

**Biblioteca Digital da Câmara dos Deputados**  
Centro de Documentação e Informação  
Coordenação de Biblioteca  
<http://bd.camara.gov.br>

"Dissemina os documentos digitais de interesse da atividade legislativa e da sociedade."



# **CRACK**

***Gustavo Silveira Machado***  
Consultor Legislativo da Área XVI  
Saúde Pública e Sanitarismo

**ESTUDO**

**MAIO/2011**



Câmara dos Deputados  
Praça 3 Poderes  
Consultoria Legislativa  
Anexo III - Térreo  
Brasília - DF

## **SUMÁRIO**

1) Crack.....	3
2) Cocaína.....	3
3) Histórico .....	4
4) Produção da cocaína .....	8
5) Uso e efeitos da cocaína .....	10
6) Danos ambientais causados pela produção de cocaína .....	14
7) A epidemia do crack.....	14
8) Tratamento.....	15
9) Crack no Brasil.....	16
10) Combate ao crack e outras drogas no Brasil.....	24

© 2011 Câmara dos Deputados.

Todos os direitos reservados. Este trabalho poderá ser reproduzido ou transmitido na íntegra, desde que citados(as) o(a) autor(a) e a Consultoria Legislativa da Câmara dos Deputados. São vedadas a venda, a reprodução parcial e a tradução, sem autorização prévia por escrito da Câmara dos Deputados.

Este trabalho é de inteira responsabilidade de seu(sua) autor(a), não representando necessariamente a opinião da Câmara dos Deputados.

## CRACK

*Gustavo Silveira Machado*

### 1) CRACK

O crack tem como princípio ativo a cocaína, sendo na verdade uma das apresentações possíveis da droga. O modo mais corrente de sua obtenção é por reação em meio aquoso de cloridrato de cocaína e bicarbonato de sódio ou amônia, resultando em um precipitado que varia em cor e consistência devido à presença de diversos contaminantes, mas que em geral tem o aspecto de pequenas pedras de branco-amareladas a marrons. Este estudo abrange a droga cocaína, seu histórico, principais características e consequências do uso continuado, e também particulariza o crack.

### 2) COCAÍNA

O nome cocaína deriva da coca (*Erythroxylum coca*), planta nativa da América andina de cujas folhas é extraída. Na nomenclatura química, a droga é chamada de bezoilmetilecgonina. Trata-se de um alcalóide, éster do ácido benzóico, representável pela fórmula reduzida  $C_{17}H_{21}NO_4$ . A figura 1, abaixo, ilustra a estrutura química da cocaína. Em sua forma purificada apresenta-se como um sal branco e translúcido, quase sempre ligada ao íon cloridrato (HCl), formando o cloridrato de cocaína, fortemente solúvel em água, com um ponto de fusão de 98° C e um ponto de ebulição de 187° C.

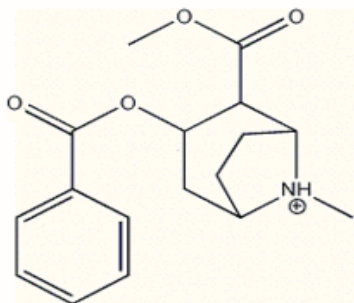


Figura 1 – Estrutura química da cocaína

### 3) HISTÓRICO

---

O hábito de mascar folha de coca devido a seus efeitos estimulantes vem de pelo menos dez séculos, conforme comprova o achado de resíduos de cocaína e seus metabólitos nos cabelos de múmias andinas datando de cerca de 1000 d. C.<sup>1</sup> Boa parte da região situa-se em altitude elevada, portanto com reduzida pressão de oxigênio, além de um relevo escarpado, e a mastigação da planta, usualmente com uma pequena quantidade de cinza para alcalinizar o bolo e facilitar a liberação dos alcalóides, libera continuamente pequenas quantidades de cocaína, permitindo aos habitantes locais enfrentar melhor os efeitos da altitude, da fadiga e do jejum, inclusive por encerrar algum teor de vitaminas, minerais e proteínas. Por seus efeitos, a folha era considerada sagrada e usada em cerimônias religiosas, desde antes da expansão do Império Inca, que teve seu núcleo inicial em região onde a planta não crescia. Com a expansão do império, o uso da folha foi adotado e espalhado, sendo usada inclusive como meio de troca.



Figura 2 – *Erythroxylum coca*

---

1 . SPRINGFIELD, Angela C. et al. Cocaine and metabolites in the hair of ancient Peruvian coca leaf chewers  
In: *Forensic Science International*, Volume 63, Issues 1-3, December 1993, Pages 269-275

O hábito de mascar coca era tão disseminado que o navegador Américo Vespúcio, em viagem à região que hoje é a Venezuela, em 1499, deparou com habitantes de uma ilha, portanto ao nível do mar e longe dos andes, onde cresce a planta, que a consumiam quase ininterruptamente:

*Navegando novamente ao longo da costa, e encontrando uma ilha a cerca de quinze léguas dela no mar, resolvemos ver se ela era habitada. Encontramos nessa ilha as pessoas mais bestiais e imundas que já víramos, mas ao mesmo tempo extremamente pacíficas, de maneira que posso descrever seus hábitos e costumes. Suas maneiras e rostos eram imundos, e eles todos tinham as bochechas estufadas, cheias de uma erva verde que estavam continuamente mastigando, como animais que ruminam, de modo que eram a custo capazes de falar. Cada um deles usava, pendendo do pescoço, duas cabaças, uma cheia do mesmo tipo de erva que tinham na boca, e a outra com uma farinha branca que se aparentava a pó de giz. Eles também carregavam um pequeno bastão, que umedeciam de tempos em tempos na boca e punham na farinha e depois na erva de que tinham a boca cheia e misturavam a farinha com ela. Ficamos surpresos com sua conduta, e não pudemos entender com que fim eles se entregavam à estranha prática.<sup>2</sup>*

Em 1551, o Bispo de Cuzco proibiu o uso da coca sob pena de morte, porque era “um agente nocivo do Diabo”. O renomado artista católico do século XVI Don Diego de Robles declarou que “a coca é uma planta que o diabo inventou para a destruição dos nativos.”<sup>3</sup> No entanto, a folha chegou a ser um produto importante na economia colonial. Os dominadores espanhóis, primariamente interessados na exploração das jazidas de ouro e prata, precisavam de grandes quantidades para distribuir aos índios escravizados que realizavam o trabalho extenuante nas minas.<sup>4</sup> Já nessa época a coca foi levada à Europa, onde foi eventualmente utilizada, porém as viagens marítimas eram longas e durante a viagem as folhas secavam, sofrendo marcada redução do princípio ativo.

Em 1565, a planta da coca figurou no livro pioneiro do médico espanhol Nicolás Monardes, “História das drogas, especiarias e certos medicamentos simples que crescem nas Índias e na América”. O autor destacou as propriedades estimulantes da planta, que permitia aos nativos “passar por desertos onde não encontra nada que comer nem beber [...] [com] as forças preservadas”.<sup>5</sup>

<sup>2</sup> OBER, Frederik A., *Americo Vespucci*. Harper & Brothers, Londres, 1907.

<sup>3</sup> [www.cocaine.org](http://www.cocaine.org)

<sup>4</sup> KARCH, Steven B., *A brief history of cocaine*. Taylor and Francis, 2006.

<sup>5</sup> MONARDES, Nicolás, *Histoire des drogues, epiceries, et de certains medicamens simples, qui naissent és Indes et en l'Amérique*, ed. de 1619.

Já no século 19, as ciências experimentaram grande impulso, entre elas a botânica, a química e a farmacologia. Após o isolamento da quinina, medicamento antimalárico, das folhas da *Cinchona officinalis* em 1820, pesquisadores voltaram-se a diversas outras plantas com propriedades medicinais conhecidas para descobrir e isolar seus princípios ativos. A cocaína foi primeiramente isolada pelo alemão Friedrich Gaecke em 1855, que a denominou eritroxilina (por haver sido isolada de plantas do gênero *Erythroxylon*). Em 1860, o também alemão Albert Niemann publicou um trabalho sobre um novo e aperfeiçoado método de extração da droga, que chamou de cocaína.

Entre 1883 e 1887, Sigmund Freud publicou uma série de trabalhos sobre sua experiência com a droga. Neles, advogava suas qualidades no tratamento de várias condições, como depressão e vício em heroína, e observou suas propriedades anestésicas. Após alguns incidentes negativos, parou de recomendar a droga, que no entanto tinha real valor como anestésico tópico. Em 1884, o médico Karl Koller publicou um trabalho demonstrando que a instilação de algumas gotas no globo ocular tornava possível realizar intervenções cirúrgicas sem dor. A cocaína foi também amplamente usada na época para cirurgias odontológicas e do trato respiratório superior, e durante anos foi o único anestésico tópico disponível.

Em fins do século XIX, a cocaína era livremente comercializada, sendo produzida e distribuída por grandes laboratórios como Merck e Parke-Davis, e integrava a composição de um grande número de preparações medicamentosas.



Fig. 3 – Medicamento para dor de dentes à base de cocaína



Fig. 4 – Cocaína produzida pelo laboratório Merck.



Fig. 5 – Cocaína produzida pelo laboratório Parke-Davis.

Além dos usos médicos, uma vasta gama de produtos contendo cocaína eram vendidos, como por exemplo sabões e tônicos capilares, além de preparados para consumo via oral.

O químico corso Angelo Mariani observou que era possível extrair a cocaína das folhas mediante maceração em líquido alcoólico, e em 1863 começou a vender seu Vin Mariani, vinho preparado com folhas de coca, que continha cerca de 200 mg de cocaína por litro. O produto obteve um estuendo sucesso comercial, sendo utilizado e



recomendado por diversas celebridades da época, incluindo Émile Zola, Thomas Edison, a Rainha Victoria e os Papas Leão XIII e Pio X. Diversos concorrentes passaram a produzir vinhos fortificados com coca, muitas vezes com teores maiores da droga, somente limitados pelas características organolépticas da bebida. Nos estados Unidos da América, o “Pemberton’s French Wine Coca” tornou-se um produto bastante popular. A proibição da comercialização de bebidas alcoólicas em Atlanta, sede da empresa, em 1885, motivou a criação de uma bebida não-alcoólica à base de folhas de coca e noz de cola, a Coca-Cola. Desde 1903 a empresa passou a utilizar folhas de coca das quais a cocaína é previamente retirada.

O uso indiscriminado da cocaína tornou evidentes, após algum tempo, os seus efeitos negativos sobre a saúde humana. Uma campanha contra sua comercialização e uso, liderada pelas entidades médicas, logo ganhou as ruas e a opinião pública. Em dezembro de 1914, o Senado dos EUA aprovou o “Harrison Narcotic Act”, lei que submetia a comercialização de cocaína à obrigatoriedade de prescrição médica. A lei teve o efeito de restringir o mercado legal da droga; no entanto, não evitou o surgimento de um mercado paralelo. Em 1925, a Liga das Nações firmou em Genebra uma convenção para o controle de narcóticos.<sup>6</sup> Seguiu-se a proibição em diversos outros países. Em 1948, a recém-fundada Organização das Nações Unidas estabeleceu a proibição de drogas como uma de suas prioridades, e em 1961 aprovou a Convenção Única contra os Narcóticos, segundo a qual os signatários deveriam combater a produção, o transporte, a venda e o consumo das drogas listadas, entre as quais a cocaína e derivados.

Devido às restrições ao seu uso e ao surgimento de outros medicamentos, principalmente anestésicos, que a substituíam com vantagens para uso medicinal, a produção e consumo de cocaína decaíram continuamente até fins da década de 60, quando foi redescoberta como uma droga para uso recreacional. Dada a escassez da oferta e o conseqüente aumento dos preços, somente usuários abastados podiam consumir a droga, que tornou-se uma oportunidade para grandes lucros. Na metade da década de 70, o cartel de Medellín vendia cerca de 40 kg de cocaína por semana; no final da década, já eram centenas de quilos, e no início da década de 80 a quantidade era medida em toneladas por semana.

#### **4) PRODUÇÃO DA COCAÍNA**

---

Estima-se existirem mais de 200 espécies do gênero *Erythroxylum* no hemisfério ocidental. Delas, 17 contém ecgonina em suas folhas e poderiam ser utilizadas

---

<sup>6</sup> GOOTNBERG, Paul. *The ride and demise of coca and cocaine*. Suny – Stony Brook, 2001.

para a produção de cocaína, quase todas têm teores muito baixos da substância. Na prática, apenas duas espécies, que apresentam conteúdo de cocaína variando de 0,1 a 1,2%, são cultivadas: *E. coca*, nas variedades coca e ipadu, e *E. novogranatense*, nas variedades novogranatense e truxillense. Das duas, *E. coca* é a mais amplamente plantada. Bolívia, Colômbia e Peru são os países principais produtores de coca e de cocaína.

A produção da droga compreende três etapas:

- 1) extração da pasta de coca;
- 2) purificação da pasta para obter coca base;
- 3) conversão da coca base em cloridrato de cocaína.

Na etapa de extração, as folhas de coca são inicialmente maceradas por alguns dias em solução fortemente alcalina, com cal ou cimento. Posteriormente são adicionados querosene ou gasolina, e após cerca de três dias as folhas são retiradas. Mistura-se ácido sulfúrico, que provoca a decantação de resíduo. Por fim, adiciona-se álcali (como soda cáustica) à fase líquida para precipitar a cocaína. Nesta apresentação, bastante grosseira, a cocaína pode ser fumada, geralmente misturada a tabaco ou maconha.

A purificação da pasta é feita com ácido sulfúrico e permanganato de potássio. O resíduo sólido inicialmente precipitado é removido, e a fase líquida recebe a adição de amônia, que faz precipitar a coca base, que depois de filtrada e seca resulta em um semi-sólido de cor pardacenta. Quando chega aos usuários nessa apresentação, é, a exemplo da pasta, fumada, misturada a tabaco ou maconha.

A última etapa, de produção de cloridrato de cocaína, é feita com éter dietílico, ácido clorídrico e acetona. Existem algumas variações na sequência de reações.<sup>7</sup> Estimando-se que as folhas de coca contêm um teor de 0,8% de cocaína, 500 kg de folhas resultam em 4 kg de droga. Como todas as etapas do processo químico de obtenção da cocaína são conhecidos, a quimiossíntese da droga é possível. Contudo, os custos de obtê-la a partir das folhas de coca permanecem bastante menores.

#### **Produção de crack**

O crack é obtido pela reação do cloridrato de cocaína com bicarbonato de sódio ou amoníaco em água. A solução é fervida e, ao secar, formam-se pequenas pedras, apresentação típica do crack.

#### **Produção de “oxi”**

Mais recentemente, registra-se o tráfico e consumo de mais um derivado da cocaína, o chamado “oxi” (corruptela de “oxidado”), em que a reação de

<sup>7</sup> CASALE, J. F.; KLEIN, R. F. X. Illicit production of cocaine. In: *Forensic Science Review* 5, 95-107, 1993.

neutralização do cloridrato de cocaína é feita com querosene e cal virgem, resultando em um produto ainda mais ofensivo à saúde.

## 5) USO E EFEITOS DA COCAÍNA

---

### Efeitos e mecanismo de ação

A cocaína exerce efeitos marcantes sobre o sistema nervoso central, incrementando o estado de alerta e proporcionando sensações de bem-estar, euforia, energia e aumento da atividade motora, da auto-confiança e da sexualidade. Seu uso pode possibilitar melhor desempenho em situações que requeiram atenção e esforços prolongados. Em doses elevadas, pode provocar tremores, convulsões e hipertermia, além de taquicardia e hipertensão arterial.

A cocaína atua como um bloqueador do transporte e recaptação de monoaminas, agindo nos neurônios dopaminérgicos, serotoninérgicos e noradrenérgicos. Portanto, provoca efeitos tanto no sistema nervoso central quanto no sistema nervoso autônomo simpático.

O efeito mais amplamente conhecido da cocaína no sistema nervoso central é o bloqueio da proteína transportadora de dopamina. Na atividade fisiológica normal, a dopamina (neurotransmissor) é liberada na fenda sináptica, liga-se aos receptores de membrana do neurônio receptor, desencadeando a transmissão de sinal, e é em seguida ligada à proteína de transporte e recaptada e armazenada pelo neurônio transmissor. A cocaína liga-se à proteína transportadora, inibindo a recaptação da dopamina, que ao permanecer na fenda sináptica continua desencadeando potenciais de ação no neurônio receptor.

Áreas do cérebro ricas em neurônios dopaminérgicos são a área tegmental ventral, núcleo accumbens e córtex pré-frontal. Essas áreas em conjunto constituem um “sistema de recompensa”, normalmente ativado em resposta a estímulos positivos como comida e prazeres sensoriais. Além disso, por inibir a atividade do núcleo pontino e do loco cerúleo, a cocaína também suprime sentimentos de medo e pânico<sup>8</sup>.

Com o uso continuado, os neurônios adaptam-se à maior quantidade de dopamina disponível, tornando-se menos excitáveis. Em tal situação, a falta da cocaína reduz a quantidade de neurotransmissor para níveis normais, insuficientes para manter o funcionamento normal daquelas regiões do cérebro. A “normalidade” passa a requerer o uso continuado da droga, e em doses cada vez maiores. A privação provoca intensas alterações no humor, e o usuário passa a desejar a droga com mais frequência.

---

<sup>8</sup> *Ibid.*

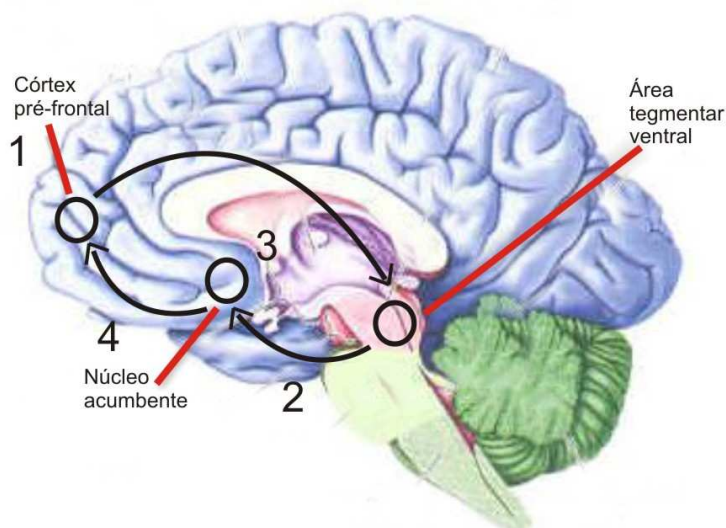


Fig. 6 – Regiões do cérebro mais suscetíveis à ação da cocaína.

#### **Vias de administração.**

A cocaína pode ser utilizada pelas vias oral, nasal, intravenosa, inalatória (fumo) ou por aplicação direta em mucosas. Todas as formas produzem o mesmo efeito euforiante, porém o início, o pico e a duração do efeito são diferentes.

A via oral é o método tradicional empregado pelos camponeses mascadores de coca. Mastigar as folhas libera continuamente quantidades bastante reduzidas da substância, de modo que os efeitos fisiológicos são discretos. Outro modo de consumir folhas de coca é na forma de infusão em água quente, o “chá de coca”, comumente oferecido aos turistas em localidades andinas para minorar os males da altitude. Também o chá fornece quantidades reduzidas de cocaína, insuficientes para alterar a psique e o comportamento.

A ingestão é também um dos meios de uso do cloridrato de cocaína. Quando tomada desta maneira, a absorção é lenta e irregular. Usualmente cerca de 1/3 da droga é absorvida, demorando cerca de 30 minutos para atingir a corrente sanguínea, e um intervalo adicional para atingir o máximo de seu efeito.

Tanto o fumo quanto a injeção intravenosa produzem efeitos rápidos. A fumaça é rapidamente absorvida pela vasculatura pulmonar, chegando ao cérebro em seis a oito segundos e produzindo uma intensa euforia por cerca de 20 minutos. Por via

intravenosa, a cocaína atinge o cérebro em cerca do dobro do tempo. O efeito obtido pela aspiração leva mais tempo para ocorrer (3-5 minutos), mas persiste por uma a duas horas. A cocaína provoca vasoconstrição local, que reduz e prolonga a sua absorção.

A administração concomitante de cocaína e álcool também prolonga a euforia, pois resulta na prosução de um metabólito ativo chamado cocaetileno, que embora não cause efeito mais intenso, tem uma meia-vida mais longa.<sup>9</sup>

### **Diferenças entre as formas de cocaína**

O cloridrato de cocaína é um sal solúvel em água, e portanto é absorvido pelas membranas mucosas (oral, digestiva, nasal, vaginal, anal) e também pode ser diluído para injeção venosa. Não se presta, porém, para ser fumado. Sua temperatura de ebulição situa-se acima dos 180° C, o que provoca a degradação da molécula. Em sua forma base, contudo, sofre sublimação abaixo de 100° C. Portanto, o crack (o nome deriva do ruído característicos que as pedras fazem ao serem aquecidas), a merla e o oxi podem ser fumados, mas por não serem solúveis em água não são absorvidos por outras vias.

### **Consequências do uso crônico<sup>10</sup>**

No que se refere aos danos à saúde, deve-se considerar os aspectos:

— A droga propriamente dita: a cocaína age primariamente sobre o sistema nervoso central, mas também sobre o periférico, onde causa desregulação autonômica, com efeitos sobre a vasculatura (vasoconstrição) e sobre o coração (taquicardia).

— Os contaminantes: o processo de produção de cocaína utiliza diversos reagentes químicos agressivos, que deixem resíduos. O “oxi”, particularmente, quando queimado desprende uma fumaça negra altamente tóxica. Além disso há os adulterantes, adicionados para aumentar o volume e proporcionar maiores lucros. O cloridrato de cocaína é comumente adulterado com carboidratos, com estimulantes (caféina, anfetamina), com anestésicos (benzocaína, lidocaína, procaína, tetracaína), com medicamentos (diltiazem, levamisol, fenacetina), ou mesmo com cal.

— A forma de consumo: a cocaína injetada, geralmente sem preocupações higiênicas, é causa de infecções bacterianas e virais. A merla, o crack e o “oxi”, fumados, podem causar lesões térmicas e queimaduras (o “oxi” muitas vezes contém resíduos inflamáveis e pode entrar em combustão).

<sup>9</sup> SCHNEIR, Aaron; MANOQUERRA, Anthony S. Medical consequences of the use of cocaine and other stimulants. In: *Handbook of the medical consequences of alcohol and drug abuse*. The Haworth Press, 2004.

<sup>10</sup> *Ibid.*

São diversos os órgãos e sistemas que sofrem danos pelo uso continuado da droga:

Sistema cardiovascular – a cocaína provoca taquicardia, hipertensão e aumento da agregação plaquetária, tudo contribuindo para acelerar a aterosclerose nas artérias coronárias. O uso intenso causa vasoespasmo e picos hipertensivos, podendo levar a angina, infarto e em casos extremos a dissecação da aorta. Flebite e endocardite acometem usuários por via endovenosa.

Sistema nervoso – a cocaína pode ser causa ou concausa de acidentes vasculares cerebrais isquêmicos ou hemorrágicos, convulsões, dores de cabeça e distúrbios da motricidade, além de agravar distúrbio preexistentes.

Pulmões – decorrentes principalmente do consumo por via inalatória, os efeitos pulmonares adversos da cocaína incluem irritação respiratória aguda, exacerbação de asma preexistente, edema pulmonar, doença pulmonar eosinofílica, doença pulmonar granulomatosa, barotrauma e hipertensão pulmonar. Tosse, hemoptise e falta de ar são sintomas comuns após fumar cocaína.

Distúrbios psiquiátricos – podem decorrer do uso agudo, da interrupção abrupta do uso ou do uso crônico de cocaína. Podem-se observar comportamento agressivo, delírio e sintomas psicóticos. Pacientes em fase de retirada da droga podem apresentar disforia, ansiedade, depressão e esgotamento profundo, que induzem à recaída.

Aparelho genito-urinário - os efeitos adversos incluem insuficiência renal aguda, infarto renal e progressão de insuficiência renal crônica, além de disfunções sexuais. O infarto renal é secundário ao vaso-espasmo que pode acometer as artérias renais, além dos mesmos mecanismos que causam aterosclerose coronária. A insuficiência renal é atribuída à toxicidade da mioglobina liberada pela rabdomiólise associada ao uso de cocaína.

Aparelho Gastrointestinal – os efeitos são incomuns, mas já foram observados isquemia e infarto intestinal e agravamento de úlcera, inclusive com perfuração. Um efeito gastrointestinal marcante da cocaína não está ligado ao seu uso, e sim ao tráfico. Frequentemente as “mulas” (pessoas pagas por traficantes para transportar drogas) engolem grandes quantidades da droga em pequenos pacotes para iludir as autoridades policiais. Por vezes esses pacotes rompem-se no interior do tubo digestivo, causando intensa isquemia intestinal e em casos mais extremos a morte.

Fígado – lesões hepáticas pela cocaína são raras, porém os usuários por via venosa ao compartilharem seringas e agulhas podem contrair hepatites virais B e C.

Vias aéreas superiores e cavidade oral – as complicações estão intimamente relacionados com a via de administração da droga. A ingestão de cocaína pode

causar erosão dentária, e periodontite; a aspiração pode desencadear rinite crônica, sinusite e perfurações do septo nasal, que por vezes evolui para destruição do septo. Crack e merla, fumados, costumam causar queimaduras na boca, nariz, no trato respiratório superior, na orofaringe e no esôfago.

Olhos e visão – há relatos de defeitos epiteliais da córnea, celulite preseptal, neuropatia óptica, precipitação de glaucoma de ângulo fechado agudo, opsocloia, e discromatopsia.

Gravidez - o uso de cocaína durante a gravidez está associado a aumento da incidência de descolamento de placenta, prematuridade, retardo de crescimento intra-uterino e microcefalia.

## **6) DANOS AMBIENTAIS CAUSADOS PELA PRODUÇÃO DE COCAÍNA**

---

A planta de coca, como qualquer outra plantação quando feita em larga escala, tem certas demandas que causam impacto no ambiente. Em 1992, estimava-se que apenas no Peru havia por volta de 200.000 hectares (ou 2.000 km<sup>2</sup>) plantados de coca, contra 160.000 hectares de milho, 62.700 de banana e 44.500 de arroz plantados na região amazônica peruana<sup>11</sup>. Como a planta precisa ser plantada em terrenos altos e escarpados, portanto sujeitos a erosão, o impacto do desflorestamento causado pela cultura é maior do que o dado numérico sugere. As plantas precisam receber aplicação de herbicidas, e tipicamente dão seis colheitas por ano, implicando em uso de grandes quantidades de agrotóxicos. Calculou-se que, no ano de 1986, para uma área plantada de 160.000 hectares de coca, com uma produção de folha de 2.400 kg/hectare/ano, fabricaram-se cerca de 6.400 toneladas de pasta de cocaína. Para tanto, 57 milhões de litros de querosene, 32 milhões de litros de ácido sulfúrico, 16.000 toneladas de cal, 3.200 toneladas de carbureto, 16.000 toneladas de papel absorvente, 6,4 milhões de litros de acetona e igual quantidade de tolueno foram empregados e descartados diretamente nos rios da região.<sup>12</sup>

## **7) A EPIDEMIA DO CRACK**

---

No início da década de 1980, os EUA sofreram uma verdadeira epidemia de uso do crack, com diversas consequências sanitárias, sociais e de segurança pública. Na época, o cloridrato de cocaína era vendido nas ruas a um teor de pureza médio de 55% e a um preço de US\$100 o grama. Os cartéis da droga experimentaram um excesso

---

<sup>11</sup> DOUROJEANNI, M. Environmental impact of coca cultivation and cocaine production in the Amazon Region of Peru. United Nation Office on Drugs and Crime, 1992.

<sup>12</sup> *Ibid.*



de produção e acúmulo de estoques, e a maneira que encontraram para enfrentar a situação foi converter o cloridrato de cocaína em crack. A operação pode ser feita facilmente com utensílios domésticos em qualquer lugar, e em vez de pacotes de 1 grama, o crack podia ser distribuído a baixo custo em pequenas pedras. Já em 1981 houve relatos de crack em Los Angeles, San Diego, Houston e no Caribe. Logo espalhou-se pelas maiores cidades. Vendido a uma pureza média de 80% e disponível a preços tão baixos como US\$2.50 a dose, o crack pôde atingir a população de baixa renda, multiplicando o número de potenciais usuários. Além disso, como o efeito da cocaína fumada é bem mais efêmero, abrevia o tempo para desenvolver o vício.<sup>13</sup>

A nova droga logo ganhou as ruas, onde passou a ser vendida pelas gangues de latinos e afro-americanos. Entre estes, sobretudo, causou o maior impacto. A disputa pelos territórios de venda de droga implicou em uma escalada da violência. Os jovens, atraídos pelo lucro fácil, abandonaram as escolas em grande número. Muitos usuários, uma vez viciados, passaram a cometer furtos e roubos para poder comprar a droga, aumentando os índices de criminalidade. Viciadas do sexo feminino, ademais, entregaram-se à prostituição, predispondo à propagação da AIDS e dando ensejo ao nascimento indesejado de numerosas crianças de baixo peso (“bebês do crack”), cujos pais, além de viciados, passavam frequentemente períodos encarcerados. Dessa forma grande número de crianças foram abandonadas em orfanatos.<sup>14</sup> Fenômenos semelhantes foram evidenciados em estudos realizados no Brasil.<sup>15 16</sup>

## 8) TRATAMENTO

O tratamento de pacientes viciados em drogas atualmente baseia-se na suposição de que se trata de uma doença crônica; deve, portanto, ser pensado no longo prazo. Deve ser, também multiprofissional e multifatorial, abordando as circunstâncias pessoais e sociais.

Quanto ao tratamento químico, diversas drogas já foram pesquisadas ao longo de décadas, como os antidepressivos tricíclicos, a imipramina, inibidores seletivos da recaptação da serotonina, anticonvulsivantes, estabilizadores do humor, antipsicóticos e

<sup>13</sup> <http://www.justice.gov/dea/pubs/history/1985-1990.pdf>.

<sup>14</sup> FRIER, Jr., Roland G. et al. *Measuring the impact of crack cocaine*. National Bureau of Economic Research, 2005.

<sup>15</sup> CRUZ, Marcelo Santos *et al.* **Crack: uma abordagem multidisciplinar**.

<sup>16</sup> GUIMARÃES, Cristian Fabiano *et al.* Perfil do usuário de crack e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre (RS) In: *Rev Psiquiatr RS*. 2008;30(2) – 101-108



aversivos, sem sucesso. Nos EUA, pesquisa-se atualmente a produção de uma “vacina” anticocaína, que induziria o organismo a produzir anticorpos para neutralizar a droga, com resultados promissores.<sup>17</sup>

## 9) CRACK NO BRASIL

(Esta parte e a seguinte são reproduzidas, com algumas adaptações, de estudo anterior realizado em junho de 2010 sob o título “Consumo e combate ao crack no Brasil”.)

Existem atualmente diversos estudiosos debruçando-se sobre a questão do crack no Brasil, de modo que o problema já é relativamente bem conhecido. Não há, contudo, uma base de dados consolidada.

Sabe-se que o crack está presente no país desde pelo menos 1990, ano em que ocorreu a primeira apreensão da droga, no estado de São Paulo.<sup>18</sup>

Abaixo exibimos duas tabelas com dados compilados dos relatórios anuais do UNODC (Escritório das Nações Unidas para Drogas e Prevenção do Crime) sobre apreensão de drogas no Brasil. Como os dados sobre crack isoladamente somente foram compilados a partir de 2003, é provável que as apreensões de crack em anos anteriores estejam incluídas no total da cocaína, porém a quantidade comparativamente reduzida não afeta o montante significativamente.

**Apreensão de cocaína no Brasil 1998-2008  
(pasta base e sais)**

Ano	Quantidade (kg)
1998	6.560
1999	7.646
2000	5.555
2001	9.137
2002	9.415
2003	9.766
2004	8.194
2005	16.151

<sup>17</sup> KESSLER, Felix. Abordagem e tratamento do usuário de cocaína/crack: uma breve revisão. In: **Debates – Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria**, ano2, no. 3, mai-jun/2010.

<sup>18</sup> [http://apps.einstein.br/alcooledrogas/novosite/drogas\\_historia\\_cocaina.htm](http://apps.einstein.br/alcooledrogas/novosite/drogas_historia_cocaina.htm)

Ano	Quantidade (kg)
2006	14.323
2007	16.608
2008	20.075

Fonte: UNODC World Drug Report (Edições de 2001, 2004, 2008 e 2010)

#### **Apreensão de crack no Brasil 2003-2008**

Ano	Quantidade (kg)
2003	136
2004	101
2005	136
2006	145
2007	578
2008	373

Fonte: UNODC World Drug Report (Edição de 2010)

#### **Uso de drogas no Brasil**

O uso de drogas é classificado em categorias:

- Uso na vida: o uso de droga pelo menos uma vez na vida.
- Uso no ano: o uso de droga pelo menos uma vez nos últimos doze meses.
- Uso recente ou no mês: o uso de droga pelo menos uma vez nos últimos 30 dias.
- Uso freqüente: uso de droga seis ou mais vezes nos últimos 30 dias.
- Uso de risco: padrão de uso que implica alto risco de dano à saúde física ou mental do usuário, mas que ainda não resultou em doença orgânica ou psicológica.
- Uso prejudicial: padrão de uso que já está causando dano à saúde física ou mental.

- Não-usuário: nunca utilizou drogas .
- Usuário leve: utilizou drogas no último mês, mas o consumo foi menor que uma vez por semana.
- Usuário moderado: utilizou drogas semanalmente, mas não todos os dias, durante o último mês.
- Usuário pesado: utilizou drogas diariamente durante o último mês.

No estudo das drogas e suas consequências tem destaque, no Brasil, o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (Cebrid), núcleo inserido no Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo, que existe desde 1978.

O Cebrid realiza periodicamente levantamentos sobre uso de drogas entre a população. No seu sítio institucional<sup>19</sup> é possível acessar alguns desses levantamentos:

- IV Levantamento sobre o Uso de Drogas entre Estudantes de 1º e 2º graus em 10 Capitais Brasileiras – 1997;
- IV Levantamento sobre o Uso de Drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua de seis capitais brasileiras – 1997;
- I Levantamento Domiciliar Nacional Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas - Parte A: estudo envolvendo as 24 maiores cidades do Estado de São Paulo – 1999;
- I Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil – 2001;
- Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas entre Crianças e Adolescentes em Situação de Rua nas 27 Capitais Brasileiras – 2003;
- V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras – 2004;
- II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil – 2005.

Dados sobre o crack foram incluídos pela primeira vez no I Levantamento Domiciliar Nacional, de 2001. As 8.589 entrevistas feitas nas 107 cidades

---

<sup>19</sup> <http://200.144.91.102/sitenovo/conteudo.aspx?cd=644>

brasileiras com população superior a 200.000 habitantes apontaram para um uso na vida por 0,4% da população. O uso frequente e a dependência foi considerados estatisticamente irrelevantes.

Os levantamentos posteriores já apresentaram dados mais detalhados acerca do uso de crack, e as tabelas apresentadas a seguir são copiadas daqueles trabalhos.

**Consumo de derivados de coca (cocaína, crack, merla) entre as crianças e adolescentes entrevistados nas 27 capitais brasileiras**

		(N = 2.807)	
		N	%
Parâmetro de uso <sup>1</sup>	Uso na vida	687	24,5
	Uso no ano	519	18,5
	Uso no mês	353	12,6
Época do primeiro episódio de uso	Antes da situação de rua	136	4,8
	Depois da situação de rua	547	19,5
	Não lembra	4	0,1
	Nunca usou qualquer derivado da coca	2120	75,5
<b>Para os casos de uso no mês (recente)</b>			
Tipos de derivados da coca usados no mês	Cocaína cheirada (aspirada)	147	5,2
	Cocaína injetada	8	0,4
	Merla	71	2,5
	Crack	153	5,5
	Outra droga derivada da coca	86	3,1
Frequência de uso no mês	1 a 3 dias	163	5,8
	4 a 19 dias	123	4,4
	20 dias ou mais	66	2,4

Fonte: Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas entre Crianças e Adolescentes em Situação de Rua nas 27 Capitais Brasileiras (2003)

**Uso de drogas psicotrópicas por 9.631 estudantes do ensino fundamental e médio das redes municipal e estadual da região Sudeste; dados expressos em porcentagem, levando em conta os tipos de usos e as diferentes drogas individualmente.**

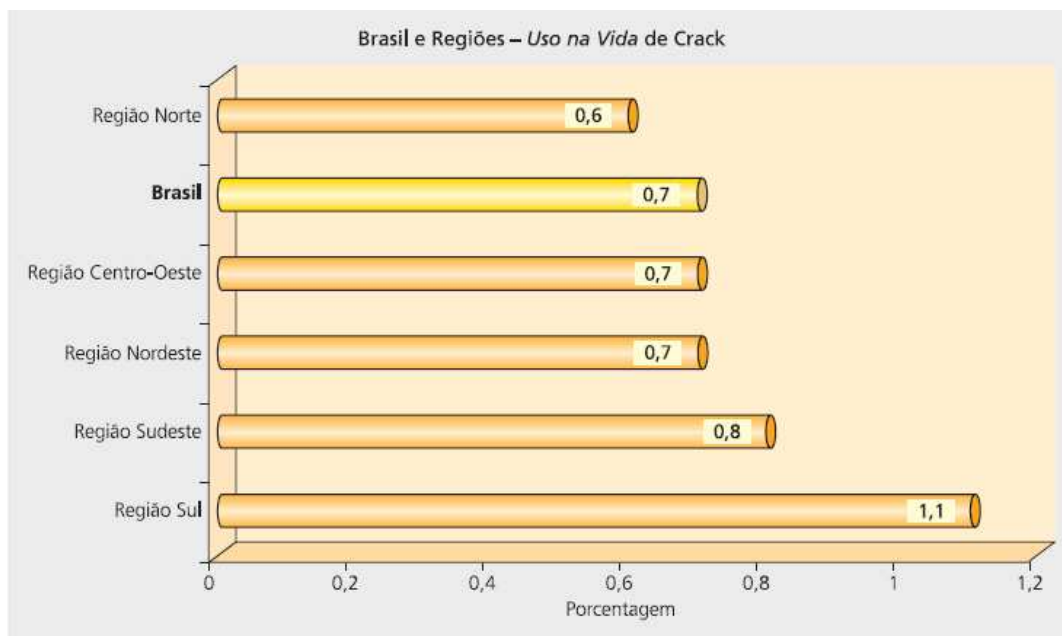
Drogas	Tipos de uso % <sup>‡</sup>				
	<i>Na vida</i>	<i>No ano</i>	<i>No mês</i>	<i>Freqüente</i>	<i>Uso pesado</i>
Maconha	6,6	5,4	3,8	1,1	0,6
Cocaína	2,3	1,8	1,3	0,3	0,2
Crack	0,8	0,8	0,7	0,2	0,2
Anfetamínicos	3	2,8	1,6	0,5	0,3
Solventes	15,8	13,7	9,4	1,5	0,9
Ansiolíticos	4,3	4	2,7	0,4	0,3
Anticolinérgicos	1,1	0,7	0,5	0,1	0,1
Barbitúricos	0,8	0,7	0,6	0,1	0,1
Opiáceos	0,4	- <sup>†</sup>	-	-	-
Xaropes	0,4	-	-	-	-
Alucinógenos	0,8	-	-	-	-
Orexígenos	0,4	-	-	-	-
Energéticos	14,1	-	-	-	-
Esteróides/Anabolizantes	0,9	-	-	-	-
<b>Total tipos de uso*</b>	<b>23,3</b>	<b>19,9</b>	<b>14,8</b>	<b>3,3</b>	<b>2,2</b>
Tabaco	25,4	16,1	10,1	4,1	3,1
Álcool	68,7	67	47,3	12,5	7,2

<sup>‡</sup> As porcentagens representam os dados expandidos (vide Metodologia).

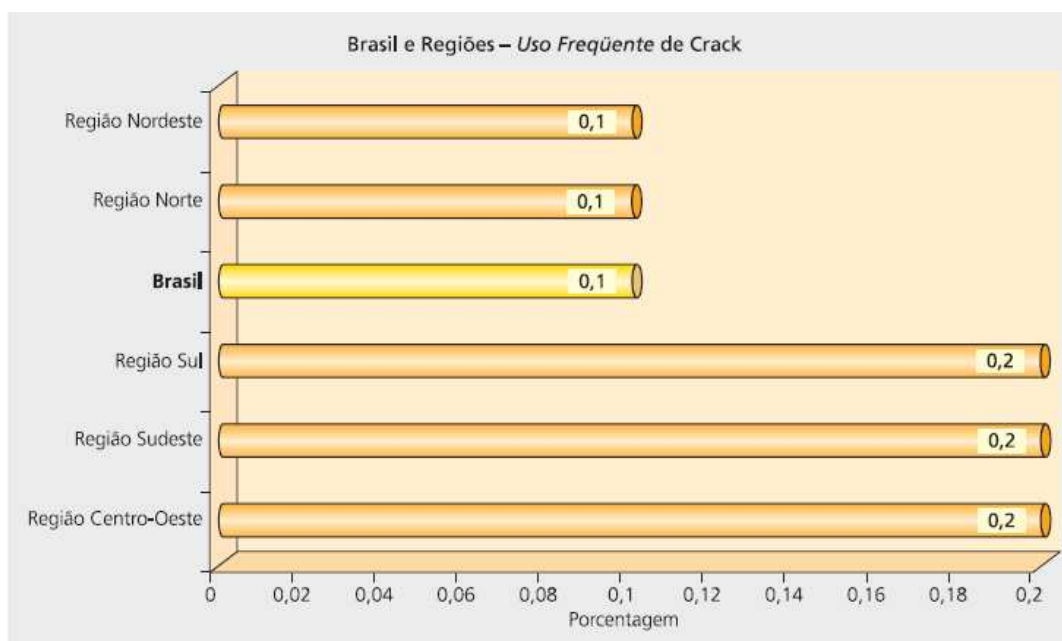
<sup>†</sup> O traço (-) indica dados não colhidos.

\* Tipos de uso exclui tabaco e álcool. Vide definição de tipos de uso em Metodologia.

Fonte: V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras – 2004

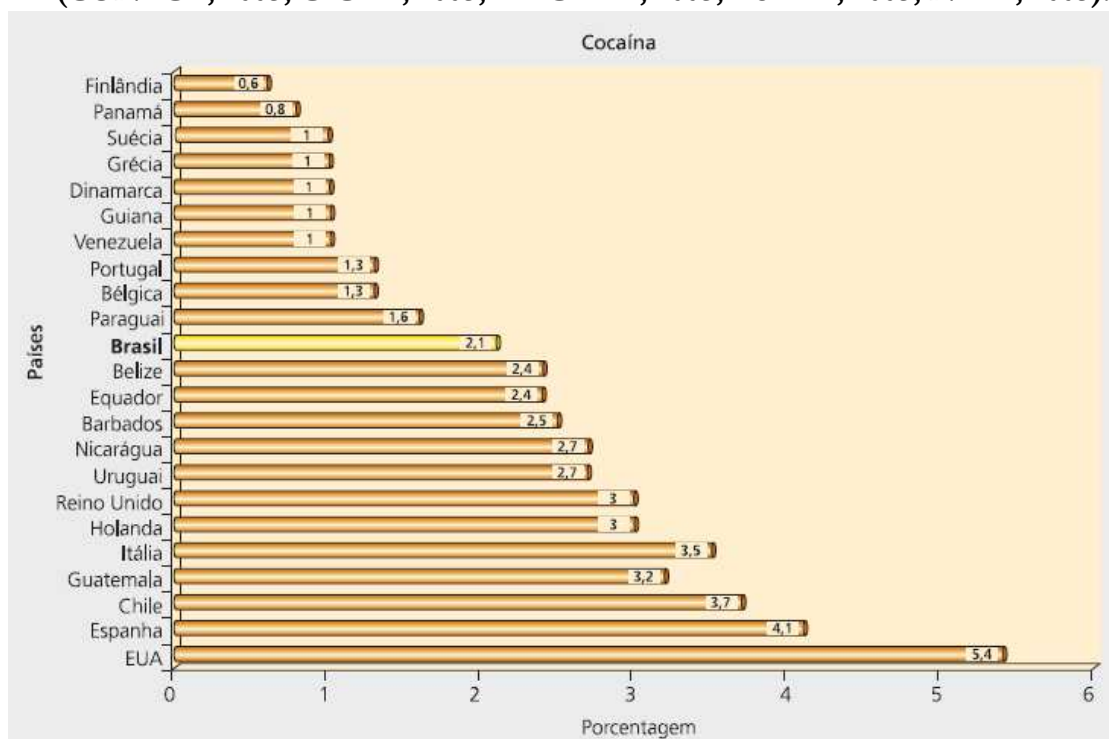


Fonte: V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras – 2004

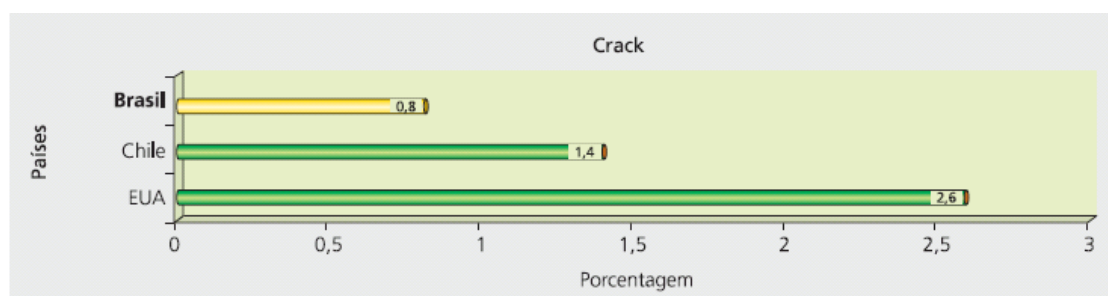


Fonte: V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras – 2004

**Comparação do uso na vida de cocaína no Brasil com outros países (CONACE, 2005; CICAD, 2005; EMCDDA, 2005; ESPAD, 2005; NIDA, 2005).**



**Comparação do uso na vida de crack no Brasil com outros países (CONACE, 2005; CICAD, 2005; EMCDDA, 2005; ESPAD, 2005; NIDA, 2005).**



Comparação entre os levantamentos de 2001 e 2005, uso na vida das drogas exceto Álcool e Tabaco, distribuídos segundo o sexo e a faixa etária dos entrevistados das 108 cidades com mais de 200 mil habitantes do Brasil.

DROGAS	Sexo (em %)					
	Ano 2001			Ano 2005		
	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total
<b>Maconha</b>	10,6	3,4	<b>6,9</b>	14,3	5,1	<b>8,8</b>
<b>Solventes</b>	8,1	3,6	<b>5,8</b>	10,3	3,3	<b>6,1</b>
<b>Cocaína</b>	3,7	0,9	<b>2,3</b>	5,4	1,2	<b>2,9</b>
<b>Estimulantes</b>	0,8	2,2	<b>1,5</b>	1,1	4,5	<b>3,2</b>
<b>Benzodiazepínicos</b>	2,2	4,3	<b>3,3</b>	3,4	6,9	<b>5,6</b>
<b>Orexígenos</b>	3,2	5,3	<b>4,3</b>	2,5	5,1	<b>4,1</b>
<b>Xaropes (codeína)</b>	1,5	2,4	<b>2,0</b>	1,7	1,9	<b>1,9</b>
<b>Opiáceos</b>	1,1	1,6	<b>1,4</b>	0,9	1,6	<b>1,3</b>
<b>Anticolinérgicos</b>	1,1	1,0	<b>1,1</b>	0,9	0,3	<b>0,5</b>
<b>Alucinógenos</b>	0,9	0,4	<b>0,6</b>	1,8	0,6	<b>1,1</b>
<b>Barbitúricos</b>	0,3	0,6	<b>0,5</b>	0,6	0,8	<b>0,7</b>
<b>Heroína</b>	0,1	0,0	<b>0,1</b>	0,2	0,0	<b>0,09</b>
<b>Crack</b>	0,7	0,2	<b>0,4</b>	1,5	0,2	<b>0,7</b>
<b>Merla</b>	0,3	0,1	<b>0,2</b>	0,6	0,0	<b>0,2</b>
<b>Esteróides</b>	0,6	0,1	<b>0,3</b>	2,1	0,1	<b>0,9</b>

Fonte: II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil – 2005

O crack, portanto, não é uma droga estatisticamente relevante entre o conjunto da população. Atinge, contudo, níveis alarmantes entre os menores de rua, e está associado a uma alta mortalidade. Um estudo foi realizado em São Paulo, com 131 dependentes de crack atendidos em um hospital público entre 1992 e 1994. Cinco anos depois, os pacientes foram procurados. Dos 124 pacientes localizados, 23 haviam morrido (2 por overdose, 1 por afogamento, 7 por complicações infecciosas do uso de drogas, 13 por arma de fogo). O índice de mortalidade ajustado por sexo e idade foi determinado em 24,92 por 1.000, comparado ao índice ajustado de 3.28 por 1.000 na população de São Paulo.<sup>20</sup>

<sup>20</sup> <http://www.drashirleydecampos.com.br/noticias/16802>



## **10) COMBATE AO CRACK E OUTRAS DROGAS NO BRASIL**

---

As medidas de prevenção e combate ao uso de drogas no Brasil ganharam alento a partir da criação da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, subordinada ao Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, mediante a Medida Provisória nº 1.669 e o Decreto nº 2.632, ambos de 19 de junho de 1998.

O Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas – OBID foi desenvolvido pela Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas, com apoio financeiro do Ministério da Saúde, com objetivo de reunir e coordenar o conhecimento disponível sobre drogas para fundamentar o desenvolvimento de programas e intervenções dirigidas à redução de demanda e oferta de drogas, e funciona desde 2002.

O atual Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas foi construído com base na Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, que revogou a até então vigente (com diversas alterações desde sua publicação) Lei nº 6.368, de 21 de Outubro de 1976.

A lei foi regulamentada mediante o Decreto n.º 5.912, de 27 de setembro de 2006, segundo o qual :

Art. 1º O Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD, instituído pela Lei no 11.343, de 23 de agosto de 2006, tem por finalidade articular, integrar, organizar e coordenar as atividades relacionadas com:

I - a prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; e

II - a repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas.

Art. 2º Integram o SISNAD:

I - o Conselho Nacional Antidrogas - CONAD, órgão normativo e de deliberação coletiva do sistema, vinculado ao Ministério da Justiça; (Redação dada pelo Decreto nº 7.426, de 2010)

II - a Secretaria Nacional Antidrogas - SENAD, na qualidade de secretaria-executiva do colegiado;

III - o conjunto de órgãos e entidades públicos que exerçam atividades de que tratam os incisos I e II do art. 1º:

a) do Poder Executivo federal;

b) dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal, mediante ajustes específicos; e

IV - as organizações, instituições ou entidades da sociedade civil que atuam nas áreas da atenção à saúde e da assistência social e atendam usuários ou dependentes de drogas e respectivos familiares, mediante ajustes específicos.

Art. 3º A organização do SISNAD assegura a orientação central e a execução descentralizada das atividades realizadas em seu âmbito, nas esferas federal e, mediante ajustes específicos, estadual, municipal e do Distrito Federal, dispondo para tanto do Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas, unidade administrativa da Estrutura Regimental aprovada pelo Decreto no 5.772, de 8 de maio de 2006.

Portanto, os órgãos centrais do SISNAD são o CONAD (órgão normativo), e a SENAD, que contam com o assessoramento do OBID. Verifiquemos as competências do CONAD:

Art. 4º Compete ao CONAD, na qualidade de órgão superior do SISNAD:

I - acompanhar e atualizar a política nacional sobre drogas, consolidada pela SENAD;

II - exercer orientação normativa sobre as atividades previstas no art. 1º;

III - acompanhar e avaliar a gestão dos recursos do Fundo Nacional Antidrogas - FUNAD e o desempenho dos planos e programas da política nacional sobre drogas;

IV - propor alterações em seu Regimento Interno; e

V - promover a integração ao SISNAD dos órgãos e entidades congêneres dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal.

Na composição do CONAD figuram, além de representantes de diversos ramos da sociedade civil, o Ministro de Estado da Justiça, que o preside, o Secretário Nacional de Políticas sobre Drogas, um representante da área técnica da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, indicado pelo Secretário, e representantes dos órgãos: Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República, Ministério da Educação, Ministério da Defesa, Ministério das Relações Exteriores, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, dois do Ministério da Saúde, sendo um da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, dois do Ministério da Justiça, sendo um do

Departamento de Polícia Federal e um da Secretaria Nacional de Segurança Pública, e dois do Ministério da Fazenda.

Além do CONAD, está prevista a criação de conselhos equivalentes nas outras instâncias governamentais. Os Conselhos Estaduais de Políticas sobre Drogas – CONENS, criados por Decreto Estadual, são responsáveis por propor a política estadual de entorpecentes, compatibilizando-a com o SISNAD.

Cabe-lhes formular diretrizes, avaliar, adequar e acompanhar a política estadual para prevenção ao uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas.

Os CONENS devem ainda estimular a criação de Conselhos Municipais de Políticas sobre Drogas - COMADS.

As atribuições da SENAD, por sua vez, estão elencadas no Decreto no 6.061, de 15 de março de 2007, modificado pelo Decreto nº 7.426, de 7 de janeiro de 2011:

Art. 38-A. À Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas compete:

I - assessorar e assistir o Ministro de Estado, no âmbito de sua competência;

II - articular e coordenar as atividades de prevenção do uso indevido, a atenção e a reinserção social de usuários e dependentes de drogas;

III - propor a atualização da Política Nacional sobre Drogas, na esfera de sua competência;

IV - consolidar as propostas de atualização da Política Nacional sobre Drogas;

V - definir estratégias e elaborar planos, programas e procedimentos, na esfera de sua competência, para alcançar os objetivos propostos na Política Nacional sobre Drogas e acompanhar a sua execução;

VI - atuar, em parceria com órgãos da administração pública federal, estadual, municipal e do Distrito Federal, assim como governos estrangeiros, organismos multilaterais e comunidades nacional e internacional, na concretização das atividades constantes do inciso II;

VII - promover o intercâmbio com organismos nacionais e internacionais na sua área de competência;

VIII - propor medidas na área institucional visando ao acompanhamento e ao aperfeiçoamento da ação governamental relativa às atividades relacionadas no inciso II;

IX - gerir o Fundo Nacional Antidrogas - FUNAD, bem como fiscalizar a aplicação dos recursos repassados por este Fundo aos órgãos e entidades conveniados;

X - firmar contratos ou celebrar convênios, acordos, ajustes ou outros instrumentos congêneres com entidades, instituições ou organismos nacionais e, mediante delegação de competência, propor com os internacionais, na forma da legislação em vigor;

XI - indicar bens apreendidos e não alienados em caráter cautelar, a serem colocados sob custódia de autoridade ou órgão competente para desenvolver ações de redução da demanda e da oferta de drogas, para uso nestas ações ou em apoio a elas;

XII - realizar, direta ou indiretamente, convênios com os Estados e o Distrito Federal, a alienação de bens com definitivo perdimento decretado em favor da União, articulando-se com os órgãos do Poder Judiciário, do Ministério Público e da administração pública federal e estadual para a consecução desse objetivo;

XIII - gerir o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas - OBID;

XIV - desempenhar as atividades de Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas;

XV - executar as ações relativas ao Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, bem como coordenar, prover apoio técnico-administrativo e proporcionar os meios necessários à execução dos trabalhos do Comitê Gestor do referido Plano; e

XVI - realizar outras atividades determinadas pelo Ministro de Estado.

Entre as ações recentes do Ministério da Saúde podem-se destacar:

— Criação no SUS dos Centros de Atenção Psicossocial a Usuários de Substâncias Psicoativas (CAPSad).

— Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde, instituído pela Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009.

— Campanha Nacional de Alerta e Prevenção do Uso de Crack, veiculada em dezembro de 2009 e janeiro de 2010.

A Presidência da República instituiu, mediante o Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, com os seguintes objetivos:

- estruturar, integrar, articular e ampliar as ações voltadas à prevenção do uso, tratamento e reinserção social de usuários de crack e outras drogas, contemplando a participação dos familiares e a atenção aos públicos vulneráveis, entre outros, crianças, adolescentes e população em situação de rua;
- estruturar, ampliar e fortalecer as redes de atenção à saúde e de assistência social para usuários de crack e outras drogas, por meio da articulação das ações do Sistema Único de Saúde - SUS com as ações do Sistema Único de Assistência Social - SUAS;
- capacitar, de forma continuada, os atores governamentais e não governamentais envolvidos nas ações voltadas à prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários de crack e outras drogas e ao enfrentamento do tráfico de drogas ilícitas;
- promover e ampliar a participação comunitária nas políticas e ações de prevenção do uso, tratamento, reinserção social e ocupacional de usuários de crack e outras drogas e fomentar a multiplicação de boas práticas;
- disseminar informações qualificadas relativas ao crack e outras drogas; e
- fortalecer as ações de enfrentamento ao tráfico de crack e outras drogas ilícitas em todo o território nacional, com ênfase nos Municípios de fronteira.

No âmbito do Poder Legislativo, fundou-se em 19 de abril de 2010 a Frente Parlamentar Mista de Combate ao Crack, com o apoio de mais de 280 (duzentos e oitenta) deputados e senadores.

Finalmente, há na sociedade um grande número de associações e organizações de combate ao uso de drogas. Destacamos dentre elas o Programa Educacional de Resistência às Drogas e à Violência (PROERD), inspirado no D.A.R.E. (Drug Abuse Resistance Education), norte-americano, iniciado em 1983 e atualmente presente em cinquenta e oito países.



No Brasil, foi lançado inicialmente em 1992 pela Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro. Desde 2002 existe em todos os Estados brasileiros e no DF. Policiais militares especialmente treinados ministram cursos nas escolas de ensino fundamental, com metodologia dirigida para crianças. Concluído o curso, os estudantes recebem o certificado PROERD, prestando o compromisso de não experimentarem drogas.