

**CRISTIANO KUSBICK POLL**

**REDUZINDO DANOS EM CURITIBA:  
NOVAS ABORDAGENS EM DROGAS  
NO SÉCULO XXI**

**CURITIBA**

**2004**

**CRISTIANO KUSBICK POLL**

**REDUZINDO DANOS EM CURITIBA:  
NOVAS ABORDAGENS EM DROGAS  
NO SÉCULO XXI**

Projeto entregue como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Comunicação Social – Habilitação em Jornalismo, Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes, da Universidade Federal do Paraná.

**Orientador: Professor Luis Carlos Santos**

**CURITIBA**

**2004**

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	1
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	4
2.1 OBJETIVO GERAL .....	4
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	4
<b>3 JUSTIFICATIVA</b> .....	7
<b>4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA COMUNICACIONAL</b> .....	13
4.1 DOCUMENTÁRIO BRASILEIRO .....	13
4.2 DEFINIÇÕES MODERNAS .....	20
4.3 JORNALISMO ESPECIALIZADO .....	22
<b>5 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DO TEMA</b> .....	24
5.1 PSICOATIVOS .....	24
5.2 AS DROGAS E A SOCIEDADE .....	30
5.3 LIDANDO COM O PROBLEMA .....	32
5.4 MEDIDAS REPRESSIVAS .....	32
5.5 DROGAS E AIDS .....	34
5.6 A REDUÇÃO DE DANOS .....	38
5.7 A RD NO BRASIL .....	52
5.8 OS PONTOS DE DISCUSSÃO .....	53
<b>6 CARACTERÍSTICAS DO PRODUTO</b> .....	56
6.1 LINGUAGEM .....	56
6.2 FORMA .....	57
6.3 PÚBLICO ALVO .....	58
6.4 VEICULAÇÃO .....	58
6.5 PRODUÇÃO .....	59
6.5.1 Recursos .....	59
6.5.2 Metodologia de Pesquisa .....	59
6.5.3 Cronologia .....	60
<b>7 CONCLUSÃO</b> .....	61
<b>8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	64
<b>ANEXOS</b> .....	66

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ**  
**SETOR DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES**  
**DEPARTAMENTO DE COMUNICAÇÃO SOCIAL**  
**CURSO DE COMUNICAÇÃO SOCIAL**  
**HABILITAÇÃO: JORNALISMO**

**MAGNÍFICO REITOR:**

Professor Doutor Carlos Augusto Moreira Júnior

**VICE-REITORIA**

Professora Doutora Maria Tarcisa Silva Bega

**DIRETOR DO SETOR DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES**

Professor Doutor José Borges Neto

**CHEFE DO DEPARTAMENTO DE COMUNICAÇÃO SOCIAL**

Professor Carlos Alberto Martins da Rocha

**COORDENADOR DO CURSO DE COMUNICAÇÃO SOCIAL**

Professor Rubens Mazza

**PROFESSOR ORIENTADOR**

Professor Luís Carlos dos Santos

## 1 INTRODUÇÃO

Qualquer pessoa pode ficar ciente da enormidade dos problemas relacionados às drogas, legais e ilegais, que as grandes e pequenas cidades do mundo enfrentam atualmente, basta folhear as páginas dos jornais. Problemas sociais, de saúde e de segurança. Depois de décadas de tentativas frustradas de eliminação do consumo, da produção e do tráfico por parte de governos, organizações não-governamentais, empresas e indivíduos, através dos mais diversos meios, ainda não há perspectiva para a solução do problema. É o caso de perguntarmos se a maneira de se lidar com a situação deve persistir no caminho da repressão e do moralismo ou se deve ser encontrada uma nova estratégia.

Toda droga tem o potencial de fazer mal. Qualquer droga traz conseqüências nocivas à saúde de quem as consome e problemas outros para toda a sociedade. Porém, esses argumentos proibicionistas devem ser relativizados. Na forma como estão, servem apenas aos interessados em uma utópica erradicação das drogas. Esse ideal tem promovido a repressão policial, o preconceito contra usuários e vários outros dilemas modernos, sendo o principal a dificuldade de realizar ações alternativas que têm se mostrado mais eficientes. Pontos de vista parciais assim podem levar quem os escuta a ignorar outras soluções para o problema, tomadas a partir de outras visões da questão.

As drogas, na medida em que causam dependência, também podem levar ao desmantelamento de famílias e à ruína social e profissional. São problemas sociais, de acordo com os proibicionistas, que podem ser evitados se excluirmos o fator droga da equação. Mas a repressão crescente não parece fazer diminuir o

número de adictos e muito menos o de experimentadores ocasionais, enquanto que subsídios aplicados em tratamento e prevenção parecem trazer mais retorno.

Se formos falar na violência crescente das grandes cidades, nas milhares de pessoas, principalmente jovens, entregues a uma forma perigosa e ilegal de ganhar a vida, o infame ‘ tráfico de drogas’, ou simplesmente ‘tráfico’, na massa populacional carcerária crescente e nos outros problemas relacionados às drogas, tais como transmissão de doenças e violência familiar, fica mais difícil compreender essa insistência na “Guerra às Drogas”. São esses problemas causados pelas drogas ou são causados pela proibição sem tréguas e o preconceito, que leva a afastar-se da assistência a multidão de dependentes químicos, por uma incompreensão da natureza da questão, atitudes mesquinhas e populistas por parte dos governos?

Ou seja, o fundamentalismo conservador com que muitos políticos e a sociedade tratam a questão é cego. A visão proibicionista e repressora parece incoerente com o contexto em que vivemos e a realidade das ações dos que defendem esse ponto de vista. Não deve ser tema de discussão a afirmação de que essa visão, generalizando as possíveis vertentes, dominou a opinião pública no Brasil, se não no Mundo. Essa corrente de pensamento explora apenas os fatos relacionados ao consumo que lhes são de interesse. Sendo os meios de comunicação grandemente dominados por ela, os defensores de uma postura mais liberal e humana e os usuários de drogas, talvez os maiores interessados no assunto, não têm voz.

À medida que o tempo vai passando os costumes e as idéias mudam. Relativamente há alguns anos, está havendo uma abertura maior nos meios de

comunicação para que outras opiniões e soluções possam se manifestar e ser efetivadas. Mas é extremamente escasso o material jornalístico ou qualquer produto de comunicação com um enfoque diferente do conservador proibicionismo. Esse fato faz com que o público viva mergulhado numa opinião extremamente parcial, e sinta-se impotente por não saber o que fazer diante da situação que muitos consideram perdida, já que as diretrizes e metas que os políticos e meios de comunicação apresentam parecem ser impossíveis de ser alcançadas. Precisamos de mais informação, não de mais repressão.

As ações de comunicação social também são fundamentais para a obtenção de apoio político e social à atuação dos Programas de Redução de Danos (causados pelas drogas) e dos serviços de saúde, ao mesmo tempo em que, informando e educando a comunidade, teremos informado e educado os formuladores de políticas, os formadores de opinião e a administração pública. Isso é muito importante, uma vez que as lideranças políticas devem caminhar em sintonia com os valores aceitos pela comunidade.

O oferecimento de [...] formas de subsídio à atuação dos meios de comunicação têm se constituído em instrumento importante de contraponto às matérias sensacionalistas e reducionistas tradicionalmente veiculadas pela mídia.

[...]  
É fundamental desenvolver a compreensão sobre a extensão da questão relacionada ao uso de drogas na sociedade, sendo a mídia um meio privilegiado para se alcançar esse objetivo. (Brasil. Ministério da Saúde. *Manual de redução de danos*. Brasília, 2001.)

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Divulgar estratégias inovadoras na solução e informação sobre os problemas relacionados às drogas psicoativas<sup>1</sup> legais e ilegais, sobretudo a Redução de Danos. Juntamente, pesquisar o que já existe no âmbito da prevenção e tratamento e mostrar pontos de vista normalmente pouco explorados pelos meios de comunicação, os dos usuários e dos redutores de danos, apresentando dessa forma alternativas às atuais ações baseadas na perspectiva conservadora proibicionista e moralista, com ênfase no contexto curitibano.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

a) Informar o público sobre o estilo de vida, as opiniões e a relação com as drogas dos diversos tipos de consumidores das variadas drogas psicotrópicas existentes em Curitiba e que conseqüências essa relação trouxe e traz para essas pessoas.

b) Explorar cada uma das drogas psicotrópicas mais utilizadas em Curitiba, trazendo tantas informações quanto for possível, desde sua atuação no organismo, problemas de saúde que trazem, grau de proibição, etc, com um programa dedicado a cada uma, mostrando as diferenças e particularidades, sobretudo sociais e farmacológicas, e as características de seus usuários.

<sup>1</sup> Drogas psicoativas ou psicotrópicas: substâncias que atuam no cérebro, alterando o estado de espírito. Mais detalhes no cap. 5.

b)Pesquisar e divulgar os serviços de prevenção e tratamento, novas opiniões e ações no tocante à resolução dos problemas relacionados às drogas, com ênfase na Redução de Danos, desenvolvidas em Curitiba ou que possam ser implementadas na capital paranaense.

d)Criar um canal para reivindicações das mais diversas naturezas, tanto por indivíduos quanto por organizações, predominantemente as redutoras de danos, sendo sobretudo políticas, concernentes ao tratamento dos usuários dados pelos órgãos de justiça e de saúde.

e)Criar uma aproximação, pelo reconhecimento, entre os próprios usuários, estimulando a criação de organizações de caráter político que os representem e lutem por seus interesses e/ ou a vinculação às já existentes, onde isso for desejável e possível, mostrando sua importância e capacidade de transformação.

f)Mostrar as pequenas e grandes manifestações políticas, sociais, acadêmicas e culturais relacionadas, com o intuito de chamar a atenção ou discutir o problema das drogas.

g)Mostrar as notícias relativas às drogas e à Redução de Danos no Paraná, Brasil e Mundo.

h)Conversar com políticos, médicos e profissionais em geral ligados ao assunto de alguma maneira, mostrando suas opiniões, a realidade que conhecem e o

trabalho que eventualmente desenvolvem, levantando questões acerca da Redução de Danos.

i)Levar ao conhecimento do público as estratégias, medidas em geral, prós, contras e os princípios da Redução de Danos.

j)Levantar e mostrar fatos que evidenciem os pontos onde a política exclusivamente repressiva mostrou-se ineficiente, sejam eles históricos ou atuais.

### 3 JUSTIFICATIVA

A escassez de material relacionado a uma abordagem mais pragmática e humana da questão das drogas é desproporcional ao fracasso do enfrentamento do problema pelo modelo repressor/ proibicionista. Ao contrário do que pensa a maioria da população, aumentar o combate policial ao tráfico e apreender uma ou duas toneladas desta ou daquela substância traz poucas conseqüências efetivas na solução dos problemas relacionados às drogas. Da mesma maneira, décadas do discurso moralista que proíbe e marginaliza a droga e seus usuários pouco fez de concreto, se não piorou a situação, pois o número de pessoas que consome essas substâncias só vem aumentando ao longo do tempo, bem como daqueles que foram parar atrás das grades sem que houvesse necessidade para tanto. E essa visão repressora é pouco eficiente para combater as epidemias e outros problemas de saúde pública e individual relacionados ao uso de drogas.

O maior mercado consumidor, os EUA, encontra-se em franco crescimento. Pesquisa do *The Wall Street Journal* e da rede de televisão NBC revelou que, no início da década de 1990, 73% dos americanos já se sentiam diretamente atingidos pelo crescente consumo de cocaína, heroína, crack e maconha.

Em 1994, 7,3% dos adolescentes americanos (13 a 17 anos) declaravam ter provado maconha, contra 4% em 1992: o consumo quase dobrou em dois anos. Calculava-se em 1995 que treze milhões de americanos usavam drogas- dez milhões deles maconheiros, 1,4 milhão cocainômanos. Além disso, havia onze milhões de jovens, entre 12 e 20 anos habituados a tomar bebidas alcoólicas.

Apenas no período 1992-95, o uso de drogas entre jovens de 12 a 17 anos cresceu 78%, com destaque para a cocaína (mais 166%), alucinógenos como o LSD (ácido lisérgico) (mais 54%) e maconha (mais 37%). (SEVERIANO, 1997, p. 163)

Assombrados pelos números e impelidos pela urgência, em todo o Mundo, na maioria das vezes trabalhando na obscuridade, há um número crescente de organizações e movimentos consolidados comprometidos em ajudar pessoas marginalizadas a reconquistar seus direitos, bem como outras tentando

transformar as legislações sobre drogas em diversos países. No Brasil e no Mundo há pessoas que pensam que a “Guerra às Drogas”, cruzada movida pelos estadunidenses em favor da utópica erradicação das drogas e que tenta arregimentar mais e mais governos, falhou. Nesse caso, os recursos e esforços dos governos e da sociedade civil deveriam ser concentrados também em tratamento e prevenção, não mais apenas em repressão e talvez, por várias razões, a situação das drogas na legislação devesse ser reconsiderada.

Um projeto inovador do governo brasileiro fez de Curitiba uma das cidades que possui um programa de Redução de Danos. É possível que o próprio governo não se interesse em divulgar o fato com receio de que isso possa ser interpretado como uma “permissão para usar drogas”. Mas a verdade é que são essas medidas que têm se mostrado mais eficientes em atingir uma população estigmatizada e muito carente de ajuda.

A violação dos Direitos Humanos e dos Direitos de Cidadania- estes últimos com um caráter universal mais restrito, uma vez que são direitos considerados básicos a partir da realidade de cada país e não se referem a todos os homens indiscriminadamente, mas aos homens que são reconhecidos como cidadãos de um dado país – tem sido uma prática constante em nossa sociedade e os fatores que contribuem para essa situação são muitos e de várias ordens. Ela expressa, em grande medida, o grau de violência de nossas relações sociais e o nível de intolerância da sociedade em conviver democraticamente com as diferenças.

[...]

Essa é uma característica muito marcante de nossa sociedade, atingindo os usuários de drogas ilícitas, que sofrem discriminação. Os usuários – mesmo quando dependentes – de álcool e de tabaco, no entanto, não têm sua cidadania negada na mesma intensidade que os usuários de drogas ilícitas, simplesmente porque fazem uso de drogas socialmente aceitas – ainda que a dependência seja uma condição de saúde, sem nenhuma relação com a legalidade ou ilegalidade da droga.

[...]

A pessoa que faz uso de droga – lícita ou ilícita – é, antes e primeiramente, ser humano e cidadão e, dessa forma, portador dos mesmos direitos de um cidadão que não usa droga.

[...]

Ao reconhecer a condição de cidadão e os direitos dos usuários de drogas ilícitas, estamos, na verdade, afirmando nossa existência ética. Ou seja, ao reconhecer os direitos do outro – que é diferente – estou, do ponto de vista ético, dizendo para o conjunto das pessoas que fazem parte desta sociedade como eu gostaria de ser tratado, caso estivesse naquela situação. (Brasil. Ministério da Saúde. *Manual de redução de danos*. Brasília, 2001.)

Concordamos com essa posição. Temos certeza da falha do modelo repressor no combate aos problemas relacionados às drogas. Sendo assim, é preciso que a população seja informada sobre as iniciativas de ações mais alinhadas com tratamento, prevenção e redução de danos, conheça seus sucessos e considere uma alternativa à repressão que traz mais prejuízos que benefícios. Essas constituem medidas mais imediatas. Também é desejável que as pessoas conheçam as idéias relacionadas à descriminalização de algumas ou todas as drogas ilícitas, dentro dos diversos modelos propostos. Embora muitos considerem uma posição extremada, é possível que ela vá se desenvolvendo na mentalidade das pessoas e possa ser melhor elaborada pela sociedade, trazendo conseqüências para o futuro.

Além disso, embora a Redução de Danos esteja fortemente relacionada ao combate à disseminação da AIDS em usuários de drogas injetáveis, a idéia é facilmente extensível a outros contextos, como citam, inclusive, alguns autores. O empresário não deve demitir o jovem funcionário que cumpre suas obrigações, se descobre que ele fuma seu baseado após o expediente, em casa, só ou com amigos. Exemplos assim acontecem e é a generalização que se faz acerca do tema “drogas” que causa isso. Os repórteres dos jornais raramente pedem a opinião dos usuários, considerados incapazes, a não ser daqueles mais terrivelmente afetados pelo problema, para mostrar o “caminho sem volta” do mundo das drogas, em favor de uma abordagem alarmista e contraproducente. E a população se esquece de que há diversos tipos de consumidores e que muitos desempenham com plenitude seus papéis sociais.

Reduzir Danos, nesse caso, é particularizar cada situação e levar informação para que situações como fumar maconha, uma overdose de cocaína ou meninos de rua cheirando cola sejam tratados de forma diferente. De absolutamente nada adianta culpar a cola de sapateiro dos meninos de rua, usada para fugir de uma situação provocada pelo contexto de desigualdade social em que vivem.

A proibição e o discurso moralista fazem com que as diferentes drogas pareçam uma só terrível e fulminante que deve ser evitada, literalmente, a qualquer custo. E parece tudo o mesmo problema na mente da população, confundindo causa e efeito e execrando e marginalizando consumidores que, em muitos casos, nada têm de marginais, além do uso de suas substâncias arbitrariamente proibidas. Se não é possível banir as drogas ou se seu fim ainda está muito longe, reduzam-se os danos que elas provocam aos usuários, sejam de saúde, sejam sociais. A melhor arma que qualquer pessoa pode ter para enfrentar o problema é informação. Trazer informações, mostrar as diferenças entre os contextos das diferentes drogas e dos diferentes consumidores é outra das contribuições deste trabalho.

O vídeo é a mídia escolhida por crermos ser a única capaz de trazer o contexto em questão em totalidade ao espectador, com o máximo possível de isenção. Ao mostrar uma comunidade ou a casa de um usuário, por exemplo, o julgamento de valor feito pela audiência se dará sem uma descrição do jornalista, mas de acordo com o que o indivíduo verá no vídeo. Outras mídias dependem dessa descrição e mesmo a fotografia seria incompleta.

As drogas são uma questão universal. Mas cumprir as expectativas propostas pelo projeto em escala nacional seria trabalhoso demais e provavelmente insatisfatório. O contexto local sempre será muito importante quando o assunto for a droga e seu mercado, os consumidores de drogas, suas relações com a polícia e a sociedade. Devemos considerar a idéia “pense globalmente, aja localmente”. O autor do trabalho, residente há anos em Curitiba, tem mais familiaridade com esse contexto. Além disso, o custo financeiro para realizar filmagens em outras cidades impossibilitaria tal empreitada. Portanto, para entender mais amplamente e comunicar com mais fidelidade, é desejável restringir o espaço de estudo. A universalidade do assunto ajuda, então, pois permite maior eficiência ao se fazerem analogias entre o contexto abordado – Curitiba - e outras cidades brasileiras que enfrentam, inseridos em cada realidade particular, os mesmos problemas.

Aí percebemos a necessidade de uma série de vídeos jornalísticos com uma perspectiva diferente daquela que vem sendo mostrada até hoje. Um programa que vai mostrar os trabalhos de Redução de Danos, uma outra saída desse labirinto, a falência do modelo proibicionista, novas abordagens para o tratamento da questão, novas idéias, sem esquecer de tentar ser o mais isento e imparcial possível, ou seja, revelar opiniões de todos os lados da questão, os que querem reprimir e os que querem tratar. Sobretudo, dentro de um ideal democrático de dar voz às minorias, o principal é não agir como se os “estudiosos do assunto” debatessem possíveis soluções enquanto os “pobres usuários” aguardam o que será feito deles. Seu ponto de vista, que até agora só apareceu nas sombras da mídia, em obscuras páginas na Internet ou fanzines fotocopiados,

é valorizado pelas ações de Redução de Danos no planejamento e implementação de estratégias.

Já estamos dando nossa contribuição assim, não só porque aumentaremos o nível e a carga da informação a respeito das drogas, contribuindo de forma inovadora, mas também esperamos ajudar na solução do problema, participando e estimulando uma perspectiva democrática. Afinal, vivemos num País em que a distribuição de seringas para usuários de drogas injetáveis ainda é vista por muitos como incentivo ao consumo de drogas. Quem ousa se levantar contra a política repressiva é visto como um “traidor das forças do bem, capitulando diante do tentacular inimigo”, como escreve Fernando Gabeira. Mas essa situação está preste a mudar.

## 4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA COMUNICACIONAL

### 4.2 DOCUMENTÁRIO BRASILEIRO

Em 19 de julho de 1898, Afonso Segreto realiza a primeira tomada no Brasil. Esta foi feita a bordo do navio "Brésil", retornando da Itália, onde Afonso, instruído pelo irmão, Paschoal Segreto, dono de salas de cinema e teatro, um dos maiores promotores de entretenimento do Rio e São Paulo na época, teria ido comprar equipamentos e filmes e familiarizar-se com a nova tecnologia do cinema. Esse primeiro plano cinematográfico realizado no País tem por motivo a entrada do navio na Baía de Guanabara, Rio de Janeiro (MOURA:1990).

A partir daí, os irmãos passam a ter como motivo de seus registros regulares os acontecimentos cívicos e a elite brasileira.

“Cerimônias, festas públicas, aspectos da cidade, são filmados pelos irmãos num momento crucial de transformações, tornando-se praticamente os únicos produtores de cinema no Brasil até 1903. (...)...as ligações da família com o movimento operário e uma possível ligação de Afonso com anarquistas faz com que documente aspectos polêmicos dos acontecimentos políticos da época” (*Ibid.*, p. 18).

O sensacionalismo nos jornais populares brasileiros é criado quando um crime cometido em 1906, que choca a cidade do Rio de Janeiro, é tema de dois filmes de sucesso. Segundo consta, dois homens – Carlino e Paulino Fuoco – foram estrangulados misteriosamente. A polícia carioca fotografou a retina de um dos cadáveres para tentar encontrar nelas o retrato do assassino. A investigação culmina com a prisão de Jerônimo Pegatto, Rocca, Carletto e José Epitácio,

condenados depois de um longo processo. Em 1906, o já citado Paschoal Segreto apresenta, em novembro, juntamente com o folheto, peças e revistas relacionadas ao caso, o filme ROCCA, CARLETTO E PEGATTO NA CASA DE DETENÇÃO (MOURA:1990).

No Paraná, em 1907, Annibal Rocha Requião, proprietário da Sala Smart de Cinema, inaugurada em 1908, realiza seu primeiro "natural". Trata-se da filmagem do desfile militar de 15 de novembro. Mas o ano mais produtivo de Requião foi 1909, quando produziu dezoito filmes. Sua produção, entretanto, começou a diminuir sensivelmente a partir de 1912. Atos públicos, festas oficiais, reuniões e divertimentos da "sociedade chique", enfim, a vida social de Curitiba e também o interior do estado eram documentados por Requião. Os jornais ressaltavam sua qualidade técnica e a comparavam com as melhores fitas estrangeiras da Pathé Frères. O grande reconhecimento de Requião foi o sucesso do filme DA SERRINHA AOS PRIMEIROS SALTOS DO IGUAÇU de 1910 (*Ibid.*).

Outro documentarista pioneiro, cuja obra foi realizada por meio de registros de expedições, é o major Luís Tomás Reis. Então ele está a cargo do Serviço de Fotografia e Cinematografia da Comissão de Linhas Telegráficas e documenta durante a década de 10 e 20 peculiaridades do interior do Brasil, voltando-se também para o registro de populações indígenas. OS SERTÕES DE MATO GROSSO, de 1916, é seu principal filme e o próprio major o exibiu por salas em todo Brasil (*Ibid.*).

Jean Claude Bernadet, citado por MENDER (1990. p.191.), na apresentação de sua Filmografia do Cinema Brasileiro: 1900-1935: jornal O Estado de São Paulo, ressalta que o estudo da história do cinema brasileiro, em

suas primeiras décadas, deve partir não do longa-metragem de ficção – que “é o sonho, a vontade, o ‘verdadeiro’ cinema, mas exceção” – e sim dos documentários de curta-metragem e dos jornais cinematográficos, “pois é este tipo de cinema que durante décadas foi o sustentáculo da produção e comercialização de filmes brasileiros”.

Nada menos que 51 jornais cinematográficos brasileiros apareceram nas telas paulistas neste período, indica o levantamento de Bernadet. A produção de documentários e cineatualidades, que domina essa tendência, ainda prossegue durante as décadas de 1930 e 1940. A subsistência de cinegrafistas e laboratórios, bem como um mínimo de continuidade cinematográfica em vários pontos do país é assegurada por conta da exibição dos documentários nacionais (*Ibid.*).

Dono da ROSSI REX FILME, Gilberto Rossi realiza entre 1934 e 1936 pelo menos quinze números de A VOZ DO BRASIL. Também, 30 números de ATUALIDADES ROSSI REX são projetadas nas melhores salas da capital paulista, entre os anos de 1937 e 1940. Muitos outros cinejornais são produzidos em São Paulo. Podemos Destacar ATIVIDADES ESCOLARES, produção da Vitória Filmes, com quatro números em 1945; ATUALIDADES BRASILEIRAS, produção da Rossi Rex Filmes, com três números entre 1942 e 1946; ATUALIDADES CINEAC, produção da Campos Filme, com 35 números entre 1941 e 1942; REPORTAGEM CINEMATOGRAFICA, produção de William Gerick e da Cia. Americana de Filmes S.A., com cerca de 12 números entre 1940 e 1941 (*Ibid.*).

O DIP (Departamento de Imprensa e Propaganda) e os DEIPs (Departamentos Estaduais de Imprensa e Propaganda) dominam a realização de jornais cinematográficos, eliminando os concorrentes e levando ao desaparecimento a maioria das produtoras independentes, no período do Estado Novo (1937-1945). A base de sustentação dos filmes documentais era a propaganda (governamental ou privada). Muitos cine-jornais foram produzidos através do DIP e dos DEIPs.

O Brasil vivia seu chamado período democrático, no final da década de 40, a época de abertura entre o Estado Novo e o Golpe de 64. Como em todo mundo, o clima político no Brasil representa o antagonismo entre os ideais socialistas e o capitalismo. Neste contexto, A Companhia Cinematográfica Vera Cruz, idealizada pelo engenheiro italiano Franco Zampari, surge na São Paulo de 1949, e seu lema era "Produção Brasileira de Padrão Internacional". O desenvolvimento de uma produção cinematográfica brasileira em escala industrial era o objetivo da Vera Cruz. A indústria de Hollywood foi a principal influência e a Vera Cruz estruturou-se construindo estúdios gigantescos e caros e importando os melhores equipamentos do mercado internacional.

A produção da Vera Cruz se caracterizou justamente por esta proposta industrial. Foram produzidos alguns documentários de linguagem clássica e de curta metragem como PAINEL (1950) e SANTUÁRIO (1951), dirigidos por Lima Barreto. Mas, o principal produto da Companhia e o gênero pelo qual foi consagrada comercialmente no mercado nacional foi a Chanchada.

Nos debates e Congressos de Cinema realizados em 1952-53 começa a germinar o Cinema Novo. Exemplo destes foram o I Congresso Paulista do

Cinema Brasileiro (1952), I Congresso Nacional do Cinema Brasileiro, no Rio de Janeiro e o II Congresso Nacional do Cinema Brasileiro, em São Paulo, 1953 (*Ibid.*).

Quase nada do que se fez depois deixou de trazer a marca das conquistas obtidas nos Congressos. A consciência da inferioridade econômica do cinema brasileiro em seu próprio território, sublinhada ao mesmo tempo pela conscientização cultural de um cinema de possibilidades revolucionárias, principiou nas discussões travadas nesses congressos. Anos depois, Paulo Emílio Salles Gomes teorizou sobre a ideologia do ocupado e do ocupante. Nos congressos, o ocupado reconhecia, pela primeira vez, a face do ocupante. (RAMOS, 1990. p. 301).

Crítica em relação ao cinema que vinha sendo produzido no Brasil, uma nova geração de cineastas começa a surgir. É influenciada por movimentos cinematográficos internacionais como o Neo-realismo, o surgimento da Nouvelle Vague francesa, estas também influenciadas pelas teorias russas da montagem de Eisenstein e o cine-olho, de Dziga Vertov. Esse contexto avança até o rompimento da nova geração de cineastas com os padrões de produção adotados até então.

ARRAIAL DO CABO (1959), de Paulo César Saraceni em parceria com o fotógrafo Mário Carneiro é um dos dois documentários considerados precursores do Cinema Novo. O filme foi rodado inteiramente em locações externas, retratando a vida social de uma comunidade de pescadores inteiramente dissolvida pela instalação de uma indústria nas redondezas.

A carência deixa de ser obstáculo e passa a ser assumida como fator constituinte da obra, elemento que informa a sua estrutura e do qual se extrai a força da expressão, num estratagema capaz de evitar a simples constatação passiva ('somos subdesenvolvidos') ou o mascaramento promovido pela imitação do modelo imposto (que, ao avesso, diz de novo 'somos subdesenvolvidos'). A 'estética da fome' faz da fraqueza a sua força, transforma em lance de linguagem o que até então é dado técnico. Coloca em suspenso a escala de valores dada, interroga, questiona a realidade do subdesenvolvimento a partir de sua própria prática." (XAVIER, 1983, p.9)

O documentário brasileiro alcançou suas maiores realizações no Cinema Novo. A maior parte dos cineastas do movimento começaram com o documentário de curta-metragem.

Sendo produzido pelo movimento estudantil, através da UNE, que vivia épocas de liderança nos movimentos populares, o moderno documentário brasileiro também nasceu nas universidades. O CPC (Centro Popular de Cultura), entidade vinculada a UNE, desenvolvia projetos de difusão de cultura através de diversos meios de comunicação e atividades artísticas estimulando a organização de outros centros de cultura em outros estados.

O CPC produziu dois filmes de longa metragem, um deles foi o documentário CINCO VEZES FAVELA (1962), dividido em cinco episódios, dirigidos por cinco diretores diferentes. Os episódios eram UM FAVELADO, de Marcos Farias, ZÉ DA CACHORRA de Miguel Borges, ESCOLA DE SAMBA ALEGRIA DE VIVER de Carlos Diegues, PEDREIRA DE SÃO DIOGO de Leon Hirszman e COURO DE GATO de Joaquim Pedro de Andrade. Atualmente, o cinema de ficção brasileiro bebe da fonte dos contrastes sociais. Retratados através do dia-a-dia nas favelas, esse também era o tema dos filmes acima citados.

O CPC produziu ainda CABRA MARCADO PARA MORRER, longa metragem dirigido por Eduardo Coutinho. Iniciado em 1964, foi em seu primeiro momento, o outro projeto de longa metragem produzido pelo CPC da UNE. O filme não foi finalizado no período, pois foi paralisado em função do golpe militar e só retomado dezessete anos depois já num outro projeto de Coutinho com o mesmo nome e lançado em 1984 (CATANI, 1990).

Refletindo a abertura política pela qual o país estava passando, o documentário no Brasil se desenvolve na direção de narrar o renascimento dos movimentos populares em seus vários aspectos. Essa característica é sentida durante a década de setenta e início da década de 80.

Até agora, pudemos ver como o documentário brasileiro tentou atingir uma autenticidade por meio do retrato dos problemas do País. O contexto de marginalidade e pobreza que se relaciona com um documentário sobre drogas vem participar dessa tendência, histórica e atual de uma parte da produção do cinema brasileiro, que pode pretender, mostrando a violência das injustiças sociais, realizar um serviço de responsabilidade social por meio da conscientização das pessoas. Percebemos pois, que, desde o surgimento da produção documental no Brasil, há uma forte vinculação ideológica. Tal não seria diferente em um documentário que pretende conscientizar as pessoas acerca dos rumos estranhos da política de drogas.

Os ideais de transformação da sociedade são substituídos pelo neoliberalismo globalizado, na década de 90, que marca o ponto final entre a dualidade mundial capitalismo X socialismo. Então, mais do que nunca, o fluxo de informações externas compõe o imaginário do povo e as referências são combinadas resultando um hibridismo que influencia a linguagem cinematográfica documental nos dias de hoje.

A extinção da Embrafilme e a destruição de qualquer possibilidade de sobrevivência para a produção nacional foi o impacto sentido por conta das medidas do governo Fernando Collor de Mello, em todo cinema brasileiro, no começo da década de 90. A produção documental brasileira permaneceu graças

a possibilidade da gravação em vídeo e exibição em alguns poucos canais de TV educativos.

As novas tecnologias digitais que englobam desde montagem e finalização, incluindo as ilhas de edição digitais, as próprias câmeras digitais de alta definição, influenciam a linguagem e temática dos documentários atuais. A produção brasileira também é bastante influenciada pela regulamentação de algumas leis de incentivo à cultura e à produção audiovisual por parte do governo, como a Lei Rouanet (Nº 8.313) e a Lei do Audiovisual (Nº 8.685).

Por outro lado, são as produtoras independentes que predominam na viabilização dos filmes através das leis. Os canais de televisão a cabo também passaram a investir na produção documental, mas na maior parte dos casos o canal garante a exibição. Neste trabalho, a veiculação, pretende-se, será feita também nos canais a cabo, entre outros. Mas, definitivamente, as salas de cinema não são uma opção devido a dificuldades inerentes, como a dificuldade em atrair público e em se lidar com eventuais distribuidores.

#### 4.3 DEFINIÇÕES MODERNAS

Todo filme é um texto, um discurso, assim defende a corrente semiológica, ou seja, o filme implica num processo de construção. Segundo a semiologia, a imagem, que é, então, considerada uma linguagem, anima a linguagem cinematográfica, a qual baseia-se num conjunto de códigos e de sistemas de significação. Assim, todo filme, documental ou ficcional, torna-se uma representação da realidade.

O cinema tem de fato esse poder de 'ausentar' o que nos mostra: ele o ausenta no tempo e no espaço, porque a cena registrada já passou e porque se desenvolvem em outro lugar que não na tela onde ele vem se inscrever. No cinema, representante e representado são ambos fictícios. Nesse sentido, qualquer filme é de ficção. O filme industrial, o filme científico, assim como o documentário, caem sob essa lei. (VERNET, 1995, p.100)

O que faz de um filme um documentário está mais no plano ético que em características relacionadas ao filme propriamente. "Podemos dizer que o documentário é o que aqueles que se consideram documentaristas produzem." (NICHOLS, 1991, p.15)

Ou seja, há uma certa historicidade relacionada com a definição do que seja documentário e ela é baseada em padrões de aceitação dos documentaristas em um contexto histórico e social específico. Esses padrões vivem em um fluxo, uma dinâmica que varia de acordo com processos de aceitação, contestação e transformação. Tais processos ocorrem dentro do discurso do documentarista, dentro de certos modos de representação que têm suas próprias características, arbitrando o que é válido ou não na obra para ser encarada como documentário.

"Os indivíduos irão tanto aderir quanto flexionar essas restrições ao longo de sua prática, assegurando que os filmes que chamamos de documentário retenham uma relativa autonomia de qualquer definição final ou determinantes deles." (NICHOLS, 1991, p.18)

Mesmo assim, Nichols mesmo vê características formais coincidentes com as usadas no filme de ficção dentro do documentário. Há várias maneiras de representação que podem ser usadas pelo documentário e estes recorrem a estruturas clássicas da ficção. Para Arthur Omar, tido como radical, a forma do documentário seria então "totalmente tributária desta vertente principal da história do cinema".

Não existe o filme documentário como linguagem autônoma, isto é, o documentário tal como existe hoje é um subproduto da ficção narrativa, sem conter em si qualquer aparato formal e estético que lhe permita cumprir com independência seu hipotético programa mínimo: documentar.

“As conquistas formais do filme narrativo de ficção foram sendo incorporadas aleatoriamente ao documentário, como procedimentos que vêm de fora e se cristalizaram no que se pode ver hoje como fórmula acabada. Todas as tentativas de dar ao documentário uma independência estética (e ideológica) foram infrutíferas diante da presença avassaladora do filme de ficção.” (OMAR, 1978, p.6)

Os documentaristas contemporâneos deixam de lado a idéia de uma fronteira nítida entre realidade e ficção. Ficção e documentário, um e outro gêneros definem-se mutuamente, cada um incorporando características e estruturas do outro. Porém, ainda que essa discussão sobre a definição exata de cada um tenha passado para segundo plano, ainda há controvérsias acerca dela tanto no campo mais abstrato das definições formais como na parte mais prática da realização.

#### 4.4 JORNALISMO ESPECIALIZADO

Houve um rápido desenvolvimento dos meios de comunicação, bem como uma imensa popularização, neste último século. A tecnologia gerou enormes mudanças na sociedade, trouxe a revolução dos audiovisuais e transformou os demais meios de transmissão da informação, a imprensa se expandiu e seus

sistemas de intercâmbio e controle ficaram mais complexos. Na concepção de BAHIA (1971, p.115), de modo geral, também houve uma sofisticação e um aumento da complexidade do modo de vida das pessoas, o que obrigou os veículos de comunicação a, na tentativa de suprir as demandas de públicos específicos, especializarem-se.

A vida política brasileira, esforçando-se por propagar sua ideologia de distinção de classes em uma sociedade industrial, também contribui para um processo de especialização de nossa imprensa. Assim, ao invés dos produtos jornalísticos para todos, testemunhamos uma produção voltada para camadas de público, como explica LAGE (1979).

Ora, o tema 'drogas' é amplo e complexo o suficiente para exigir um tratamento direcionado, específico. Como diz BAHIA (1971, p.116) "a técnica da cobertura especializada abrange de forma mais ampla o assunto e seus diferentes enfoques. Isso corresponde a uma sofisticação técnica, já que a abordagem ganha contornos específicos e particulares relacionados ao assunto de que trata, graças à profundidade que é capaz de imprimir." Finalmente, a cobertura especializada é, mais do que nunca, necessária aqui, já que o tratamento do tema 'drogas' vem sendo feito de forma superficial, sem uma preocupação maior em averiguar todos os dados relacionados, que pedem por enfoques diferenciados.

## 5 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DO TEMA

### 5.1 PSICOATIVOS

“Psicotrópicos ou psicoativos, como a origem das palavras diz, são drogas que ‘agem sobre a mente’. Mais exatamente sobre o centro de prazer e saciedade do sistema nervoso.” (Revista Galileu, setembro de 2000).

Já Wilson Paulino em seu “Drogas”, de 1994, completa a explicação completa a explicação: “As drogas psicotrópicas, também chamadas de psicoativas, atuam sobre o Sistema Nervoso Central (SNC). (...) Algumas drogas psicotrópicas atuam deprimindo, isto é, diminuindo a atividade das células nervosas. O indivíduo fica, então, ‘desligado’, ‘grogue’, ‘devagar’, meio ‘alheio’ ao que acontece ao seu redor. (...) Essas drogas são chamadas de depressoras das atividades do SNC.”

Continuando a leitura, aprendemos que há drogas chamadas de estimulantes da atividade do SNC, que aumentam a atividade das células nervosas, deixando a pessoa “elétrica”. Finalmente, existem as drogas perturbadoras da atividade do SNC, que desgovernam ou perturbam a atividade das células nervosas, cruzando e/ou potencializando os sentidos, fazendo a pessoa perceber as coisas de maneira esquisita, distorcida ou deformada.

Ainda no livro de Paulino encontramos uma tabela mostrando as proporções de uso entre as drogas mais consumidas por jovens (alunos de 1º e 2º graus de escolas brasileiras), de acordo com dados do Cebrid (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas): Álcool 77,5%, Tabaco 27,4%,

Inalantes 17,3%, Ansiolíticos 7,2%, Anfetaminas 3,9%, Maconha 3,4%, Barbitúricos 2,1%, Orexígenos (remédios para abrir o apetite e xarope) 1,6% e 1,5%, Anticolinérgicos 1% e Cocaína 0,7%. Esses dados são de fins da década de 80 e são citados para efeito de comparação.

Dados mais recentes (SEVERIANO, pps.21-22), de 97, relativos a pesquisa feita pela psicóloga Tania Zagury, que entrevistou, durante dois anos, quase mil jovens com idades entre catorze e dezoito anos, de todas as classes sociais, em várias capitais brasileiras e cidades do interior. Segundo a pesquisa, mais da metade desses jovens urbanos (57,7%) começa a usar droga com catorze anos ou menos, com preferência disparada pelo álcool (56,4%), seguido por calmantes (9,3%), maconha (7,2%), remédios para emagrecer (6%), solventes (4,4%), cocaína (1%), heroína (0,4%) e crack (0,3%).

Observamos um claro aumento no consumo por jovens de drogas ilegais, sendo que a heroína nem é citada na primeira pesquisa e o crack sequer existia. Os dados seguintes são da revista Veja, da editora Abril, de 26 de julho de 2000 e ajudam a ilustrar a situação. São dados obtidos em uma estimativa da Polícia Federal com base nas apreensões realizadas em 1999, mostrando o consumo em quilos das principais drogas ilegais: Maconha 685310, Cocaína 58360, Ecstasy 2450, Crack 1760, Heroína 9.

Segue uma descrição técnica das drogas, legais ou ilegais, mais conhecidas e/ou utilizadas, baseada em uma publicação distribuída pelo Governo do Paraná, através da Secretaria de Saúde, denominada "Oficina de Capacitação para Radialistas, Técnicos de Saúde e Agentes Redutores de Danos do Paraná".

As informações, no entanto, precisaram ser corrigidas e complementadas, pois mostraram-se equivocadas na publicação citada.

### Ansiolíticos ou Tranquilizantes

São substâncias depressoras do SNC produzidas em laboratório. São popularmente conhecidas como sedativos, calmantes, ou por seus nomes comerciais Valium, Lexotan, Diazepan, Dienpax. Provocam alívio da tensão e da ansiedade, relaxamento muscular e induzem o sono. Em altas doses podem causar queda da pressão arterial. Quando usadas com álcool potencializam o efeito de relaxamento muscular, levando ao estado de coma. Em grávidas podem causar má formação fetal. Causam tolerância e dependência.

### Álcool

Substância extraída da fermentação de cereais, destilação de cana de açúcar, cereais ou frutas e depressora do SNC. Provoca sensações de desinibição, euforia e sensação de anestesia. O uso excessivo pode provocar náuseas, vômitos, tremores, suor abundante, dor de cabeça, tontura, agressividade, diminuição dos reflexos. Causa tolerância, dependência e abstinência.

O álcool é uma droga legal e, ainda que conste na legislação, sua proibição para menores de idade não é efetivamente praticada. É fato conhecido que os adolescentes na faixa etária de proibição raramente são impedidos de consumir a droga. Esse fato é interessantíssimo de ser explorado pelo programa. O álcool é, entre os psicoativos, o que causa mais problemas sociais, seja por sua

capacidade de causar dependência, seja por que seu comércio é legal e, portanto, está mais disseminado. Proibir o álcool é um desejo de alguns proibicionistas mais extremados. Essa incoerência, do álcool ser uma droga nociva à saúde e à sociedade e, não obstante, não ser proibida, leva a concluir que a proibição ou não das substâncias tem mais a ver com tradição e costumes do que com argumentos específicos sobre o assunto, o que é outro tópico interessante para abordagem.

### Codeína

Presente em xaropes e gotas para tosse e nos antiespasmódicos, essa substância é depressora do SNC e derivada de morfina. Tendo nomes comerciais como Belacodid ou Elixir Paregórico, traz alívio da tosse e de dores e também sonolência. Pode causar queda da pressão arterial e da temperatura, convulsões e coma. Causa tolerância, dependência e síndrome de abstinência.

### Tabaco

Extraído da folha de fumo, o tabaco aumenta a atividade do SNC. É estimulante e traz sensação de prazer, podendo reduzir o apetite, com possibilidade de levar a estados crônicos de anemia. Causa problemas circulatórios, cardíacos e pulmonares, associados com câncer de pulmão, bexiga, próstata, entre outros. Aumenta risco de aborto em mulheres grávidas. Causa dependência, tolerância e síndrome de abstinência.

### Anfetaminas

Substâncias sintéticas obtidas em laboratório, estimulantes da atividade do SNC, são conhecidas como bolinhas, rebite, boleta. Estimulam atividade física e mental causando inibição do sono e do cansaço, bem como da fome (SEVERIANO, 1997, p.58). Pode causar taquicardia, aumento da pressão sanguínea, insônia, ansiedade, agressividade. Causa dependência, tolerância e síndrome de abstinência.

### Cocaína

Substância presente na folha de coca, que é encontrada na América do Sul. Estimulante do SNC. Chamada de pó, brilho, bright, branca, traz sensação de poder, desinibição, euforia, o indivíduo vê o mundo mais brilhante, também causa perda da fome, do sono e do cansaço. Pode causar taquicardia, aumento da temperatura, convulsões, parada cardíaca. Em uso associado ao álcool pode provocar desidratação com complicações renais. Causa dependência, tolerância e síndrome de abstinência.

Muitos afirmam que a cocaína seria a segunda droga na lista das liberações, seguindo a Maconha. Seu uso foi liberado e até estimulado no passado. A Cocaína é o principal alvo dos projetos de redução de danos, uma vez que uma das maneiras de consumi-la é através de injeção, o que possibilita a disseminação da AIDS. Também se fala muito na Cocaína como sendo o degrau seguinte à maconha na “escada das drogas” que muitos defendem ser um dos principais problemas relacionados ao consumo de qualquer droga psicoativa.

### Crack

É a cocaína na sua forma básica, é estimulante do SNC conhecido por “pedra”. Causa sensação de euforia, agitação, perda da fome e do cansaço. Pode causar também transpiração forte, dilatação das pupilas, alucinações, dor de cabeça, tontura, desmaio, hemorragia cerebral, infarto do miocárdio. Causa dependência, tolerância e síndrome de abstinência.

### Maconha

Extraída da planta *Cannabis sativa*, distorce a atividade do SNC e tem muitos nomes populares, tais como baseado, fininho, marrom, diamba, beg... Provoca sensação de calma, relaxamento e induz a fome. Seus efeitos incluem prejuízo da memória imediata e algumas pessoas podem apresentar alucinações. Também há diminuição dos reflexos, o que provoca risco de acidentes. Provavelmente causa dependência e tolerância.

Essa é sem dúvida a mais controversa das drogas ilegais. Largamente consumida no mundo todo, já foi quase legalizada em décadas recentes nos EUA. Mas seus usuários são vítimas de preconceito por parte da sociedade e constantemente sofrem com os abusos das forças de repressão. O debate em torno da Maconha é o que mais estimula a busca por abordagens diferentes dos problemas relacionados às drogas, tanto pela questão humanista, como pelo valor terapêutico e comercial da fibra de cânhamo.

### LSD – Ácido Lisérgico

Substância sintética produzida em laboratório, perturbadora da atividade do SNC, é conhecida como ácido, viagem, trip. Causa alucinações, delírios,

percepção de formada de sons, imagens e tátil. Possíveis efeitos são ansiedade, pânico, delírios, convulsões e causa dependência, tolerância e síndrome de abstinência.

### Ecstasy

Essa substância sintética é uma metaanfetamina, seu princípio ativo é o MDMA. Conhecida por êxtase, perturbadora da atividade do SNC, causa alucinações, percepção distorcida de som e imagens, sensação de plenitude e leveza, aguçamento dos sentidos, aumento da energia física podendo levar à exaustão. Também provoca desidratação, ressecamento das mucosas com a necessidade de ingerir líquidos. Pode causar ansiedade, delírio e pânico. Causa dependência, tolerância e síndrome de abstinência.

## 5.2 AS DROGAS E A SOCIEDADE

A ilegalidade ou não de uma droga não está relacionada a seus efeitos farmacológicos. No entanto, nossa cultura apresenta um preconceito exagerado com relação às drogas ilícitas e, por outro lado, uma certa tolerância às drogas lícitas. Vale sempre lembrar que é a relação que o indivíduo mantém com a droga, como ela é usada, que é o importante a se observar e não meramente a substância química, no tocante aos possíveis efeitos colaterais advindos desse uso. Portanto, é redundante e incompleto falar de drogas apenas, sem mencionar, sem entender a relação do indivíduo com elas e, por consequência deste, da sociedade como um todo.

Quando as drogas são citadas na mídia, em geral são notícias relacionadas a prisões ou carregamentos interceptados pela polícia ou narrando as barbaridades cometidas por algum adicto. Porém, com menos frequência vemos notícias não apelativas relacionadas às políticas que norteiam o enfrentamento do problema.

O uso de substâncias psicotrópicas é muito antigo e perde-se na História da humanidade, variando com o tempo e a cultura em que se insere. Hoje, no entanto, independente do uso que possa ter sido feito no passado, as drogas tornaram-se um problema mundial de saúde pública.

A utilização de drogas psicoativas pelo homem é muito antiga e problemas relacionados "devem sempre ter existido". No entanto, a partir do final do século XIX, com a evolução das técnicas para manipular substâncias químicas, foram produzidas formulações mais concentradas, capazes de um efeito psicoativo mais intenso e de causar maior tolerância e dependência. Também nessa época, com o desenvolvimento de equipamentos eficientes e acessíveis para injeção endovenosa, aparece a possibilidade de usar drogas por esta via. Junte-se a isso a mudança de estilo de vida de amplas camadas da população, migrando para as cidades opressoras e competitivas, e você terá um aumento do consumo de substâncias psicoativas e novas formas de uso, além, é claro, dos danos causados por esse consumo. Porém, esses danos não eram tão sérios quanto a AIDS, que não tem cura, assunto que abordaremos mais adiante.

### 5.3 LIDANDO COM O PROBLEMA

Poucas áreas no campo da Saúde Mental são tão difíceis como as Dependências Químicas. Para estas não há cura, apenas tratamento, através de uma terapia multidisciplinar com fins a uma reabilitação (MALBERGIER, 2001).

Podemos dizer, em geral, que há três modalidades de tratamento, essencialmente utilizadas no tratamento do alcoolismo, mas estendidas às demais drogas: há o modelo Craft, vindo dos grupos de auto-ajuda, originários da década de 30 nos EUA. Nessa modalidade os dependentes químicos em recuperação atuam como conselheiros e educadores para os demais. O modelo médico baseia-se no Craft, mas o médico é chefe da equipe terapêutica e dá tratamento para patologias clínicas relacionadas com o uso de substâncias psicoativas, diferente do primeiro, que não se ocupa disso. O modelo psiquiátrico baseia-se nos dois anteriores, mas acrescenta a diagnose psiquiátrica e o tratamento correspondente. Esse é provavelmente o modelo mais completo que existe. O modelo psiquiátrico usa vários tipos de terapia, inclusive a farmacoterapia, combinadas ou não, conforme o caso, trazendo também uma equipe multidisciplinar trabalhando em conjunto (*Ibid.*).

Para o tratamento de dependentes químicos tanto o suporte familiar como o engajamento e a motivação do paciente são imprescindíveis. A complexidade das dependências químicas requer tratamento abrangente e de equipe, necessariamente (*Ibid.*).

### 5.4 MEDIDAS REPRESSIVAS

Segundo estudiosos de AIDS e das drogas, atualmente há duas grandes linhas de ação que tentam diminuir os efeitos nocivos causados pelo consumo de drogas.

Uma dessas linhas é a das medidas exclusivamente repressivas, que têm como foco central o combate às drogas ilícitas (artificialmente diferenciadas das drogas lícitas). Através de medidas repressivas e baseadas em leis que criminalizam o uso, o objetivo dessas ações é reduzir ao máximo o consumo dessas substâncias e prevenir seu uso por novas pessoas. A criminalização pelo consumo/ posse de drogas e críticas a programas que não baseiam-se na interrupção do consumo (tolerância zero ao consumo) são alguns dos aspectos abordados por essa linha. Os defensores de uma "sociedade livre de drogas" demonizam e mistificam as substâncias, responsabilizando-as pela violência e diversos males sociais.

Essas medidas têm se mostrado pouco eficazes, tanto em deter o consumo/ tráfico/ produção das substâncias como para prevenir doenças como a AIDS. Além de outros aspectos, principalmente a criminalização do uso afasta os usuários do tratamento, por temor a sanções legais. Desconsiderando que as drogas em si não possuem qualidades ou conseqüências boas ou más (esses efeitos vêm da relação da pessoa com a droga: o uso abusivo), a linha repressiva legítima na sociedade ações arbitrárias, radicais, fora de contexto e, em grande maioria, ineficazes, quando não causadoras de efeito contrário ao desejado. Há vários exemplos disso:

Na Ásia, em dois países, a Indochina e o Laos, havia um consumo milenar de ópio, culturalmente contextualizado, com raras conseqüências danosas. Na década de 1950, com a chegada dos franceses e posteriormente dos norte-americanos, em decorrência da guerra do Vietnã, o uso do ópio foi proibido. A partir de então, com a dificuldade de acesso ao produto, desenvolveu-se o mercado negro da heroína, aumentando os casos

de uso injetável, potencialmente muito mais arriscado do que o ópio fumado. Nos Estados Unidos, no início do século 20, quando o consumo de bebidas alcoólicas foi proibido com a chamada Lei Seca (Emenda Constitucional aprovada pelo Congresso dos Estados Unidos em 1919, para proibir a fabricação, a comercialização e o consumo de bebidas alcoólicas), ocorreu paradoxalmente um grande aumento de consumo, fortalecimento e enriquecimento da máfia (que controlava o tráfico ilícito), e foi o único momento da história no qual foram registrados casos de uso de álcool injetável em consequência da dificuldade de acesso a bebidas alcoólicas. Se, por um lado, a redução da oferta de uma droga pode contribuir para a diminuição do seu consumo, por outro, pode também propiciar o aumento do consumo de outras drogas. É o caso, por exemplo, do uso de solventes por crianças em situação de rua na cidade de São Paulo. No início dos anos 90, o controle da venda de cola de sapateiro foi intensificado, e isso reduziu o acesso das crianças ao produto. Entretanto, logo em seguida houve um aumento exagerado do uso de esmalte de unha e outros solventes mais acessíveis no mercado. Outro exemplo desse fenômeno é a tendência ao aumento do consumo de álcool e de cocaína, nos períodos de menor disponibilidade de maconha." (TELLES, 2003)

Medidas repressivas isoladas não adiantam muito. Se por um lado podem reduzir o consumo de uma droga, podem aumentar o de outra em substituição. O consumo desta ou daquela substância não está somente associado à oferta, mas a diversos fatores, como o indivíduo e seu meio. A disponibilidade da droga em si não torna as pessoas dependentes. A comprovação da falência do modelo exclusivamente repressivo pode ser vista em números dos EUA, o país defensor dessa política e que mais gasta na "Guerra às Drogas". De 1980 até 2000, o orçamento do combate às drogas aumentou de 1 bilhão de dólares para 18,5 bilhões. No entanto, de 81 a 98, o preço médio do grama de cocaína para o consumidor baixou de US\$ 191 para US\$ 44 e sua pureza aumentou de 60 para 66%. Nas mesmas condições, o grama da heroína baixou de US\$ 1194 para US\$ 317 e a pureza subiu de 19 para 51%. Além disso, de 47% de pessoas que referiram ser fácil conseguir drogas ilícitas, o percentual foi para 88% (*Ibid.*).

## 5.5 DROGAS E AIDS

Para falarmos da outra modalidade de ação para diminuir os efeitos nocivos das drogas, primeiro precisamos estudar este ponto.

Há vários fatores de risco de contágio que influem sobre os UDI (Usuários de Drogas Injetáveis): compartilhamento de seringas, tempo de uso da droga injetável, grupo étnico, o fato de freqüentar "shooting galleries"<sup>2</sup>, ter estado na prisão, baixo nível sócio-econômico, entre outros (STARK *et al.*), citado em MALBERGIER (2001). Mas pelo menos dois fatores parecem estar presentes na disseminação rápida do HIV nesse meio: a desinformação sobre os mecanismos de transmissão do vírus, seja pela inexistência da informação, no início da infecção, ou pela falta de acesso a ela; e a "disseminação eficiente" (efficient mixing), que é a facilitação do compartilhamento, devido à proibição ou difícil aquisição de equipamento esterilizado (MALBERGIER, 2001).

No Brasil, a droga injetável mais usada é a cocaína e, aparentemente, isso representa um risco a mais no contágio por HIV por diversas razões. A cocaína, discute-se, agiria no sistema imunológico, facilitando a infecção pelo vírus. A meia vida da cocaína é curta, o que faz com que ela tenha que ser usada com mais freqüência para manutenção da sensação procurada, especialmente comparando-se com o uso de opióides (heroína, morfina e codeína). Logo, seriam mais chances de se expor a riscos, aumentando o número de injeções entre os usuários e a possibilidade de utilização do mesmo equipamento. Além disso, pesquisas indicam que os usuários de cocaína tendem a ter mais parceiros de uso do que usuários de outras drogas injetáveis e a perder mais o controle nos episódios de uso, o que pode diminuir a utilização de mecanismos de prevenção. Há que considerar também a presença do vírus nos meios de preparação da droga (entre eles o diluente utilizado e as diferenças nos níveis de infecção das

<sup>2</sup> "Galerias de tiro", numa tradução literal, locais onde o consumo de drogas na forma injetável é aceito ou permitido.

"redes de uso"). Por exemplo, entre os usuários de cocaína não existe nenhum tipo de tratamento de substituição por outra droga, representando mais um aspecto problemático relativo aos usuários de cocaína (MALBERGIER, 2001).

Um estudo do Center for Disease Control (CDC) dos EUA, feito em 59 centros de tratamento, detectou que a infecção por HIV mostrava-se maior nos centros que trabalhavam com pacientes usuários de cocaína do que naqueles que utilizam metadona (substância agonista parcial de receptores opióides utilizada no tratamento da dependência de heroína) em substituição à heroína (MALBERGIER, 2001).

Nos EUA a droga injetável mais usada é a heroína (ALLEN *et al.*), citado em MALBERGIER (2001). A mesma situação ocorre na maioria dos países da Ásia e Europa. No Brasil, uma pesquisa do GREA do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo apontou a cocaína como a droga injetável associada a maior probabilidade de infecção pelo HIV. A forte associação entre cocaína e contágio pelo HIV apareceu em Nova Iorque e São Francisco, tanto em estudos feitos com populações recrutadas em campo como em centros de tratamento (*Ibid.*).

Como a cocaína é uma droga muito usada aqui no Brasil, tal fato pode ter contribuído para a alta taxa de infecção (entre 40 e 60%) por HIV entre os UDI no País. O uso de cocaína em proporção ao uso de outras drogas é superior a 80%, conforme registrado em diversos trabalhos (GIANNA *et al.*, 1989; LIMA *et al.*, 1991; TELLES *et al.*, 1992; MESQUITA *et al.* 1992), citados em MALBERGIER (2001). Mais recentemente, a via sexual também foi apontada como importante fator de disseminação de HIV entre UDI.

Nos EUA, pesquisas mostram que o uso de drogas injetáveis foi o fator de risco nos casos de infecção em adultos em 20% dos homens e 59% das mulheres, além de 56% nos casos pediátricos. No Brasil, o uso de droga injetável foi o fator de transmissão em aproximadamente 18% dos casos de infecção por HIV (min. da Saúde, 98). No estado de São Paulo, esta taxa é de 26% na média (30% dos homens e 18% das mulheres, segundo a Secretaria de Saúde do estado, em 98). Além disso, os UDI são o principal fator de disseminação entre mulheres e crianças (MALBERGIER, 2001).

Recentemente foi registrado um aumento relativo nos casos de infecção entre mulheres. Esse fato pode ser indicativo tanto de aumento da transmissão heterossexual, seja por uma importante parcela de contaminações através de parceiros UDI ou bissexuais infectados, como por aumento de contaminação feminina através do uso direto de droga injetável. Cerca de 26,4% dos casos de Aids em mulheres adultas entre 1988 e 1993 são provenientes do uso de drogas injetáveis (Min. Saúde, 1994, citado em MALBERGIER, 2001).

Por tantos fatores, é urgente a necessidade de abordar os UDI para se prevenir a disseminação da Aids e para tratar outras patologias associadas ao uso de drogas. Depois de comprovada essa forte associação entre o uso de drogas injetáveis e a contaminação por HIV, os profissionais de Saúde sentiram a necessidade de elaborar estratégias mais eficazes na abordagem dessa população (MALBERGIER, 2001).

Investimentos maciços em repressão e não em prevenção e educação não obtiveram um impacto considerável na prevalência do uso de drogas em várias regiões do mundo. A prevenção do uso de drogas (visando a sua erradicação)

permanece como opção a longo prazo para evitar a transmissão da AIDS. Mas a urgência do momento criou novas formas pragmáticas e imediatas para atacar a questão.

## 5.6 A REDUÇÃO DE DANOS

O uso seguro de drogas é uma forma viável de prevenção à AIDS e se torna realidade e passa a ser praticado em vários países. Em assembléia da OMS realizada em Genebra, MANN, citado em MALBERGIER (2001, ps. 87-100) ressaltou a importância de programas comunitários e o envolvimento da população com a resposta ao problema.

O conceito de "Redução de Danos" (do inglês "harm reduction") devidos ao uso de drogas tem sua origem na Inglaterra, em 1926, sendo citado num relatório médico, o "Relatório Rolleston". O documento previa o uso de opióides em doses decrescentes para o tratamento da dependência de outras drogas.

A estratégia de redução de danos evolui ao longo do tempo, adotando a troca de seringas como uma de suas principais medidas para combater a infecção de hepatite B entre usuários de drogas injetáveis (UDI). Mas essas estratégias são deixadas de lado devido à política repressiva norte-americana, até o surgimento da AIDS, quando a redução de danos vai progressivamente ganhando terreno e visibilidade no cenário mundial.

A preocupação com a AIDS gerou medidas para tentar deter a disseminação dessa doença, principalmente entre usuários de drogas injetáveis, onde a contaminação é intensa.

Tendo estas características, a outra linha de ação que visa lidar com os problemas relacionados às drogas é a Redução de Danos. O conceito central é relativamente simples, baseando-se em fatos como: o uso de drogas tem potencial de causar sérios danos não só ao consumidor, mas para aqueles que o cercam e a sociedade como um todo; há uma relativa ineficácia, na maioria das vezes, dos programas tradicionais destinados ao combate ao consumo para diminuir estes efeitos nocivos. Daí chega-se à idéia de que o principal objetivo deve ser implementar atividades para reduzir o dano decorrente do uso de drogas para o indivíduo e a sociedade, sem necessariamente interromper esse uso, já que muitas vezes isso não é possível, por um motivo ou outro.

Esta abordagem parte de uma visão realista, de que na sociedade haverá pessoas fazendo uso de substâncias psicoativas, e algumas delas acabarão fazendo um uso prejudicial para si e para os outros. A Redução de Danos tenta fazer com que esse uso seja o menos prejudicial possível. Esta linha de ação tem seu mérito principalmente no reconhecimento da diversidade e complexidade do problema, examinando, a partir daí, as diferentes formas de reduzir os problemas associados a esse uso.

Sendo a transmissão da doença (AIDS e outras) relacionada ao uso inadequado dos equipamentos de injeção, não necessariamente do uso de drogas, uma perspectiva de Redução de Danos (RD) verifica que a prevenção pode ser feita sem necessariamente interromper-se o uso da substância. Nesse sentido, o movimento de Redução de Danos é mais eficaz para prevenir a transmissão do vírus HIV, o que faz com que se afirme como estratégia de prevenção.

Os esforços de prevenção da epidemia acabam sendo limitados pela marginalização e estigmatização de pessoas com AIDS e UD (Usuários de Drogas), quando a redução de danos, ao contrário, resgata a cidadania dessas pessoas, reconhecendo sua racionalidade e capacidade de mudança de comportamento, incorporando-os aos programas de prevenção, tornando-os agentes dessa prevenção, implementando e planejando programas com esse fim.

A proposta da RD é pragmática (anexo 2), utilizando vários métodos para obter o mesmo fim. Se não é possível a interrupção do uso da droga, que não se faça o compartilhamento de seringas, se isto também não é possível, que ao menos ocorra a desinfecção do equipamento de injeção. Em face da urgência do problema da transmissão de AIDS e de sua rápida disseminação entre UDI, metas idealistas e de longo prazo como a "cura" para o uso de drogas, deixam de ser priorizadas em relação a metas mais palpáveis e de curto prazo, o que seria impedir a transmissão da doença.

Muitos estudos de avaliação provam a eficácia dos programas de RD em promover mudança de comportamento com uma conseqüente redução do risco de contágio. Há vários exemplos de sucesso nessa área e algumas das estratégias aplicadas são (MALBERGIER, 2001)

- programas que visam a dar informações;
- programas de troca e/ou facilitação da venda de seringas;
- programas de tratamento para o uso indevido de drogas;
- programas de distribuição de hipoclorito de sódio para
- desinfecção do equipamento de injeção, vacinação;
- programas de aconselhamento e testagem para o HIV.

Os primeiros casos de AIDS entre Usuários de Drogas Injetáveis (UDI) foram detectados no final de 1981, em Nova Iorque. Os primeiros casos não geraram interesse por parte dos serviços de Saúde Pública, devido a vários fatores: havia a idéia de que esses casos estavam restritos a uma determinada área geográfica, além disso o número de doentes na população de UDI era comparativamente menor em relação aos homossexuais, os casos também ocorriam em uma população estigmatizada, marginal e sem poder político. Mas logo após a situação vai se complicando com o aparecimento de casos em Los Angeles e S. Francisco (*Ibid.*).

Mas após o desenvolvimento dos testes de detecção de HIV viu-se que, apesar de o número de doentes entre os UDI ser baixo, metade deles, de Nova Iorque da região nordeste de Nova Jersey, já estava infectada pelo vírus. Na Europa, também, em Amsterdã, cerca de 30% dessa população estava contaminada. Em Edimburgo e em algumas partes da Itália a infecção chegava a 50% (*Ibid.*).

Estudos mostraram que a disseminação do vírus entre os UDI é muito rápida. O problema passa a ganhar espaço de discussão no cenário mundial. Nos países desenvolvidos essa modalidade de uso de drogas cresce cada vez mais, tornando-se responsável pela disseminação rápida do HIV em alguns países. Em mais de 100 países o uso de drogas injetáveis já foi identificado e a infecção pelo HIV é notada na população em questão na maioria deles. No Brasil, estudos também mostraram a alta prevalência da infecção por HIV entre os UDI (de 36 a 57% nas grandes cidades do Sudeste (SP, RJ e Santos) (*Ibid.*). Os países que

são produtores de drogas ou rota do tráfico são especialmente afetados por essa forma de consumo.

Poucos anos após o início da epidemia de AIDS, os homossexuais mobilizaram-se e começaram a se proteger. Esse fato levou a uma estabilização do número de casos entre esta população. No entanto, esse número só cresce entre os UDI em vários países. A opinião de alguns profissionais era de que o UDI é refratário a campanhas de prevenção e incapaz de mudar seu comportamento de risco.

Mas em vários países a abordagem dos profissionais em relação aos usuários de drogas está em profunda transformação. O tudo ou nada, a dicotomia entre uso e total abstinência passa a dar lugar a uma visão mais pragmática. Se a pessoa não consegue parar com o uso da droga, que use da maneira menos danosa possível. A preocupação com a disseminação do HIV entre UDI estimulou o aparecimento de novas estratégias para lidar com os usuários de drogas. A mais popular dessas novas estratégias é a Redução de Danos.

A Redução de Danos é uma política que visa a reduzir ao máximo os efeitos negativos ou lesivos do uso de drogas (anexo 2). Suas raízes estão em modelos de Saúde Pública com uma visão mais humanista e sem preconceitos. A RD opõe-se a modelos de abstinência total que, segundo alguns autores, como NEWCOMBE, citado por MALBERGIER (2001), teria raízes na repressão e no paternalismo médico-religioso.

STIMSON e LART, citados em MARLBERGIER (2001), afirmam que essa política origina-se em sua forma mais recente na Inglaterra, onde a mudança na

abordagem parece ter participado de um controle mais eficaz da epidemia. O chamado modelo inglês é estruturado sobre 5 conceitos básicos:

1) O foco vai da dependência química propriamente dita para problemas associados a determinadas maneiras de usar drogas.

2) O usuário pode ser racional, ao contrário do que muitos acreditam. Preocupa-se com sua saúde, responde a campanhas e dispõe-se a adotar medidas preventivas quando são adequadas a sua cultura e linguagem.

3) O foco vai para a saúde e o corpo e afasta-se da psicopatologia.

4) Os profissionais precisam mudar sua abordagem ao usuário de drogas. Os serviços devem ir para a comunidade para trazer os usuários para tratamento e outras medidas. Os serviços devem formar educadores de saúde e muitas vezes alistar ex-usuários para isso.

5) Redução da hostilidade e confrontação. Estímulo para estabelecer relações de cooperação entre os usuários e os serviços de tratamento.

Naturalmente, há condições para que esse novo modelo seja eficaz: deve haver capacitação técnica dos profissionais em AIDS e drogas; ampla disponibilidade de preservativos; acesso gratuito a serviços de tratamento sem longas filas de espera; e ampla disponibilidade de seringas e equipamentos. Os serviços que desejam implementar a redução de danos precisam adaptar-se: a idéia de que a abstinência deve ser a única meta deve ser descartada, deve-se aceitar que algumas pessoas não querem parar de usar drogas, pelo menos em um determinado momento. Serviços que trabalhem segundo uma perspectiva moralista terão mais dificuldade em adaptar-se. Além disso, os profissionais

devem receber mais treinamento com relação a AIDS e adotar uma nova postura para lidar com o problema.

Os serviços de saúde precisam ser mais acessíveis e amigáveis. A melhor localização para os serviços é próxima a lugares de uso de drogas. Deve-se flexibilizar os horários de atendimento e evitar filas. Além disso, o serviço precisa modificar suas estratégias e os serviços oferecidos entre os UDI. A partir daí, a prioridade número um passa a ser recrutar usuários. O serviço precisa sempre receber bem quem procura atendimento, num clima não-repressor e oferecer uma ampla gama de alternativas.

A adoção dessas medidas aumentou a procura dos serviços de saúde por quem nunca teve contato com eles antes (MARLBERGIER, 2001). Outro fator de sucesso no modelo inglês foi a possibilidade de prescrição de metadona e a criação de postos de troca de seringas e agulhas. Além do tratamento, os serviços também devem oferecer acesso fácil a informação (pequenas bibliotecas com acesso livre e confecção de folhetos em linguagem adequada e sem moralismo).

Para uma abordagem ainda mais completa, os serviços devem oferecer também suporte para a família e amigos, também sem necessidade de filas. Muitos serviços fornecem também referência a outros serviços de ajuda e profissionais da área.

Onde foi possível a implementação dessas estratégias observou-se um incremento no contato com os usuários. E há evidências não-sistematizadas, segundo observações dos serviços de que os problemas de saúde decorrentes do uso de drogas e os crimes realizados para financiar o consumo apresentaram

reduções. Bem como o compartilhamento de equipamentos para uso e a infecção por HIV. Estes dados são fornecidos por O'Hare, em sua pesquisa de 1994, conforme citado em MALBERGIER (2001).

Este mesmo autor aponta para as dificuldades que podem aparecer em países em desenvolvimento para se implementar tais medidas. É fundamental atentar para fatores estruturais: o contexto deve ser levado em conta; as propostas simplistas de se dizer não às drogas são pouco eficazes; deve-se entender o porquê e como do comportamento dos usuários; e a redução de danos tenta compreender as normas culturais existentes no universo dos consumidores de drogas.

O modelo de redução de danos teve grande repercussão em vários países da Europa: Inglaterra, Holanda, Alemanha, França e Escócia adotaram políticas de Saúde Pública em relação a drogas e AIDS baseadas em conceitos que já mencionamos anteriormente (STARK *et al.*), citado em MALBERGIER (2001).

No período 87-88, nos EUA, o NIDA (National Institute for Drug Abuse- órgão máximo no assunto drogas no país) começou a desenvolver projetos de prevenção à AIDS em UDI, baseados em programas de intervenção na comunidade. Esses projetos foram responsáveis por promover uma mudança qualitativa nos programas financiados pelo órgão.

Na mesma época, o Instituto de Medicina dos EUA divulgou um relatório mostrando que programas de troca de seringas e agulhas são eficazes na prevenção de infecções e não aumentam o consumo de drogas (MERSON, 96, citado em MALBERGIER, 2001).

Abre-se, assim, o espaço para o usuário como é, não mais dando-se exclusividade para repressão e prevenção, mas para estimulá-lo a usar a droga da maneira mais segura possível. As abordagens menos tradicionais do problema drogas se tornam menos freqüentes, uma vez que é evidente que os UDI não são atingidos pelos modelos regulares de saúde. Não há estatísticas confiáveis no Brasil, mas dados dos EUA revelam que somente 10 a 17% dos UDI estão em contato com os sistemas de Saúde. Essa situação se agrava ainda mais no contexto social dos UDI (MALBERGIER, 2001).

A partir daí foram criados vários programas de intervenção na comunidade. Esse modelo de intervenção baseia-se em programas realizados em Chicago pela equipe chefiada pelo Dr. Patrick Hughes, na década de 70. Esses programas tinham ex-usuários sendo usados como a linha de frente para combater uma epidemia de heroína que ocorria na cidade. Na década de 80 esse modelo foi adaptado para a prevenção de AIDS em UDIs.

A estratégia de intervenção usa ex-usuários das comunidades-alvo. São pessoas conhecidas e com boa penetração na população abordada. Além do mais, essas pessoas são vistas como líderes ou modelos que conseguiram realizar mudanças em seu comportamento. A idéia é atingir as redes de sociabilidade e, usando-se métodos característicos de comunicação, visa-se gerar respostas coletivas de mudança de hábitos. Chamado de outreach model, esse modelo mostra-se eficaz para prevenir a infecção de HIV em populações normalmente não atingidas pelos serviços de saúde.

Um exemplo desses programas ocorreu na Universidade de Illinois, em Chicago, quando constatou-se a redução da freqüência do comportamento de

risco. O compartilhamento de equipamentos era feito por 100% dos UDI no início da intervenção. Esse número caiu para 14% após 4 anos. E a taxa de aquisição de infecção pelo HIV de 8% para 100 pessoas-ano para 4% (WIEBEL *et al.*), citado em MARLBERGIER (2001).

Já o Brasil, apesar da alta prevalência de infecção por HIV entre UDI, ainda trabalha na criação de uma política sistematizada de prevenção à AIDS nessa população. Mas o movimento vem crescendo e muitas cidades já possuem programas de intervenção comunitária e até de troca de seringas. Os resultados ainda não são conclusivos.

Há programas de troca de seringas na Europa e EUA para diminuir a proliferação do HIV entre UDI. Em vários países esses programas foram associados a um menor compartilhamento nos equipamentos de injeção. Mas há dificuldade em registrar esse tipo de dados no Brasil, já que aqui a compra de seringas não é restrita como em muitos destes países. Além de realizar a troca de seringas, os programas dão informação e referências para tratamento e contato com profissionais da área. Não foram observados fatores negativos nos programas de troca de seringas: aumento do consumo de drogas injetáveis ou mudança de comportamento em usuários que não injetavam para passar a injetar (anexo 3). Em lugares onde é proibida a troca de seringas há estratégias alternativas, como o hipoclorito de sódio para esterilização dos equipamentos de injeção.

A baixa aderência aos programas é comum em usuários de drogas e álcool em todo o mundo. O tratamento de infecção por HIV pode ser prejudicial ao uso de drogas. E há também o despreparo de médicos clínicos para lidar com

dependentes de drogas, o que também atrapalha. Para lidar com a baixa aderência, alguns programas adotam o sistema de convocação dos faltosos. É necessário que se entenda que a população de UDI é diferente de outras que utilizam os serviços de saúde.

Outro problema relacionado com uso injetável de drogas é a infecção por outras doenças. Em ambulatórios do Instituto de Psiquiatria, da Universidade de São Paulo, foi registrado que 50% dos pacientes estavam infectados com o vírus da hepatite C, enquanto 30% estavam pelo HIV. Flebites e septicemias também não são incomuns, e provavelmente devem-se à falta de higienização durante o uso dos equipamentos de injeção ou talvez pela contaminação da própria droga. Ainda há o risco de overdose e o de intoxicação, ambos relacionados com a impureza da droga, já que as mais variadas substâncias, tais como pó de mármore, sal de frutas, talco e etc, são misturadas com o intuito de aumentar o lucro do tráfico (MALBERGIER, 2001).

### Sucessos da RD

Em Mersey, no Reino Unido, com população de 2,25 milhões de habitantes, estima-se q existiriam cerca de 7000 UDI. Até dez. de 92, o número estimado de soropositivos para HIV era de 20 UDI. A província de Skane tem um número estimado de 3000 UDI, dos quais cerca de 90% foram testados para o HIV (MALBERGIER, 2001).

Segundo trabalho realizado por Ljumberg em 1991, a soroprevalência do HIV entre os UDI era de 2%. Na Austrália, as taxas de prevalência do HIV nesta população têm se mantido estáveis nos últimos anos e têm ficado abaixo de 5%,

segundo WODAK e CROFTS, citados em MALBERGIER (2001). Estes resultados contrastam com os encontrados em outras regiões socioeconomicamente semelhantes em que as estratégias tradicionais de combate ao uso foram as únicas utilizadas para lidar com os problemas associados às drogas (MALBERGIER, 2001).

Nestes exemplos, as estratégias de prevenção, baseadas no movimento de RD coincidiram em muitos pontos (*Ibid.*):

- as ações de prevenção foram desenvolvidas (e apoiadas pelas autoridades locais) antes de o HIV ter se disseminado entre os UDI da região;
- criação de postos de troca de seringas e agulhas. Na maioria destes postos também estão disponíveis preservativos para os UDI;
- disponibilidade de alternativas de tratamento para o uso indevido de drogas;
- disponibilidade de tratamento de substituição/ manutenção pela metadona, para os adictos à heroína e outros opióides;
- retirada de possíveis entraves que pudessem restringir a venda de seringas e agulhas em farmácias e outros estabelecimentos comerciais;
- possibilidade de prestação de serviços primários de saúde, aconselhamento e testagem anônima para o HIV;
- incentivo à participação dos UDI nas atividades de planejamento e implementação das ações;
- trabalho de agentes comunitários e de saúde, recrutando os UDI, ou levando as estratégias de prevenção aos locais freqüentados pelos usuários;
- acesso à informação sobre drogas, infecção pelo HIV e outros temas na área de saúde, destinado ao maior número possível de pessoas;

-cooperação da polícia local, para o bom desenvolvimento das estratégias.

De acordo com DES JARLAIS e FRIEDMAN (1992) conforme citados em MALBERGIER (2001) estudos de avaliação mostraram que os programas mais bem-sucedidos deram origem a um certo número de generalizações que, embora não estejam rigorosamente testadas cientificamente, são consistentes com estudos epidemiológicos atuais; são elas:

-fornecer informações acerca da transmissão da AIDS e do HIV é fundamental, mas não suficiente;

-é fundamental fornecer meios para a mudança de comportamentos;

-é necessário oferecer diversos meios para mudança de comportamento para os diferentes grupos de UDI e para os mesmos usuários de drogas em diferentes momentos no tempo;

-a cooperação entre diferentes programas, tanto através da possibilidade da referência do usuário a outros serviços como através de programas múltiplos oferecidos em um mesmo local, é importante para propiciar a variedade necessária de meios para as mudanças de comportamento;

-os programas de prevenção à Aids também devem dar conta de outras necessidades dos UDI, tais como a necessidade de tratamento para o uso indevido de drogas e outros serviços médicos e sociais;

-a redução do dano é em geral um processo social, com os UDI influenciando uns aos outros no sentido da alteração de comportamentos.

Algumas destas generalizações têm se mostrado essenciais aos trabalhos de RD. E, ao passo que muitas regiões claramente conseguiram evitar a epidemia de HIV entre UDI, também percebe-se que há ainda muitos desafios tanto para

investigações futuras como para os programas de prevenção. Um estudo em Nova Iorque mostrou que aproximadamente um terço daqueles que haviam alterado seus comportamentos de risco referiram não ter conseguido manter estas mudanças com o passar do tempo (DES JARLAIS *et al.*), em MALBERGIER (2001), reforçando a necessidade da continuidade destes programas. Quando falamos de "Educação em AIDS", podemos imaginar que, uma vez tendo acesso ao conhecimento, as pessoas terão tudo que é necessário para mudar o comportamento. No entanto, essa concepção pode mostrar-se bastante errada, ou seja, a interrupção de programas pode levar à rápida disseminação do vírus que antes era prevenida.

Entre UDI infectados pelo HIV a situação piora. As chamadas infecções oportunistas e outras parecem ser encontradas com bastante mais frequência neste grupo. Com relativa frequência aparecem as pneumonias bacterianas, a tuberculose, a endocardite, a candidíase vaginal, o câncer de colo uterino e a doença inflamatória pélvica (não sendo raros os óbitos decorrentes destas infecções), conforme SELWYN *et al.*, e STONEBURNER *et al.*, em MALBERGIER (2001).

## RD no BR

O uso seguro de drogas é uma forma viável de prevenção à AIDS e se torna realidade e passa a ser praticado em vários países. Em assembleia da OMS realizada em Genebra, MANN, citado em MALBERGIER (2001), ressaltou a

importância de programas comunitários e o envolvimento da população com a resposta ao problema.

## 5.7 A RD NO BRASIL

Para MESQUITA (1994), historicamente, tem pequena presença no Brasil a corrente de pensamento que defende estratégias de redução de danos dos efeitos nocivos das drogas como eficiente para contenção do uso de drogas e da epidemia de HIV entre usuários (MALBERGIER, 2001).

O Governo Municipal de Santos lança proposta de distribuição de agulhas e seringas em 89, o que gerou grande polêmica nacional nos meios de comunicação. O Ministério Público de Santos enquadrou como crime a iniciativa, segundo a legislação então vigente (Lei 6368 de 76) que classificava como tal qualquer auxílio ou incentivo ao consumo de drogas. Hoje o debate continua, mas o CONEN (Conselho Estadual de Entorpecentes) do estado de São Paulo vê na troca de seringas uma iniciativa válida na prevenção ao HIV.

Já em 1989, o Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes-PROAD, da Universidade de São Paulo e da Secretaria Municipal de Saúde de Santos, havia iniciado programas de prevenção do HIV-Aids, dirigidos a usuários de drogas. No entanto, a promotoria local impediu a continuidade dessas ações baseada na legislação então vigente (lei 6368), como se fosse facilitação e estímulo ao consumo. O primeiro Programa de Redução de Danos (PRD) a funcionar com troca de seringas no Brasil foi implementado pelo Centro de Estudos e Terapia ao Abuso de Drogas/ CETAD da Universidade Federal da

Bahia, em março de 1995. A partir daí, o governo abre os olhos e começa a dar apoio para tais iniciativas, através do Ministério da Saúde (MALBERGIER, 2001).

Assim, o Brasil vem alcançando sucesso em seus programas comparável a países em que a RD é feita já há alguns anos, como EUA, Austrália e vários países da Europa.

## 5.8 OS PONTOS DE DISCUSSÃO

Os pontos relacionados abaixo são um bom material para programas da série.

Baseamo-nos no modelo apresentado pela revista inglesa "The Economist", conforme resumo apresentado no livro "Se Liga! O Livro das Drogas" de Myltainho Severiano da Silva (1997). A revista, muito conceituada, critica nessa edição o atual modelo de enfrentamento dos problemas relacionados às drogas, sugerindo a liberação do consumo. Consideramos que este modelo de contraponto entre os argumentos liberacionistas e proibicionistas é bem completo e ilustra de forma abrangente o debate. Esse debate se apresenta, de forma geral, entre essas duas tendências: os que querem proibir, aumentando a repressão e/ ou as penas para usuários e traficantes, associando fortemente o problema a uma questão policial e os que querem que a proibição seja relaxada, seja com outros métodos e princípios de controle, seja liberando efetivamente, avaliando a questão de um ponto de vista mais próximo da saúde pública e individual. Portanto, segundo a revista, os principais tópicos contra o modelo conservador são:

## O Estado e a Liberdade do Indivíduo

Numa sociedade livre, adultos não devem ser impedidos de fazer de fazer algo que não prejudique os outros; caso se prejudiquem, desde que não tenham sido enganosamente induzidos a fazê-lo, o problema é deles, não do governo.

Em maio de 2000 um movimento político pela legalização da maconha (*Cannabis sativa*) protestou, entre outras cidades, em Londres. Algumas das palavras de ordem da manifestação eram “no victim, no crime” (se não há vítima, não há crime) (GABEIRA, 2000). Segundo o resumo da revista, citado em SEVERIANO (1997), se um consumidor de drogas é vítima, só pode ser dele mesmo, o que é absurdo se a pessoa estiver ciente de que a substância traz prejuízos à saúde. É, portanto, mais necessário trazer informação do que colocar alguém na prisão. O Estado proíbe o consumo de drogas na medida em que suspeita, espera que ocorram problemas. Além disso, essa proibição é mais uma desculpa para exercer controle sobre os cidadãos. E *The Economist* continua, contrapondo os dois modelos (repressor e liberal):

### Drogas Fazem Mal

1: Drogas ilegais são ilegais porque são perigosas.

2: Varia. Maconha nunca matou ninguém. As mais perigosas (opiáceos) matam 1,5% dos usuários ao ano. Cigarro, 0,9%. Álcool 0,5%. Passear de mobilete traz três vezes mais risco de morrer do que tomar um comprimido de ecstasy.

1: Drogas ilegais causam dependência.

2: Não mais que álcool e tabaco. Fisiologia e psicologia da dependência são imperfeitamente compreendidas. Por este critério, álcool e tabaco deveriam ser proibidos, maconha e ecstasy, não.

1: Drogas trazem problemas sociais.

2: Tais problemas não passam de uma fração dos causados por acidentes, doenças, alcoolismo e tabagismo.

### A Falência da Repressão

A proibição fracassou; a legalização diminuiria em até 10% a massa carcerária; impostos sobre drogas trariam, só na Grã-Bretanha, uma receita de mais de meio bilhão de dólares.

De outra feita, a edição de 22 de março de 2000 da revista *Veja* traz o seguinte título em uma reportagem: “Sob nova direção: colombianos descobrem que o fim dos grandes cartéis fez prosperar o narcotráfico.” A reportagem fala da descentralização do comércio de drogas e seu redirecionamento para pequenos traficantes.

Os mais recentes estudos têm demonstrado que a repressão pura e simples não tem ajudado a diminuir o problema. Prova disso é a possível alteração da Legislação brasileira acerca do consumo e tráfico de drogas que já prevê uma nova mentalidade, onde o usuário eventual deixa de ser visto como criminoso e passa a ser visto como um indivíduo que necessita de tratamento hospitalar e apoio psicológico da família e do Estado para superar o vício. “Nos EUA, só em 1995, mais de meio milhão de pessoas foram presas por consumo ou venda de maconha. (...) Em 1970, 188903 pessoas foram presas por causa da maconha. Em 1995, depois de um crescimento estável ao longo de dois anos, o

número subiu para 588963 e, desse total, 86% apenas levavam maconha consigo quando foram presos” (GABEIRA, 2000, p. 31).

Investigar os danos causados pela repressão é tema interessante e inovador, bem como explorar um dos recentes argumentos das campanhas anti-drogas: os recursos que os consumidores fornecem aos traficantes por meio da compra das drogas.

## **6 CARACTERÍSTICAS DO PRODUTO**

### **6.1 LINGUAGEM**

A intenção deste vídeo, do ponto de vista técnico, é demonstrar a viabilidade de produções com poucos recursos, a partir dos avanços tecnológicos hoje existentes, acessíveis a um estudante universitário da classe média brasileira. Para tanto, acreditamos que incrementos como infográficos, geração de caracteres visualmente mais sofisticados e outros recursos possíveis de serem criados em qualquer computador pessoal devidamente equipado possam complementar o texto e as entrevistas. O ponto forte desse tipo de produção deve ser o texto, o roteiro, por suas idéias originais e seu significado para o tema.

No entanto, uma vez que o público-alvo é bem amplo, devemos considerar a variabilidade de formação e cultura dessas pessoas. Além disso, o tema é bastante delicado. Por essas razões, não se pode fugir dos formatos tradicionais de documentário, em que um narrador conduz o expectador pelo tema, apresenta os entrevistados e seu significado para o tema. Como foi dito anteriormente, as informações serão completadas com caracteres mostrados no vídeo, em harmonia com o tema e ritmo da produção.

## 6.2 FORMA

Com duração de aproximadamente 15 minutos, o primeiro programa será uma introdução ao assunto Redução de Danos. Em seu início veremos um resumo da história da chamada “Guerra às Drogas”. A seguir, é apresentada a Redução de Danos e sua visão pragmática do assunto, bem como seus sucessos, fracassos e discussões.

Os programas seguintes pretendem pesquisar a situação de outras drogas que são consumidas em Curitiba. Essa divisão do tema é compatível com a idéia da Redução de Danos de enfrentar a generalização em torno das drogas. De fato, cada droga atinge as diversas camadas da população com diferente intensidade, provocando conseqüências específicas. O propósito desta série de vídeos é exatamente mostrar uma nova abordagem do problema.

Estruturação dos programas subseqüentes:

Primeiro Bloco (aproximadamente 5 minutos):

- História do psicoativo abordado naquele programa, estatísticas de consumo, seus efeitos no organismo, pesquisas mais recentes acerca das conseqüências para a saúde, estatísticas de danos sociais e de saúde.
- Entrevistas com médicos, psicólogos, especialistas ou simplesmente profissionais acostumados a trabalhar com usuários daquela substância com o intuito, nesse momento, de mostrar os principais efeitos, conseqüências e público consumidor da droga.

Segundo Bloco (aproximadamente 5 minutos):

- Relação das ações repressoras implementadas, estatísticas de combate ao tráfico, presos, estatísticas policiais em geral, depoimentos de policiais, traficantes, juízes, promotores.
- Legislação atual sobre o tema.
- Relação das iniciativas redutoras de danos, de prevenção e tratamento, estatísticas relativas, depoimentos dos profissionais envolvidos (anexo 2).

Terceiro Bloco (aproximadamente 5 minutos):

- Entrevista com consumidores, ocasionais ou dependentes.  
Entrevistas com possíveis defensores de novas abordagens, mudanças na legislação ou especialistas capazes de dar uma opinião inovadora com autoridade.

### 6.3 PÚBLICO ALVO

Programa dirigido a jovens, homens e mulheres entre 16 e 30 anos, estudantes, profissionais das mais variadas áreas ou apenas interessados no assunto, distribuídos por todas as classes sociais.

### 6.4 VEICULAÇÃO

Periodicidade: mensal.

Horário de veiculação: após as 21 horas, devido ao tema delicado para crianças.

Dia de veiculação: primeiro sábado de cada mês.

Canal de veiculação: MTV Brasil ou canais de TV a cabo interessados ou ainda espaço adquirido na TV a cabo.

Outra proposta para veiculação é por meio dos governos municipais, estaduais ou federal, bem como por Ongs. A proposta é que esses governos ou organizações utilizem o vídeo para esclarecimento de seu pessoal dos sistemas de saúde ou na implementação de Programas de Redução de Danos.

## 6.5 PRODUÇÃO

### 6.5.1 Recursos

Os recursos para a realização deste vídeo são uma Câmera VHSC, duas Câmeras Mini DV, microfone, tripé, uma placa de captura de vídeo analógica, softwares para captura e edição das imagens, bem como o respectivo computador para usá-los, conversa e paciência para chegar às fontes. Uma câmera Mini-DV e o microfone foram conseguidos com o próprio curso de Comunicação, a outra, junto com o tripé, é pertencente a uma das Ongs que é objeto de pesquisa, por meio de um acordo de cooperação mútua. A câmera VHSC e a placa de captura de vídeo são recursos do autor do projeto.

### 6.5.2 Metodologia de Pesquisa

O levantamento de informações dos próximos programas pode ser feito junto às Ongs que trabalham com Redução de Danos e órgãos do governo municipal e estadual, tais como secretarias de saúde e segurança. Por meio deles é possível compreender a estruturação do que se chama “Redução de Danos” e

suas exigências políticas, bem como seus méritos e críticas. Periodicamente essas organizações fazem reuniões entre si e uns com os outros, onde é possível conhecer todos os agentes envolvidos e recolher mais informações.

Por meio das Ongs também é possível conhecer os redutores de danos, que são os personagens centrais do tema. São pessoas que já trabalhavam na área de saúde ou que tiveram algum contato com as drogas em suas histórias pessoais. São eles que lidam diariamente com uma pessoa conhecida que descobriu estar contaminada com Aids, ou com um outro que morreu por causa da doença, ou que morreu um jovem de certa comunidade pobre envolvido com o tráfico... Certamente suas histórias merecem um trabalho à parte. Mas o que deve ser ressaltado é que, por suas próprias vidas e experiências, para conversar com eles e conseguir seus depoimentos, o jornalista deve ter familiaridade com o tema para poder se inteirar desse trabalho e compreender as implicações que dele resultam, pois suas histórias são fortes e revelam toda sorte de infortúnios. Uma dessas implicações, que foram sentidas inclusive na realização desse trabalho, é o contato, por exemplo, com traficantes e criminosos.

### 6.5.3 Cronologia

De setembro a fins de dezembro: foram estabelecidos contatos com as Ongs e órgãos do governo, sempre que possível capturando imagens, tanto para poupar tempo como para tentar transmitir, no vídeo, o cotidiano de trabalho das pessoas envolvidas. O cronograma assim estabelecido coincide com os trabalhos dessas entidades voltados para a época do Natal, quando as ações, em geral dirigidas para os consumidores de drogas, voltam-se também a outros

constituintes da comunidade, como as crianças, ressaltando o lado mais humano, mais imparcial. Também há o recesso das atividades por um período, referente às festas de fim de ano.

De janeiro a fevereiro: redação do texto, edição das imagens e ajustes finais.

## **7 CONCLUSÃO**

É indiscutível a necessidade de desenvolver na opinião pública uma consciência diferente em relação ao problema das drogas psicotrópicas, chamando atenção para os novos caminhos oferecidos pela Redução de Danos. A proibição intransigente às drogas está criando um governo paralelo formado pelo chamado crime organizado e dificultando o acesso de dependentes aos serviços públicos de saúde, o que facilita a propagação de epidemias monstruosas como a da AIDS. É desumanidade a situação a que são submetidas pessoas extremamente necessitadas de ajuda, devida à marginalização e ao descaso com suas necessidades. Além disso, é duvidosa a relação do Estado à liberdade dos indivíduos proibindo-lhes consumir certas substâncias, quando o dano aos usuários de determinadas drogas ilegais é evidentemente menor ou igual aos causados por drogas legais, em alguns casos. Não é possível afirmar que estamos no caminho certo no tocante à solução desses problemas.

A mudança que precisa acontecer é ampla, exige quebras de paradigmas. Sem dúvida que saúde é um bem prioritário. Então por que é negado às multidões, seja de dependentes químicos, seja de indivíduos dispostos a exercer sua liberdade de explorar seus sentidos, o mesmo acesso aos serviços de saúde

a que tem direito um alcoólatra, por exemplo? É ilusão achar que a humanidade pode ficar livre das drogas, elas estão em seu passado e seu presente. Ora, freqüentemente os seres humanos são obrigados a fazer escolhas diferentes que trazem concomitantemente benefícios e prejuízos. Se os consumidores de drogas achassem que escolher a droga só trouxesse prejuízo, certamente não usariam. Não cabe a ninguém julgar os desejos e as razões de outrem. Que se façam campanhas mostrando que o prejuízo é maior que o benefício, mas chega de repressão, chega de terrorismo. É dever do Estado prover a seus cidadãos saúde (como faz com os alcoólatras) e reconhecê-los como cidadãos, não importando que fumaça eles prefiram aspirar ou o que queiram injetar nas veias.

Décadas do mesmo modelo de tentativa de resolução do problema não deram resultado, ou pelo contrário, é bem possível que tenham causado mais dano ainda. Será que não é hora de mudar de idéia? Essa mudança precisa ocorrer. Mas será lenta e dependerá de muitos fatores. Uma das contribuições necessárias é a dos meios de comunicação. Esse projeto não espera grandes audiências, sabemos que o caminho da mudança das mentalidades é longo. Mas toda jornada começa com o humilde primeiro passo. Juntamente com outras raras iniciativas afins, esperamos que essa seja nossa contribuição, os primeiros passos de um novo e imprescindível entendimento da questão.

A democracia e os direitos humanos têm a ganhar com isso. Voz e respeito a todos, iguais porque diferentes. A sociedade tem a ganhar com essas novas abordagens, pois acreditamos que, no futuro, ao surgirem novas mentalidades, a violência, grande aflição da sociedade contemporânea, descerá a patamares menos escandalosos, bem como a exclusão social. A qualidade de

vida e a liberdade com responsabilidade serão as metas. Claro, não é um programa de vídeo que vai promover essas mudanças ideais, mas, como já se disse, quiçá são os primeiros passos. Muitos outros aspectos e facetas do ser humano entram em jogo, mas essenciais são a humildade e o desejo de melhorar.

## 8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BAHIA, Juarez. **Jornalismo, informação, comunicação**. Martins, 1971.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de redução de danos**. Brasília, 2001.
- DA FONSECA, Alexandre Guerreiro. **O que são tóxicos**. Santuário, 1985.
- ESCOHOTADO, Antonio. **O livro das drogas. Usos e abusos, desafios e preconceitos**. Dynamis, 1997.
- GABEIRA, Fernando. **A maconha**. Publifolha, 2000.
- TELLES, Paulo Roberto. **Redução de Danos**. Laboratório de Ensino à Distância. Universidade Federal de Santa Catarina. Formação de Multiplicadores de Ações preventivas sobre Drogas: 2003. Disponível em [http://www.led.ufsc.br/previnedrogas2/biblioteca/unidade\\_07.pdf](http://www.led.ufsc.br/previnedrogas2/biblioteca/unidade_07.pdf). Acesso em set 2003.
- LAGE, Nilson. **Ideologia e técnica da notícia**. Vozes, 1979.
- LOPES, Cahô. **Cara a cara com as drogas**. Sulina, 1996.
- MARLBERGIER, André. **O modelo de Redução de Danos no tratamento das dependências químicas**. In: AZEVEDO, Guilherme R. de, LEITE, Marcos da Costa, LARANJEIRA, Ronaldo, ANDRADE Artur G. de, *orgs.* Dependência Química, Novos Modelos de Tratamento. São Paulo: Roca, 2001.
- MENDES CATANI, Afrânio. **A Aventura Industrial e o Cinema Paulista**. In: RAMOS, Fernão. História do Cinema Brasileiro. 2ªed. São Paulo: Arte, 1990.
- MOURA, Roberto. **A Bela Época**. In: RAMOS, Fernão. História do Cinema Brasileiro. 2ª ed., São Paulo: Arte, 1990.
- NICHOLS, Bill. **Representing Reality**. Indiana University Press, 1991.
- OMAR, Arthur. **O anti documentário**, provisoriamente. Revista de Cultura Vozes, volume LXXLL, n. 6, agosto, 1976.
- PAULINO, Wilson. **Drogas**. Ática, 1994.
- Revista Veja**. Ed. Abril, ano 33, n.: 12, 22 de março de 2000.
- Revista Veja**. Ed. Abril, ano 33, n.:30, 26 de julho de 2000.
- Revista Superinteressante**. Ed. Abril, ano 14, n.: 4, abril de 2000.
- Revista Superinteressante**. Ed. Abril, ano 12, n.:4, abril de 1998.

**Revista Superinteressante.** Ed. Abril, ano 9, n.:8, agosto de 1995.

**Revista Galileu.** Ed. Globo, ano 11, n.:124, novembro de 2001.

**Revista Galileu.** Ed. Globo, ano 10, n.:110, setembro de 2000.

SAMPAIO, Christiane Moema Alves e CAMPOS, Marcelo Araújo *orgs.* **Drogas, dignidade e inclusão social.** Rio de Janeiro, 2003.

SANTAELLA, Lúcia e NÖTH, Winfried. **Imagem. Cognição, semiótica, mídia.** São Paulo: Iluminuras, 2001.

Secretaria de Saúde do Governo do Paraná **Textos de apoio da Oficina de capacitação para radialistas, técnicos de saúde e agentes redutores de danos do Paraná.**

SEVERIANO da Silva, Myltainho. **Se liga! O livro das drogas.** Record, 1997.

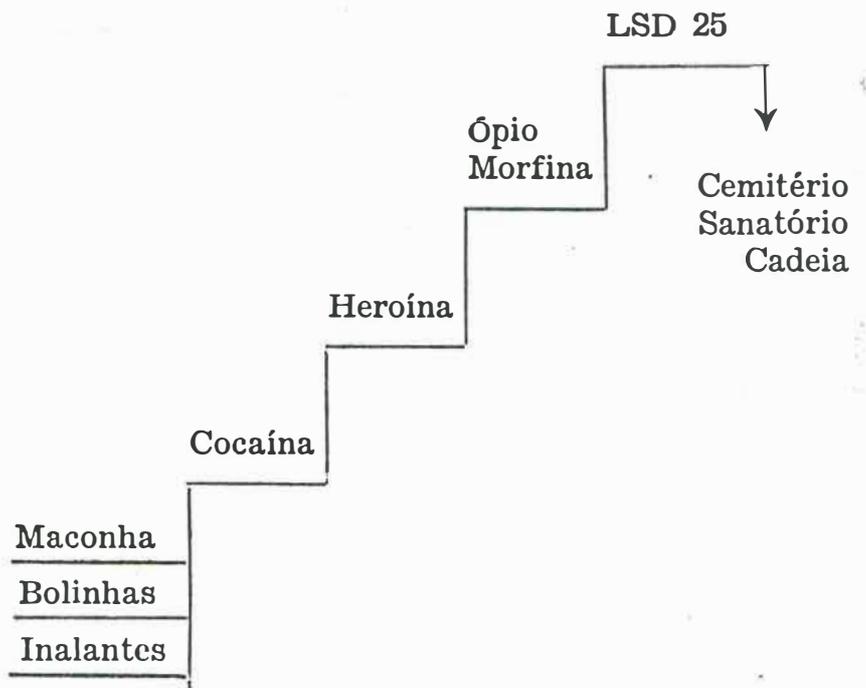
VERNET, Marc. **Cinema e Narração.** In. AUMONT, Jacques et al. *A Estética do Filme.* Campinas: Papyrus Editora, 1995.

WALTHER-BENSE, Elisabeth. **A teoria geral dos signos.** São Paulo: Perspectiva, 2000.

**ANEXOS**

ANEXO 1  
TRECHOS DE UM LIVRO DA DÉCADA DE 80

# A ESCALADA DO VICIO COMO INICIA E COMO TERMINA O VICIADO EM TÓXICOS



# ESTATÍSTICA MÉDICA

Dr. Hugo Beolchi Júnior

Autorizado pelo médico e amigo Dr. Hugo Beolchi Júnior, como forma de homenagear este batalhador incansável pelo bem, quero publicar seu trabalho feito na Secretaria de Estado da Promoção Social onde 500 viciados foram entrevistados:

## DINÂMICA DA ENTREVISTA COM OS DEPENDENTES

- 1) — Encaminhamento: a) Entidades —  
Famíliares  
b) Espontaneidade  
c) Pessoal
- 2) — Busca do Tratamento
- 3) — Usuários Crônicos.

ANEXO 2  
FOLDER INFORMATIVO SOBRE REDUÇÃO DE DANOS, DISTRIBUÍDO EM ONGS  
E SECRETARIAS DE SAÚDE

I N V A D I C E 3 D U A S

# REDUÇÃO DE DANOS

# REDUÇÃO DE DANOS

S A Ú D E E C I D A D A N I A

Redução de Danos é uma estratégia de saúde pública que busca controlar possíveis consequências adversas ao consumo de psicoativos - lícitos ou ilícitos - sem, necessariamente, interromper esse uso, e buscando inclusão social e cidadania para usuários de drogas.

## Por que fazer Redução de Danos?

Grande parte de usuários de drogas que faz uso problemático não consegue ou não quer parar de usá-las. Essas pessoas encontram nos Programas de Redução de Danos quem as aceita e oriente, de modo a evitar consequências mais graves do uso. Do total de casos notificados - CN - DST/Aids - MS<sup>1</sup>:

- 25% estão associados direta ou indiretamente ao uso de drogas injetáveis;
  - 38,2% das mulheres portadoras de aids contraíram o vírus pelo uso de drogas injetáveis ou através de parceria sexual com usuários de drogas injetáveis;
  - 36% dos casos de aids pediátrica apontam a mãe ou sua parceria sexual com uso de drogas injetáveis.
- Além disso, 85% dos usuários de drogas injetáveis informam compartilhar

equipamento de uso e 52% deles estão infectados pelo HIV, 60% por hepatite "C"<sup>2</sup>.

Redução de Danos Funciona?

- 23% dos usuários atendidos pelos PRD procuraram tratamento para dependência química<sup>2</sup>.
- Nos países onde foi implantada precocemente, como na Austrália, a taxa de infecção pelo HIV entre UD<sup>3</sup> mantém abaixo de 5%.
- Em todos os locais onde os PRD funcionam, melhora o acesso dos UD aos cuidados de saúde e à qualidade de vida.

A Constituição Brasileira diz "todos são iguais perante a lei" e não "todos são iguais, exceto homossexuais, trabalhadores do sexo, pobres e usuários de drogas".

Fontes dos dados epidemiológicos: 1- CN DST/Aids - Set/2000 + Projeto Ajude Brasil, UFMG, 1998.

### Contatos:

#### Associação Brasileira de Redutores de Danos - ABORDA

Travessa Santarém, 120 Ipiranga  
RIBERÃO PRETO-SP CEP: 14.060-448  
aborda@brasil.uol.com.br  
www.aborda.org.br

#### Rede Brasileira de Redução de Danos - REDUC

Alameda Madureira, 258 - sala 604 - Alphaville  
BARUERI - SP CEP: 06645-010  
info@reduc.org  
www.reduc.org

#### Rede Latino-Americana de Redução de Danos - RELARD

CURITIBA-PR • CEP 80430-60  
relarc@data54.com  
sandraflammon@terra.com.br  
www.relard.org

APOIO:  
COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST/AIDS - MINISTÉRIO DA SAÚDE



MINISTÉRIO DA SAÚDE

GOVERNO FEDERAL  
Trabalhando em todo o Brasil

# DISCRIMINAÇÃO É CRIME.

## Todo uso de drogas causa danos?

Não, nem todo consumo de substâncias psicoativas (categoria genérica à qual pertencem as substâncias que denominamos "drogas") é necessariamente danoso à saúde nem caracteriza "doença mental".

A Redução de Danos surgiu como resposta a um contexto no qual os padrões de uso evidenciavam riscos e danos potenciais – de transmissão de agentes infecciosos, além de danos à saúde decorrentes do próprio consumo das substâncias – portanto, contribuindo diretamente para o uso mais seguro de drogas pelos usuários de drogas e indiretamente para reavaliar o mito de que todo contato com as drogas seria inevitavelmente perigoso.

## Exemplos de Propostas de Redução de Danos

Exemplo 1: ingestão de água e líquidos não alcoólicos e de vitaminas do complexo B, nutrição adequada, evitar atividades incompatíveis com embriaguez.

Exemplo 2: beber muito líquido; usar cachimbo individual e com filtro; reservar tempo para dormir e comer; misturar maconha ao crack ou trocar o crack pela maconha.

Exemplo 3: beber muita água; usar equipamento próprio seja para cheirar ou se injetar (SERINGAS SÓ INDIVIDUAIS E LIMPAS); fracionar as doses; lavar as mãos antes de preparar doses injetáveis; usar água destilada; injetar lentamente para avaliar o efeito.

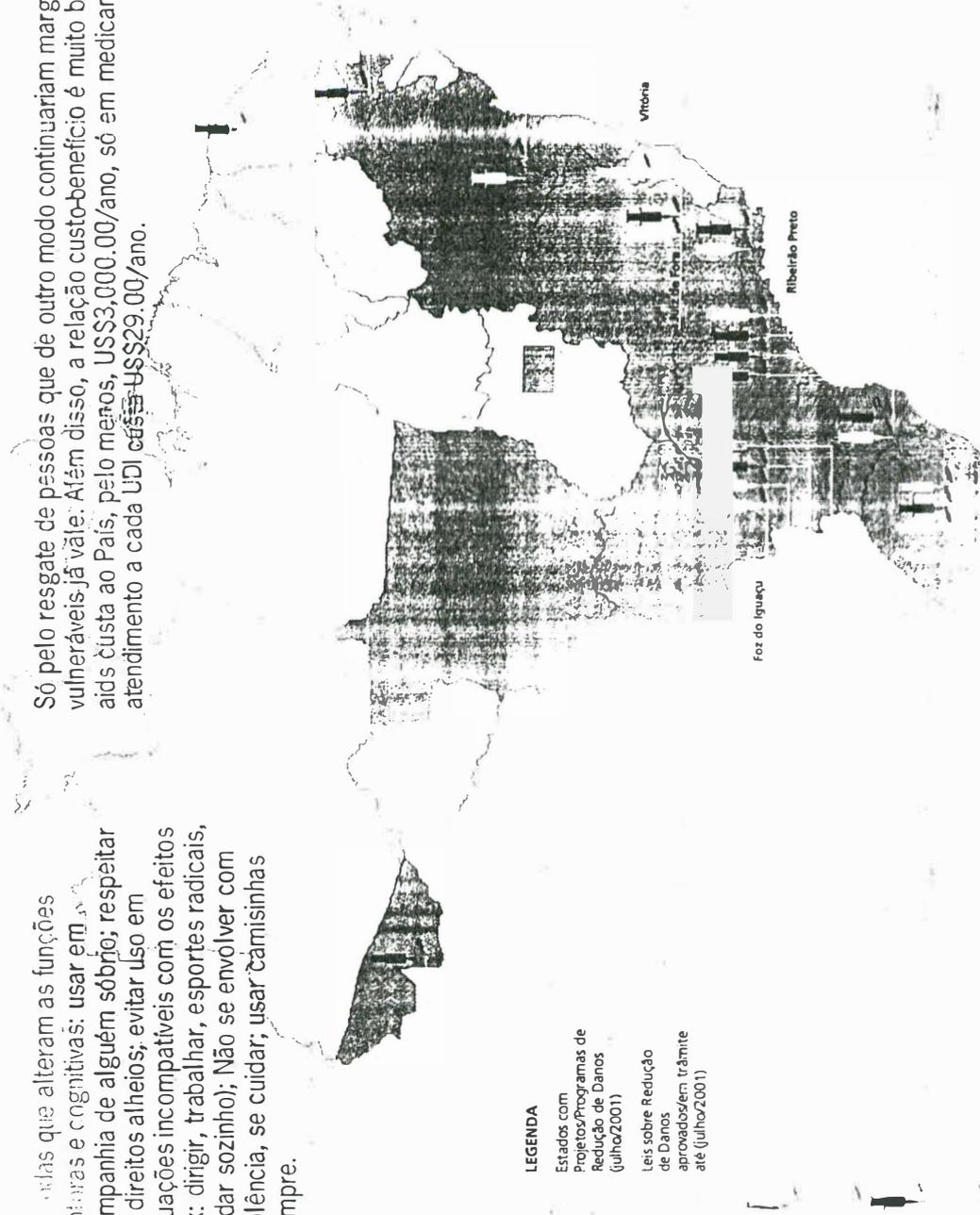
Exemplo 4: reduzir o número de cigarros, não usar "baixos teores" que levam ao consumo de maior número de cigarros para obter a mesma satisfação, portanto, com mais risco de câncer; tentar outras fontes de nicotina: adesivos, gomas de mascar; aumentar a ingestão de alimentos ricos em vitamina C; controlar outros fatores de risco para infartos: obesidade, sedentarismo, ansiedade.

Exemplo 5: evitar situações que alteram as funções motoras e cognitivas: usar em companhia de alguém sóbrio; respeitar os direitos alheios; evitar uso em situações incompatíveis com os efeitos (ex: dirigir, trabalhar, esportes radicais, nadar sozinho); Não se envolver com violência, se cuidar; usar camisinhas sempre.

Exemplo 6: Os Programas de Redução de Danos não incentivam o uso nem distribuem drogas. A distribuição de material preventivo feita visa a proteção à saúde.

Exemplo 7: Troca e fornecimento de material de prevenção para usuários de drogas injetáveis é política de saúde pública no Brasil, desde 1994. Há leis estaduais e municipais que a regulamentam ou em tramitação em vários locais (veja o mapa), assim como está tramitando uma lei federal.

Exemplo 8: Só pelo resgate de pessoas que de outro modo continuariam marginalizadas e vulneráveis já vale. Além disso, a relação custo-benefício é muito boa: cada caso de aids custa ao País, pelo menos, US\$3.000.00/ano, só em medicamentos, enquanto o atendimento a cada UDI custa US\$29.00/ano.



ANEXO 3  
FOLDER INFORMATIVO SOBRE REDUÇÃO DE DANOS E AIDS/ DST.



**PREVENÇÃO**  
**INDEVIDO**  
**DE DROGAS**

# AIDS

**É uma doença que ainda não tem cura e é transmitida através de :**

Relação sexual (sexo vaginal ou anal) sem camisinha e sexo oral sem camisinha ou barreira.

Uso compartilhado de seringas e agulhas.

Transfusão de sangue contaminado.

Gravidez, parto ou amamentação (se a mãe tiver o vírus da aids, o HIV).

# DST

São doenças transmitidas através das relações sexuais. Feridas, verrugas e corrimentos no ânus, vagina ou pênis podem ser sinais de Doenças Sexualmente Transmissíveis. Qualquer sinal deve-se procurar o serviço médico. As DST tem tratamento e cura.

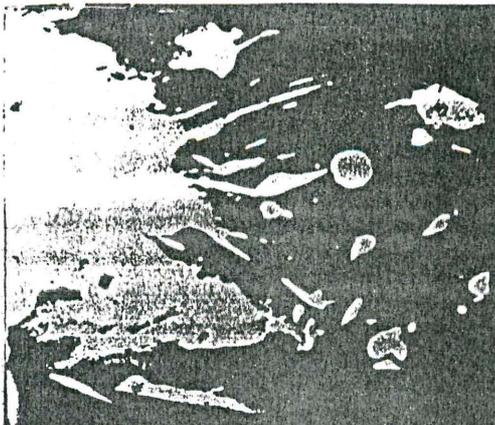
## **IMPORTANTE:**

**Use preservativo em todas as relações sexuais.**

**A presença de DST aumenta a chance de ser infectado pelo vírus HIV/AIDS.**

**Qualquer sintoma suspeito, procure um médico.**

**Teste HIV é gratuito e um direito seu!**



# Redução de Danos

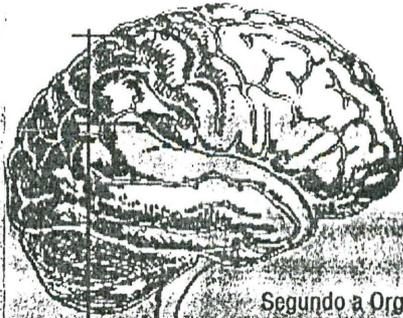
Saúde e Cidadania

A redução de danos é uma política de Saúde Pública que visa minimizar os danos relativos ao uso indevido de drogas daquelas pessoas que não podem, não querem ou não conseguem parar de consumir drogas. Baseia-se no resgate dos direitos humanos e da cidadania, respeitando a premissa básica de que **TODOS** têm direito ao acesso a Saúde, usando estratégias que visam a solidariedade e não o afastamento e a exclusão social.

**Está comprovado que os programas de RD reduzem a disseminação do vírus HIV e das hepatites e não incentivam o consumo de drogas.**

Veja aqui mais algumas dicas de redução de danos:

- Não dirija quando ingerir bebidas alcoólicas
- Procure ter uma alimentação saudável e ingerir líquidos não alcoólicos e vitaminas
- Não compartilhe e/ou reutilize agulhas e seringas
- Tenha seu próprio equipamento
- Controle outros fatores para infartes: obesidades, ansiedade e sedentarismo
- Pratique esportes
- Evite situações que envolvam violência.
- Use camisinha em todas as suas relações sexuais



# O que é droga?

Segundo a Organização Mundial da Saúde é toda substância que altera uma ou mais funções de nosso organismo. Elas podem ser classificadas em lícitas (alcoól, cigarro, remédios) ou ilícitas (maconha, cocaína, crack, etc.). Aquelas que mudam nossas funções mentais (psíquicas) são chamadas psicoativas e podem ter diversos efeitos sobre nossa mente, portanto podemos classificar as drogas também pela efeito no nosso cérebro.

**Drogas que diminuem a atividade cerebral:**

**Drogas que aumentam a atividade cerebral:**

**Drogas que produzem sensações de distorção de percepção**

Os efeitos de cada uma destas substâncias dependerá da relação de uso. A droga cu uso abusivo mais acarreta danos sócio-econômicos é o álcool. O indevido de bebidas alcoólicas responsável pela maioria das mortes entre jovens e acidente de trânsito em nosso país.

# **Drogas durante a gravidez**

## **Podem causar alguns problemas à mulher e ao bebê:**

Aborto espontâneo, nascimento de bebê prematuro ou morto, ou morte do bebê logo após o parto.

Bebê com baixo peso e com problemas de saúde.

Bebê hiperativo, com tremores ou irritabilidade.

Criança com dificuldade de aprendizagem e outros problemas de desenvolvimento.

**[ A mulher que está grávida e é usuária de drogas deve diminuir ou interromper o uso de drogas. ]**

Converse com quem você confia!

Informe-se:

Prefeitura Municipal da Lapa/PR  
Departamento Geral de Saúde

Programa de Redução de Danos  
Projeto "Tá ligado?"

Av. Caetano Munhoz da Rocha, s/n ao lado da rodoviária  
fone 622-35 71



PROGRAMA DE REDUÇÃO DE DANOS



Rede Paranaense de  
Redução de Danos

ABORDA

