



**4º Encontro Internacional de Política Social**  
**11º Encontro Nacional de Política Social**  
**Tema: Mobilidade do capital e barreiras às migrações:**  
**desafios à Política Social**  
Vitória (ES, Brasil), 6 a 9 de junho de 2016

---

**Eixo: Análise, avaliação e financiamento das políticas públicas.**

**POLÍTICAS SOBRE DROGAS:**  
**EXPANSÃO DO CRACK EM MIRACEMA/RJ E O TERRITÓRIO DO TRÁFICO DE DROGAS**

**Warllon de Souza Barcellos<sup>1</sup>**  
**Victor Martins Lopes de Araújo<sup>2</sup>**

**RESUMO**

Este artigo é decorrente de uma pesquisa no CAPS de Miracema, município da região Noroeste do Estado do Rio de Janeiro-Brasil, cujo objetivo é identificar os territórios do tráfico de drogas no município de Miracema (RJ), e, conseqüentemente, analisar a expansão do crack. É uma pesquisa qualitativa, com o viés de estudo de caso, de natureza empírico-analítica, baseada em dados de ocorrências encontrados nos prontuários de tais usuários do Centro de Atenção Psicossocial de Miracema.

**Palavras-Chaves:** Crack. Políticas sociais. Desigualdade e pobreza.

**ABSTRACT**

This article is the result of a search on CAPS Miracema, district of the Northwest region of Rio de Janeiro-Brazil, whose goal is to identify the areas of drug trafficking in the city of Miracema (RJ), and accordingly analyze the expansion of crack. It is a qualitative research with case study bias, empirical-analytical nature, based on occurrences of data found in records of such users of the Psychosocial Care Center of Miracema.

**Keywords:** Crack. Social policy. Inequality and poverty.

**INTRODUÇÃO**

O crescimento urbano acelerado das cidades no Brasil trouxe grandes problemas de ordem econômica, política e social para esse país. Porém, dentre as várias problemáticas enfrentadas, o aumento extraordinário do tráfico de drogas nessas cidades tornou-se ao longo dos últimos anos tema de debates cotidianos da sociedade brasileira.

A produção da criminalidade, principalmente a do tráfico de drogas, das grandes cidades e metrópoles brasileiras passou a ser reproduzida nas cidades médias e pequenas como uma necessidade, tanto de expansão da própria criminalidade, como também da busca por novos espaços e mercados que abastecem essa rede criminosa.

---

<sup>1</sup> Mestre em Políticas Sociais pela Universidade Estadual do Norte Fluminense (UENF) e Professor do Curso de Serviço Social da Universidade do Estado de Minas Gerais – Unidade Carangola. E-mail: <warllon\_barcellos@hotmail.com>.

<sup>2</sup> Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e Professor do Curso de Serviço Social da Universidade do Estado de Minas Gerais – Unidade Carangola. E-mail: <victormartins\_jf@hotmail.com>.

Estudos como da Fiocruz (2014), nos mostram que no momento em que vivemos em nosso país a prática criminosa do tráfico de drogas encontra-se distribuída por todo o Brasil. Apresenta-se dissolvida nas grandes, médias e pequenas cidades brasileiras, afetando diretamente e indiretamente o cotidiano das mais variadas classes econômicas da sociedade brasileira, transformando as ruas, os bairros, pobres ou ricos, e os condomínios luxuosos em suas fortalezas, com leis próprias e exercícios de poder, formando-se, assim, territórios com suas especificidades.

Atualmente, no Brasil, o enfrentamento ao crack tem como uma das principais características a integração de políticas entre diferentes unidades da federação, instâncias de governo e sociedade civil, o que tem sido um dos grandes desafios aos gestores e trabalhadores dos serviços públicos das três esferas de governo (municipal, estadual e federal). Neste trabalho, buscar-se-á mostrar que além dessa integração de políticas se faz necessário tanto aprofundar debates para o estabelecimento de direitos universais como a não imposição de condicionalidades. Entendemos ser uma das maneiras de seguir avançando na redução das desigualdades sociais no Brasil, ao mesmo tempo em que se reduzem os problemas causados pelo uso abusivo do crack e outras drogas. E uma das possíveis maneiras para redução de tais demandas é a identificação do território em que se encontram esses usuários, conjuntamente com o reconhecimento dos serviços públicos oferecidos nesta localidade e a compreensão de quais as ações podem ser desenvolvidas em detrimento desta população.

## **DESENVOLVIMENTO**

As políticas sobre drogas no Brasil sofreram, desde o início, influências da política internacional, principalmente no que diz respeito à conjuntura econômica. Neste sentido, e de acordo com Brites (2015), as mudanças operadas no capitalismo mundial pela reestruturação produtiva, pela precarização e flexibilização das relações no mundo do trabalho, pelo crescimento da desigualdade, pela contra-reforma do Estado (BEHRING, 2003) e pelo aumento da violência, jogou um peso devastador sobre as conquistas democráticas no campo dos direitos sociais culturalmente reconhecidos, como saúde e educação, por exemplo, e, no âmbito da política de drogas, os efeitos são ainda mais perversos.

As mudanças no âmbito do processo de acumulação capitalista, desencadeadas pela reestruturação produtiva, conferiram à sociabilidade burguesa características

particulares que aprofundaram as desigualdades entre o desenvolvimento do indivíduo social e o gênero humano. Os processos de alienação e de reificação foram aprofundados e criaram novos obstáculos para a afirmação da existência ética e da capacidade de autonomia e liberdades humanas. O uso de drogas neste contexto assume contornos dramáticos pelos danos associados ao incremento do consumo, da dependência e dos riscos de transmissão de doenças. As práticas proibicionistas e a repressão jogam um peso diferenciado sobre essa realidade e contribuem para o aumento da violência e da criminalidade.

A ambiência “pós-moderna” acentua os traços destrutivos e desumanizantes da ordem do capital e incidem de forma particular sobre o consumo de drogas, criando ambiguidades na forma como o Estado e as classes fundamentais interpretam e respondem a esta atividade. A dualidade criada em relação às drogas consideradas legais e ilegais contribui para a construção social de categorias diferenciadas de cidadãos que fazem uso de drogas, relegando aqueles que consomem drogas ilícitas ao anonimato e a exclusão (BRITES, 2006). As categorias diferenciadas construídas exigem formulação de políticas sociais capazes de contemplar de maneira efetiva e equitativa, respeitando as diferenças regionais, além das de gênero, os usuários de drogas.

Diante das evidências aqui apresentadas, se almeja o incremento das políticas sociais sobre drogas, com enfoque direcionado às demandas específicas para a questão emergente das drogas, especialmente dos serviços de cuidado e saúde, convergindo e integrando esforços intersetoriais do Governo, em suas três esferas federativas e da sociedade em uma perspectiva de responsabilidade compartilhada.

No Brasil, é nesse contexto adverso que as abordagens críticas foram consideradas nos textos oficiais forjando consensos protocolares incapazes de frear as ações violentas, higienistas e segregadores que matizam as políticas do Governo Federal e locais em todo o país em relação aos usuários de psicoativos ilícitos, recentemente de forma mais acentuada aos usuários de crack (BRITES, 2015).

O governo do Fernando Henrique Cardoso, que teve fim em 2002, apresentou algumas peculiaridades como a prioridade do ajuste fiscal, as correspondentes quebras da economia e as cartas de intenção do FMI, que desembocaram, segundo alguns economistas, na profunda e prolongada recessão herdadas pelo governo Lula. Pautado

neste contexto, que forma dadas as primeiras iniciativas em benefícios aos usuários de álcool e outras drogas no governo Lula em 2003.

Outro ponto importante em discutir os governos brasileiros é que somente em finais dos anos 1990 e início dos anos 2000 que o debate crítico sobre a Política sobre drogas no Brasil ganha visibilidade e passa a ser considerado nos textos oficiais das políticas de saúde e de drogas. No entanto, a herança com tendência progressista do governo Lula encontra um contexto bastante adverso no governo Dilma para seu aprofundamento e consolidação no âmbito da política de drogas, pois se depara com a contrarreforma do Estado, com a drástica redução de investimentos nas políticas sociais, fruto da implementação do receituário neoliberal em nosso país.

Neste sentido, para Iamamoto (2014), a política social no Brasil tem sido submetida aos ditames da política econômica, sendo redimensionada ante as tendências de privatização, de cortes nos gastos públicos para programas sociais, com focalização no atendimento à pobreza e descentralizados na sua aplicação. Os impactos da redução dos gastos sociais e a consequente deterioração dos serviços sociais públicos têm dependido das relações entre o Estado e a sociedade, das desigualdades e das políticas sociais anteriormente existentes ao programa de contrarreforma do Estado.

Assim, no governo Lula, a Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD), em 2006, coordenou um grupo do governo que assessorou os parlamentares no processo que levou a aprovação da Lei nº 11.343 em 23 de agosto de 2006, vindo a instituir o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD). Este se sobrepôs a uma Legislação que se mostrava obsoleta, estando em completo desacordo com os avanços científicos na área e com as transformações societárias vigentes.

A Lei nº 11.343 trouxe avanços formais no reconhecimento de direitos de usuários e na estratégia de Redução de Danos. Porém, apesar de ter previsto a despenalização do usuário (artigo 28), aumentou a pena mínima do delito de tráfico (artigo 33) de três para cinco anos, o que é apontado como a principal causa do superencarceramento brasileiro. Isso teve consequências, como o país ocupar o 4º lugar em números absolutos de presos, atrás somente dos EUA, da China e da Rússia, com mais de 500 mil presos no total, sendo o tráfico a segunda maior causa de encarceramento (26%). Em pesquisa realizada no Rio de Janeiro e em Brasília verificou-se que a maioria dos presos por tráfico é formada por réus primários, os quais

foram presos sozinhos, desarmados e com pequenas quantidades de drogas, e sem ligação com o crime organizado (BOITEUX, 2015).

Por ser tal delito equiparado a hediondo, o Judiciário brasileiro atua como um reforço do poder repressivo, ao cotidianamente negar o direito ao preso de responder ao processo em liberdade, bem como ao raramente aplicar penas alternativas à privação de liberdade. Isso acarreta um grande aumento do número de pessoas encarceradas em condições desumanas, conforme, inclusive, já denunciado à Corte Interamericana de Direitos Humanos (Corte IDH), no caso do Presídio de Urso Branco. Este Presídio, localizado no estado brasileiro de Rondônia, foi palco de uma chacina de dezenas de detentos em 2002. (BOITEUX, 2015).

Acompanhando a tendência mundial, o Brasil compreendeu que seus usuários não devem ser penalizados com a privação de liberdade pela justiça. Especialistas apoiam o porte de drogas para uso pessoal, pois estudos consistentes comprovam que se faz necessário que a atenção ao usuário seja voltada ao oferecimento de reflexão sobre o seu consumo e não ao encarceramento (BOITEUX, 2015).

Vale ressaltar que o proibicionismo sempre foi hegemônico na orientação política dos governos brasileiros no trato das substâncias psicoativas (BRITES, 2015). As regulações legais vigentes em nosso país ao longo do século XX e a legislação atual (2006) expressam domínio dessa perspectiva, que mantém sua hegemonia mesmo diante do reconhecido “fracasso” histórico de suas convicções ideológicas. Como se sabe, tal perspectiva dá sustentação à política de “Guerra às Drogas” conduzida internacionalmente pela hegemonia estadunidense. Influida sobre os Pactos e Convenções Internacionais em relação às drogas ao longo do século XX e sistematicamente sobre a opção dos países signatários na condução de suas políticas nacionais, ainda que com diferentes matizes.

Brites (2015) vem nos dizendo sobre a existência de um consenso forjado sobre o fato de algumas substâncias psicoativas serem mais perigosas do que outras, independentemente dos indivíduos sociais e das condições de uso, com alardes realizados pela mídia nacional sobre as chamadas “cracolândias” e mesmo sobre a propalada “epidemia do crack”. Não pretendemos de forma alguma minimizar os danos sociais e à saúde que estão associados ao uso prejudicial de drogas, nem mesmo ignorar a agressividade da compulsão e da necessidade relacionada ao uso de crack, mas faz-se necessário problematizar mais estas questões, sem reducionismo tão adequado a alguns setores da sociedade.

Assim, nos diz Brites (2015):

Pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (RJ), entre 2011 e junho de 2013, estima que hoje nas capitais brasileiras e no Distrito Federal temos cerca de 370.000 usuários de crack e/ou similares (merla, oxi e pasta-base), número que apesar de preocupante não nos autoriza a falar em epidemia. Os usuários de crack entrevistados nesse inquérito epidemiológico são adultos jovens (até 30 anos), cerca de 80% se declaram não brancos e 55% cursaram apenas o ensino fundamental. Nas capitais, a maior concentração desses usuários ocorre na região Nordeste, e não no Sudeste, contrariando a percepção do senso comum. (BRITES 2015, p. 135).

Vale ressaltar que tais dados são apenas indicativos e que ainda não foram amplamente analisados, mas já nos permitem desfazer alguns mitos importantes, como por exemplo, o da epidemia do consumo do crack alardeada pela grande mídia e que assegurou a legitimidade dos volumosos gastos previstos no programa federal implementado no governo Rousseff, “Crack, é possível vencer”, centrado na parceria público privada com as comunidades terapêuticas, buscando assim proporcionar um tratamento a tais usuários. Segundo Brites (2015) tal programa foi lançado sem nem mesmo ter sido discutido pelo Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas. Com este programa, o governo Rousseff estabelece uma relação entre o público e o privado, no que se referem aos investimentos financeiros públicos nas Comunidades Terapêuticas, sendo esta uma das principais ações do Programa “Crack, é possível vencer”.

Faz-se importante destacar que, em princípio, a regulação pelo Estado de “Comunidades Terapêuticas” (considerando-as como entidades religiosas e não de serviços de saúde e que, às expensas dessa situação, competem com o financiamento público do SUS) para prestação de serviços de apoio às pessoas que fazem uso prejudicial de drogas se contraporia aos princípios inscritos na Constituição Federal (DUARTE, 2015), como também a legislação que regulamenta o SUS, que prevê que um conjunto de ações e serviços de saúde seja prestado por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, para atendimento universalizado no SUS.

Outra questão importante relevante é sobre a concentração dos usuários de crack e/ou similares nas capitais da região Nordeste, o que confronta o apelo sensacionalista da mídia patronal em reprisar imagens degradantes das cracolândias paulistas e carioca.

Vale ressaltar que no dia 23 de dezembro de 2011 foi publicada no Diário Oficial da União a Portaria GM/MS nº 3.088, que institui a Rede de Atenção Psicossocial/RAPS. Esta rede tem entre seus principais objetivos ampliar o acesso à

atenção psicossocial da população em geral, promover o atendimento das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção, e garantir a articulação e integração das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Em conformidade com esta Política, a internação é indicada somente quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. A internação deve ocorrer, de preferência, no território do usuário facilitando, assim, o acompanhamento pela equipe de referência e também a proximidade dos familiares. Após a internação, o usuário deverá retornar para o serviço de origem, para a continuidade do acompanhamento. De acordo com os princípios de regionalização do SUS estabelecidos nas Leis 8.080 as ações de saúde devem ser realizadas pela esfera municipal, tendo o Estado papel de supervisão, monitoramento e indução das políticas de saúde.

De acordo com Duarte (2015), a produção do cuidado, portanto, baseia-se em um modelo de atenção à saúde mental aberto - modelo de atenção psicossocial, como uma das portas de entrada para a RAPS, que garanta cuidado e a livre circulação dessas pessoas pelos serviços, comunidade e cidade. A Atenção Básica/Estratégia de Saúde da Família (ESF), porta de entrada privilegiada da rede pública do Sistema Único de Saúde (SUS), diz respeito também às necessidades de saúde mental dos usuários. Nela, buscase um cuidado singular do usuário, conhecendo suas necessidades e demandas, facilitando a criação de estratégias e linhas de cuidado, seja estimulando sua participação nas atividades existentes nas ESF, seja compartilhando o cuidado com os outros dispositivos, como CAPS, ambulatórios etc.

De acordo com Duarte (2015), são inúmeros os desafios para o campo da saúde mental, incluindo as políticas sobre drogas. Ainda há muito a trilhar, sobretudo no contexto de ofensiva neoliberal, com subfinanciamento da política pública de saúde, em geral, e da saúde mental, em particular, e os efeitos desse processo, no trabalho cotidiano do cuidar, seja nos CAPS, nas SRT e no trabalho formal. Destacam-se nesse cenário, a precarização, o sucateamento, a privatização, o retrocesso, no campo da saúde mental, enfim.

Nesse sentido, portanto, a articulação de esforços, tanto na intervenção política, no trabalho do cuidado, como na análise das experiências concretas nesse campo, principalmente, na contemporaneidade, se faz muito necessária, principalmente quando

não é mais possível retroceder a um modelo manicomial para essa política pública. Para Duarte (2015), o Estado brasileiro tem cedido às pressões neoconservadoras, moralistas e fundamentalistas, ao inserir as comunidades terapêuticas na rede de atenção psicossocial (RAPS), com financiamento público para essas entidades religiosas que, em sua maioria, não são consideradas serviços de saúde (DUARTE, 2015).

No Brasil, o uso do crack trouxe grandes desafios ao poder público e aos dispositivos voltados para a questão das drogas, especialmente os serviços de saúde, segurança pública e assistência social. Nesse cenário, como parte de uma estratégia nacional, o Governo Federal implementou o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas, por meio do Decreto nº. 7.179 de 20 de maio de 2010, alterado pelo decreto 7.637 de 08 de dezembro de 2011, que instituiu, por sua vez, o ‘Programa Crack, é possível vencer’, apoiado em três eixos estruturantes de cuidado, autoridade e prevenção.

O fenômeno tornou-se um destaque na agenda política e da mídia nacional, sendo raro o dia que não é abordado. E de fato, não há como negar este fenômeno como um problema social.

Não existem registros precisos da chegada do crack ao Brasil, no qual este passa a circular e/ou a ser oferecido nos pontos de venda. Os primeiros artigos sobre o consumo de crack no Brasil foram publicados em 1996, referindo-se a usuários da droga na cidade de São Paulo e relatam sobre a disponibilidade desta droga desde 1991 (NAPPO *et al.*, 1996). No final da década de 90 o consumo de crack já estava além da cidade de São Paulo.

Evidências apontam que a chegada teria acontecido nos bairros da zona leste de São Paulo e, posteriormente, atingido a região da Estação da Luz, também conhecida como “Cracolândia”. Informações fornecidas pela Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas relatam entrada desta droga nesta mesma época em outras capitais brasileiras.

Em Belo Horizonte, até a década de 1990, a comercialização e o tráfico eram de apenas duas drogas ilícitas, a maconha e a cocaína, alterando-se com a inserção do crack oriundo da cidade de São Paulo. No Estado de Minas, rapidamente começa a produção da droga, com instalação e crescimento de laboratórios clandestinos, o que leva ao aumento do tráfico e consumo de crack neste Estado.

No Estado de Minas, a entrada do crack foi relacionada ao aumento considerável de homicídios.

A entrada do crack em Belo Horizonte é seguida de uma epidemia de homicídios que atingiu a cidade a partir de 1997. Os resultados obtidos pela pesquisa mostram que há uma forte evidência de que o crescimento das ocorrências de homicídios em Belo Horizonte a partir de 1997 possa ser explicado, em grande medida, pela intensificação dos conflitos relacionados ao tráfico de drogas. (PUC – MINAS 2010).

A partir dos Estados de São Paulo e Minas Gerais, outros Estados e cidades entram na rota do consumo do crack, tornando-se um grande problema na sociedade contemporânea, especialmente nas metrópoles.

Como exemplo, podemos ressaltar que o consumo do crack na cidade do Rio de Janeiro tem feito parte da realidade dos usuários de drogas cariocas nos últimos anos. Através de um levantamento realizado pelo Conselho Estadual Antidrogas do Rio de Janeiro (CEAD - 2010), o número de usuários que procuraram auxílio nos programas de recuperação que a estrutura do próprio conselho ofereceu em 2001 foi de 01 (um) usuário, passando para 183 em 2004 e 262 em 2005, ou seja, um aumento de 43,1% em um ano. (ASFORA, 2006). De acordo com Asfora (2006), os dados do Núcleo de Prevenção as Drogas da Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro (2011), demonstram um aumento de 400% de atendimentos aos usuários de drogas no período de 2005 a 2008.

O mercado de drogas e de violência no Rio de Janeiro não são problemas externos ao conjunto das relações sociais e econômicas que aqui se processam, fazem parte delas. É nesse ambiente proscrito que se amplia e se torna relevante a participação dos jovens em conflito com a lei e sob medida socioeducativa. Esse mercado é para eles uma possibilidade imediata e imediatista de consumo, de status, de relacionamentos múltiplos, de poder e de repressão de sua rebeldia e de sua ainda indecisa confusa e frágil identidade social. (CRUZ NETTO, 2001. p. 17).

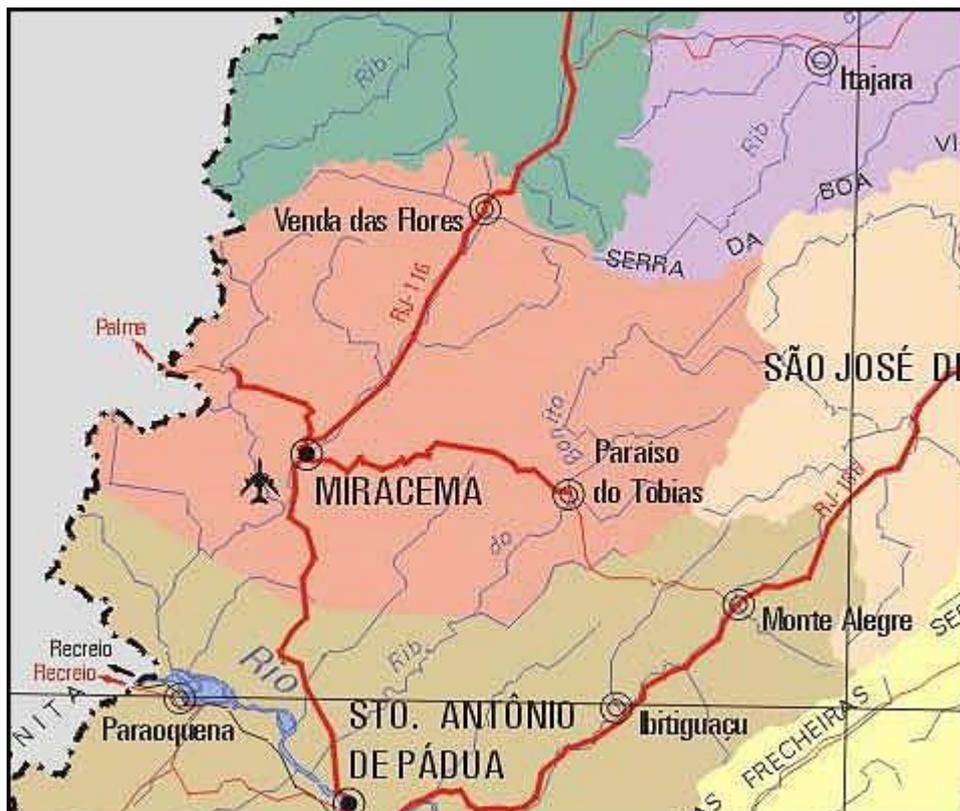
De acordo com Marcelo Cruz, coordenador do Programa de Estudos e Assistência ao Uso Indevido de Drogas (PROJAD) do Instituto de Psiquiatria da UFRJ, o consumo de CRACK tem se espalhado e aumentado para as diversas cidades do estado do Rio de Janeiro. Além disso, tem se notado um processo de interiorização desta droga, haja vista os pequenos municípios estarem se deparando com um grande demanda de uso e tráfico de crack. É o que tem acontecido no município de Miracema – RJ, ao qual nos propomos a apresentar os dados de nossa pesquisa.

O município de Miracema pertence à Região Noroeste Fluminense, com proximidades aos municípios do Estado de Minas Gerais. Ocupa o terceiro lugar na

Região Noroeste no que se refere aos indicadores de pobreza e desigualdade, como demonstra o Índice do Mapa de Pobreza e Desigualdade dos Municípios Brasileiros – 2003 do IBGE. De acordo com o censo de 2010, Miracema tem uma população de 26.786 habitantes. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é 0,713, em 2010, o que o classifica como índice de médio desenvolvimento humano, ocupando a 72ª posição no critério do IDH estadual.

Objetivando conhecer a realidade da drogadição no município e compreender de que forma as Políticas Públicas e Sociais tem sido utilizados por estes usuários, o primeiro passo realizada em nossa pesquisa foi um levantamento de dados no Centro de Atenção Psicossocial de Miracema (RJ) (CAPS), que confirmou um grande aumento no índice de usuários de crack nos últimos anos.

O município de Miracema (RJ) apresenta peculiaridades interessantes que devem ser destacadas no manejo sobre drogas. Desde a década de 90, o município esteve em evidência no noticiário no que tange ao tráfico e criminalidade envolvendo as drogas. Miracema localiza-se geograficamente em um ponto estratégico para este comércio, visto fazer divisa com Minas Gerais, estar a aproximadamente 18 km de um município do Estado de Minas (Palma), e localizar-se próximo ao município de Itaperuna, que, atualmente, por ter se tornado uma cidade universitária, abarca uma grande população migrante, com deslocamento de indivíduos dentro de um espaço geográfico e de forma temporária. Como demonstra mapa abaixo:



Fonte: Dados da internet

Um fato interessante, considerando as características em torno da cidade sobre as drogas, foi que a mesma veio a ser apelidada pela população de “*miraconha*” e “*miraina*”, apelidos estes que fazem alusão ao envolvimento do município à maconha e cocaína. Atualmente, pela grande proliferação do crack nas periferias, o município recebeu o apelido de “*miracrack*”.

Com o objetivo de entender os espaços geográficos em que estes usuários estavam inseridos, nossa pesquisa realizou um levantamento de dados nos prontuários de atendimentos do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), de Miracema (RJ), para assim compreender a proporção de usuários de drogas que buscavam aquele serviço de saúde e também conhecer as particularidades destes.

Assim, foi identificado nos prontuários do CAPS, 445 usuários de Álcool e Outras Drogas, sendo que, destes, 327 fizeram uso de crack em algum momento de sua história de uso, o que representa 74%. Desta forma, diversas pessoas não procuram o tratamento, sendo que um dos motivos identificados é o preconceito ainda existente em relação a serem tratados por um Serviço de Saúde Mental e não especificamente para o tratamento de Drogas. Vale esclarecer esta questão. Devido ao fato do município não ter condições de ofertar um serviço específico para usuários de álcool e outras drogas, estes

são referenciados para um Programa que também oferta serviços de Psiquiatria, o que gera uma resistência por tratamento, acreditando que tal local seja apenas para pessoas acometidas por doenças psiquiátricas ou até mesmos “loucos”.

Cabe ressaltar que, de acordo com a Portaria nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011 que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), somente municípios com população igual ou superior a 70 mil habitantes podem pleitear um CAPS – AD I, não sendo esta a realidade de Miracema – RJ, que possui uma população de 26.829 habitantes. Esta norma representa, portanto, um obstáculo para o melhor enfrentamento deste fenômeno no município, por não respeitar outras especificidades locais que vão além do número de habitantes.

O perfil destes 327 usuários do crack referenciados no Programa de Saúde Mental do Município de Miracema – RJ demonstra um público com características predominantemente masculinas, correspondente a 88%.

Ainda buscamos identificar o território em que estes usuários estão localizados, pois, de acordo com Souza (2007, p. 84), a ocupação é vista como algo gerador de raízes e identidade: um grupo não pode ser mais compreendido sem as particularidades de sua localidade, no sentido de que a identidade sócio-cultural das pessoas estaria inarredavelmente ligada aos atributos do espaço concreto (natureza, patrimônio arquitetônico, “paisagem”). E mais: os limites não seriam, é bem verdade, imutáveis, pois as fronteiras podem ser alteradas comumente pela força bruta. Mas, cada espaço seria, durante todo o tempo, pois apenas a durabilidade poderia, é claro, ser geradora de identidade sócio-espacial, identidade na verdade não apenas como espaço físico, concreto, mas com o território e, por tabela, com o poder controlador.

Pautado neste contexto, e a partir dos dados encontrados, identificamos que a maioria destes usuários se encontra nas comunidades do morro do Cruzeiro, Ceahb, Viradouro, Vila Nova e Jove. Vale ressaltar que estas comunidades têm características de falta de acesso às políticas públicas e sociais, e não apenas por falta das mesmas, mas, também e principalmente, por falta de conhecimento de como ter acesso a tais serviços. Diante disso, existe a clara necessidade de um trabalho significativo de conscientização de direitos sociais, pois muita das vezes os mesmos deixam de usufruir

pelo desconhecimento. Com isso acabam caindo na ociosidade e recorrendo a atos ilícitos, que muitas das vezes leva ao acesso ao tráfico.

Estes bairros são divididos por instâncias de poder paralelo denominado facções criminais, que regulam as ações e determinam o cotidiano de tais comunidades. No momento, estão divididas da seguinte maneira: Ceahb, Vila Nova e Jove são comandadas pelo TCP (Terceiro Comando Puro) e os bairros Cruzeiro e Viradouro pelo CV (Comando Vermelho). As lutas de facções acontecem periodicamente por disputa de territórios, podendo haver mudanças a qualquer momento.

Vale ressaltar que os bairros citados são os de maior concentração de usuários da droga, o que não necessariamente significa que seja o território do tráfico, pois o uso e o tráfico são ações distintas.

Todavia, mesmo um território se tornando gerador de identidade, para o tráfico de drogas ele acaba sendo instável com “[...] as áreas de influência deslizando sobre o espaço concreto das ruas, becos e praças; a criação de identidade territorial é apenas relativa, digamos, mais propriamente funcional que efetiva” (SOUZA, 2007, p. 88).

O território do tráfico de drogas, segundo Souza (2007, p. 92) se apresenta, portanto de maneira altamente pulverizado, contrastando com a estrutura territorial característica de organizações mafiosas. Os territórios enclave acham-se disseminados pelo tecido urbano com territórios amigos, dispersos e separados pelo “asfalto” para empregar a gíria, usual, ou seja, por bairros comuns, ou áreas neutras. Entretanto, o território não se encontra isolado do ponto de relações, da informação e da própria transformação que a mesma exerce no espaço. Mesmo os territórios sendo denominados por traficantes ou facções criminosas inimigas, eles acabam se tornando passagem de informações necessárias para o funcionamento do tráfico de drogas numa dimensão mais do mercado global, no qual as identidades se perdem ou são apenas de consumidores descartáveis.

O tráfico de drogas ilícitas se tornou uma problemática que vem assolando a sociedade em várias escalas, desde a escala global, com o tráfico internacional de entorpecentes, ao tráfico local, como é o caso de Miracema (RJ), entranhada nas grandes, médias e pequenas cidades de todo o mundo e conseqüentemente do Brasil.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao tratarmos acerca da temática em questão, foi possível verificar alguns aspectos que desejamos por em destaque. Um deles diz respeito ao fato desta temática precisar ser revista, pois carece, ainda, de muitos investimentos teóricos para a compreensão deste fenômeno. Outra questão é a constatação de que muito pouco tem sido feito à demanda destes usuários, quando abordamos municípios de pequenos portes, como o caso de Miracema (RJ). No Noroeste Fluminense, o que se faz é o atendimento ambulatorial através dos CAPS'ad (Centro de Atenção Psicossocial à usuário de álcool e outras drogas). Em municípios nos quais não há CAPS'ad, como o município por nós estudado, Miracema, utiliza-se os CAPS I (Centro de Atenção Psicossocial), com foco em usuários com transtornos mentais, ou seja, não é específico para usuários de drogas.

Isso demonstra a fragilidade das políticas oferecidas nesta região e a importância de estudos de caso, pois são reveladores de especificidades dos municípios, principalmente os menores que, como Miracema, situa-se como importante no contexto deste tema.

Mediante aos fatos apresentados neste artigo, podemos dizer que o fenômeno do tráfico de drogas ainda é uma temática de grande complexidade e desafios para as ciências sociais, com isso buscamos não só discutir de que forma o tráfico de drogas dialoga com a sociedade, mas de que forma esse está distribuído no mesmo.

Com os dados encontrados nesta pesquisa, percebemos o crack como uma droga muito utilizada pelos munícipes de Miracema – RJ, porém poucos procuram os serviços de saúde para qualquer tipo de orientação ou até mesmo tratamento para esta droga. Os territórios deste município estão demarcados por facções criminais envolvidas diretamente com o tráfico de drogas, diante disso este trabalho propõe o fortalecimento das políticas sociais neste município, para assim proporcionar aos seus munícipes melhor qualidade de vida e acesso aos serviços públicos de qualidade, sendo esta uma das maneiras para proporcionar a não inserção no uso e tráfico de drogas para os que ali residem.

Em suma, há que se formularem políticas sociais capazes de contemplar de maneira efetiva e equitativa, respeitando as diferenças regionais, além das de gênero, os usuários de crack. Os dados deste estudo de caso, e ainda no contexto de resultados

preliminares, apontam diversas variáveis, como racismo, pobreza, desigualdade social, negação de direitos sociais. É sugerido, portanto, que o crack seja apenas mais uma variável. Neste entendimento, o crack não criaria a pobreza e o seu uso excessivo seria consequência e não causa das condições de vida dos usuários.

Diante das evidências aqui apresentadas, se almeja o incremento das políticas sociais sobre drogas, com enfoque direcionado às demandas específicas para a questão emergente do crack, especialmente dos serviços de cuidado e saúde, convergindo e integrando esforços intersetoriais do Governo, em suas três esferas federativas e da sociedade em uma perspectiva de responsabilidade compartilhada.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASFORA, Murilo. **Conselho Estadual Antidrogas do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Conselho Estadual Anti Drogas do Rio de Janeiro, 2006.

BRASIL. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. **Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad**. Brasília (DF), 2006.

BRASIL. Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976. Brasília (DF), 1976.

BRASIL. Lei nº 10.409, de 11 de janeiro de 2002. Brasília (DF), 2002.

BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Brasília (DF), 2011.

BRASIL. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, **institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas**. Brasília (DF), 2010.

BRASIL. Decreto nº 7.637, de 8 de dezembro de 2011, Altera o Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, que **institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas**. Brasília (DF), 2011.

BOITEUX, Luciana. Brasil: Reflexões críticas sobre uma política de drogas repressiva. **Revista Sur**, v. 12, n. 21, ago. 2015.

BRITES, Cristina Maria. Política de Drogas no Brasil: usos e abusos. In: BOKANY, Vilma (Org.). **Drogas no Brasil: entre a saúde e a justiça proximidades e opiniões**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2015.

BRITES, Cristina Maria. **Ética e uso de drogas: uma contribuição da ontologia social para o campo da saúde pública e da redução de danos**. 2006. Tese (Doutorado em Serviço Social)-Programa de Pós-Graduação em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006.

CRUZ NETO, Otávio; MOREIRA, Marcelo Rasga; SUCENA, Luiz Fernando Mazzei. **Nem soldados nem inocentes: juventude e o tráfico de drogas no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

DUARTE, Marco José de Oliveira. Política pública de saúde mental hoje: análise e perspectivas dos dispositivos de produção do cuidado. *In: ENCONTRO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL*, 3., 2015. **Anais...** Vitória: jun. 2015.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 8. ed. São Paulo: Cortez 2014.

NAPPO, S. A.; GALDURÓZ, J. C.; NOTO, A. R. Crack use in São Paulo. **Subst Use Misuse**, n. 31, p. 565-579, 1996.

PUC – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. **Os impactos do CRACK na saúde pública e na segurança pública**. Belo Horizonte: CEPESP – Centro de Pesquisas em Segurança Pública da PUC Minas, ago. 2010. Disponível em: <[http://www.pucminas.br/imagedb/documento/DOC\\_DSC\\_NOME\\_ARQUI20100826153926.pdf](http://www.pucminas.br/imagedb/documento/DOC_DSC_NOME_ARQUI20100826153926.pdf)>. Acesso em: 25 fev. 2015.

SOUZA, A. *et al.* **Relatório sobre trabalho investigativo: o crack e o SUS**. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Faculdade Serviço Social, 2007.

SOARES, Laura Tavares. **Os Custos Sociais do Ajuste Neoliberal na América Latina**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2009. (Coleção Questões da Nossa Época; v. 78).

UCHOA, Marco.A. **Crack: o caminho das pedras**. São Paulo: Ática, 1996.

VINADÉ, T. F. Redução de danos na atenção primária à saúde: construindo a potência do encontro. *In: MINOZZO, F.; FRANÇA, S.P. (Org.). A detecção e o atendimento a pessoas usuárias de drogas na rede da Atenção Primária à Saúde: módulo 07*. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas, 2009. p. 63-73.