnerabilidade e políticas e programas de desenvolvimento desiguais estão a contribuir para o crescimento dos mercados de drogas ilícitas e seus danos associados

Espera-se que a urbanização nos países da África Oriental e Austral aumente, respetivamente, 74,3% e 43,6% até 2050.¹⁷ Cinco das 20 cidades de crescimento mais rápido no mundo encontram-se na região. Mesmo antes das consequências negativas da pandemia de COVID-19, a região já enfrentava um período de investimento insuficiente em habitação, infraestruturas de transporte e outros serviços sociais. Este subinvestimento comprometeu potenciais ganhos de desenvolvimento socioeconómico e infraestrutural e agravou os ambientes de pobreza, saneamento precário, desemprego e insegurança em muitas cidades e vilas da região. A situação foi agravada pela correspondente ausência de industrialização generalizada, algo que noutras partes do mundo se desenvolveu em paralelo com a urbanização. Historicamente, o trabalho industrial proporcionava emprego em massa para populações sem escolaridade ou com baixa qualificação, ao mesmo tempo em que proporcionava receitas fiscais que os governos podiam reinvestir no desenvolvimento de infraestrutura.¹⁸ Estes desafios de desenvolvimento influenciaram a evolução dos mercados de drogas na região.

Por exemplo, o aumento no consumo de drogas sintéticas, como a metanfetamina, pode ser atribuído às deficiências no desenvolvimento urbano da região. A expansão regional dessas drogas ocorre devido a políticas e ambientes de desenvolvimento

desiguais e insustentáveis, que rapidamente ocupam áreas degradadas de comunidades marginalizadas e vulneráveis, enfrentando oportunidades limitadas de prosperidade económica legítima. Essa situação foi agravada pela COVID-19 e pelas medidas restritivas adotadas para conter a propagação da doença. Embora os confinamentos não tenham parado os fluxos de produção e distribuição das drogas ilícitas, incluindo a metanfetamina, eles reduziram a mobilidade pessoal e aumentaram a vulnerabilidade económica das populações mais pobres. Como resultado, a demanda por metanfetamina permaneceu elevada nos mercados regionais existentes e está crescendo em novas áreas onde antes não havia consumo.

A prisão de pequenos agricultores pelo cultivo ilegal e a destruição de seus meios de subsistência precarizados empobreceram muitas famílias rurais. Em alguns países, a população carcerária nacional cresceu até atingir níveis de superlotação superiores a 250%, enquanto as estruturas de segurança e justiça do Estado reagem à pressão política contra a “ameaça das drogas” com o encarceramento de um grande número de pessoas pobres por crimes relacionados a drogas. Como resultado, gerações de jovens ficaram socialmente excluídas devido a condenações por delitos de menor gravidade, como o consumo ou a posse de pequenas quantidades para uso pessoal. Taxas desproporcionalmente elevadas de desemprego e subemprego continuam a afetar pessoas que usam (ou usaram) drogas, especialmente aqueles marginalizados por crimes menores relacionados às drogas.

País	Nível de ocupação prisional (%)	Taxa de encarceramento (por 100 000)
Botsuana	86	161
Comores	161	46
Essuatíni	120	243
Quénia	177	107
Lesoto	71	104
Madagáscar	278	98
Malawi	236	76
Maurícia	177	197
Moçambique	248	67
Namíbia	75	318
Seicheles	54	n.d.
África do Sul	149	258
Tanzânia	109	50
Zâmbia	265	125
Zimbabué	130	138

FIGURA 5 Níveis de ocupação prisional e taxas de encarceramento na África Oriental e Austral (2024 ou último ano disponível).

FONTES: Para níveis de ocupação, ver *World Prison Brief, Institute for Crime and Justice Policy Research e Birkbeck, University of London, 2024*; para taxa de encarceramento, ver *Emily Widra, States of incarceration: the global context 2024, Prison Policy Initiative, junho de 2024*.

Sobreestimamos o que pensamos saber sobre os mercados de drogas regionais

Os mercados de drogas africanos – e em particular os da ÁOÁ – continuam a ser pouco estudados, e a ausência de informação baseada em evidências é frequentemente substituída por prognósticos políticos, análises equivocadas e métricas indiretas imprecisas. Na maioria dos países da região, não existe uma determinação fiável de alguns dos denominadores básicos necessários para avaliar um mercado de drogas, os danos que provoca ou a eficácia relativa das medidas adotadas para os enfrentar. Métricas fundamentais que carecem de quantificação baseada em evidências incluem: o número de PUD; quais drogas consomem e de que forma; e a frequência do consumo. Na ausência desta informação elementar, não é possível montar uma resposta nacional eficaz aos mercados de drogas ilícitas ou medir os efeitos de tal resposta. O resultado é que tendemos a subestimar a dimensão e a diversidade dos mercados internos, a sua relevância e inter-relações, bem como os danos que provocam; e tendemos a sobreestimar ou dramatizar excessivamente o impacto das medidas de interdição baseadas na aplicação da lei sobre estes mercados e os seus fluxos.



As políticas de drogas centradas na aplicação interna da lei e na interdição da oferta não estão a funcionar, já que o abastecimento e o consumo de drogas parecem estar estáveis ou em crescimento em toda a região. © Carl De Souza/AFP via Getty Images

Os “portefólios de mercadorias” dos distribuidores de drogas ilícitas da região são mais diversificados nas suas ofertas e mais seguros na entrega. Muitas substâncias circulam pelas mesmas rotas, embarcações, portos, pontos de fracionamento de carga, instalações de armazenamento e veículos de transporte. Vilas e cidades secundárias e terciárias têm agora mercados de retalho de drogas dinâmicos próprios, em especial para substâncias como heroína e crack. O consumo combinado de várias drogas tornou-se a norma na maioria dos mercados regionais, enquanto o consumo por via injetada (CVI), com as suas ligações à transmissão do VIH e do vírus da hepatite C (VHC), permeou toda a região.

A proibição rígida das drogas não está a resultar em disruptão do mercado ilícito

A abordagem dominante da política de drogas na região, baseada na implementação de medidas de proibição estritas, está a falhar em interromper ou reduzir os mercados ilícitos de drogas da ÁOÁ. As leis “severas contra as drogas” e as sentenças mínimas obrigatórias não estão a travar nem a reduzir o fornecimento ou o consumo de drogas ilícitas. Os mercados domésticos da região continuam a persistir; os custos de perpetuar estes regimes de política de drogas, baseados na criminalização estrita, na detenção e no encarceramento de PUD e de atores de menor importância, permanecem elevados; e o retorno desse investimento — em termos de menor dano, em todas as suas dimensões — continua fraco.

De facto, existem tentativas de quantificar métricas fundamentais do mercado de drogas em alguns países da região, mas muitas delas baseiam-se em métodos imperfeitos que inevitavelmente produzem resultados imperfeitos. Por exemplo, o uso de dados de apreensões de drogas e de procura de tratamento para dependência são medidas comuns usadas por algumas agências governamentais nacionais para compreender os mercados de drogas e desenvolver respostas políticas. No entanto, se uma droga não é apreendida num país, isso não significa que não esteja disponível, nem o volume de apreensões tem qualquer correlação direta com as características do consumo ou da oferta num determinado mercado.

De modo semelhante, a ausência de pessoas a procurar tratamento para uma substância não cria, por si só, um retrato realista das características da demanda local por drogas ou do comportamento de consumo. O raciocínio hipotético que tenta basear decisões conclusivas em dados e resultados inconclusivos tem prejudicado a capacidade dos órgãos de formulação de políticas na região de perceber que a ausência de sistemas de monitorização de drogas independentes e baseados na ciência torna impossível avaliar com precisão a forma como os ambientes dos mercados de drogas estão a evoluir e a crescer.

A diversidade de substâncias disponíveis nos mercados locais de drogas aumentou e novas drogas sintéticas começaram a competir com substâncias mais tradicionais, como a canábis. Os mercados de algumas drogas surgiram em locais onde antes não existiam. A heroína e a cocaína expandiram-se dos pontos de origem costeiros para países do interior. A produção local de metanfetamina foi substituída por cadeias de produção e abastecimento internacionais de escala industrial.

Estruturas de governação fracas, comprometidas e corruptas intermedeiam e sustentam os mercados de drogas regionais

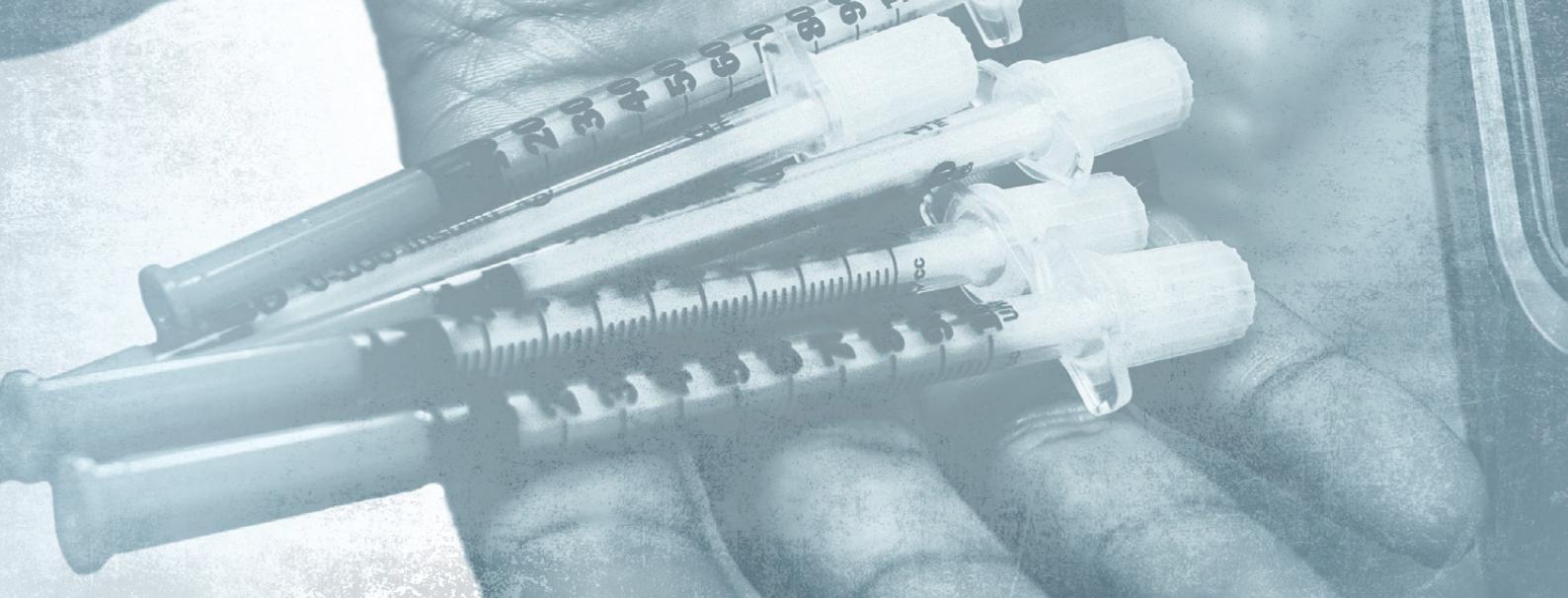
Durante o processo de consulta, foi frequentemente reconhecido que alguns agentes da lei e outros funcionários públicos são corruptos, o que leva a permitirem, em vez de desativar, os mercados ilícitos de drogas. A corrupção dentro das instituições domésticas de aplicação da lei pode ser o principal fator estrutural que sustenta os mercados de drogas em toda a região da ÁOÁ.

A incompetência de alguns responsáveis no cumprimento das suas funções e deveres constitui igualmente uma preocupação fundamental de todos os organismos responsáveis pela aplicação da lei na região. Não existem tentativas sérias de pôr fim a práticas corruptas, e nenhum governo parece ter demonstrado vontade política de eliminar os componentes estruturais da corrupção endémica, além do uso retórico de uma linguagem “anticorrupção” por conveniência política, como forma de “acerto de contas”, silenciamento de vozes da oposição ou enfraquecimento dos princípios democráticos.

Devemos reconhecer, por conseguinte, que as “economias paralelas” ligadas às drogas ilícitas são componentes significativos do produto interno bruto regional e nacional. Assim, a reforma das políticas e da legislação nacionais sobre drogas, por si só, é insuficiente para promover soluções de desenvolvimento eficazes e sustentáveis, ou para reduzir a influência perniciosa destes mercados de drogas e o impacto corrosivo do seu comércio nos esforços nacionais de desenvolvimento. As soluções políticas devem refletir a complexidade estrutural do mercado ilícito regional e ser concebidas para minar substancialmente o poder e a influência das suas estruturas de mercado, afastando os seus intermediários nacionais e regionais. Devem também emergir de um esforço essencial para fortalecer esses fatores além das abordagens intuitivas, ainda que tradicionais, que se concentram na saúde, segurança e serviços sociais. Estratégias políticas de longo prazo, multidimensionais, integradas em programas nacionais de desenvolvimento sustentável e voltadas para os fatores estruturais de desigualdade, vulnerabilidade e insegurança humana, representariam uma mudança positiva e fundamental nas políticas regionais de drogas, especialmente no que diz respeito ao tráfico e ao consumo.

A política da cannabis surge como uma oportunidade para um debate mais amplo de reforma

Alguns países da ÁOÁ legalizaram a cannabis de diversas formas: muitos para fins medicinais e científicos, outros para produção e investimento agrícola, e na África do Sul, para uso pessoal em domicílio. Em suas reuniões e discussões, a Comissão observou que, em relação às políticas sobre cannabis, muitos líderes e seus governos estão mais dispostos a debater reformas e, em vários casos, a considerar a legalização como uma estratégia de política pública. A cannabis sempre foi uma droga peculiar do ponto de vista legal: apesar de ser ilegal formalmente em todos os países, em muitos deles, era tratada como legal de facto ou, ao menos, com menor prioridade do que substâncias consideradas mais “pesadas” — como cocaína, heroína e drogas sintéticas. No trabalho realizado até agora, a Comissão promoveu discussões regionais em Maputo e Gaborone sobre a natureza da legalização da cannabis. Em ambos os casos, os Estados presentes demonstraram curiosidade em relação aos potenciais benefícios de tal decisão política na prática e, através da discussão sobre a reforma da política relativa à cannabis, mostraram-se mais receptivos a outras possibilidades de reforma da política e das respostas aos programas sobre drogas, tais como medidas de redução de danos ou novas abordagens ao policiamento dos mercados de drogas. Assim, a política da cannabis tem sido, e poderá continuar a ser, uma alavanca para abrir um debate mais amplo sobre novas abordagens de saúde pública e segurança pública em resposta aos danos causados pelos mercados de drogas na região.



DROGAS ILÍCITAS NA ÁFRICA ORIENTAL E AUSTRAL: UMA PERSPECTIVA BASEADA NA SAÚDE PÚBLICA

Nas últimas duas décadas verificou-se um aumento significativo no consumo de heroína, metanfetamina e cocaína em África.¹⁹ Paralelamente, o consumo por via injetada (CVI) está a tornar-se mais comum nos países da África Oriental e Austral (ÁOÁ),²⁰ e estima-se que mais 14 milhões de pessoas passem a consumir drogas na África Subsariana até 2050.²¹ As mulheres que usam drogas (MUD) enfrentam elevados níveis de violência, estigmatização e barreiras no acesso a serviços.²² A transmissão de doenças infeciosas é mais aguda entre pessoas que usam drogas por via injetada (PUDI) e entre a população prisional.²³ Pessoas com dependência de opioides têm uma probabilidade muito maior de morrer do que a população em geral.²⁴ As epidemias de VIH entre PUDI expandem-se em países sem serviços estabelecidos de redução de riscos.²⁵ A prevalência de VIH entre PUDI é estimada em 16,1% nos países da ÁOÁ, em comparação com 5,7% na população adulta geral da região.²⁶ Ainda assim, registou-se uma redução de 41% nas novas infeções entre PUDI na região entre 2010 e 2023, reflexo das políticas e programas de saúde dirigidos a esta subpopulação.²⁷

Epidemias concentradas de VHC existem entre PUDI na região.²⁸ Em África Subsariana, 74% das PUDI que vivem com VIH têm coinfecção VIH-VHC, e 14% coinfecção VIH-vírus da hepatite B (VHB).²⁹ A carga de tuberculose (TB) entre Pessoas que Usam Drogas (PUD) é elevada.³⁰ Isso deve-se à elevada prevalência de VIH, à má nutrição e à frequência do encarceramento de PUD.³¹ As PUD foram particularmente afetadas pela pandemia da COVID-19.³² Violações de direitos humanos, violência, restrições de mobilidade, desintoxicações forçadas e interrupções nos serviços de saúde e de redução de danos foram registadas entre PUD em toda a África, incluindo na ÁOÁ.³³

Prevenção e tratamento do consumo de drogas

O consumo de drogas em África é comum e está em crescimento.³⁴ Em 2022, estimava-se a existência de 3,6 milhões de consumidores de opiáceos (predominantemente heroína), 2 milhões de consumidores de cocaína e 2,7 milhões de consumidores de estimulantes do tipo anfetamínico no continente,³⁵ e cerca de 300 000 PUDI na ÁOÁ.³⁶ Até 2050, prevê-se que mais 14 milhões de pessoas passem a usar drogas na África Subsariana.³⁷ A droga mais consumida na região é a canábis,³⁸ mas a proliferação crescente de drogas sintéticas vem penetrando os inventários dos mercados regionais, tanto substâncias para consumo quanto adulterantes ou contaminantes.³⁹

Prevenção do uso de drogas

A prevenção visa evitar ou retardar o início do consumo de drogas e impedir o desenvolvimento da dependência. O início precoce de consumo frequente associa-se à dependência em fases posteriores da vida. Por isso, o desenvolvimento saudável e

As pessoas que usam drogas precisam de ser incluídas como participantes essenciais no desenvolvimento e implementação de políticas de drogas. Foto: GI-TOC



seguro das crianças é fundamental para a prevenção. Intervenções eficazes promovem normas e comportamentos protetores, mitigam vulnerabilidades e abordam questões estruturais que contribuem para o consumo de drogas, a dependência e as suas consequências. Respostas de prevenção impactantes exigem uma combinação abrangente de intervenções que incidem sobre diferentes fases do desenvolvimento humano e são aplicadas em vários contextos. Intervenções destinadas a melhorar as competências parentais ou aumentar as taxas de retenção escolar são importantes durante a infância; programas dirigidos a escolas, locais de trabalho, espaços de entretenimento e meios de comunicação podem influenciar o risco em grupos etários mais velhos.⁴⁰ A identificação precoce de um consumo potencialmente nocivo, seguida de uma breve intervenção, é eficaz na prevenção da progressão para a dependência.⁴¹

A redução de danos é uma abordagem baseada em evidências para a política e as intervenções sobre drogas, enraizada na justiça social e nos direitos humanos.⁴² As intervenções concebidas para prevenir danos capacitam as pessoas a tomar decisões sobre como reduzir danos imediatos (notadamente a morte e doenças infeciosas) e apoiam-nas na concretização dos seus objetivos.⁴³ O pacote abrangente da Organização Mundial da Saúde (OMS) de intervenções de redução de danos para pessoas que usam e injetam drogas inclui programas de agulhas e seringas (PAS), tratamento de substituição de opioides (TSO) e distribuição comunitária de naloxona, bem como rastreio e tratamento do VIH, hepatites virais B e C, infecções sexualmente transmissíveis e TB.⁴⁴ Todas estas intervenções devem estar incluídas numa estratégia abrangente de prevenção do consumo de drogas.

Durante a abertura da quinta sessão ordinária do comité técnico especializado da União Africana (UA) sobre saúde, nutrição, população e controlo de drogas, o diretor-geral da OMS destacou que, a cada ano, 40.000 africanos morrem devido ao uso de drogas psicoativas e problemas de saúde relacionados. Ele também afirmou que 80% dos africanos com transtornos de saúde mental ou decorrentes do consumo de substâncias não recebem tratamento adequado.⁴⁵ Essas observações ressaltam a necessidade de reconhecer que a disponibilidade e o acesso a serviços de saúde pública para PUD são amplamente insuficientes em todo o continente, especialmente na região da ÁOÁ.

Tratamento da dependência de drogas

O acesso a tratamento da dependência de drogas baseado em evidências é um direito universal.⁴⁶ Os objetivos do tratamento para pessoas com dependência de drogas são: melhoria da saúde e da qualidade de vida, melhoria do funcionamento social, redução dos danos e mudanças no consumo de drogas em consonância com os objetivos individuais. Um tratamento eficaz combina intervenções psicosociais e médicas (farmacológicas) diversificadas, que devem estar alinhadas com normas internacionais. Existem três componentes principais do tratamento da dependência de drogas:

Rastreio, intervenções breves e encaminhamento para tratamento: O rastreio do consumo de álcool, tabaco e drogas deve ser feito numa variedade de contextos não especializados (por exemplo, nos cuidados de saúde primários e em serviços sociais), utilizando uma ferramenta validada. As pessoas que usam substâncias devem receber uma intervenção breve (5–30 minutos), que inclui feedback individualizado com conselhos sobre redução/cessação do consumo e uma oferta de acompanhamento. Esta intervenção pode prevenir a progressão para um consumo mais nocivo ou para a dependência. As pessoas com problemas persistentes devem ser encaminhadas para cuidados adicionais.⁴⁷

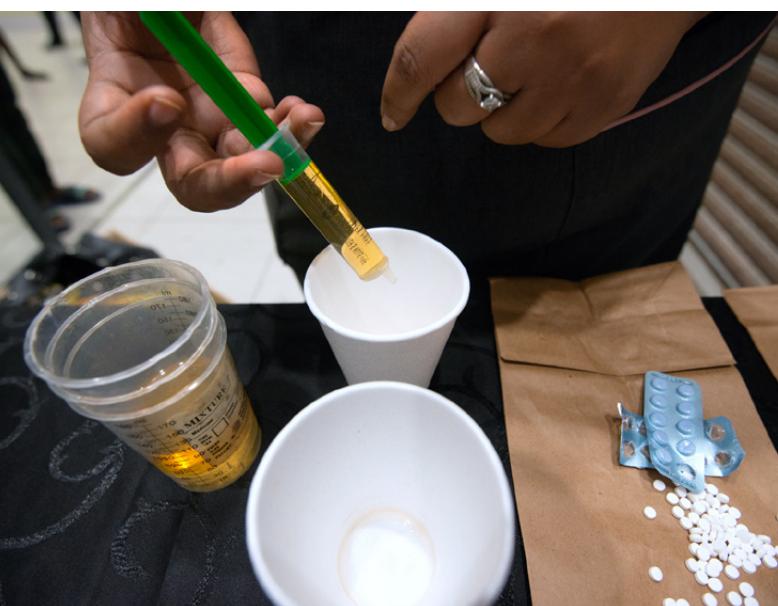
Intervenções psicossociais: Estas intervenções podem apoiar a redução e a cessação do consumo de drogas, além de diminuir a recaída no uso entre pessoas com dependência. Abordam fatores motivacionais, comportamentais, psicológicos e psicossociais que contribuem para o consumo. A sua eficácia varia consoante a droga ou drogas em causa. Existem várias intervenções baseadas em evidências, incluindo terapia cognitivo-comportamental, gestão de contingências, entrevistas motivacionais, abordagem de reforço comunitário, tratamentos orientados para a família e grupos de apoio mútuo.⁴⁸ Os resultados de pessoas com dependência de opioides que recebem apenas intervenções psicossociais (sem tratamento médico) são fracos.⁴⁹

Intervenções farmacológicas: O TSO como manutenção é a terapêutica recomendada para a dependência de opioides.⁵⁰ Envolve a prescrição de um medicamento agonista opioide (por exemplo, metadona ou buprenorfina) por um profissional médico formado, na dose adequada e pelo tempo de que a pessoa necessitar. O envolvimento em serviços psicossociais aumenta a eficácia do TSO. Um TSO de qualidade resulta em redução do consumo de opioides, da mortalidade por todas as causas, das transmissões de VIH e VHC, melhoria do funcionamento social, redução do crime e maior adesão ao tratamento do VIH.⁵¹ A gestão da abstinência (por vezes chamada desintoxicação) envolve a gestão dos sintomas associados à interrupção do consumo numa pessoa com dependência. É crítica para pessoas dependentes de depressores do sistema nervoso (por exemplo, opioides, álcool e benzodiazepinas). A gestão da abstinência deve seguir protocolos baseados em evidências. Os resultados deste tipo de intervenção para dependência de opioides são fracos e estão associados a maior risco de overdose.

A naltrexona, um antagonista opioide de ação prolongada, pode apoiar os esforços de prevenção da recaída no consumo de opioides após a desintoxicação, entre pessoas motivadas, quando o TSO de manutenção não está disponível ou se o uso se baseia na preferência do cliente.⁵² Não existem tratamentos farmacológicos eficazes para a dependência de estimulantes do tipo anfetamínico ou cocaína.⁵³

Lacuna no tratamento da dependência de drogas

Em África, apenas uma em cada 18 pessoas (6%) que necessitam de tratamento para o consumo de drogas consegue aceder a ele.⁵⁴ A quantificação da lacuna no tratamento da dependência na ÁOÁ é difícil, em parte devido às estimativas limitadas sobre o número de pessoas com dependência e à escassa centralização de relatórios. Pode ser feita uma indicação dessa lacuna com base em dados reportados de tratamento (excluindo canábis),⁵⁵ estimativas regionais anuais de prevalência de consumo,⁵⁶ estimativas populacionais,⁵⁷ e na suposição de que 10% das Pessoas que Usam Drogas (PUD) têm dependência.⁵⁸ Apesar das muitas limitações deste método, a grande lacuna de tratamento é evidente.



O acesso à redução de danos e a serviços de prevenção e tratamento baseados em evidências, incluindo o tratamento de substituição de opioides, deve ser universal e garantido. Foto: GI-TOC

A maioria dos serviços de tratamento da dependência de drogas disponíveis na ÁOÁ é prestada em unidades de saúde mental, muitas vezes em contexto hospitalar. Serviços psicossociais comunitários e serviços de desintoxicação também são oferecidos na maioria dos países. Contudo, apenas sete Estados-membros da ÁOÁ dispõem de programas de redução de danos que incluem TSO em regime de manutenção,⁵⁹ e apenas quatro disponibilizam TSO em estabelecimentos prisionais.⁶⁰ Intervenções psicossociais e farmacoterapia (incluindo TSO para pessoas com dependência de opioides) devem ser disponibilizadas em prisões como parte de um pacote abrangente de serviços de saúde.⁶¹ Serviços relacionados com drogas devem também ser oferecidos a pessoas sob custódia policial enquanto aguardam julgamento, sendo fundamental a continuidade do tratamento após a libertação, para reduzir o risco de overdose pós-libertação e para dar suporte à saúde.⁶²

Além disso, a identificação e gestão da overdose é uma dimensão importante da saúde pública que deve estar incluída em todos os quadros de políticas de tratamento da dependência de drogas. A naloxona é um antagonista opioide de ação curta que reverte rapidamente uma overdose por opioides. A naloxona deve estar disponível em todos os contextos comunitários da ÁOÁ para pessoas que provavelmente testemunharão uma overdose por opioides (por exemplo, PUD e os seus familiares, pares e polícia), de modo a poderem administrá-la.⁶³ A overdose por estimulantes pode ocorrer e requer estabilização da função cardiovascular, atenção à hidratação e gestão dos sintomas neurológicos.⁶⁴

O Plano de Ação da União Africana (UA) para o Controlo de Drogas e Prevenção do Crime⁶⁵ fornece orientação aos Estados-membros. Existem normas internacionais sobre prevenção e tratamento da dependência de drogas e orientações baseadas em evidências para a redução de danos e intervenções clínicas, destinadas a maximizar a qualidade. As causas multifatoriais da dependência de drogas exigem respostas que adotem uma abordagem de toda a sociedade. A menos que reformas baseadas em evidências sejam traduzidas em políticas — e implementadas — as respostas à dependência de drogas falharão.

A ênfase histórica da política de controlo de drogas através de uma abordagem de justiça criminal, em vez de uma abordagem baseada em direitos e na saúde pública, reflete a enorme necessidade não atendida de políticas e serviços de prevenção, tratamento e redução de danos baseados em evidências na ÁOÁ. A criminalização das PUD perpetua a estigmatização. Além disso, os danos sociais e de saúde, bem como os custos associados ao encarceramento das PUD, continuarão a existir, a menos que haja uma reforma política significativa. A prevenção, o tratamento e a redução de danos eficazes só podem ocorrer em ambientes políticos favoráveis.

A implementação de intervenções de prevenção, tratamento e redução de danos baseadas em evidências é fundamental para mitigar os efeitos do provável aumento do consumo de drogas na ÁOÁ. A aparente ênfase em campanhas mediáticas e em educação para estudantes chama a atenção para as lacunas no apoio à gravidez, competências parentais, desenvolvimento infantil precoce e desenvolvimento de competências nos jovens para adiar o início do consumo de drogas. A escassa referência a rastreio e intervenções breves evidencia uma falha crítica. Enquanto isso, o uso limitado de serviços comunitários aponta para uma área onde se poderiam alcançar eficiências, caso este modelo de intervenção fosse ampliado. Sistemas de informação frágeis limitam a capacidade de avaliar lacunas e tomar decisões embasadas.

Há uma necessidade premente de reorientar o foco dos serviços especializados de tratamento de drogas em instalações de saúde mental para esforços de intervenção precoce em ambientes comunitários. Uma expansão substancial das intervenções é essencial para abordar o problema da dependência de drogas de forma eficaz. A colaboração bem-sucedida entre diferentes setores e ao longo de todo o espectro de prevenção e redução de danos será crucial, pois essas abordagens representam um desvio notável das políticas tradicionais e dos paradigmas operacionais em muitas nações.

O Plano de Ação da UA para o Controlo de Drogas e Prevenção do Crime define a intenção de atuar na prevenção e tratamento do consumo de drogas através de formação (isto é, formação de competências parentais e de competências de vida para crianças e jovens), redução de danos e implementação de alternativas à punição pelo consumo de drogas.⁶⁶ O plano fornece um quadro político claro baseado em evidências. No entanto, avaliar o ponto de partida das respostas nacionais é difícil devido à crónica falta de dados sobre intervenções de prevenção, tratamento da dependência e cobertura da redução de danos. Desde a adoção do plano da UA, tem havido uma resposta política mista nos países da ÁOÁ. A criminalização do consumo e da posse para uso pessoal foi identificada como um obstáculo à implementação de programas em todos os países da região (com exceção da canábis na África do Sul).

Por outro lado, alguns países incluem intervenções de saúde pública nas suas políticas nacionais de drogas ao mesmo tempo que impõem penas severas pela posse de drogas. Desde 2019, vários países comprometeram-se a desenvolver políticas alinhadas com o Plano de Ação da UA. O apoio a intervenções de redução de danos baseadas em evidências, incluindo o TSO, é mais comum em políticas relacionadas com o VIH do que naquelas que tratam o TSO como parte de um tratamento baseado em evidências para a dependência de opioides. Em outras palavras, os países que adotaram o TSO como atividade fizeram-no, em geral, no contexto de uma resposta nacional de prevenção da transmissão do VIH entre PUD, e não simplesmente como solução autónoma de tratamento para a dependência de drogas entre a população nacional de PUD.

Na região, tem havido uma ênfase em campanhas mediáticas estatais e em iniciativas multicomponentes de prevenção do consumo de drogas (com pouca ou nenhuma referência à base de evidências ou ao enquadramento teórico que dão embasamento a tais intervenções, ou à avaliação da sua eficácia), com inclusão de programas estruturados de competências para estudantes. Pouco se tem referido sobre como o rastreio e as intervenções breves podem constituir um componente significativo da prevenção e tratamento da dependência.

De forma encorajadora, está a ser dada mais atenção à prevenção, ao tratamento e à redução de danos baseados em evidências. No entanto, a persistência de abordagens punitivas na política continua a contribuir para um ambiente hostil para as PUD, sendo provavelmente uma barreira ao acesso a serviços e à permanência em cuidados. A maioria dos países da região depende da prestação de serviços em unidades especializadas de saúde mental, enquanto muitos oferecem serviços comunitários geridos por organizações da sociedade civil. Serviços de desintoxicação estão disponíveis em 10 países da região,⁶⁷ mas apenas sete⁶⁸ têm serviços de TSO estabelecidos (variando entre um e 42 locais de TSO por país). O TSO é prestado em pelo menos

uma prisão em quatro países.⁶⁹ A cobertura de serviços de TSO para Pessoas que Consomem Drogas por Via Injetada (PUDI) está muito abaixo das metas necessárias para o controlo das epidemias de VIH e de hepatites virais.⁷⁰

Transmissão de doenças infeciosas

A política de drogas afeta a saúde⁷¹ e contribui para o ambiente em que o consumo ocorre e para a transmissão e efeitos das doenças infeciosas.⁷² Acabar com as epidemias de sida, TB e hepatites até 2030 (incluído na meta 3.3 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da ONU) exige que as necessidades específicas das PUD sejam consideradas.⁷³ A abordagem dominante da política de drogas na ÁOÁ tem sido baseada na criminalização de drogas específicas, da sua posse e do consumo.⁷⁴ A criminalização, o encarceramento, o estigma e a exclusão resultantes desta abordagem aumentaram a carga de doenças infeciosas em África.⁷⁵ Consequentemente, a UA adotou um plano de ação sobre drogas alinhado com os princípios dos direitos humanos e da saúde pública.⁷⁶ A maioria dos planos estratégicos nacionais de VIH dos países da ÁOÁ define as PUDI como uma população-chave que necessita de intervenções adaptadas, e vários incluem a necessidade de reforma das políticas.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu um conjunto claro de intervenções de saúde recomendadas e recomendações de políticas para lidar com o VIH e comorbilidades associadas entre PUD em contextos comunitários e prisionais.⁷⁷ As principais intervenções de redução de danos incluem programas de agulhas e seringas (PAS) para PUDI, TSO para pessoas com dependência de opioides, outros tratamentos de drogas baseados em evidências e a prevenção e gestão da overdose. A prevenção, o rastreio e o tratamento do VIH, hepatites virais, TB e infeções sexualmente transmissíveis, bem como os serviços de saúde sexual e reprodutiva para PUD, devem ser integrados nos serviços de redução de danos. Outras intervenções importantes incluem a descriminalização do consumo de drogas, o combate ao estigma e à discriminação, a garantia de aceitabilidade dos serviços, o empoderamento das comunidades e o combate à violência.⁷⁸

Em África, os riscos de infeção por VIH, VHB, VHC e TB são mais elevados entre PUD do que na população em geral.⁷⁹ Os riscos de infeção são particularmente altos entre PUDI.⁸⁰ Estas infeções são responsáveis por muitas doenças e mortes.⁸¹ Modelos de dados sugerem que, entre 2018 e 2050, a prevalência anual do consumo de drogas aumentará 5% na região da ÁOÁ. Este aumento, equivalente a cerca de 14 milhões de pessoas,⁸² será impulsionado por maior disponibilidade de drogas, desenvolvimento económico, crescimento populacional e urbanização.⁸³

As epidemias de VIH entre PUD em África estão a expandir-se. O VIH pode ser transmitido pelo sangue ou através de relações sexuais desprotegidas, bem como verticalmente, de mãe para filho.⁸⁴ A região da ÁOÁ registou uma redução de 59% em novas infeções por VIH, uma diminuição de 57% em mortes relacionadas com a sida e uma redução de 41% em novas infeções entre PUDI entre 2010 e 2022.⁸⁵ No entanto, a prevalência de VIH entre PUDI na região permanece quase três vezes superior à dos seus pares na população em geral (16,1% contra 5,7%).⁸⁶ O facto de a seroconversão para VIH entre PUDI ter quase caído pela metade em uma década a eficácia dos programas de prevenção, em particular da redução de danos. Sete países da ÁOÁ oferecem TSO, sete disponibilizam PAS e um permite a distribuição de naloxona por pares.⁸⁷ Mais provas da eficácia vêm de análises dos programas nacionais de redução de danos em Maurícia, Tanzânia e Quénia, que concluíram que estas intervenções reduziram significativamente as novas infeções por VIH entre PUDI.⁸⁸

A pandemia da COVID-19 expôs vulnerabilidades adicionais que afetam as PUD.⁸⁹ Globalmente e na região da ÁOÁ, o acesso a serviços de redução de danos foi negativamente afetado. Por exemplo, na África do Sul, pessoas em situação de sem-abrigo foram colocadas em abrigos de emergência sem planeamento para gerir a abstinência de opioides ou dar continuidade aos serviços de redução de danos.⁹⁰ Na Quénia, os serviços de PAS e TSO foram temporariamente interrompidos, e a adesão ao TSO e à terapia antirretroviral foi prejudicada.⁹¹ Na Tanzânia, foram evidenciadas as maiores vulnerabilidades de Mulheres



Os programas de agulhas e seringas são parte essencial das estratégias de redução de danos para pessoas que consomem drogas por via injetada. Foto: GI-TOC

que Usam Drogas (MUD), muitas delas envolvidas no trabalho sexual, a par de dificuldades no acesso a serviços de redução de danos.⁹² Paralelamente, os benefícios da redução de danos foram demonstrados em locais onde as respostas à COVID-19 os integraram.⁹³ A Organização Mundial da Saúde (OMS) reafirmou que os PAS e o TSO são serviços de saúde essenciais que devem continuar sem interrupções em situações de emergência sanitária e de pandemia.⁹⁴

Assim, as políticas nacionais de drogas precisam de oferecer apoio explícito às intervenções de redução de danos. São necessários serviços de redução de danos e serviços integrados de VIH, TB e hepatites virais para acabar com estas epidemias. A OMS estabeleceu como meta 300 kits de injeção por pessoa que usa drogas por via injetada por ano⁹⁵ e uma cobertura de TSO de 50%⁹⁶ para eliminar o VHC e o VIH como ameaças de saúde pública entre PUDI até 2030. Os países da ÁOÁ estão a avançar lentamente para o cumprimento destes objetivos, bem como para atingir as metas do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre VIH/Sida (UNAIDS) relativas ao tratamento e à supressão viral de VIH para PUDI. Ainda assim, os países da ÁOÁ que se comprometeram com intervenções de redução de danos estão a demonstrar impacto positivo nas suas epidemias de VIH entre PUDI. Vários mostraram reduções na prevalência do VIH em inquéritos transversais repetidos após manter e expandir os seus programas de redução de danos.⁹⁷ As evidências são claras: a redução de danos funciona, e funciona em particular na região da ÁOÁ.

Além disso, a diminuição das taxas de encarceramento teve um impacto significativo na redução das infecções por VIH, VHC e TB entre as PUD na ÁOÁ.⁹⁸ Em comunidades de PUDI com prevalência de VIH superior a 5%, estima-se que o encarceramento contribua para 12%–55% das infecções – em grande medida devido ao encarceramento e ao aumento de práticas de consumo após a libertação, bem como às interrupções nos tratamentos relacionados com drogas.

Por fim, verificou-se que a descriminalização do consumo de drogas, juntamente com o acesso a serviços de redução de danos, reduz de forma significativa as mortes relacionadas com drogas e a transmissão de doenças infeciosas.⁹⁹ Em Portugal, a descriminalização do consumo de drogas (em 2001) e a aplicação de recursos para financiar serviços de redução de danos e de tratamento da dependência reduziram as mortes relacionadas com drogas e os delitos prisionais ligados a ela, além de terem diminuído pela metade as novas infecções por VIH.¹⁰⁰ Ganhos semelhantes em saúde pública foram registados nos Países Baixos, na Suíça e na Chéquia, onde a descriminalização foi implementada.¹⁰¹

Acesso a medicamentos essenciais

Desde que os organismos internacionais de controlo de drogas começaram a instituir um controlo rigoroso dos medicamentos essenciais¹⁰² para combater a crise dos opioides, a resposta levou a um outro tipo de crise de saúde global que afeta particularmente os países de baixo rendimento: o acesso extremamente limitado a medicamentos para cuidados paliativos. Os opioides,¹⁰³ como a morfina, são agentes terapêuticos fundamentais dos Medicamentos Essenciais Internacionalmente Controlados (MEIC),¹⁰⁴ utilizados no tratamento da dor moderada a intensa, em cuidados críticos, dispneia terminal, doenças neurológicas, anestesia, obstetrícia, saúde mental e cuidados paliativos.¹⁰⁵ Entre 2010 e 2013, apenas 0,03% dos opioides distribuídos globalmente foram para países de baixo rendimento.¹⁰⁶ O problema do acesso inadequado a medicamentos essenciais para cuidados paliativos continua a ser uma realidade em todo o mundo e constitui uma ameaça particular para pessoas de baixos rendimentos na ÁOÁ.

Em abril de 2021, na reunião anual da Comissão de Estupefacientes, o Grupo Africano expressou “grave preocupação relativamente ao acesso, disponibilidade e acessibilidade de medicamentos, incluindo fármacos analgésicos, para milhões de pessoas que deles mais necessitam no continente africano”.¹⁰⁷ Em 2015, estimou-se que quase 17 milhões de pessoas na África subsaariana sofriam de sofrimento grave relacionado com a saúde – a segunda maior população por sub-região, depois da Ásia Oriental – e necessitavam de medicamentos essenciais para cuidados paliativos.¹⁰⁸ No entanto, o acesso a medicamentos de cuidados paliativos em África é o mais baixo de todas as principais sub-regiões e diminuiu desde 1994, enquanto noutras regiões aumentou substancialmente.¹⁰⁹ Em média, a taxa de consumo de opioides em África é de 50 doses diárias por milhão de habitantes, em comparação com 14 320 nos Estados Unidos, que apresentam a taxa de consumo mais elevada a nível mundial.¹¹⁰ Isto apesar de o envelhecimento da população, a epidemia de VIH e as doenças não transmissíveis terem criado uma necessidade evidente de MEIC em África.

Como exemplo, os cuidados paliativos são necessários para aliviar a dor de sofrimentos graves relacionados com a saúde, causados por várias doenças limitantes e ameaçadoras da vida. Estima-se que a carga global deste tipo de sofrimento aumente 78% até 2060. Em outras palavras, prevê-se que 48 milhões de pessoas morrerão enquanto enfrentam sofrimento grave evitável.¹¹¹ Como resultado, todos os Estados-membros da OMS comprometeram-se a integrar os cuidados paliativos nos cuidados de saúde primários.¹¹² Contudo, estes serviços permanecem largamente subdesenvolvidos em países de baixo e

médio rendimento, onde vivem mais de 80% dos pacientes com condições que requerem cuidados paliativos. A falta de acesso a opioides é um dos principais fatores deste problema, limitando a integração eficaz dos cuidados paliativos noutros serviços essenciais de saúde, como o tratamento e controlo do cancro, e comprometendo a capacidade dos profissionais de saúde em prestar cuidados paliativos adequados.¹¹³ As leis e políticas subjacentes ao acesso limitado aos MEIC na maioria dos países de baixo e médio rendimento, incluindo no continente africano, têm origem em práticas que remontam a tratados da era colonial, concebidos para conter a mercantilização do ópio, que era legalmente comercializado em todo o império britânico.¹¹⁴ Embora o uso de opioides como substância terapêutica fosse historicamente supervisionado por curandeiros tradicionais e pela profissão médica, o consumo não médico de opioides e de outras substâncias controladas foi lentamente crescendo até se tornar o “problema mundial da droga”. Apesar do consumo ilícito destas substâncias, as propriedades terapêuticas dos opioides – em especial da morfina, derivada do ópio – são oficialmente reconhecidas na Lista Modelo de Medicamentos Essenciais da OMS, que constitui um guia fundamental para a formulação de políticas nacionais de drogas e de agendas de saúde.

Em África, o VIH/sida é a maior fonte de sofrimento grave relacionado com a saúde que requer cuidados paliativos, sendo responsável por 77% das necessidades. Em geral, entre 54% e 83% dos pacientes com VIH expericienciam dor de intensidade moderada a grave.¹¹⁵ Apesar dos avanços médicos, as taxas reportadas de dor não diminuíram nos últimos 30 anos e o subtratamento da dor continua a ser um problema. Um inquérito sobre a disponibilidade de MEIC para gerir a dor e os sintomas relacionados com o VIH na África Oriental revelou uma preocupante falta de formulações de opioides para crianças e adultos.¹¹⁶ Isto é particularmente alarmante. Embora o número de mortes relacionadas com a sida tenha diminuído 57% na ÁOÁ – de 600 000 [490 000–770 000] para 260 000 [210 000–330 000] entre 2010 e 2023 –,¹¹⁷ a região continua a ter uma necessidade premente e não satisfeita de MEIC.

Principais conclusões da Comissão

As implicações de saúde pública da abordagem da região às drogas, outrora encorajadoras, são agora sombrias

A região está vastamente despreparada e carece de recursos para responder às necessidades de saúde, segurança e bem-estar das suas populações que vivem em ambientes de mercados ilícitos de drogas emergentes e em processo de maturação. Com o continente já a concentrar 69% da população mundial que vive com VIH, o aumento do consumo de opiáceos em África e o crescimento do UDI levaram a um aumento correlato da transmissão de VIH e VHC entre comunidades de PUDI.¹¹⁸ As taxas de seroprevalência do VIH entre PUD nestas áreas chegaram a atingir 87%.¹¹⁹

A morbidade e mortalidade entre PUD aumentaram de forma acentuada à medida que diminuíram as taxas de adesão à medicação antirretroviral (para tratamento do VIH), aumentaram o estigma e a discriminação por parte de profissionais de saúde e das forças de segurança contra as PUD,¹²⁰ e cresceram as taxas de overdose, fatais e não fatais.¹²¹ O acesso a medicamentos sujeitos a prescrição – especialmente opioides – não melhorou na região devido a iniciativas de controlo de drogas mal direcionadas, que visam a heroína e outras drogas; à relutância subsequente de instituições de saúde em utilizar as substâncias envolvidas; e ao contrabando e desvio de produtos farmacêuticos por grupos criminosos de fluxos lícitos para mercados ilícitos.¹²²

A recente redução drástica do financiamento internacional para apoiar programas de saúde relacionados com drogas na região agravou uma situação já de si desafiante. Muitos dos programas direcionados a PUD e PUDI que preenchiam o espaço de serviços de redução de danos na ÁOÁ não tinham apoio orçamental nacional e dependiam fortemente de financiamento externo. A redução súbita do financiamento externo provavelmente levará ao encerramento de muitos programas, bem como ao possível fecho de numerosos grupos comunitários centrados em PUD.¹²³

Em toda a região, parece existir uma enorme lacuna no tratamento da dependência de drogas

Embora seja provável uma subnotificação significativa das pessoas que acedem a centros de tratamento, na maioria dos países o consumo de drogas é comum, mas a cobertura de tratamento é baixa. Além disso, os dados sugerem um desfasamento entre as drogas responsáveis pelo maior potencial de danos e a principal substância de consumo entre os que procuram tratamento. Afinal, a canábis – uma substância que causa danos limitados aos indivíduos – representa a maioria das admissões em tratamento na maior parte dos países.

O acesso a medicamentos essenciais exige atenção imediata

A falta de medicamentos essenciais para o alívio da dor e do sofrimento intensos — incluindo anestesia, trauma, obstetrícia, doenças neurológicas e cuidados paliativos — é um desafio persistente na região. Ao contrário de muitos outros medicamentos essenciais, os opioides necessários para estas aplicações estão sujeitos a estrito controlo internacional, devido a preocupações de que contenham substâncias suscetíveis de induzir dependência em certas circunstâncias. Todos os Estados-membros da OMS, incluindo o Grupo Africano, comprometeram-se a integrar os cuidados paliativos nos cuidados de saúde primários; no entanto, a escassez de opioides para cuidados paliativos na ÁOÁ constitui um desafio claro e contínuo a essa integração. Isto deve-se aos seguintes fatores:

- **Políticas e regulamentos nacionais restritivos em matéria de drogas**, que priorizam o controlo de estupefacientes em detrimento da saúde pública.
- **Falta de capacidade da força de trabalho** para salvaguardar e prescrever medicamentos essenciais controlados.
- **Medo generalizado da utilização de opioides em ambientes médicos**, baseado em narrativas ideológicas e na falta de formação médica adequada.
- **Inacessibilidade devido ao desvio de fornecimentos farmacêuticos** e ao contributo destes fármacos para a criação de mercados farmacêuticos locais não regulamentados.

A descriminalização deve ser considerada para o consumo de drogas, a posse de pequenas quantidades para uso pessoal e a posse de equipamentos de consumo

A criminalização do consumo de drogas contribui para uma grande proporção de detenções e encarceramentos na ÁOÁ. Esta abordagem aumenta a exposição a doenças infeciosas e amplifica a transmissão nas prisões e na comunidade em geral. A criminalização das drogas e a condenação moral associada ao consumo contribuem para o estigma e a discriminação contra as PUD, dificultando o acesso aos cuidados de saúde. Isso prejudica a continuidade do tratamento e os resultados em saúde. A criminalização do consumo de drogas também contribui para a transmissão de doenças infeciosas entre PUD, os seus parceiros, famílias e a comunidade em geral. As MUD na ÁOÁ são particularmente vulneráveis, e a sua saúde e direitos têm sido prejudicados pelas atuais abordagens de política de drogas e pela falta de intervenções adequadas ao género. A pandemia da COVID-19 amplificou a desigualdade e demonstrou que os PAS e a TSO, bem como os serviços de testagem e tratamento de doenças infeciosas, são serviços essenciais na ÁOÁ.

O envolvimento significativo da sociedade civil, em particular das PUD, é essencial na política e nos programas nacionais sobre drogas

A participação efetiva das PUD nos processos de política e serviços relacionados com drogas deve incluir o envolvimento no acompanhamento e avaliação da implementação das políticas e dos modelos de prestação de serviços, com o objetivo de promover uma melhoria contínua da qualidade. A colaboração e a harmonização em matéria de saúde pública entre os setores da saúde, social, policial e judicial são cruciais para assegurar respostas eficazes tanto no tratamento da dependência como na prevenção, tratamento e cuidados de doenças infeciosas. As políticas de drogas podem e devem fornecer a estrutura para a construção de consensos nacionais e de objetivos mutuamente respeitados, que protejam os direitos e previnam de forma eficaz a propagação de doenças infeciosas.

A política regional de drogas deve dar apoio explícito às intervenções de redução de danos

Deve haver um apoio claro às intervenções de redução de danos nas políticas de drogas e de saúde, incluindo o pacote de intervenções da OMS e os facilitadores críticos. Isto inclui garantir o acesso a diagnósticos acessíveis (para VIH, TB, VHB e VHC) e a medicamentos necessários para uma redução de danos abrangente (incluindo metadona, buprenorfina e naloxona, bem como medicamentos para prevenção e tratamento de VIH, TB, VHB e VHC).



O risco de infecção por VIH é desproporcionalmente elevado entre pessoas que usam drogas por via injetada. A prevenção, testagem e tratamento do VIH devem fazer parte dos serviços de redução de danos. © Nicholas Kajoba/Anadolu Agency via Getty Images

¶ A redução acentuada do financiamento internacional disponível para apoiar programas de saúde relacionados com drogas na região agravou uma situação já de si desafiante. ¶

As evidências demonstram claramente que uma boa cobertura de serviços de redução de danos, com integração de rastreio, vacinação e tratamento de infecções (por exemplo, VHB, VIH, VHC e TB), contribui para reduções adicionais na transmissão de doenças infeciosas entre PUD e as suas comunidades alargadas. A adesão ao tratamento – especialmente ao tratamento do VIH, do VHC e da TB – melhora quando associada à TSO (para pessoas com dependência de opioides) e quando os princípios da redução de danos são integrados na prestação de serviços. A OMS, o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC), a Rede Internacional de Pessoas que Usam Drogas e outras organizações dispõem de uma vasta gama de orientações para apoiar o planeamento e a implementação de serviços de saúde e de redução de danos.¹²⁴ Os decisores políticos devem recorrer a estas orientações e assegurar que estas intervenções sejam incluídas, orçamentadas e implementadas como parte das estratégias nacionais de saúde, desenvolvimento social e doenças infeciosas.

São necessárias soluções de financiamento sustentáveis para intervenções centrais de saúde e de redução de danos

É necessária uma priorização e um financiamento adequados para a implementação de uma política de drogas embasada pela saúde pública, com vista ao controlo das epidemias de doenças infeciosas. Os países devem comprometer-se a desenvolver soluções de financiamento sustentáveis que assegurem o acesso universal a um pacote de intervenções baseadas em evidência para redução de danos e tratamento da dependência, tanto em contextos comunitários como prisionais. A OMS fornece orientações para desenvolver e implementar a cobertura universal de saúde.¹²⁵ É preciso que haja uma evolução para que seja incluído um pacote de intervenções de redução de danos no âmbito da cobertura universal de saúde e como parte do seguro nacional de saúde. As avaliações locais dos recursos alocados a abordagens punitivas de política de drogas podem ser quantificadas e comparadas com os ganhos em saúde que seriam obtidos através do investimento em intervenções baseadas em evidência. Essa comparação pode ser usada para defender maiores dotações a favor de abordagens de saúde pública no consumo de drogas.

A diminuição das taxas de encarceramento teria um impacto significativo na redução das infecções por VIH, VHC e TB entre PUD

A criminalização do consumo de drogas contribui para uma grande proporção de detenções e encarceramentos de PUD em toda a ÁOÁ. Muitas destas pessoas são detidas por simples posse de drogas para uso pessoal ou por terem “objetos associados ao consumo de drogas” consigo. Esta abordagem em relação às PUD aumenta a sua exposição a doenças infeciosas e amplia a transmissão dentro das prisões e outros contextos fechados, bem como na comunidade em geral. A criminalização das drogas também alimenta o estigma e a discriminação contra as PUD, ambos constituindo grandes barreiras ao acesso a cuidados de saúde. Isto afeta negativamente a permanência em tratamento e os resultados em saúde. A criminalização do consumo de drogas contribui ainda para a transmissão contínua de doenças infeciosas entre PUD e os seus parceiros, famílias e a comunidade em geral. Redirecionar a política nacional, afastando-a do encarceramento de PUD por delitos de baixa gravidade relacionados com drogas, e libertando aqueles que já se encontram detidos, contribuiria para melhorar os resultados de saúde em todas as comunidades.



REFLEXÕES SOBRE A POLÍTICA DE DROGAS NA ÁFRICA ORIENTAL E AUSTRAL

A necessidade de considerar o género

A igualdade de género é reconhecida como um direito humano fundamental e está consagrada em quadros internacionais, como os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas (ODS),¹²⁶ e em tratados internacionais, como a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (1979). Para alcançar esse objetivo, nas últimas décadas têm sido desenvolvidas campanhas para incorporar uma “perspetiva de género” — isto é, compreender e enfrentar as desigualdades de género — em várias áreas de políticas públicas. A política de drogas não constitui exceção: disposições para integrar considerações de género começaram a fazer parte de quadros normativos a nível mundial e regional, incluindo na África Oriental e Austral (ÁOÁ).

De um modo geral, as experiências das mulheres nos mercados de drogas e na política de drogas podem diferir das dos homens pelas mesmas razões que explicam a persistência da desigualdade de género noutras esferas da vida. Entre estas razões estão a discriminação de género e ideologias patriarcais que marginalizam as mulheres, a falta de empoderamento económico, a vitimização através da violência baseada no género e o facto de as mulheres serem mais frequentemente responsáveis pelos cuidados de crianças e de outros familiares dependentes, o que lhes acarreta maior pressão económica e social.¹²⁷ Num contexto em que o consumo e a posse de drogas para uso pessoal são amplamente criminalizados e as PUD são estigmatizadas e empurradas para as margens da sociedade, o género, enquanto estrutura social, desempenha um papel integral nos percursos das mulheres até ao consumo e à dependência.¹²⁸ Muitas das normas que moldam a experiência das mulheres afetam igualmente as comunidades LGBTQ+ (lésbicas, gays, bissexuais, transgénero, queer e outras minorias).

A nível mundial, a maioria das PUD são homens. Segundo dados da ONU, as diferenças entre as taxas de consumo de drogas de homens e mulheres são particularmente acentuadas no caso dos opiáceos, como a heroína, da cocaína, da canábis e das novas substâncias psicoativas. No caso da cocaína, por exemplo, estima-se que apenas 27% dos consumidores sejam mulheres. No entanto, para outros tipos de drogas, a diferença entre as taxas de consumo masculino e feminino parece estar a diminuir.¹²⁹ Para as anfetaminas e os sedativos usados de forma recreativa, as tendências sugerem uma divisão quase equilibrada entre homens e mulheres.¹³⁰

Esta diferença de género também se verifica na ÁOÁ, onde inquéritos revelaram que os homens reportam níveis de consumo de substâncias muito superiores aos das mulheres.¹³¹ Alguns estudos sobre PUD na região também indicam taxas mais elevadas de consumo masculino. Num inquérito epidemiológico de 2021 sobre práticas de injeção entre PUD em Kigali, Ruanda, 81% dos participantes eram homens.¹³² De forma semelhante, um estudo realizado entre os participantes do primeiro centro de apoio para PUD em Moçambique, criado em Maputo em 2018, concluiu que mais de 90% dos consumidores rastreados eram homens.¹³³ Convém sublinhar que estes estudos podem refletir técnicas de amostragem que privilegiam as experiências masculinas e

recrutam em contextos a que as PUD do sexo masculino têm maior acesso; contudo, também refletem estimativas globais que apontam para um consumo predominantemente masculino — sobretudo de opiáceos como a heroína — e sugerem que os países da ÁOÁ seguem as tendências globais.

No entanto, apesar de representarem uma proporção menor da população consumidora de drogas, as experiências das mulheres diferem das dos homens, muitas vezes de formas que as expõem a maiores danos. A nível global, a evidência sugere que as MUD tendem a desenvolver perturbações associadas ao consumo mais rapidamente do que os homens,¹³⁴ o que significa que estão sobrerepresentadas no grupo de PUD que necessitam de apoio e tratamento médico.

As mulheres têm maior probabilidade de enfrentar estigma social devido ao seu consumo. O estigma relacionado com substâncias constitui uma barreira significativa ao acesso a cuidados de saúde para as PUD em geral,¹³⁵ mas o género parece ser um fator agravante. Uma revisão sistemática de 2021 sobre a literatura mundial relativa ao estigma associado ao consumo de substâncias concluiu que as MUD são alvo de níveis mais elevados de estigmatização do que os homens e recomendou mais investigações quantitativas “para compreender o papel do estigma no agravamento dos danos desproporcionais sofridos pelas MUD”.¹³⁶ Ideologias patriarcas sobre as mulheres e o seu papel na sociedade — em particular enquanto mães — fazem com que comportamentos considerados desviantes da norma sejam criticados de forma mais dura do que no caso dos homens.¹³⁷ Isto repercute-se nas relações familiares, nas redes de apoio social e no acesso a oportunidades económicas e a serviços de saúde.

As mulheres também têm maior tendência a envolver-se em comportamentos arriscados durante o consumo. Por exemplo, as MUD, sobretudo jovens, são muitas vezes introduzidas ao consumo por parceiros masculinos. No Quénia, um estudo verificou que 74% das mulheres que injetam drogas em áreas urbanas de baixo rendimento foram iniciadas por um parceiro sexual.¹³⁸ Outro estudo, realizado com mulheres que injetam drogas em Nairobi, revelou que a maioria tinha começado a consumir entre os 11 e os 17 anos, também por influência de parceiros masculinos.¹³⁹ As relações com homens que usam drogas foram determinantes para a continuidade do consumo. Isso pode significar que as mulheres dependem dos homens para o fornecimento de drogas e de material de injeção, como agulhas e seringas, tendo assim menos controlo sobre o risco de usar equipamento contaminado.¹⁴⁰ Investigações no Ruanda chegaram a conclusões semelhantes: as MUD partilham material de injeção mais frequentemente do que os homens, aumentando a exposição a vírus como o VHC e o VIH.¹⁴¹

Estudos mostram também que as MUD são mais propensas a sofrer violência de género, a taxas muito superiores às de mulheres que não consomem drogas.¹⁴² Isso inclui violência física e sexual, tanto por parceiros íntimos como por terceiros. Um estudo de 2022, sobre as experiências de MUD em Dar es Salaam, Tanzânia, apurou que mais de metade das participantes (62%) tinha sofrido violência física no ano anterior e quase um terço tinha sido vítima de violência sexual no mesmo período.¹⁴³ Outros estudos documentaram níveis elevados de comportamento coercivo por parte de parceiros das MUD.¹⁴⁴ Para além da ameaça à vida e à segurança, a violência física também compromete a capacidade das mulheres para negociar práticas de consumo mais seguras e para aceder a cuidados de saúde.

As MUD têm igualmente mais necessidades específicas que podem condicionar o acesso a serviços de saúde: muitas vezes são responsáveis por cuidar de filhos ou familiares, têm maior probabilidade de enfrentar desvantagem socioeconómica e menor controlo sobre as próprias finanças, e podem ter necessidades adicionais relacionadas com a gravidez ou a saúde sexual. Por isso, as intervenções de saúde ligadas ao consumo de drogas destinadas a apoiar MUD precisam de ser concebidas de forma a responder a essas exigências.



Embora o UNODC e a OMS recomendem que “os serviços de tratamento sejam sensíveis ao género e orientados para as necessidades das populações a que se destinam”,¹⁴⁵ a realidade global mostra que as mulheres têm menos acesso do que os homens a serviços de redução de danos e a serviços de tratamento do consumo de drogas.¹⁴⁶ Em termos proporcionais dentro do conjunto das PUD, elas estão sistematicamente sub-representadas entre os inscritos nestes serviços.¹⁴⁷ O UNODC identificou essa “lacuna de tratamento” como um “problema

As intervenções lideradas pela comunidade podem oferecer espaços seguros essenciais para apoio, educação e aconselhamento, ajudando as participantes a avançar no caminho da recuperação e reintegração. Photo: GI-TOC

“global” no seu Relatório Mundial sobre Drogas 2022, apelando aos países para que adaptem as intervenções às mulheres, jovens e outros grupos em risco, em conformidade com as normas internacionais. O relatório sublinhou que as intervenções devem garantir que “as mulheres estejam seguras e não sejam estigmatizadas, possam exercer responsabilidades de cuidado, tenham acesso a cuidados de saúde sexual e apoio em relação a outras necessidades sociais, económicas ou legais, com apoio para lidar com traumas e comorbilidades de saúde mental, dando prioridade às mulheres grávidas”.¹⁴⁸

Esta lacuna de tratamento verifica-se também na ÁOÁ. A primeira edição do Índice Global de Políticas de Drogas, um instrumento concebido para fornecer uma análise baseada em dados das políticas globais, analisou quatro países da ÁOÁ (Moçambique, África do Sul, Uganda e Quénia) nos resultados de 2021. Em todos eles, verificou-se uma falta moderada ou grave de acesso das mulheres a serviços de redução de danos. Estes resultados refletiram as conclusões globais do índice: as mulheres e as comunidades LGBTQ+ enfrentam obstáculos diferenciados no acesso a tais serviços em todos os países avaliados.¹⁴⁹

Um conjunto crescente de estudos tem descrito esta lacuna de tratamento na ÁOÁ e investigado as suas causas. Vários trabalhos destacaram como a discriminação contra Mulheres que Usam Drogas (MUD) constitui uma barreira ao acesso a cuidados de saúde: no Quénia e na Tanzânia, as mulheres relataram ser despriorizadas por profissionais de saúde quando o seu consumo era conhecido ou quando apresentavam lesões e problemas de saúde relacionados com injeções; outras investigações mostraram que a falta de privacidade e confidencialidade nos serviços de redução de danos impede as mulheres de os utilizar, por receio de que o seu consumo se torne público.¹⁵⁰ Embora estas atitudes discriminatórias afetem todas as PUD, a literatura mostra que têm efeitos particularmente nocivos para as mulheres.¹⁵¹

A discriminação também molda os padrões de consumo feminino de modo a que as intervenções tenham menor alcance. Um estudo sobre a baixa adesão das mulheres ao tratamento com metadona em Dar es Salaam constatou que a discriminação mais intensa contra as MUD as levava a consumir drogas em privado ou em locais escondidos, afastadas das equipas de proximidade e das organizações comunitárias que trabalhavam sobretudo em espaços ao ar livre frequentados por homens que injetam drogas. Recomendou-se o alargamento das equipas de proximidade com a participação de mulheres para os locais onde as MUD consomem drogas, como forma de aumentar a adesão aos programas de metadona.¹⁵² A predominância de clientes masculinos em programas de redução de danos é um fenómeno global.¹⁵³

O facto das mulheres se exporem mais frequentemente a maiores riscos e de as mulheres estarem proporcionalmente menos servidas no acesso a serviços de redução de danos e de tratamento traduz-se em piores resultados de saúde para as MUD em todo o mundo. Os dados disponíveis sugerem que as MUD, incluindo as da ÁOÁ, apresentam taxas mais elevadas de doenças como o VIH e o VHC do que os homens.¹⁵⁴ Apesar dos progressos alcançados contra a epidemia de VIH na região desde 2010, as mulheres — sobretudo as mais jovens — continuam a representar a maioria das novas infecções.¹⁵⁵ Assim, o grupo mais reduzido de MUD na ÁOÁ situa-se no cruzamento destes riscos, enfrentando maior probabilidade de contrair VIH por razões geográficas e comportamentais.

Outro desafio importante é a medição. A ausência de dados econômicos sobre as mulheres na economia das drogas, ou que sejam desagregados por gênero, tornou invisíveis as experiências femininas e o impacto das políticas de drogas sobre elas. Isso inclui dados coletados pelos Estados para avaliar os efeitos das políticas, além de pesquisas acadêmicas e da sociedade civil sobre saúde, justiça criminal e aplicação da lei relacionadas às drogas. Essa lacuna resulta em uma abordagem que ignora o gênero na formulação de políticas, deixando de reconhecer e atuar sobre o papel das mulheres na economia das drogas. Além disso, a população do WWUD é geralmente subestimada, parcialmente devido à natureza do apoio e do alcance das drogas.

A discussão sobre os direitos das mulheres em relação à política de drogas na ÁOÁ está intrinsecamente ligada a questões mais amplas sobre como a identidade de gênero e a expressão sexual moldam as experiências das comunidades face à política de drogas, por várias razões. As comunidades LGBTQ+ incluem mulheres, como as trans, lésbicas e bissexuais. Uma avaliação abrangente da experiência feminina em matéria de política de drogas deve, portanto, incluir estes grupos. Um relatório do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos (ACNUDH) apelou aos Estados-membros da ONU para adaptarem as suas políticas de drogas “às necessidades específicas das mulheres, crianças e jovens e dos membros de grupos em situação de vulnerabilidade”, entendendo esta recomendação, pela primeira vez, às necessidades de pessoas lésbicas, gays, bissexuais, transgênero e intersexuais.¹⁵⁶ A investigação a nível mundial tem mostrado que as taxas de consumo de substâncias são consistentemente mais elevadas nas populações LGBTQ+ do que entre os seus homólogos heterossexuais.¹⁵⁷ Embora as razões para esta diferença sejam complexas, é frequentemente atribuída, em parte, às taxas mais elevadas de discriminação, assédio e violência enfrentadas pelas pessoas LGBTQ+, levando muitas a recorrer ao consumo de substâncias como mecanismo de coping.¹⁵⁸

Impacto sobre os jovens

A proteção das crianças e dos jovens contra os danos causados pelas drogas tem sido frequentemente um dos principais argumentos usados na defesa de políticas de caráter proibicionista e centradas na prevenção. No entanto, as tendências predominantes da política de drogas na ÁOÁ geram vários impactos negativos sobre crianças e jovens – em especial, impactos de saúde e sociais. Entre os mais relevantes estão o acesso restrito a serviços de redução de danos; a maior exposição à violência associada às drogas; as consequências negativas do encarceramento e das condenações criminais; e, de forma mais geral, os riscos acrescidos para a saúde associados a comportamentos de consumo arriscados. Muitas vezes, os jovens são excluídos da recolha de dados e da investigação sobre mercados de drogas, seja enquanto participantes, seja enquanto coautores de projetos de pesquisa. As suas vozes nem sempre são ouvidas nos debates sobre política de drogas.

A necessidade de repensar as abordagens da política de drogas dirigidas aos jovens é talvez mais premente na ÁOÁ do que noutras regiões. Os menores de 18 anos representam quase metade da população,¹⁵⁹ e muitos países registam níveis elevados de desemprego juvenil. Por exemplo, dados da África do Sul indicam que a taxa de desemprego entre jovens (15–34 anos) se situava em 45,5%, face a uma média nacional de 32,9%.¹⁶⁰ O Botsuana (45,4%), o Essuatíni (64,9%) e a Namíbia (38%) também apresentam taxas de desemprego juvenil muito elevadas.¹⁶¹ Estes indicadores aumentam o risco de que os jovens sejam atraídos para o tráfico de drogas e atividades criminais associadas.

Os enquadramentos jurídicos e as políticas internacionais sobre jovens e drogas evoluíram ao longo do tempo. Os três principais tratados internacionais de controlo de drogas, que originalmente consolidaram o conceito de “guerra às drogas” – a Convenção Única sobre Estupefacientes de 1961, a Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas de 1971 e a Convenção das Nações Unidas contra o Tráfico Ilícito de Estupefacientes e Substâncias Psicotrópicas de 1988 – permanecem em grande medida omissos em relação às preocupações específicas de crianças e jovens.¹⁶²

A Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança (1989) foi saudada como uma mudança de paradigma na percepção da criança, deixando de ser vista como objeto da lei e passando a ser reconhecida como sujeito de direitos. A convenção, criada para garantir que as leis e políticas aplicadas às crianças estejam em conformidade com os seus direitos, ofereceu às organizações de defesa e aos organismos de direitos humanos um quadro para analisar as políticas proibicionistas tradicionais de drogas como uma violação dos direitos da criança – desde os danos causados pelo encarceramento de pais e tutores¹⁶³ até à condenação e detenção de menores por crimes relacionados com drogas.¹⁶⁴

O Comité da ONU sobre os Direitos da Criança publicou posteriormente declarações a defender que os serviços de redução de danos sejam disponibilizados a crianças e jovens que consomem drogas, apelando ainda à descriminalização do consumo neste subgrupo, de forma a evitar o seu encarceramento.¹⁶⁵ O comité também sublinhou que, em muitos países, os jovens que consomem drogas não têm acesso a serviços de prevenção do VIH.¹⁶⁶

O documento final da Sessão Especial da Assembleia-Geral das Nações Unidas sobre Drogas (UNGASS), realizada em 2016 – quase 30 anos após a adoção da Convenção sobre os Direitos da Criança – incluiu os jovens como grupo vulnerável que requer apoio específico e trouxe o que foi descrito como a “primeira linguagem negociada e acordada a nível internacional sobre juventude e drogas”.¹⁶⁷ Comentários de política anteriores a esse evento já salientavam que pouco tinha sido feito, a nível internacional, para combater o envolvimento de crianças no tráfico de drogas.¹⁶⁸ Os “sete pilares” do documento incluíam disposições para a prestação de serviços de saúde a adolescentes durante a detenção ou prisão por delitos relacionados com drogas, a criação de políticas para responder às necessidades específicas de jovens envolvidos em crimes ligados às drogas e serviços de apoio ao VIH para jovens que consomem drogas.

A linguagem contida no documento final da UNGASS foi posteriormente replicada em quadros de políticas regionais. O Plano de Ação da União Africana sobre Controlo de Drogas e Prevenção do Crime (2019–2025) reproduz os pilares do documento. Inclui disposições sobre educação para jovens (com vista a oferecer alternativas de subsistência diferentes do tráfico de drogas), envolvimento da sociedade civil e alternativas ao encarceramento para jovens, mulheres grávidas e mulheres com filhos pequenos. Estabelece ainda metas específicas para os Estados-membros no domínio da educação juvenil e de estratégias de prevenção do consumo.

Embora a linguagem utilizada em quadros multilaterais sobre juventude e política de drogas tenha começado lentamente a mudar, a defesa feita pela sociedade civil e os testemunhos de Pessoas que Consomem Drogas (PUD), incluindo jovens, demonstram que os danos associados ao consumo (e agravados pelas políticas de drogas) continuam a ter efeitos negativos sobre crianças e jovens. Estas mudanças graduais nas políticas internacionais ainda não se traduziram em melhorias concretas nas suas vidas.

Outro desafio surge em relação à recolha de dados ligados às drogas. Os jovens, por vezes, não são desagregados nos conjuntos de dados globais – ou nem sequer são incluídos – o que dificulta aferir o impacto do consumo e das políticas de drogas nas populações juvenis. Por exemplo, quando se recolhem dados sobre a prevalência de doenças como o VHC e o VIH entre PID, as populações com menos de 18 anos são muitas vezes excluídas.¹⁶⁹ Um conjunto complexo de fatores – como barreiras legais, exigência de consentimento parental, preocupações éticas e o estigma associado ao consumo – contribui para excluir os jovens da vigilância e dos serviços de redução de danos. Embora a literatura sobre juventude e mercados de drogas na ÁOÁ esteja a crescer, a monitorização sistemática destes mercados sob uma perspetiva juvenil continua fragmentada.¹⁷⁰

As organizações da sociedade civil, incluindo aquelas criadas e dirigidas por PUD, têm defendido há anos que a investigação sobre drogas e o desenvolvimento de políticas de drogas devem ser realizados com a participação efetiva das PUD.¹⁷¹ A AIDS and Rights Alliance for Southern Africa, por exemplo, reforçou este ponto com a publicação de “Don’t treat us as outsiders”, uma análise da política de drogas e da experiência vivida pelas PUD, com contributos recolhidos junto de utilizadores de toda a região.¹⁷² Só incluindo as PUD nos processos de tomada de decisão é que se podem desenvolver políticas que protejam os seus direitos e aspirações e refletem com rigor as realidades de como as drogas afetam a sociedade.

As barreiras que impedem as PUD de participar em investigações e processos de formulação de políticas – como estigma, criminalização e marginalização – são ainda mais severas no caso dos jovens que consomem drogas. Iniciativas destinadas a incluir jovens em investigações de saúde sobre consumo de substâncias documentaram os obstáculos práticos e sociais que os excluem da participação,¹⁷³ assim como iniciativas de consolidação da paz que procuraram incluir jovens em processos de resolução de conflitos ligados à violência associada às drogas.¹⁷⁴ Deve ainda notar-se que, no plano da formulação de políticas, os grupos juvenis de base comunitária podem não dispor do capital económico ou político necessário para participar nas discussões e fazer ouvir a sua voz.

Importa salientar que os comportamentos de consumo de drogas desenvolvem-se frequentemente na adolescência.¹⁷⁵ Os danos para a saúde – agravados pela criminalização do consumo – são particularmente severos para crianças e jovens. Grande parte da evidência disponível na ÁOÁ sugere que o consumo está concentrado nas populações mais jovens – e, por isso, os danos acrescidos associados à criminalização atingem sobretudo estes grupos. Por exemplo, um estudo realizado em Nairobi, Quénia, com 306 mulheres que injetam drogas, concluiu que a maioria foi iniciada no consumo entre os 11 e os 17 anos.¹⁷⁶ A monitorização dos comportamentos de consumo em Moçambique também revelou que se concentram nas populações juvenis.¹⁷⁷ Nas Maurícias, onde desde 2015 se tem registado um aumento dramático no tráfico e consumo de canabinóides sintéticos, o consumo destas substâncias é mais prevalente entre os jovens.¹⁷⁸ O consumo iniciado na adolescência tem maior probabilidade de conduzir à dependência a longo prazo, além de que os jovens tendem a envolver-se mais frequentemente em comportamentos de risco associados às drogas.¹⁷⁹

A criminalização das drogas e do seu consumo levou as forças policiais e as estruturas judiciais da ÁOÁ a responder ao aumento do consumo com detenções, condenações e encarceramento de grandes números de pessoas – incluindo crianças e jovens – por crimes relacionados com drogas. Muitas destas condenações dizem respeito a delitos de baixa gravidade e não violentos, incluindo a posse para uso pessoal. Milhares de jovens na região são marginalizados por terem sido condenados por crimes ligados às drogas, incluindo consumo e posse para uso pessoal. A juventude da região já enfrenta o desafio do elevado desemprego juvenil, e este é agravado para aqueles que usam drogas ou que têm antecedentes criminais.¹⁸⁰

Além disso, o encarceramento de pais e tutores de crianças dependentes tem impacto direto sobre estas. As mulheres são as mais frequentemente condenadas por delitos de baixa gravidade relacionados com drogas e, por serem geralmente as principais cuidadoras, o seu encarceramento prejudica também os filhos.¹⁸¹ Investigação realizada na América Latina documentou os elevados custos que a prisão de pais e tutores acarreta para crianças e adolescentes: “As crianças sofrem diversos tipos de danos quando os pais são encarcerados, incluindo os efeitos psicológicos da separação, o risco de rutura das relações ou as dificuldades em preservá-las, exposição à negligéncia e as dificuldades financeiras que as colocam em maior vulnerabilidade perante abusos, entre outros”.¹⁸²

Alguns dos danos mais graves causados por políticas de drogas mal concebidas recaem de forma mais intensa sobre crianças e jovens. Estes danos cruzam-se com a marginalização social e económica, bem como com as desigualdades de género, e agravam outras injustiças. Os problemas provocados pelas atuais abordagens da política de drogas atravessam os domínios da saúde, do apoio social, da justiça criminal e da educação, tendo implicações duradouras na vida dos jovens até à idade adulta.

Drogas, governação e corrupção

A região da ÁOÁ é cada vez mais um ponto de trânsito no circuito internacional da economia global do tráfico de drogas, utilizada por redes que transportam drogas a partir de países produtores da Ásia e da América Latina para mercados finais lucrativos na Europa e, em menor escala, nos Estados Unidos. O aumento dos lucros resultante do tráfico de volumes cada vez maiores

de drogas através da região alimenta a corrupção, amplamente definida como o “abuso de autoridade confiada para benefício ilícito”,¹⁸³ penetrando nos sistemas estatais e minando de forma fundamental a boa governação. A corrupção de funcionários governamentais e a consequente infiltração dos lucros do tráfico nos processos do Estado constituem um poderoso fator estrutural de fortalecimento dos mercados de drogas na ÁOÁ.¹⁸⁴

O trânsito em grande escala de drogas ilícitas e dos seus precursores através dos países da ÁOÁ tem alimentado o crescimento do consumo interno de heroína, cocaína, metanfetamina e, em especial, de uma gama crescente de substâncias sintéticas. À medida que estes mercados regionais crescem, tornam-se cada vez mais lucrativos para aqueles que os controlam e coordenam e, de forma crucial, para os que protegem as suas operações. Quando bens de elevado valor atravessam regiões de fraca governação, tendem a gerar a criação de economias estruturadas de proteção.¹⁸⁵

A vantagem de integrar esta economia de proteção é significativa, com lucros avultados resultantes tanto do consumo regional como do comércio internacional de trânsito. Na África do Sul, por exemplo — o maior mercado consumidor da região —, o valor total do mercado de heroína, cocaína e metanfetamina é estimado em mais de 3,9 mil milhões de dólares, um montante que ultrapassa o PIB combinado das Seychelles e das Comores.¹⁸⁶ O comércio regional de drogas é altamente lucrativo e constitui um dos motores da corrupção em toda a região.¹⁸⁷

A corrupção e os mercados ilícitos mantêm uma relação mutuamente reforçadora: a corrupção facilita o funcionamento e o crescimento do mercado ilícito, enquanto os atores criminais utilizam os lucros ilícitos para consolidar estruturas de corrupção existentes e impulsionar a criação de novas. Embora a relação entre fluxos ilícitos e corrupção seja amplamente reconhecida, demasiadas vezes os comentadores “atribuem a causalidade apenas numa direção — a de que os fluxos ilícitos se enraízam porque a governação é corrupta, e não a de que os próprios fluxos ilícitos geram ou aprofundam a corrupção”.¹⁸⁸ O mercado da droga corrompe os setores da administração pública que têm maior fricção com as operações diárias do mercado, incluindo a polícia, as alfândegas e os funcionários fronteiriços. Mas também ascende às hierarquias do Estado.¹⁸⁹ Além disso, os mercados de drogas oferecem uma fonte tentadora de receitas para as elites políticas, que podem assim tornar-se facilitadoras e protetoras do mercado. Consequentemente, o mercado das drogas alimenta tanto a pequena como a grande corrupção.¹⁹⁰

A proteção estatal sustentou o crescimento do tráfico de drogas em toda a ÁOÁ. Os elevados lucros tornam os mercados ilícitos uma fonte atrativa de rendas para funcionários locais e elites políticas. O acesso a estas rendas altera a forma de agir dos decisores políticos, com profundas implicações para a governação. Quando os decisores ou as elites políticas podem aceder a fontes de receita “fáceis”, como as rendas provenientes de drogas ilícitas ou de recursos naturais, tornam-se menos dependentes da tributação e do crescimento económico como principais fontes de receita.¹⁹¹ No entanto, isto gera uma dependência crescente destas rendas para equilibrar as contas públicas, criando um ciclo autoalimentado que reduz a responsabilização.¹⁹² Este ciclo alimenta a criação de redes de clientelismo, em que as rendas são distribuídas para um pequeno grupo de apoiadores. Tal contrasta com as receitas “legais” do Estado, que deveriam beneficiar a população através da prestação de serviços públicos.

As drogas constituem uma fonte importante de rendas para determinadas elites políticas em vários países da região, levando os decisores políticos a focar-se na predação, criação e captura de rendas, com consequências devastadoras para a prestação de serviços públicos e para o desenvolvimento socioeconómico dos Estados. Por sua vez, a confiança pública diminuída nas instituições do Estado desencoraja o pagamento de impostos, corroendo a base de receitas e alimentando a maior dependência de fontes alternativas de financiamento.¹⁹³ Um mercado de drogas em expansão está bem posicionado para fornecer esse financiamento alternativo.

Por exemplo, os lucros dos mercados de drogas têm alimentado o financiamento eleitoral, criando endividamento perante atores ilícitos, que é pago através da proteção e facilitação do próprio mercado da droga. De facto, a própria estrutura da democracia encoraja a penetração dos lucros das drogas na infraestrutura estatal. O risco de vitórias da oposição em democracias multipartidárias funcionais leva as redes criminosas a comprar proteção estatal e a distribuir apoio financeiro entre diferentes atores políticos, de modo a salvaguardar a continuidade dos negócios perante eventuais mudanças eleitorais. Refletindo esta realidade, em vários países da ÁOÁ o mercado da droga tornou-se profundamente entrelaçado com o processo de formação do Estado.¹⁹⁴ O aumento dos custos eleitorais na região e a fácil disponibilidade de fundos provenientes do lucrativo mercado da droga constituem uma ameaça constante e deliberada à manutenção da governação democrática, mesmo em países que ocupam boas posições nos índices internacionais de governação.

Por exemplo, os lucros provenientes dos mercados de drogas têm contribuído para o financiamento das campanhas eleitorais, criando uma dívida com os actores ilícitos que é reembolsada por meio da proteção e facilitação do mercado de drogas. Na verdade, a própria estrutura democrática incentiva a infiltração dos lucros da droga nas infra-estruturas estatais. O risco de vitória da oposição em democracias multipartidárias funcionais leva as redes criminosas a comprarem proteção estatal e distribuírem



As Forças de Defesa do Botswana patrulham a Faixa de Caprivi, um ponto de passagem importante para a cocaína. As agências nacionais de aplicação da lei precisam de apoio para identificar substâncias e interromper cadeias de abastecimento de drogas. © Steve Allen Travel Photography/Alamy Stock Photo

apoio financeiro entre políticos, visando garantir a continuidade de seus negócios diante de possíveis perturbações eleitorais. Além disso, o aumento dos custos das eleições na região, aliado à disponibilidade rápida de recursos do lucrativo mercado de drogas, representa uma ameaça constante à manutenção da governação democrática, mesmo em países com boas classificações em índices internacionais de governação.

A corrupção dos órgãos de aplicação da lei protege sobretudo os atores de médio e alto nível do mercado da droga contra detenções, mas os níveis mais baixos do sistema judicial também são alvo dos operadores destes mercados. Figuras do crime organizado de menor escala, que normalmente não têm acesso a redes informais dentro da magistratura, podem, no entanto, dirigir-se a funcionários da administração dos tribunais (o que pode levar à manipulação de provas ou à alteração de agendas judiciais, por exemplo)¹⁹⁵ ou a procuradores públicos (que têm grande influência sobre os resultados judiciais).¹⁹⁶ Este tipo de interferência no processo acusatório, em benefício de atores do mercado da droga, tem sido reportado em países de toda a região. Uma preocupação paralela é a pressão exercida por elites políticas que se tornaram facilitadoras do tráfico. Este é um fator indireto comum para a cooptação da magistratura pelo narcotráfico¹⁹⁷ e é particularmente frequente em países onde a independência judicial é limitada e o executivo exerce forte influência sobre os processos judiciais.

Com o tempo, a influência criminal também se estendeu a muitos portos aéreos e marítimos da ÁOÁ, com redes a utilizarem as suas instalações para transbordo de cargas de drogas e de uma variedade de outros produtos ilícitos.¹⁹⁸ Embora estes bens também sejam traficados através de portos e pontos de entrada informais, os portos oficiais são corredores de uma parte significativa do tráfico, sobretudo no contexto do transporte contentorizado, que permite o envio de volumes maiores. A região da ÁOÁ está repleta de portos intermodais comprometidos pela corrupção.

Além disso, embora os meios online de transferência financeira ilícita estejam a crescer, o negócio da droga na ÁOÁ continua a ser fortemente dependente do numerário, tornando a conversão e a ocultação de dinheiro em espécie cruciais para o funcionamento do comércio. A injeção dos lucros do crime nos sistemas formais de negócios e financeiros mina os sistemas económicos. Isto pode ter sérios impactos na estabilidade financeira e política, distorcer o funcionamento adequado do setor privado, criar bolhas artificiais no setor imobiliário e comprometer a integridade dos sistemas financeiros. O Grupo da África Oriental e Austral de Combate ao Branqueamento de Capitais tem identificado repetidamente o mercado da droga como uma das cinco principais fontes de fundos ilícitos nos países da região.¹⁹⁹

Os mercados de drogas altamente lucrativos tiveram um impacto devastador na governação dos países da ÁOÁ. Membros das elites políticas foram capturados pelos lucros das drogas, minando a governação e desviando os esforços de formulação de políticas dos interesses dos cidadãos. Os mercados da droga desestabilizaram os sistemas financeiros da região, afastando o investimento, reforçando a pobreza e limitando o progresso económico.²⁰⁰ O dinheiro do narcotráfico também penetrou na justiça criminal e nas infraestruturas de segurança. A cultura de impunidade criada nestas estruturas afetou a aplicação da justiça não apenas no contexto dos mercados da droga, mas também de forma mais ampla, com sérias consequências para o Estado de direito. Em alguns países, os mercados da droga contribuíram para a criação de um “Estado paralelo”, em que os que detêm o poder retiram autoridade da sua capacidade de controlar e extraírem rendas dos mercados ilícitos, incluindo o mercado da droga.

A combinação de fragilidades de governação e de fatores geográficos fez da ÁOÁ um ponto de transbordo atrativo nas rotas globais do tráfico de drogas — fatores que não parecem prestes a mudar. Isto deverá continuar a facilitar o aumento dos volumes e da diversidade de drogas traficadas através da região, incluindo metanfetamina traficada juntamente com heroína pela rota sul, cocaína latino-americana e precursores químicos asiáticos. As estruturas de corrupção enraizadas sustentam os mercados de drogas em toda a região e estão bem-posicionadas para se expandirem à medida que os volumes de tráfico crescem.

A economia das abordagens de política de drogas

Na avaliação do que constitui uma boa política governamental, os princípios são importantes, mas outro fator essencial é o custo económico. Todos os governos têm a responsabilidade perante os seus cidadãos de alocar recursos da forma mais eficaz possível para promover o bem público. Os países da África Oriental e Austral (ÁOÁ) são maioritariamente economias de baixo e médio rendimento,²⁰¹ o que significa que devem enfrentar numerosas preocupações sociais prementes com receitas limitadas. É fundamental que definam e prossigam posições políticas que ofereçam valor dentro de orçamentos sempre muito restritos.

Muitos dos custos associados às drogas influenciam a sorte das nações, mas são impossíveis de quantificar. Tais fatores podem ser descritos como reduções na qualidade de vida, na coesão comunitária ou no potencial humano, mas estas só podem ser aproximações grosseiras de conceitos que, embora reais, são qualitativos e intangíveis por natureza. Outros custos possíveis relacionados com drogas para as economias nacionais são mais quantificáveis, embora indiretos. Exemplos incluem perdas comerciais devido a atrasos em inspeções aduaneiras, perdas fiscais para mercados paralelos, perdas de produtividade laboral devido a morbidade e mortalidade prematuras, e perdas de investimento interno e externo devido à diminuição da confiança na governação.

De forma geral, todos os países da ÁOÁ continuam a colocar a aplicação da lei na linha da frente da sua resposta às drogas. Isto significa que as despesas com o sistema de justiça criminal constituem os custos económicos mais visíveis e diretos relacionados com drogas. Estes custos são identificáveis e mensuráveis, ao contrário das despesas com o sistema de saúde. Por outro lado, existe grande variação nos enquadramentos legais, nas estruturas dos sistemas de justiça criminal e nas práticas de categorização e divulgação de dados.

Por exemplo, os orçamentos policiais totais combinados para os países da ÁOÁ em 2019, ou no ano mais próximo para o qual foi possível obter dados, ascenderam a cerca de 9,1 mil milhões de dólares.²⁰² Os orçamentos prisionais são muito menores do que os policiais, e a despesa total com prisões, como proporção da despesa combinada com polícia e prisões, variou entre 1% no Zimbabué e 31% no Lesoto, com uma média de 20% em todos os países.²⁰³ A despesa anual total combinada em prisões para os países da ÁOÁ foi de cerca de 2,3 mil milhões de dólares, e o total de despesas policiais e prisionais foi de aproximadamente 11,4 mil milhões de dólares.

Como seria de esperar, existem grandes variações entre os países. A África do Sul representa 73% do total e o Quénia mais 10%. São, contudo, também os países mais populosos da região. A despesa média combinada em polícia e prisões, numa base per capita, é de 58 dólares, mas varia entre 3 dólares no Malawi e 285 dólares nas Seychelles. Para comparação, o valor equivalente em 2019 nos Estados Unidos foi de cerca de 625 dólares.²⁰⁴ Quando a despesa é expressa como percentagem do produto interno bruto (PIB), a média é de 1,9%, sendo o valor relativamente baixo das Seychelles de 1,7% e o de Essuatíni elevado, com 4%.²⁰⁵

País (com dados disponíveis)	2014 ou ano mais próximo	2019 ou ano mais próximo
Botsuana	1 115	1 890
Essuatíni	2 448	3 355
Quénia	4 965	6 867
Lesoto	211	98
Malawi	517	861
Maurícia	2 091	3 382
Namíbia	917	1 333
Seychelles	1 279	1 146
África do Sul	25 1944	15 8621
Uganda	2 740	1 714

FIGURA 6 Total de detenções registadas por crimes relacionados com drogas, por país, em 2014 e 2019, ou nos anos mais próximos.

FONTE: Anine Krieger, *Drug policy and its economic cost: an overview of law enforcement and social costs in Eastern and Southern Africa*, ESACD, 2023.



Os comissários cumprimentam Filipe Nyusi, então Presidente de Moçambique, antes de uma reunião sobre a regulamentação da canábis. A ESACD identificou a canábis como uma via promissora para uma discussão mais ampla sobre a reforma da política de drogas. Foto: GI-TOC

Embora a fraca harmonização dos dados torne difícil uma soma precisa, o número total combinado de detenções relacionadas com drogas nos dois anos indicados na Figura 6, nos países da ÁOÁ com dados disponíveis, foi de cerca de 447 mil, sugerindo aproximadamente meio milhão de detenções por crimes ligados a drogas. A África do Sul representou 92% destas detenções.²⁰⁶ As tendências variaram, naturalmente. A maioria dos países registou um aumento de detenções por drogas entre os dois períodos analisados. No entanto, na África do Sul as detenções caíram 37% entre 2014 e 2019, explicado pelo facto de a posse pessoal de canábis ter sido legalizada durante esse período. Uma queda semelhante verificou-se no Lesoto, onde o cultivo de canábis também foi parcialmente legalizado. O Uganda registou uma grande redução até 2020, que a sua polícia atribuiu ao confinamento imposto pela COVID-19, à maior severidade das sentenças para crimes relacionados com drogas e a êxitos policiais no desmantelamento do tráfico e do cultivo.²⁰⁷

A proporção de detenções por uso e/ou posse é, em média, de 89%, com um mínimo de 73% em Essuatíni e um máximo de 99% na Namíbia.²⁰⁸ A média da proporção de detenções relacionadas com drogas categorizadas como tráfico (em vez de simples uso ou posse para consumo pessoal) foi de 11%. É bem possível que a polícia opte por acusações menos graves do que suas suspeitas, por serem mais fáceis de comprovar e processar. No entanto, a estatística sugere que apenas uma fração mínima dos cerca de meio milhão de casos resultou de investigações de criminalidade organizada que poderiam, de facto, perturbar o abastecimento. Em vez disso, o peso recai sobre as PUD e/ou vendedores de baixo nível, não violentos, normalmente oriundos de comunidades pobres e de grupos sociais e étnicos desfavorecidos.²⁰⁹

As variações significativas entre países são inevitáveis, mas as detenções por crimes relacionados com drogas representaram, em média, 7,5% de todas as detenções. É evidente que uma proporção considerável do tempo da polícia é absorvida por estas atividades. Tendo em conta que a despesa anual total combinada com a polícia nos 11 países foi de cerca de 9,1 mil milhões de dólares, 7,5% destes recursos policiais traduzem-se em mais de 680 milhões de dólares.

O que isto não contempla é a questão dos custos de oportunidade. Uma média de 7,5% do tempo policial, se deixasse de ser gasto na aplicação de crimes de drogas, poderia ser reafetada a outros fins, como uma melhor resposta a vítimas de violência doméstica, a prevenção do tráfico humano ou a melhoria das relações entre polícia e comunidade. Os números também sugerem a redução aproximada no número de detenções caso a polícia deixasse totalmente de reprimir estes crimes, mantendo-se tudo o resto constante. Enquanto no Lesoto a diminuição seria inferior a 0,5%, nas Maurícias até 21% das detenções anuais poderiam deixar de existir. Isto representaria uma redução significativa no número de casos introduzidos no sistema de justiça criminal e poderia aliviar consideravelmente a pressão sobre os recursos judiciais e prisionais, bem como sobre a própria polícia.²¹⁰

No que diz respeito aos custos económicos relacionados com prisões e outros espaços de reclusão, não se deve esperar que os custos totais das prisões variem diretamente em proporção ao número de reclusos. Por exemplo, as prisões mantêm custos fixos elevados em infraestruturas e custos relativamente rígidos em pessoal. Libertar 10% dos reclusos não resultaria numa

redução de 10% nos custos prisionais. Ainda assim, é possível fazer uma estimativa geral do custo por recluso. A despesa anual total combinada em prisões para os países da ÁOÁ foi de cerca de 2,3 mil milhões de dólares.²¹¹ Este valor cobre, entre outras coisas, o encarceramento de cerca de 347 300 pessoas a cumprir pena por qualquer tipo de crime. Uma recombinação aproximada destes números revela uma estimativa de despesa média anual por recluso de cerca de 6 500 dólares.²¹²

Determinar que proporção destes custos se destina a infrações relacionadas com drogas é difícil. Em toda a região da ESA, o número total de indivíduos encarcerados por crimes relacionados com drogas variou entre cerca de 17 000 e 38 000. Dependendo da fonte dos dados, a proporção média de prisioneiros que se encontravam detidos por crimes relacionados com drogas oscilava entre 5% e 11%. Com um custo anual médio estimado de cerca de 6 500 dólares por indivíduo preso, isto representa uma despesa anual total em encarceramento por crimes relacionados com drogas entre 112,8 milhões e 248,1 milhões de dólares para a ESA.²¹³

Embora todos os países da ÁOÁ ainda entendam a política de drogas principalmente como uma questão de aplicação da lei, também suportam despesas de saúde relacionadas com drogas, incluindo mortes provocadas pelo consumo – por exemplo, por overdose – e o tratamento de doenças secundárias, como VIH/SIDA, VHB e VHC. As despesas relacionadas com drogas na esfera da justiça criminal são relativamente diretas e quantificáveis. A sua natureza também torna mais evidente que a maioria desses custos está ligada à proibição penal do consumo de drogas e não ao consumo em si. Esta distinção é menos clara na esfera da saúde, embora seja igualmente crucial.

Por exemplo, uma overdose pode parecer diretamente atribuível ao consumo de drogas, uma vez que ocorre após uma dose excessiva ou o uso simultâneo de várias substâncias. Contudo, a sua probabilidade está relacionada com a variabilidade da potência e da pureza das drogas, que é uma característica de um mercado não regulado. O desfecho de uma overdose também depende do grau em que as pessoas suscetíveis de testemunhá-la estão treinadas para a identificar, prevenir ou gerir. A overdose é igualmente uma causa comum de morte entre pessoas recém-libertadas da prisão. A política, portanto, tem uma enorme influência nos danos resultantes de um determinado nível de consumo. Muitos dos custos de saúde associados ao consumo de drogas são, na verdade, custos de saúde do consumo em condições inseguras, com equipamento não seguro, por pessoas socialmente marginalizadas e sem acesso a apoio preventivo e continuado de prestadores de cuidados de saúde.²¹⁴

O que ficou claro em todas as discussões da Comissão é que uma proporção significativa dos recursos do sistema de justiça criminal é dedicada à aplicação das leis sobre drogas, apesar de grande parte dessa atividade ter poucas perspetivas de interromper o abastecimento e poder até aumentar os danos e os custos a longo prazo. As respostas relacionadas com drogas estão muito menos presentes, e de forma menos direta, nos orçamentos da saúde. Ainda assim, existem custos significativos a longo prazo associados ao consumo em condições inseguras, com equipamento não seguro, por pessoas marginalizadas e sem acesso a apoio preventivo e continuado. A maioria dos países não dispõe de orçamento para medidas de redução de danos, apesar da forte evidência da sua eficácia e custo-eficácia. Há demasiada escassez de dados para realizar uma análise custo-benefício rigorosa de alternativas de política de drogas na ÁOÁ. No entanto, com base nos melhores dados disponíveis, é possível retirar algumas generalizações.

Em primeiro lugar, é necessário reconhecer que muitos dos custos incorridos resultam da abordagem política adotada, e não das drogas em si. Neste sentido, as despesas de aplicação da lei seriam mais bem direcionadas para atividades a montante, dirigidas a redes de tráfico transnacional e às elites que as apoiam, abordagem que teria melhores hipóteses de alcançar alguma forma de disruptão do mercado de drogas, em comparação com os atuais esforços de detenções e prisões de PUD nas ruas.²¹⁵ Além disso, os países deveriam priorizar considerações de saúde e despesas com programas em detrimento de iniciativas da justiça criminal, incluindo o aumento significativo do financiamento de programas de redução de danos. O retorno desse investimento, em comparação com iniciativas centradas na justiça criminal, é substancial.²¹⁶ Finalmente, seria prudente que os países investissem no desenvolvimento de sistemas nacionais de vigilância de dados para monitorizar e avaliar adequadamente os custos dessas decisões políticas e os respetivos resultados.



O DESAFIO QUE SE AVIZINHA

As questões relacionadas com drogas e criminalidade organizada na região da ÁOÁ continuarão a representar um desafio significativo e em evolução para a integridade, a segurança e a saúde dos Estados. Os países da região estão a tornar-se cada vez mais pontos de trânsito e destinos centrais do comércio global de drogas ilícitas, em parte devido à sua localização estratégica nas principais rotas marítimas do Índico. Isso tem levado a um aumento da presença de grupos criminosos transnacionais, a um agravamento correlato da violência e da corrupção e a um consequente enfraquecimento da segurança e da estabilidade nacionais. Estas características de erosão social e de segurança evidenciam a ausência de políticas de drogas abrangentes e baseadas em evidência, capazes de enfrentar eficazmente estes problemas, sendo muitas vezes priorizadas medidas punitivas em detrimento da redução de danos e de modelos eficazes de tratamento da dependência.

Daqui em diante, a ESACD, enquanto organismo consultivo e de apoio emergente da região, continuará a reunir um grupo de comissários, incluindo antigos chefes de Estado e outras figuras públicas respeitadas e influentes de várias áreas disciplinares. Ao fazê-lo, contribuirá para diálogos temáticos sobre diferentes opções de política específicas da região para responder aos mercados de drogas ilícitas e defender medidas e abordagens de reforma. Enquanto comissão em funcionamento, a ESACD acredita no grande valor da obtenção de compromisso político ao mais alto nível de governo. Contando com muitos comissários que foram líderes políticos, a ESACD está particularmente bem posicionada para compreender as dinâmicas políticas inerentes ao universo das drogas e das políticas de drogas. Está também em condições de convocar reuniões bilaterais com líderes atuais para debater estas questões em privado, de forma entre pares. A combinação da experiência dos comissários em governo, no sistema judicial e na investigação científica permite à ESACD criar um espaço de diálogo único, no qual intervenientes que vão desde ativistas comunitários locais a dirigentes nacionais podem trocar pontos de vista e contribuir para uma discussão sobre desafios e soluções.

A partir da diversidade de contributos recolhidos nas consultas regionais, dos conteúdos dos documentos técnicos elaborados especificamente para o efeito e dos temas debatidos em encontros presenciais mais restritos com membros das comunidades afetadas, os comissários consideraram e discutiram uma série de desafios relacionados com drogas que a região enfrenta. Estas discussões abrangeram:

- O conjunto de iniciativas de aplicação da lei e outras iniciativas de segurança marítima e terrestre desenvolvidas em várias partes da região e destinadas a interromper a produção, a distribuição e o trânsito de drogas.
- Temas recorrentes sobre a ineficácia das intervenções, motivada por fatores como a influência de redes de tráfico de drogas enraizadas e adaptativas.
- A vastidão geográfica da região e do seu ambiente marítimo.
- Lacunas nos arcabouços regulatórios.

- A diversidade de complicações judiciais causadas por questões de soberania e de complexidade jurisdicional, e a dificuldade em levar os casos de tráfico a uma conclusão legal.
- A existência de falhas nas capacidades de vigilância e de aplicação da lei em fronteiras, aeroportos, portos marítimos e águas territoriais.

Outro desafio identificado pelos comissários é a percepção crescente de que a política e a prática de drogas assentes na proibição não funcionaram como solução prescrita para os danos do mercado ilícito de drogas na região. Apesar das abordagens políticas fortemente criminalizadoras, o consumo, a produção e o comércio de drogas ilícitas na ÁOÁ – bem como o impacto negativo destes mercados nos países anfitriões – expandiram-se de forma significativa, sobretudo na última década.



A incorporação das perspetivas de grupos da sociedade civil e de pessoas que usam drogas constitui um objetivo necessário de consulta em todos os aspetos da elaboração de políticas e da investigação sobre drogas. © Yasmeen Sewnarain/Gallo Images



CONSTATações E RECOMENDAções DA COMISSÃO

A Comissão observa que soluções sustentáveis de longo prazo para responder de forma eficaz ao comércio de drogas da região e mitigar a sua incrustação corrosiva nas sociedades da ÁOÁ não se encontram no texto de políticas ou de instrumentos jurídicos internacionais, nem nas celas de prisão e centros de tratamento compulsório de muitos países. Encontram-se, sim, na erradicação dos fatores que possibilitam desigualdades internas, iniquidades e vulnerabilidades estruturais e no desenvolvimento humano que promove a dignidade das pessoas.

A base para a busca destes compromissos já foi lançada pelos líderes africanos. Isso é visível no seu assentimento aos objetivos de desenvolvimento das Agendas 2030 e 2063, bem como nos direitos e deveres de proteção consagrados na Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos. O alinhamento da reforma da política de drogas regional no contexto destes quadros complementares de desenvolvimento humano pode permitir que a região da ÁOÁ assuma um papel de liderança continental na definição de respostas eficazes às drogas e no enfraquecimento da influência sociopolítica corrosiva das economias dos mercados de drogas — não a partir de uma perspetiva tradicional de guerra às drogas, mas como um dever fundamental, duradouro, de desenvolvimento social e de direitos.

Ao considerar testemunhos de consulta, relatórios de investigação e outros documentos e perspetivas apresentados, a Comissão concordou com a necessidade de um plano estratégico de ação trienal, liderado pela ESACD, em coordenação e apoio a outras iniciativas regionais, com o objetivo de contribuir para a criação de ações e processos específicos de mudança em relação às drogas e aos seus mercados. O período proposto para este plano de ação vai de 2025 a 2028 e implicaria a necessidade de uma extensão do atual período de financiamento externo da Comissão.

Tendo em conta estas questões, a Comissão apresenta as suas constatações e ações recomendadas para a região da ÁOÁ.

CONSTATAÇÃO 1: A vigilância regional sobre drogas e mercados de drogas é deficiente, e a reforma prática é necessária

O lema “pensamos mais sobre as drogas e os mercados de drogas do que realmente sabemos” é algo que a Comissão encontrou repetidamente ao longo das suas consultas. É também uma posição em relação à qual a Comissão encontrou ampla concordância. Ao contrário da crença generalizada, novas evidências mostram que os mercados de drogas da ÁOÁ constituem uma cornucópia diversa de substâncias naturais e sintéticas, interesses criminosos concorrentes e inúmeros danos para a saúde pública.

Desenvolver respostas políticas adequadas para mitigar os danos destes mercados depende de uma compreensão profunda das suas características, mas a maioria dos países da região não consegue gerar dados que forneçam sequer o conhecimento mais

básico: quantas pessoas consomem drogas, que drogas consomem e de que forma as consomem. As respostas a estas questões são elementos necessários para a compreensão mais ampla que permite produzir programas de saúde e de segurança relevantes, eficazes, oportunos e adequados, de modo a reduzir os danos e outros desafios específicos de cada mercado nacional e das pessoas que o compõem. Esse conhecimento de base é também fundamental para melhorar a compreensão regional sobre as drogas e seus mercados. Apoiar o acompanhamento dos mercados de drogas e promover o entendimento por meio de medidas como um observatório regional é uma possível resposta. A criação de programas nacionais de redução de danos adaptados às características de cada mercado nacional é outro ponto inicial de consideração igualmente importante.

Neste sentido, a Comissão promoverá e apoiará os seguintes objetivos e ações para o próximo período de três anos:

Objetivo 1.1: Melhorar a capacidade dos países da ÁOÁ para conhecer melhor as drogas e os mercados de drogas dentro das suas fronteiras

Ações recomendadas:

- a) Em conjunto com os observatórios nacionais de drogas já existentes e com as agências dos Estados da região, e com base em princípios fundamentais de vigilância de mercados, promover, facilitar e fomentar o desenvolvimento de um painel regional consensual de métricas de vigilância da saúde e da segurança relacionadas com drogas e mercados de drogas.
- b) Em conjunto com os Estados da região, incentivar e apoiar a implementação de avaliações nacionais de capacidade para identificar desafios nas instituições, sistemas e estruturas nacionais de vigilância de dados existentes que limitam a capacidade do Estado de recolher informação sobre as métricas acordadas.
- c) Através da Comissão, apoiar o desenvolvimento e a adoção, por parte de cada país, de orientações técnicas introdutórias para melhorar os seus sistemas e estratégias de monitorização de dados sobre drogas e mercados de drogas.
- d) Com base em princípios de boas práticas endossados pela ONU e adaptados à dinâmica local dos mercados de drogas, e em parceria com as autoridades locais, incentivar a disponibilização de orientações às instituições nacionais sobre a medição da cobertura (disponibilidade e acesso) dos serviços comunitários de redução de danos e de tratamento de drogas, públicos e privados, em cada país.

Objetivo 1.2: Criar um observatório regional sobre drogas e mercados de drogas para servir todos os países da região

Este observatório regional seria uma adaptação inspirada no Observatório Europeu da Drogas e da Toxicodependência. Teria a responsabilidade de apoiar a recolha de bases de dados nacionais sobre drogas e mercados de drogas, necessárias para um conhecimento eficaz e quase em tempo real da situação na região, bem como desempenhar o papel de monitorização regional da ameaça das drogas, através de funções de alerta precoce, em articulação com os observatórios nacionais existentes.

Ações recomendadas:

- a) Promover, junto dos níveis superiores de governo dos Estados da região, o acordo para o estabelecimento físico e a implementação de observatórios nacionais de drogas ilícitas, com o objetivo de recolher dados quantitativos sobre os mercados nacionais de drogas.
- b) Promover, junto dos níveis superiores de governo dos Estados da região, o acordo para o estabelecimento físico e a implementação de um observatório regional de drogas ilícitas, e para a cooperação entre os Estados da região na partilha de bases de dados quantitativos nacionais.
- c) Estabelecer um observatório regional de drogas, ligá-lo aos observatórios nacionais da região e iniciar o seu funcionamento.
- d) Sob a égide do observatório, e com o contributo de parceiros regionais de vigilância, incentivar e apoiar a publicação de relatórios anuais sobre tendências regionais de drogas e mercados de drogas, baseados na análise de bases de dados fornecidas pelos países da ÁOÁ.

Os mercados de drogas da África Oriental e Austral constituem uma cornucópia de substâncias naturais e sintéticas, interesses criminosos concorrentes e inúmeros danos para a saúde pública.

Objetivo 1.3: Promover o apoio nacional e externo para o aumento da disponibilidade e do uso de técnicas de vigilância comunitária das drogas, bem como a recolha regular de dados de referência sobre as características dos mercados de drogas**Ações recomendadas:**

- a) Estabelecer e apoiar um grupo de trabalho sobre análise comunitária de drogas (*drug checking*) para auxiliar os países da região e reforçar a capacidade de conhecimento sobre os mercados de drogas. Isto será feito com parceiros da sociedade civil e do governo através do desenvolvimento e da implementação de serviços comunitários de análise de drogas, usando testes de campo espectrográficos em amostras aleatórias recolhidas na rua, com testes confirmatórios laboratoriais de cromatografia gasosa-espetrometria de massa, sempre que possível.
- b) Promover e fornecer assistência técnica e orientações para que os países da região realizem análises nacionais anuais de “inventário” dos mercados de drogas, a fim de identificar novas substâncias sintéticas emergentes e as condições de danos à saúde pública que estas possam provocar.
- c) Promover a criação de uma central de dados nacionais sobre drogas (*drug data clearing house*) em cada observatório nacional de drogas e incentivar todos os programas e organismos de investigação ligados a drogas a partilhar os seus dados através desta central.

CONSTATAÇÃO 2: As atuais abordagens nacionais e respostas estratégicas às drogas e aos mercados de drogas não funcionaram na região

As políticas e estratégias relacionadas com drogas aplicadas na região têm sido ineficazes em interromper as cadeias de abastecimento e em responder de forma adequada aos danos associados ao consumo de drogas. Parte desta ineficácia tem origem na ausência de dados relevantes, necessários para fundamentar o desenvolvimento de quadros estratégicos direcionados, científicos e baseados em evidência, bem como das respetivas respostas. Uma melhor vigilância – dados mais fiáveis, maior conhecimento e capacidade de antecipação do que está por vir – é necessária para fundamentar respostas nacionais e regionais mais eficazes aos mercados de drogas e aos seus danos. Mesmo as melhores estratégias podem falhar se forem demasiado curtoprazistas, mal orientadas ou gerarem danos adicionais. A nomenclatura ultrapassada de um “mundo livre de drogas” já não é utilizada a nível da ONU e não deve continuar a ser referida em África. O desenvolvimento de novas estratégias baseadas em evidência e adequadas ao propósito exige uma abordagem multissetorial. Implica repensar a forma como os órgãos de aplicação da lei estabelecem prioridades nas atividades de interdição e repressão e a forma como as instituições de saúde públicas e privadas desenvolvem e priorizam programas comunitários de saúde, como os de redução de danos e os serviços de tratamento da toxicodependência. Requer também a consideração de outras intervenções sociais para reduzir a estigmatização e a discriminação das pessoas que consomem drogas – em especial as que sofrem marginalização e isolamento – incluindo a disponibilização de serviços de saúde para populações que consomem drogas em prisões e outros contextos fechados; a consideração de reformas judiciais, incluindo a eliminação das condenações por consumo ou posse de menor gravidade dos registos criminais individuais e a libertação de pessoas a cumprir pena por consumo ou posse de menor gravidade; bem como a consideração da descriminalização do consumo ou da posse para uso pessoal. Exige ainda estratégias que apoiem a repriorização dos esforços das forças de segurança, direcionando-os para os grandes traficantes e afastando-os das PUD.

A Comissão promoverá e apoiará os seguintes objetivos e ações para o próximo período de três anos:

Objetivo 2.1: Lutar pelo fim, em toda a região, da criminalização e do encarceramento de pessoas que consomem drogas, bem como do estigma associado ao consumo**Ações recomendadas:**

- a) Defender o fim dos objetivos nacionais e regionais para um “mundo livre de drogas” e o desenvolvimento e adoção de indicadores e metas regionais de política de drogas universais, significativos e mensuráveis, alinhados com a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável e os objetivos da Agenda 2063.
- b) Realizar uma avaliação das políticas, legislações e práticas existentes na ÁOÁ sobre drogas e utilizar esta informação para formular recomendações específicas por país, de modo a promover a consistência da prática regional no que respeita ao apoio aos princípios de saúde pública, género e direitos humanos das pessoas que consomem drogas, e à aplicação uniforme de medidas de política de drogas.

Objetivo 2.2: Reorientar as estratégias e respostas nacionais e regionais de aplicação da lei sobre drogas para o objetivo principal de desmantelar o tráfico e as elites do crime organizado, afastando-se da prática de “prisão e detenção” de PUD

Ações recomendadas:

- a) Em parceria com as comunidades económicas regionais — a Comunidade da África Oriental e a Comunidade de Desenvolvimento da África Austral — promover uma avaliação das capacidades institucionais das forças de segurança regionais para identificar desafios estruturais que exijam apoio financeiro, humano, técnico e/ou político, de forma a concretizar melhorias alinhadas com este objetivo.
- b) Estabelecer e apoiar um diálogo regional para que os grupos nacionais e regionais de aplicação da lei analisem formas de reforçar o policiamento assimétrico dos mercados de droga, baseado em informações, bem como incentivar e promover operações conjuntas de policiamento com agências regionais e internacionais, sempre que possível e adequado.
- c) Em conjunto com as comunidades económicas regionais, convocar uma discussão sobre os desafios enfrentados pelos sistemas judiciais nacionais na obtenção de conclusões legais em processos contra grandes traficantes e organizações que operam em várias jurisdições nacionais da região. Desenvolver uma estratégia regional para resolver este problema.

Objetivo 2.3: Considerar a adoção de abordagens políticas alternativas ao controlo dos mercados nacionais de drogas, nomeadamente as opções de descriminalização, legalização e regulamentação

Ações recomendadas:

- a) Convocar discussões regionais para apoiar o desenvolvimento de posições de consenso sobre recomendações de reforma da política de drogas, tais como:
 - i. Implementação regional das ações de redução de danos no consumo de drogas, conforme recomendado pela ONU, incluindo suas orientações e boas práticas em tratamento, bem como os deveres e obrigações da ONU e da UA relacionados aos direitos humanos e sociais, especialmente em relação à saúde e ao bem-estar das pessoas.
 - ii. Descriminalização, legalização e regulamentação das drogas (com referência inicial específica à canábis e ao khat).
- b) Trabalhar junto com a UA e as comunidades económicas regionais para formar um grupo de trabalho judicial regional. O objetivo desse grupo será eliminar condenações por consumo ou posse de menor gravidade dos registros criminais individuais, além de promover revisões legislativas ou outras ações governamentais essenciais para implementar essas mudanças.
- c) Convocar uma análise regional para documentar de que forma a “posse para consumo pessoal” é definida e julgada pelas legislações nacionais sobre drogas na região.
- d) Estabelecer e apoiar diálogos específicos por país para discutir modelos nacionais, o potencial de implementação da legalização da canábis para uso medicinal e recreativo e as suas implicações e exigências em matéria de aplicação da lei e regulamentação.

Objetivo 2.4: A sociedade civil e as PUD devem ser incluídas e envolvidas como participantes essenciais no desenvolvimento, implementação, monitorização e avaliação das estratégias nacionais de controlo de drogas e das respectivas abordagens

Ações recomendadas:

- a) Estabelecer e apoiar um fórum regional da sociedade civil destinado a envolver as principais partes interessadas e grupos marginalizados nos processos nacionais de alto nível de desenvolvimento, implementação, monitorização e avaliação da política de drogas.
- b) Estabelecer e apoiar uma rede de intercâmbio de investigação com universidades da região, bem como de outros países africanos e de outros continentes, para discutir e partilhar boas práticas de políticas e investigação no Sul Global. Incluir nesta rede a criação de um programa de ensino e formação para responsáveis políticos regionais aprenderem com outras experiências em matéria de políticas de drogas.
- c) Promover a partilha trans-regional, entre países do Sul Global, de práticas comunitárias eficazes e de experiências de monitorização e avaliação de políticas de drogas, estratégias e abordagens relacionadas, que incluem a sociedade civil.

Objetivo 2.5: Os governos da região devem libertar imediatamente as pessoas presas por consumo de drogas ou por posse de menor gravidade, e suspender todos os processos criminais em curso relacionados com consumo ou posse de menor gravidade

Ações recomendadas:

- a) Defender, junto das lideranças governamentais de topo, iniciativas regionais de despenalização e desencarceramento em linha com as melhores práticas internacionais. Fornecer recomendações específicas e açãoáveis, bem como

assistência técnica, para a adoção e implementação de medidas pelos países da ÁOÁ, de forma a desenvolver um quadro regional.

- b)** Convocar uma discussão regional com representantes seniores dos países para identificar como implementar esta recomendação de forma eficiente, económica e segura, incluindo a definição de limiares de infrações a considerar para libertação, as necessidades de reintegração a serem atendidas por instituições governamentais, serviços públicos, comunidades e pelas próprias pessoas libertadas, e como estes limiares podem ser cumpridos.
- c)** Em parceria com comunidades económicas regionais – incluindo a EAC, a SADC e a Comissão do Oceano Índico – convocar uma reunião regional de altos funcionários governamentais e outros intervenientes importantes da região para discutir o desenvolvimento e a adoção de um quadro regional que institua este objetivo em toda a região.
- d)** Com os parceiros judiciais regionais da ESA, coordenar o desenvolvimento e o acordo de um conjunto de definições regionais consensuais a adotar na legislação sobre drogas nos países da região, com o objetivo de estabelecer uma orientação e interpretação comuns da política regional em matéria de drogas.

CONSTATAÇÃO 3: A disponibilidade e o acesso a serviços relevantes, baseados em evidência, de prevenção, tratamento e apoio social relacionados com drogas são extremamente limitados para PUD

surge a necessidade de desenvolver serviços de saúde, de apoio social e intervenções comunitárias. Estes serviços representam as ações que os governos devem assumir para contribuir para a redução dos danos relacionados com drogas e de outras consequências comunitárias, em especial as relacionadas com a saúde, como a transmissão de vírus transmitidos pelo sangue, a falta de acesso a serviços de tratamento baseados em evidência e a escassez de serviços gerais de saúde e de apoio social distribuídos de forma equitativa. Incorporar as experiências dos grupos da sociedade civil e as perspetivas das pessoas que consomem drogas constitui um objetivo necessário de consulta na criação destes serviços.

Em conformidade com a Recomendação da Resolução S-30/1 da Assembleia Geral da ONU, as Resoluções 53/4 e 54/6 da Comissão de Estupefacientes, o Documento Final da Sessão Especial da Assembleia Geral da ONU de 2016 e a Resolução 141 da Comissão Africana dos Direitos Humanos e dos Povos, a Comissão promoverá a necessidade de apoiar os seguintes objetivos e ações:

Objetivo 3.1: Colocar a saúde e a segurança das pessoas em primeiro lugar, assegurando o acesso universal a serviços de redução de danos e a serviços de prevenção e tratamento baseados em evidência para PUD, tanto na sociedade como em prisões e outros contextos fechados

Ações recomendadas:

- a)** Defender, junto dos governos da região, a adoção e implementação de serviços acessíveis de redução de danos e de tratamento da toxicodependência baseados em evidência, em conformidade com as orientações de boas práticas da ONU.
- b)** Promover a adesão voluntária dos Estados da ÁOÁ às Regras Mínimas Padrão das Nações Unidas para o Tratamento de Reclusos (*Mandela Rules*), com especial referência ao cumprimento dos padrões de saúde expressos nas Regras 24, 30 e 32.
- c)** Defender a disponibilização e o acesso a serviços diferenciados em função do género e esforçar-se por melhorar a oferta de serviços de prevenção e tratamento inclusivos em termos de género para as populações de PUD.
- d)** Estabelecer e gerir um fundo regional de redução de danos para conceder subsídios a iniciativas inovadoras nesta área, apoiando o esforço para incentivar os países a adotar e implementar serviços nacionais de redução de danos.

Objetivo 3.2: Assegurar o acesso universal a medicamentos essenciais, em particular substâncias controladas como os opioides para o controlo da dor, e travar o desvio de medicamentos lícitos dos contextos médicos para o mercado ilícito

Ações recomendadas:

- a)** Defender um aumento mensurável do acesso a medicamentos essenciais para todas as pessoas na região da ÁOÁ, incluindo o acesso a substâncias controladas abrangidas pelas Convenções das Nações Unidas sobre Drogas.
- b)** Apoiar as comunidades económicas regionais no desenvolvimento e implementação de um programa de aconselhamento e apoio para orientar os países e autoridades nacionais sobre como alcançar e manter estes aumentos de acesso.

CONSTATAÇÃO 4: O rápido surgimento e a proliferação de drogas sintéticas constituem uma ameaça predominante para a saúde pública e para a segurança dos Estados da região e das suas populações

A ESACD concluiu que as drogas sintéticas representam talvez o maior desafio emergente para o controlo de drogas na região da ÁOÁ, no que respeita à capacidade dos Estados de desenvolver medidas que atenuem de forma eficaz os danos consequentes. Trata-se de uma questão tanto de segurança quanto de saúde pública, sobretudo em relação à forma como o aumento da disponibilidade de substâncias sintéticas afeta a capacidade das autoridades nacionais de aplicação da lei e das entidades de saúde para responderem. A produção, distribuição e consumo de drogas sintéticas – particularmente em contextos onde são menos reconhecidas ou compreendidas – exigem muitas vezes respostas substancialmente diferentes, não apenas do ponto de vista da interdição, mas também no que toca à redução de danos, ao tratamento e ao apoio.

A Comissão irá defender e apoiar os seguintes objetivos e ações para o próximo período de três anos:

Objetivo 4.1: Melhorar a capacidade das autoridades nacionais de aplicação da lei e de outras instituições de segurança para identificar substâncias e interromper cadeias de abastecimento de precursores, com especial referência às atividades de desvio químico

Ações recomendadas:

- a) Defender a adoção, o financiamento e a implementação de “estratégias de avaliação do risco de desvio” nacionais, centradas nos precursores químicos sintéticos, medicamentos essenciais e outras substâncias controladas em contextos médicos nacionais, farmácias e setores de fabrico químico, agrícola e industrial.
- b) Reconhecer o papel que a corrupção institucional e individual desempenha no apoio à expansão do tráfico ilícito de drogas sintéticas na região e incentivar as instituições nacionais a reforçar a legislação anticorrupção e contra o branqueamento de capitais, em conformidade com as orientações da ONU, do Banco Mundial e do Grupo de Ação Financeira Internacional (GAFI).
- c) Defender, junto de doadores institucionais, a atribuição aos Estados da região de recursos financeiros, técnicos e humanos necessários para apoiar a formação das instituições e organismos de aplicação da lei, de controlo fronteiriço e de alfândegas, de modo a permitir a identificação rápida e precisa do vasto catálogo de drogas ilícitas comuns e dos seus precursores químicos.
- d) Promover o apoio dos países da região à criação de uma Força-Tarefa Global para a Ação Química, um organismo independente, com estrutura e função semelhantes às do GAFI, mas encarregado de monitorizar a conformidade dos Estados com uma série de normas regulatórias globais destinadas a proteger a cadeia de abastecimento mundial contra o desvio de precursores químicos e o comércio ilícito.

Objetivo 4.2: Apoiar o reforço da capacidade dos países da região para identificar, mitigar e interromper a contaminação dos mercados locais de drogas com compostos sintéticos, a fim de reduzir overdoses, danos e mortes entre PUD.

Ações recomendadas:

- a) Defender a assistência e cooperação intraregionais entre os países da ÁOÁ na utilização das capacidades institucionais dos laboratórios forenses para realizar, trimestralmente, análises de amostras de substâncias ilícitas recolhidas na rua, comunicando esses resultados ao observatório regional.
- b) Incentivar a partilha de informação entre os laboratórios forenses da região, em especial no que respeita à identificação precoce de compostos sintéticos emergentes; e à notificação dos organismos de vigilância regionais, incluindo organizações da sociedade civil locais que trabalham com populações que consomem drogas, relativamente a estas deteções de ameaça.
- c) Fornecer orientações técnicas sobre os avanços necessários em matéria de programas de tratamento e de prevenção para PUD, no contexto do crescimento das drogas sintéticas e da contaminação associada, com especial destaque para a adoção, em toda a região, de programas de prevenção de overdose, incluindo a distribuição gratuita de naloxona e de outros medicamentos de reversão da overdose.



NOTAS

- 1 Bob G Hill, Čat (*Catha edulis forsk*), *Journal of Ethiopian Studies*, 3, 2, 1965, pp. 13–23; John G Kennedy, *The Flower of Paradise*, Springer, 1987.
- 2 Por exemplo, ver Chris S Duvall, *Cannabis and tobacco in precolonial and colonial Africa*, em Thomas Spear (ed.), *Oxford Research Encyclopedia of African History*, Oxford University Press, 2017.
- 3 Por exemplo, grupos criminosos nigerianos foram pioneiros na técnica de *bodypacking*, em que correios de droga engolem pequenas cápsulas de cocaína ou heroína envolvidas em preservativos e transportam-nas no interior do corpo até ao destino. Ver Stephen Ellis, *This Present Darkness: A History of Nigerian Organized Crime*, Hurst, 2016. Esta continua a ser um dos métodos mais comuns de dissimulação de drogas, especialmente em viagens aéreas de longo curso. Estes grupos são também creditados por terem iniciado a prática de usar *cut-outs* para essa tarefa. *Cut-outs* são indivíduos recrutados como correios para transportar ou contrabandear drogas, mas sem ligação direta à rede de tráfico que os contratou. Esta prática continua e tem contribuído para o grande número de pessoas da África Oriental e Austral (ESA) presas por infrações relacionadas com drogas em todo o mundo, sobretudo na Ásia Oriental.
- 4 Ashley Neese Bybee, *The twenty-first century expansion of the transnational drug trade in Africa*, *Journal of International Affairs*, 66, 1, 2012, pp. 69–84.
- 5 Tuesday Reitano e Marcena Hunter, *The crime-development paradox: Organized crime and the SDGs*, GI-TOC e ENACT, 2018.
- 6 Relatórios regionais indicam que apenas 0 %–2 % dos contentores marítimos de entrada são inspecionados nos portos da região. Quando a inspeção ocorre, é frequentemente realizada por operadores mal-treinados ou facilmente corrompidos. Em comparação, a média global de inspeção de contentores em portos onde existe essa tecnologia situa-se entre 5 % e 7 %.
- 7 Nações Unidas, *Relatório Mundial sobre Drogas 2020*, Caderno 3: Fornecimento de drogas, UNODC, 2020, p. 72.
- 8 Nações Unidas, *Afghanistan Drug Insights*, Vol. 4, UNODC, Viena, 2025.
- 9 *Ibid.*
- 10 Jason Eligh, *A Synthetic Age: The Evolution of Methamphetamine Markets in Eastern and Southern Africa*, GI-TOC, 2021.
- 11 Nações Unidas, *Relatório Mundial sobre Drogas 2020*, Caderno 3: Fornecimento de drogas, UNODC, 2020, p. 68.
- 12 Um quilograma de heroína proveniente de Myanmar foi apreendido nas Maurícias em 2024.
- 13 Susan Beckerleg, Maggie Telfer e Gillian Hundt, *The risk of injecting drug use in eastern Africa: A case study from Kenya*, *Harm Reduction Journal*, 2, 12, 2005.
- 14 De modo geral, à medida que o preço da heroína e os níveis de dependência aumentaram, o meio mais económico de consumo para as populações mais pobres passou a ser a injeção.
- 15 Jason Eligh, *A Synthetic Age: The Evolution of Methamphetamine Markets in Eastern and Southern Africa*, GI-TOC, 2021.
- 16 *Ibid.*
- 17 OCDE/SWAC, *Africa's Urbanisation Dynamics 2020: Africapolis, Mapping a New Urban Geography*, OECD Publishing, Paris, 2020.
- 18 OCDE/SWAC, *Africa's Urbanisation Dynamics 2020: Africapolis, Mapping a New Urban Geography*, OECD Publishing, Paris, 2020.
- 19 Nações Unidas, *Relatório Mundial sobre Drogas 2021*, UNODC, Viena, 2021, pp. 1–96.
- 20 *Ibid.*

- 21 Z Donnenfeld, J Bello-Schunemann e L Welborn, *Drug Demand and Use in Africa: Modelling Trends to 2050*, ENACT, 2019.
- 22 Harm Reduction International, *The Global State of Harm Reduction 2020*, 2020.
- 23 M. L. Ndeffo-Mbah et al., *Dynamic Models of Infectious Disease Transmission in Prisons and the General Population*, *Epidemiologic Reviews*, 40, 1, 2018, pp. 40–57.
- 24 Nações Unidas, *Relatório Mundial sobre Drogas 2021*, UNODC, Viena, 2021, pp. 1–96.
- 25 UNAIDS, *Do No Harm: Health, Human Rights and People Who Use Drugs*, Genebra, 2016.
- 26 UNAIDS, *Regional Profile: Eastern and Southern Africa*, Genebra, 2024.
- 27 *Ibid.*
- 28 J. Leung et al., *A Global Meta-Analysis of the Prevalence of HIV, Hepatitis C Virus, and Hepatitis B Virus Among People Who Inject Drugs – Do Gender-Based Differences Vary by Country-Level Indicators?*, *Journal of Infectious Diseases*, 220, 1, 2019, pp. 78–90.
- 29 L. Platt et al., *Prevalence and Burden of HCV Co-Infection in People Living with HIV: A Global Systematic Review and Meta-Analysis*, *Lancet Infectious Diseases*, 16, 7, 2016, pp. 797–808; C. W. Spearman et al., *Hepatitis B in Sub-Saharan Africa: Strategies to Achieve the 2030 Elimination Targets*, *Lancet Gastroenterology & Hepatology*, 2, 12, 2017.
- 30 Stop TB Partnership, *Key Populations Brief: People Who Use Drugs*, Genebra, sem data.*
- 31 *Ibid.*
- 32 KenPUD, *Harm Reduction in Context of COVID-19 in Kenya*, International Network on Health and Hepatitis in Substance Users, 2020; International Network on Health and Hepatitis in Substance Users, *Harm Reduction Responses in the Age of COVID-19: Documenting the Experiences of People Who Use Drugs in South Africa*, março de 2021.
- 33 Harm Reduction International e RELEASE, *Joint Submission to OHCHR on the Rights of People of African Descent in the Context of Drug Law Enforcement*, 1 de abril de 2024.
- 34 Nações Unidas, *Relatório Mundial sobre Drogas 2024*, UNODC, Viena, 2024.
- 35 *Ibid.*
- 36 Harm Reduction International, *Population Size Estimates for People Who Use Drugs: Africa, Eastern and Southern*, 30 de novembro de 2022. O cálculo de 300 000 citado representa a soma dos valores indicados para cada país da região no relatório, observando que dez países não tinham estimativas indicadas, pelo que as suas populações de utilizadores de drogas injetáveis não foram incluídas no total. Assim, o número real de pessoas nessa condição na região será superior ao valor indicado.
- 37 Z Donnenfeld, Lily Welborn e Julia Bello-Schünemann, *Drug Demand and Use in Africa: Modelling Trends to 2050*, ENACT, agosto de 2019.
- 38 Nações Unidas, *Relatório Mundial sobre Drogas 2024*, UNODC, Viena, 2024.
- 39 Jason Eligh, *Global Synthetic Drug Markets: The Present and the Future*, GI-TOC, 2024.
- 40 Nações Unidas, *Normas Internacionais sobre a Prevenção do Consumo de Drogas*, segunda edição atualizada, UNODC, Viena, 2018.
- 41 OMS e Mental Health Gap Action Programme, *mhGAP Intervention Guide for Mental, Neurological and Substance Use Disorders in Non-Specialized Health Settings*, Versão 2.0, 2016.
- 42 Mary Hawk et al., *Harm Reduction Principles for Healthcare Settings*, *Harm Reduction Journal*, 14, 1, 2017.
- 43 *Ibid.*
- 44 UNODC et al., *Implementing Comprehensive HIV and HCV Programmes with People Who Inject Drugs: Practical Guidance for Collaborative Interventions*, Nações Unidas, Viena, 2017.
- 45 OMS, *Discurso de Abertura do Diretor-Geral na Quinta Sessão Ordinária do Comité Técnico Especializado sobre Saúde, Nutrição, População e Controlo de Drogas – 8 de Agosto de 2024*, Genebra, 2024.
- 46 International Centre on Human Rights and Drug Policy, UNAIDS, World Health Organization, UN Development Programme, *International Guidelines on Human Rights and Drug Policy*, 2019.
- 47 OMS e Mental Health Gap Action Programme, *mhGAP Intervention Guide for Mental, Neurological and Substance Use Disorders in Non-Specialized Health Settings*, Versão 2.0, 2016.
- 48 Nações Unidas, *Normas Internacionais sobre a Prevenção do Consumo de Drogas*, segunda edição atualizada, UNODC, Viena, 2018.
- 49 OMS, *Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence*, Genebra, 2009.
- 50 *Ibid.*
- 51 *Ibid.*
- 52 *Ibid.*
- 53 OMS e UNODC, *International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders*, UNODC, Viena, 2020.
- 54 União Africana, *Third Ordinary Session of the Specialised Technical Committee on Health, Population and Drug Control*, Adis Abeba, 29 de julho a 2 de agosto de 2019.
- 55 Ver dados da UNODC, <https://dataunodc.un.org>.
- 56 *Ibid.*
- 57 Ver dados do Banco Mundial, <https://data.worldbank.org/country/>.
- 58 Nações Unidas, *Relatório Mundial sobre Drogas 2017*, UNODC, Viena, 2017.
- 59 Quénia, Maurícias, Moçambique, Seicheles, África do Sul, Tanzânia e Uganda. Harm Reduction International, *Global State of Harm Reduction 2024*, Londres, 2024, p. 124.
- 60 *Ibid.*
- 61 OMS, *Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations*, Genebra, 2016.

- 62 A. Kamarulzaman et al., *Prevention of Transmission of HIV, Hepatitis B Virus, Hepatitis C Virus, and Tuberculosis in Prisoners*, *Lancet*, 388, 2016, pp. 1115–1126.
- 63 OMS, *Community Management of Opioid Overdose*, Genebra, 2014.
- 64 OMS e *Mental Health Gap Action Programme, mhGAP Intervention Guide for Mental, Neurological and Substance Use Disorders in Non-Specialized Health Settings*, Versão 2.0, 2016.
- 65 União Africana, *AU Plan of Action on Drug Control and Crime Prevention (2019–2023)*, 2019.
- 66 *Ibid.*
- 67 A. Scheibe, *Prevention and Treatment of Drug Dependence in Eastern and Southern Africa*, ESACD, 2022.
- 68 Harm Reduction International, *Global State of Harm Reduction 2024*, Londres, 2024, p. 125.
- 69 A. Scheibe, *Prevention and Treatment of Drug Dependence in Eastern and Southern Africa*, ESACD, 2022.
- 70 Harm Reduction International, *Global State of Harm Reduction 2024*, Londres, 2024.
- 71 A. J. Siegler, K. A. Komro e A. C. Wagenaar, *Law Everywhere: A Causal Framework for Law and Infectious Disease*, *Public Health Reports*, 135, 1_suppl, 25S–31S, 2020.
- 72 OMS, TDR, HRP, *Alliance for Health Policy and Systems Research, Social Determinants Approaches to Public Health: From Concept to Practice*, eds. E. Blas, J. Sommerfeld e A. S. Kurup, 2011, https://www.who.int/social_determinants/tools/SD_Publichealth_eng.pdf.
- 73 OMS, *Global Health Estimates 2019: Deaths by Cause, Age and Sex, by World Bank Income Group, 2000–2019*, 2020.
- 74 M. Nougier, A. Cots Fernández e D. Putri, *Taking Stock of Half a Decade of Drug Policy: An Evaluation of UNGASS Implementation*, International Drug Policy Consortium, 2021.
- 75 A. Scheibe, S. Shelly e A. Versfeld, *Prohibitionist Drug Policy in South Africa – Reasons and Effects*, *Revue internationale de politique de développement*, 12, 2020.
- 76 União Africana, *AU Plan of Action on Drug Control and Crime Prevention (2019–2023)*, STC-HPDC-3/EXP/SA24677, 2019. A duração do plano de ação 2019–2023 foi formalmente prorrogada até 2025 na *Fifth Ordinary Session of the AU Specialized Technical Committee on Health, Nutrition, Population and Drug Control (STC-HNPDC-5)*, realizada de 5 a 9 de agosto de 2024 em Adis Abeba.
- 77 OMS, *Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations*, Genebra, 2016.
- 78 *Ibid.*
- 79 Nações Unidas, *Relatório Mundial sobre Drogas 2021*, UNODC, Viena, 2021, pp. 1–96.
- 80 UNAIDS, *Do No Harm: Health, Human Rights and People Who Use Drugs*, UNAIDS, Genebra, 2016.
- 81 L. Degenhardt et al., *Global Burden of Disease Attributable to Illicit Drug Use and Dependence: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010*, *Lancet*, 382, 9904, 2013, pp. 1564–1574; L. Degenhardt e W. Hall, *Extent of Illicit Drug Use and Dependence, and Their Contribution to the Global Burden of Disease*, *Lancet*, 379, 9810, 2012, pp. 55–70.
- 82 Z. Donnenfeld, J. Bello-Schünemann e L. Welborn, *Drug Demand and Use in Africa: Modelling Trends to 2050*, ENACT, 2019.
- 83 *Ibid.*
- 84 OMS, *Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations*, Genebra, 2016.
- 85 UNAIDS, *Regional Profile: Eastern and Southern Africa*, Genebra, 2024.
- 86 *Ibid.*
- 87 *Ibid.*
- 88 Mauritian Ministry of Health and Quality of Life, *A Respondent Driven Survey Among People Who Inject Drugs in the Island of Mauritius: Integrated Biobehavioural Surveillance*, 2017, 2018; A. Scheibe, *Drug Policy and Infectious Disease Transmission in Eastern and Southern Africa*, ESACD, 2022.
- 89 KeNPUD, *Harm Reduction in Context of COVID-19 in Kenya, International Network on Health and Hepatitis in Substance Users*, 2020.
- 90 *International Network on Health and Hepatitis in Substance Users, Harm Reduction Responses in the Age of COVID-19: Documenting the Experiences of People Who Use Drugs in South Africa*, março de 2021.
- 91 KeNPUD, *Harm Reduction in Context of COVID-19 in Kenya, International Network on Health and Hepatitis in Substance Users*, 2020.
- 92 UNAIDS, *Tanzanian Community-Based Organizations Support Women Who Use Drugs*, 6 de outubro de 2020.
- 93 KeNPUD, *Harm Reduction in Context of COVID-19 in Kenya, International Network on Health and Hepatitis in Substance Users*, 2020; *International Network on Health and Hepatitis in Substance Users, Harm Reduction Responses in the Age of COVID-19: Documenting the Experiences of People Who Use Drugs in South Africa*, março de 2021; Eurasian Harm Reduction Network, *Harm Reduction Service Delivery to People Who Use Drugs During a Public Health Emergency: Examples from the COVID-19 Pandemic in Selected Countries*, novembro de 2020.
- 94 UNAIDS, *Rights in the Time of COVID-19 – Lessons from HIV for an Effective, Community-Led Response*, 20 de março de 2020, pp. 2–4.
- 95 OMS, *Global Progress Report on HIV, Viral Hepatitis and Sexually Transmitted Infections*, vol. 53, 2021, pp. 1689–1699.
- 96 UNAIDS, *Global AIDS Strategy 2021–2026 – End Inequalities, End AIDS*, Genebra, março de 2021.
- 97 UNAIDS, *Regional Profile: Eastern and Southern Africa*, Genebra, 2024.
- 98 M. L. Ndeffo-Mbah et al., *Dynamic Models of Infectious Disease Transmission in Prisons and the General Population, Epidemiologic Reviews*, 40, 1, 2018, pp. 40–57.
- 99 *Ibid.*; J. Csete et al., *Public Health and International Drug Policy*, *Lancet*, 387, 10026, 2016, pp. 1427–1480; J. Csete, *From the Mountaintops: What the World Can Learn*

- from Drug Policy Change in Switzerland, Open Society Foundations, 2010.*
- 100 H. Sade, *Drug Decriminalisation in Portugal: Setting the Record Straight*, Transform Drug Policy Foundation, 2021, pp. 1–4.
- 101 Drug Policy Alliance, *Approaches to decriminalizing drug use and possession*, 2015.
- 102 Os medicamentos essenciais são aqueles que satisfazem as necessidades prioritárias de saúde da população. Eles devem estar sempre disponíveis em sistemas de saúde funcionais, com qualidade garantida e informações adequadas, e a um preço acessível para o indivíduo e a comunidade.
- 103 Os opioides são uma categoria de substâncias que inclui substâncias orgânicas (derivadas do ópio), semissintéticas e sintéticas. São normalmente utilizados para tratar dores moderadas a intensas. Devido à sua natureza viciante, muitos opioides são classificados como substâncias controladas, exigindo uma regulamentação rigorosa.
- 104 Os medicamentos para cuidados paliativos (incluindo opioides) que são regulamentados por convenções internacionais de controlo de drogas, supervisionadas principalmente pela ONU e pela OMS, são considerados MEIC.
- 105 Os cuidados paliativos envolvem o tratamento holístico de indivíduos com sofrimento grave relacionado à saúde devido a doenças graves, especialmente aqueles que estão perto do fim da vida. O objetivo é melhorar a qualidade de vida dos pacientes, suas famílias e cuidadores.
- 106 Felicia Marie Knaul, Paul E Farmer, Eric L Krakauer et al, *Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief – an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report*, *Lancet*, 391, 10128, pp 1 391–1 454, abril 2018.
- 107 UNODC, *Statement on behalf of the African Group at the 64th session of the Commission on Narcotic Drugs*, 2021.
- 108 International Association for Hospice and Palliative Care, *The Lancet Commission on global access to palliative care and pain relief*, 2015.
- 109 INCB, Report of the International Narcotics Control Board for 2018, 2019.
- 110 Martha A Maurer, *New online tool for exploring global opioid consumption data*, *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*, 31, 1, pp 45–51, 2017.
- 111 Katherine E Sleeman, Maja de Brito, Simon Etkind et al, *The escalating global burden of serious health-related suffering: projections to 2060 by world regions, age groups, and health conditions*, *Lancet Global Health*, 7,7 E883-E892, 2019.
- 112 OMS, Declaração de Astana 2018 e AMS 67/19, 2018.
- 113 Annette M Dekker, Joseph J Amon, Karl W le Roux et al, ‘*What is killing me most*: chronic pain and the need for palliative care in the Eastern Cape, South Africa, *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*, 26, 4, pp 334–340, 2012.
- 114 Katherine Pettus, *Colonial roots of the global pandemic of untreated pain*, em *The War on Drugs and the Global Colour Line*, Londres: Pluto Press, 2019.
- 115 Romy Parker, Dan J Stein e Jennifer Jelsma, *Pain in people living with HIV/AIDS: a systematic review*, *Journal of the International AIDS Society*, 17, 1, 2014.
- 116 Richard Harding, Victoria Simms, Suzanne Penfold et al, *Availability of essential drugs for managing HIV-related pain and symptoms within 120 PEPFAR-funded health facilities in East Africa: A cross-sectional survey with onsite verification*, *Palliative Medicine*, 28, 4, pp 293–301, 2014.
- 117 UNAIDS, *Regional profile: Eastern and Southern Africa*, UNAIDS, Genebra, 2024. Os números indicados são estimativas médias. Os valores indicados entre colchetes representam o intervalo mínimo e máximo para essas estimativas.
- 118 União Africana, *Progress report on the implementation of the AU Plan of Action on Drug Control (2013–2017) for the period 2014–2016, Second meeting of the specialised technical committee on health, population and drug control (STC-HPDC-2)*, Adis Abeba, 20–24 março, 2017.
- 119 University of California San Francisco, *Anova Health Institute and National Institute for Communicable Diseases, Brief report of the TipVal Study: An integrated bio-behavioral surveillance survey among people who inject drugs*, 2018.
- 120 L Platt et al, *Prevalence and burden of HCV co-infection in people living with HIV: A global systematic review and meta-analysis*, *Lancet Infectious Diseases*, 16, 7, pp 797–808, 2016; CW Spearman et al, *Hepatitis B in sub-Saharan Africa: strategies to achieve the 2030 elimination targets*, *Lancet Gastroenterology Hepatology*, 2, 12, 2 121, 2017.
- 121 A. Scheibe, *Prevention and Treatment of Drug Dependence in Eastern and Southern Africa*, ESACD, 2022.
- 122 *Ibid.*
- 123 Harm Reduction International, *The Global State of Harm Reduction 2024*, Londres, 2024.
- 124 UNODC, *International Network of People Who Use Drugs, Joint UN Programme on HIV/AIDS, UN Development Programme, UN Population Fund, OMS, US Agency for International Development, Implementing Comprehensive HIV and HCV Programmes with People Who Inject Drugs: Practical Guidance for Collaborative Interventions*, UNODC, 2017, pp. 1–175; UNODC e OMS, *International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders*, UNODC, Viena, 2020.
- 125 OMS, *Universal Health Coverage: Fact Sheet*, Genebra, 2021.
- 126 Objetivo de Desenvolvimento Sustentável n.º 5, *Alcançar a igualdade de género e empoderar todas as mulheres e raparigas*.
- 127 ONU Mulheres, *A Gender Perspective on the Impact of Drug Use, the Drug Trade, and Drug Control Regimes*, julho de 2014.
- 128 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, *Women and Drugs in Europe – Why Gender Matters*, 30 de março de 2022.
- 129 *Ibid.*

- 130 Nações Unidas, *Relatório Mundial sobre Drogas 2022, Booklet 1*, UNODC, Viena, 2022.
- 131 Kenaw Derebe Fentaw, Setegn Muche Fenta e Hailegebrail Birhan Biresaw, *Prevalence and Associated Factors of Substance Use Male Population in East African Countries: A Multilevel Analysis of Recent Demographic and Health Surveys from 2015 to 2019, Substance Abuse: Research and Treatment*, 16, 2022.
- 132 Jean Olivier Twahirwa Rwema et al., *Injection Drug Use Practices and HIV Infection Among People Who Inject Drugs in Kigali, Rwanda: A Cross-Sectional Study*, *Harm Reduction Journal*, 18, 2021.
- 133 Cynthia Semá Baltazar et al., *Prevalence of HIV, Viral Hepatitis B/C and Tuberculosis and Treatment Outcomes Among People Who Use Drugs: Results from the Implementation of the First Drop-In Center in Mozambique*, *International Journal of Drug Policy*, 90, 2021.
- 134 Carine Mutatayi et al., *Implementing a Gender Approach in Drug Policies: Prevention, Treatment and Criminal Justice*, *Pompidou Group and Council of Europe*, 2022.
- 135 S. A. Meyers et al., *The Intersection of Gender and Drug Use-Related Stigma: A Mixed Methods Systematic Review and Synthesis of the Literature*, *Drug and Alcohol Dependence*, 223, 1, 2021.
- 136 *Ibid.*
- 137 Women and Harm Reduction International Network, *Global Mapping of Harm Reduction Services for Women Who Use Drugs*, dezembro de 2021.
- 138 Catherine Mwangi et al., *Assessment of Retrospective and Current Substance Use in Women Who Inject Drugs in Low-Income Urban Settings in Kenya*, *Journal of Alcoholism & Drug Dependence*, 2019.
- 139 Catherine Mwangi e John Gachohi, *Women Using Heroin in Kenya: Why It's Important to Intervene Early in Life*, *The Conversation*, 14 de outubro de 2019.
- 140 *Ibid.*
- 141 Jean Olivier Twahirwa Rwema et al., *Injection Drug Use Practices and HIV Infection Among People Who Inject Drugs in Kigali, Rwanda: A Cross-Sectional Study*, *Harm Reduction Journal*, 18, 2021.
- 142 Claudia Stoicescu, Ariel Richer e Louisa Gilbert, *Nexus of Risk: The Co-Occurring Problems of Gender-Based Violence, HIV and Drug Use Among Women and Adolescent Girls*, em Julia Buxton, Giavana Margo e Lona Burger (eds.), *The Impact of Global Drug Policy on Women: Shifting the Needle*, Emerald Publishing, 2020; UNODC, *In Our Own Words, We Were Raped: A Needs Assessment of Women Who Use Drugs in Four Cities in South Africa*, 2019.
- 143 Claire Silberg et al., *Housing Instability and Violence Among Women Who Use Drugs in Dar es Salaam, Tanzania*, *Harm Reduction Journal*, 19, 68, 2022.
- 144 H. Otanga et al., *Gender-Based Violence Against Women Who Use Drugs in Kenya: Experiences and Policy Directions*, *Kenya Policy Brief*, 2022.
- 145 UNODC e OMS, *International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders*, UNODC, Viena, 2020.
- 146 Women and Harm Reduction International Network, *Global Mapping of Harm Reduction Services for Women Who Use Drugs*, dezembro de 2021.
- 147 *Ibid.*
- 148 UNODC, *Relatório Mundial sobre Drogas 2022, Booklet 1*, Viena, 2022.
- 149 Ver *The Global Drug Policy Index 2021*, <https://globaldrugpolicyindex.net/wp-content/themes/gdpi/uploads/GDPI%202021%20Report%20EN.pdf>.
- 150 Harm Reduction International e South African Network of People Who Use Drugs, *Barriers to Harm Reduction Among Women Who Use Drugs: Experiences from eThekweni (Durban), South Africa*, 2020.
- 151 Women and Harm Reduction International Network, *Global Mapping of Harm Reduction Services for Women Who Use Drugs*, dezembro de 2021.
- 152 Sophia Zamudio-Haas et al., *Generating Trust: Programmatic Strategies to Reach Women Who Inject Drugs with Harm Reduction Services in Dar es Salaam, Tanzania*, *International Journal of Drug Policy*, 30, 2016.
- 153 Women and Harm Reduction International Network, *Global Mapping of Harm Reduction Services for Women Who Use Drugs*, dezembro de 2021.
- 154 Janni Leung et al., *A Global Meta-Analysis of the Prevalence of HIV, Hepatitis C Virus, and Hepatitis B Virus Among People Who Inject Drugs – Do Gender-Based Differences Vary by Country-Level Indicators?*, *The Journal of Infectious Diseases*, 220, 1, 2019.
- 155 UNAIDS, *Regional Profile – Eastern and Southern Africa*, Genebra, 2024.
- 156 ACNUDH, *Joint Civil Society Submission: The Impact of Drug Policies on the Human Rights of Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex People*, 18 de maio de 2018.
- 157 UNDP, *Situation Analysis of Substance Use Among LGBT Communities in Thailand*, 2021; Avert, *Be in the Know: Transgender People, HIV and AIDS*, <https://www.avert.org/professionals/hiv-social-issues/key-affected-populations/transgender>.
- 158 Jay Jackson, *On Queerness and Drugs*, *Volteface*, 23 de dezembro de 2021.
- 159 Dados da UNICEF, *What We Do*, <https://www.unicef.org/what-we-do>.
- 160 Statistics South Africa, *Unemployment in South Africa: A Youth Perspective*, Pretória, 17 de maio de 2024.
- 161 The World Bank, *Youth Unemployment – Country Rankings*, 2023.
- 162 Khalid Tinasti, *HIV and AIDS Among Adolescents Who Use Drugs: Opportunities for Drug Policy Reform Within the Sustainable Development Agenda*, *Journal of the International AIDS Society*, 21, supl. 1, e25045, 2018.
- 163 Corina Giacomello, *Childhood That Matters: The Impact of Drug Policy on Children with Incarcerated Parents in Latin America and the Caribbean*, *Church World Service Regional Office for Latin America and the Caribbean*, Buenos Aires, 2019.

- 164 Ernestien Jensema, *Human Rights and Drug Policy*, Transnational Institute, 18 de junho de 2018.
- 165 *Ibid.*
- 166 *Ibid.*
- 167 *Ibid.*
- 168 Damon Barrett, *The Impacts of Drug Policies on Children and Young People*, Open Society Foundations, Nova Iorque, 2015.
- 169 Cynthia Semá Baltazar, Makini Boothe e Timothy Kellogg, *Young People Who Inject Drugs in Mozambique: Should We Emphasize Them in the National Harm Reduction Plan?*, Harm Reduction Journal, Department of Public Health and Primary Care, Ghent University, 2020.
- 170 Julia Stanyard, *The Impact of Drug Policy on Children and Young People in Eastern and Southern Africa*, ESACD, 2021.
- 171 Jason Eligh, *A Shallow Flood: The Diffusion of Heroin in Eastern and Southern Africa*, GI-TOC, 2020.
- 172 AIDS & Rights Alliance for Southern Africa, *Don't Treat Us as Outsiders: Drug Policy and the Lived Experiences of People Who Use Drugs in Southern Africa*, 2019.
- 173 Louca-Mai Brady et al., *Involving Young People in Drug and Alcohol Research*, Drugs and Alcohol Today, 18, 1, 2018.
- 174 Sahlim Charles Amambia et al., *Participatory Action Research for Advancing Youth-Led Peacebuilding in Kenya*, Peaceworks, US Institute of Peace, 2018.
- 175 Cynthia Semá Baltazar, Makini Boothe e Timothy Kellogg, *Young People Who Inject Drugs in Mozambique: Should We Emphasize Them in the National Harm Reduction Plan?*, Harm Reduction Journal, Department of Public Health and Primary Care, Ghent University, 2020.
- 176 Catherine Mwangi e John Gachohi, *Women Using Heroin in Kenya: Why It's Important to Intervene Early in Life*, The Conversation, 14 de outubro de 2019.
- 177 Julia Stanyard, *The Impact of Drug Policy on Children and Young People in Eastern and Southern Africa*, ESACD, 2021.
- 178 Lucia Bird et al., *Changing Tides: The Evolving Illicit Drug Trade in the Western Indian Ocean*, GI-TOC, 2021.
- 179 Count the Costs, *The War on Drugs: Harming, Not Protecting, Young People*, Transform Drug Policy Foundation, 2016.
- 180 Jason Eligh, *A Shallow Flood: The Diffusion of Heroin in Eastern and Southern Africa*, GI-TOC, 2020.
- 181 Count the Costs, *The War on Drugs: Harming, Not Protecting, Young People*, Transform Drug Policy Foundation, 2016.
- 182 Corina Giacomello, *Childhood That Matters: The Impact of Drug Policy on Children with Incarcerated Parents in Latin America and the Caribbean*, Church World Service Regional Office for Latin America and the Caribbean, Buenos Aires, 2019.
- 183 Esta definição está em consonância com a utilizada pela Norwegian Agency for Development Cooperation, *Anti-Corruption Approaches: A Literature Review*, 2009. É mais ampla do que a definição convencional, “o abuso de cargo público para ganho privado”. Esta última é difícil de aplicar em contextos de países em desenvolvimento, onde a distinção entre esferas privada e pública é muitas vezes difusa. Notavelmente, nem a *Convenção das Nações Unidas contra a Corrupção* nem a *Convenção da União Africana sobre Prevenção e Combate à Corrupção* definem o termo “corrupção”, limitando-se a descrever atos específicos a criminalizar, incluindo suborno, peculato, tráfico de influência, abuso de funções, enriquecimento ilícito, branqueamento de capitais, ocultação e obstrução da justiça.
- 184 Jason Eligh, *A Synthetic Age: The Evolution of Methamphetamine Markets in Eastern and Southern Africa*, GI-TOC, 2021.
- 185 Mark Shaw, *We Pay, You Pay: Protection Economies, Financial Flows, and Violence*, em Hilary Matfess e Michael Miklauicic (eds.), *Beyond Convergence, World Without Order*, Washington, DC: Center for Complex Operations, Institute for National Strategic Studies, 2016, pp. 235–250.
- 186 GI-TOC, *Market Valuation Study*, Joanesburgo, fevereiro de 2021.
- 187 O valor total desviado por corrupção é imenso. Segundo estimativas da ONU, todos os anos são pagos cerca de 1 bilião de dólares em subornos a nível mundial e 2,6 biliões de dólares são desviados através da corrupção. O montante equivale a mais de 5% do PIB mundial. ONU, *Conselho de Segurança*, 8.^a 346.^a Sessão, “*Global Cost of Corruption at Least 5% of World Gross Domestic Product*,” declaração do secretário-geral ao Conselho de Segurança, citando dados do *World Economic Forum*, 10 de setembro de 2018.
- 188 Simone Haysom, *From the Maskani to the Mayor: The Political Economy of Heroin Markets in East and Southern Africa*, ENACT, 2020.
- 189 Os mercados ilícitos são frequentemente descritos como corrompendo de forma “enclavada”, a partir da qual a influência corruptora pode propagar-se pelo Estado. Ver Peter Gastrow, *Termites at Work: Transnational Organized Crime and State Erosion in Kenya*, International Peace Institute, Nova Iorque, 2011.
- 190 A corrupção “menor” deve ser entendida como transações financeiras de pequeno porte, que frequentemente afetam a prestação de serviços básicos, quando cidadãos são forçados a pagar subornos para aceder a serviços a que têm direito. A corrupção “maior” geralmente envolve pessoas em cargos públicos de destaque e quantias significativas de dinheiro ou bens.
- 191 A relação impostos/PIB de todos os países da África Oriental e Austral, exceto Seicheles, África do Sul, Maurícias, Lesoto e Namíbia, é inferior à média da OCDE de 24%. Ver OCDE, *Revenue Statistics in Africa, 1990–2018*.
- 192 As fontes de receita são fundamentais para moldar os incentivos e estratégias das elites governantes. Quando os governantes precisam “angariar” receitas através da tributação dos cidadãos, surgem pressões por responsabilização pública e um forte incentivo para promover investimento produtivo e reforçar a capacidade de arrecadar e gerir receitas públicas. Quando as receitas são “não legais”, tal mecanismo de responsabilização não existe, fomentando a predação,

a corrupção, o clientelismo e o favoritismo político, em vez de um comportamento político inclusivo centrado na oferta de bens públicos. As receitas não legais têm um poder corrosivo, sejam lícitas (por exemplo, a “maldição dos recursos”, quando recursos naturais valiosos geram corrupção e enfraquecimento da governação) ou ilícitas. A natureza da fonte de receita – lícita ou ilícita – molda as estratégias da elite no poder, em parte porque as últimas podem ser apropriadas diretamente, enquanto as primeiras dependem de tributação. A natureza “não legal” e “ilícita” dos lucros dos mercados criminais torna-os altamente corruptores para os funcionários públicos. Ver OCDE, *International Drivers of Corruption: A Tool for Analysis*, OCDE, Paris, 2012.

193 Pesquisa da Interpol na África Oriental concluiu que a corrupção é um fator-chave que enfraquece a capacidade dos governos de arrecadar receitas, e identificou o tráfico de drogas como o mercado ilícito mais ligado à corrupção. Ver Interpol, *Corruption as a Facilitator for Organized Crime in the Eastern African Region*, ENACT, 15 de outubro de 2019.

194 Simone Haysom, Peter Gastrow e Mark Shaw, *The Heroin Coast: A Political Economy Along the Eastern African Seaboard*, GI-TOC, 2018.

195 Por exemplo, dez funcionários judiciais zambianos foram presos em 2018 sob a acusação de estarem ligados ao desaparecimento, no Tribunal de Magistrados de Lusaca, de 24 gramas de cocaína mantidos como prova num processo contra traficantes. Ver *10 Court Officials Arrested in Connection with the Disappearance of Cocaine Not Being Victimized – DEC, Lusaka Times*, 11 de setembro de 2018.

196 A ameaça à responsabilização e independência dos procuradores públicos, causada pelo crime organizado e pelo abuso de poder executivo, foi identificada como uma das principais preocupações pela Assembleia Geral da ONU, *Report of the Special Rapporteur on the Independence of Judges and Lawyers*, 2020.

197 O juiz José Matos, membro do conselho consultivo da *Global Judicial Integrity Network* da UNODC, afirmou que a independência judicial enfrenta hoje ameaças maiores da corrupção do que há uma década. Declarações feitas antes de um evento paralelo da UNODC intitulado “Exploring the Effects of Organized Crime and Corruption on the Integrity and Independence of the Judiciary”, 12 de outubro de 2020.

198 Simone Haysom, Peter Gastrow e Mark Shaw, *The Heroin Coast: A Political Economy Along the Eastern African Seaboard*, GI-TOC, 2018.

199 Ver, por exemplo, os relatórios originais de avaliação (em que as infrações precedentes são classificadas) do *Eastern and Southern Africa Anti-Money Laundering Group* de Uganda, Namíbia e Zâmbia: https://esaamlg.org/reports/2ND-ROUND-MUTUAL-EVALUATION-REPORT-OF-THE-REPUBLIC-OF-UGANDA_1.pdf; https://esaamlg.org/reports/Namibia_detailed_report.pdf; <https://esaamlg.org/reports/MER%20Zambia-June%202019.pdf>;

referência a Essuatíni em *Eastern and Southern Africa Anti-Money Laundering Group, From Arusha to Ezulwini: Looking Back and Looking Ahead, Twenty Year Report*, 2020, <https://esaamlg.org/reports/ESAAMLG%202020%20YEAR%20REPORT.pdf>.

200 Banco Mundial, *Combatting Corruption*, 11 de maio de 2017. Note-se que países marcados por alegações de corrupção de grande escala tendem a obter classificações mais baixas no *Ease of Doing Business Index* do Banco Mundial, demonstrando como tais práticas limitam o progresso económico e aumentam a pobreza.

201 Banco Mundial, *The World Bank in Eastern and Southern Africa*, 2020.

202 Botswana: *Ministry of Finance and Development Planning, 2019 Budget Speech*; Essuatíni: *Government of The Kingdom of Swaziland*; Quénia: *The Independent Policing and Oversight Authority, Performance Report and National Treasury Budget Statement*; Lesoto: Supt. Retšelisitsoe Bokopane, chefe da *Diamonds and Drugs Unit*, LMPS, Maseru, e Comissário (CC) Chabana J. Majara; Malawi: *Treasury Department in the Ministry of Finance*; Maurícias: *Republic of Mauritius, Budget Speech*, e *Mauritius Prison Service, Budget Data*; Namíbia: *Ministry of Finance, Government Accountability Report*; Seicheles: *Budget Book*; África do Sul: *Annual Reports of the South African Police Service and Department of Correctional Services*; Uganda: *Ministry of Finance Planning and Economic Development*; Zimbabué: *Ministry of Finance & Economic Development e Parliament of Zimbabwe, National Assembly, Hansard No. 13 of 5 December 2019*.

203 *Ibid.*

204 Dados do *Urban-Brookings Tax Policy Center*, <https://www.taxpolicycenter.org/statistics/state-and-local-revenues-and-expenditures-capita-function>.

205 A. Krieger, *Drug Policy and Its Economic Cost: An Overview of Law Enforcement and Social Costs in Eastern and Southern Africa*, ESACD, 2023.

206 *Ibid.*

207 Polícia do Uganda, *Annual Crime Report 2020*, 2020.

208 A. Krieger, *Drug Policy and Its Economic Cost: An Overview of Law Enforcement and Social Costs in Eastern and Southern Africa*, ESACD, 2023.

209 *Ibid.*

210 *Ibid.*

211 *Ibid.*

212 Isto é consistente com outra fonte, que estimou a despesa anual por prisioneiro na África do Sul em R163 155 (cerca de 10 800 dólares). Ver <https://acjr.org.za/events/review-of-south-africas-correctional-services-annual-report-2019-2021>. As análises por país mostram que a África do Sul apresenta uma das despesas mais elevadas por prisioneiro, embora a mais alta seja a das Seicheles, com cerca de 14 700 dólares anuais por detido.

213 A. Krieger, *Drug Policy and Its Economic Cost: An Overview of Law Enforcement and Social Costs in Eastern and Southern Africa*, ESACD, 2023.

- 214 Council of Europe, *Costs and Unintended Consequences of Drug Control Policies*, 2017.
- 215 Global Commission on Drug Policy, *Enforcement of Drug Laws: Refocusing on Organized Crime Elites*, Genebra, 2020.

- 216 Harm Reduction International, *Making the Investment Case: Economic Evidence for Harm Reduction (2024 Update)*, Londres, 2024.



A ESACD é financiada
pela União Europeia

The Eastern & Southern Africa Commission on Drugs

secretariat@esacd.org

