



UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO  
RIO DE JANEIRO

---

UFRJ

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
FACULDADE DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

**PATRÍCIA PAULA GOMES DA COSTA**

FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO AO USO DE DROGAS

RIO DE JANEIRO / RJ

2014

PATRÍCIA PAULA GOMES DA COSTA

## **FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO AO USO DE DROGAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Rio de Janeiro como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de bacharel em Terapia Ocupacional.

Orientador: Lisete Vaz

Coorientador: João Antonio dos Santos Neto

RIO DE JANEIRO / RJ

2014

PATRÍCIA PAULA GOMES DA COSTA

## **FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO AO USO DE DROGAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à UFRJ - Universidade Federal do Rio de Janeiro, no Centro de Ciências da Saúde, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Terapia Ocupacional, com nota final igual a \_\_\_\_\_, conferida pela Banca Examinadora formada por:

---

Prof. Lisete Vaz

Universidade Federal do Rio de Janeiro

---

João Antonio dos Santos Neto

CAPSad Mané Garrincha

---

Prof. Keronlay Machado

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

## AGRADECIMENTOS

Quero agradecer, em primeiro lugar, a Deus, que iluminou o meu caminho e me concedeu discernimento e coragem durante esta caminhada.

Aos meus pais, Jonas e Claudia, que com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa da minha vida, por me darem forças, quando as minhas já estavam se esvaindo.

A João Baiano, pelo convívio, apoio, compreensão, amizade, e principalmente pela paciência e incentivo, que tornaram possível a conclusão desta monografia.

À Carolina, César, Daniella, Karina e Thaline: agradeço por estarem presentes no meu dia-dia, pelas alegrias e dores compartilhadas; pelo carinho, paciência e por fazerem a vida cada vez mais divertida!

À professora Lisete Vaz, por seus ensinamentos e por acreditar neste trabalho. É um prazer tê-la como orientadora.

À Professora Geruza Souza, pela disponibilidade e auxílio na realização deste trabalho.

Ao CAPSad Centra-Rio, nas pessoas de Selma Pau Brasil, Márcio Barbeito, Maurício Vanconcelos; e toda equipe técnica e usuários por terem me acolhido tão bem.

Ao CAPSad Mané Garrincha, representado por Marise Ramôa e Simone Delgado, assim como todos os técnicos e usuários do serviço, por todos os ensinamentos.

Com vocês, as pausas entre um parágrafo e outro de produção deste trabalho melhorou tudo o que tenho produzido na vida.

A todos vocês, meu muito obrigada!

## RESUMO

COSTA, PATRÍCIA P. G. **FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO AO USO DE DROGAS**. 2014. 47. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Terapia Ocupacional) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

O presente trabalho tem como objetivos discorrer sobre os fatores de risco e proteção do uso de drogas, assim como identificar fatores de risco e proteção relacionados ao próprio indivíduo, às drogas, à família, escola, religião e espiritualidade, mídia, informação e ao contexto social; e de que maneira esses fatores influenciam no processo de prevenção e uso de drogas; assim como discorrer sobre a Terapia Ocupacional no cuidado ao usuário de drogas. Para o desenvolvimento deste trabalho, foi realizada uma pesquisa bibliográfica sistemática. Foram consultadas as bases de dados LILACS e MEDLINE, assim como na biblioteca virtual SCIELO. Através da busca eletrônica, foram pré-selecionados 22 trabalhos, dos quais 18 foram recuperados na íntegra. Dentre os artigos selecionados para esta pesquisa, 4 são trabalhos teóricos e 8 são pesquisas originais. Os dados apresentados mostram que é necessário, como um suporte mediador das situações de risco às quais potencialmente os sujeitos estão submetidos, um conjunto de fatores protetores como autoestima, conhecimento, espiritualidade e religião, boas relações pessoais com amigos, professores, familiares, vizinhança, além de redes de apoio ao contexto social no qual o indivíduo se insere.

**Palavras-chave:** Drogas. Fatores de risco. Fatores de proteção. Prevenção.

## **ABSTRACT**

This paper aims to discuss the risk factors and protection to drug usage, as well as identify the risk and protective factors related to oneself, drugs, family, school, religion and spirituality, media, information and social context; and how these factors influence the prevention and drug use process; as well to discuss occupational therapy in the care for drug users. To develop this work, a systematic literature search was performed. The LILACS and MEDLINE databases were searched, as well as SCIELO virtual library. Through an electronic search 22 papers were pre-selected, of which 18 were fully retrieved. From the articles selected for this study, 4 are theoretical papers and 8 are original research. According to the data presented it shows that it is necessary, as a mediator support of risky situations which subjects are potentially submitted, a set of protective factors such as: self-esteem, knowledge, spirituality and religion, good personal relationships with friends, teachers, relatives, neighborhood, and supportive networks to the social context in which the individual belongs.

**Keywords:** Drugs. Risk factors. Protective factors. Prevention.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	7
<b>2 JUSTIFICATIVA</b> .....	9
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	12
3.1 OBJETIVO GERAL .....	12
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	12
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	13
<b>5 RESULTADOS</b> .....	14
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	17
6.1 DROGAS .....	17
6.1.1 DROGAS DEPRESSORAS DA ATIVIDADE MENTAL.....	18
6.1.2 DROGAS ESTIMULANTES DA ATIVIDADE MENTAL.....	18
6.1.3 DROGAS PERTURBADORAS DA ATIVIDADE MENTAL.....	18
6.2 FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO .....	19
6.2.1 FATORES DE RISCO .....	19
6.2.2 FATORES DE PROTEÇÃO .....	20
6.3 FATORES RELACIONADOS À ESCOLA .....	22
6.4 FATORES RELACIONADOS À FAMÍLIA .....	23
6.5 FATORES RELACIONADOS À INFORMAÇÃO.....	25
6.6 FATORES RELACIONADOS À MÍDIA E MEIOS DE COMUNICAÇÃO .....	26
6.7 FATORES RELACIONADOS À RELIGIÃO E ESPIRITUALIDADE .....	28
6.8 FATORES RELACIONADOS AO SUJEITO .....	29
6.9 FATORES RELACIONADOS AO CONTEXTO SOCIAL .....	31
6.10 FATORES RELACIONADOS À DROGA.....	33
6.11 PREVENÇÃO .....	34
6.12 POSSÍVEIS ENCAMINHAMENTOS DA TERAPIA OCUPACIONAL NA RELAÇÃO COM USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGA .....	36
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	40
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	42

## 1 INTRODUÇÃO

O consumo de álcool e outras drogas está inserido no cotidiano de grande parte da população mundial. Tal realidade está associada a uma série de outras situações de risco à saúde e vem sendo observada em diferentes países, em todos os continentes.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, cerca de 10% da população dos centros urbanos de todo o mundo consomem prejudicialmente substâncias psicoativas (SPA), independentemente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo. Essa realidade encontra equivalência em território brasileiro (Ministério da Saúde, 2003).

A Organização Mundial de Saúde (OMS apud BRASIL, 2004), reconhece a dependência química como doença, porque há alteração da estrutura e no funcionamento regular da pessoa, sendo-lhe prejudicial. Não tem causa única, resultando de uma série de fatores (físicos, emocionais, psíquicos e sociais) que atuam ao mesmo tempo, muitas vezes uns sendo mais predominantes em uma pessoa específica, do que em outras. Atinge o ser humano nas suas três dimensões básicas (biológica, psíquica e social), e atualmente, é reconhecida como uma séria questão social, à medida que atinge o mundo inteiro, em todas as classes.

Estudos realizados durante as últimas décadas têm tentado determinar a origem e a trajetória do uso de drogas pelos sujeitos. Assim, já foram identificados alguns tipos de fatores que diferenciam os sujeitos que usam drogas dos que não as usam. A classificação mais tradicional divide os fatores de risco ao uso em endógenos (como os inerentes à personalidade e genética) e fatores contextuais, decorrentes da influência do meio social sobre os sujeitos.

Entre os fatores endógenos, são comumente citados a vulnerabilidade genética, psicopatologias como depressão e transtorno de personalidade antissocial, baixa autoestima; falta de perspectiva de vida, estar à procura de novas sensações, inclusive busca pelo prazer e curiosidade. Entre os fatores contextuais, já foram citados a baixa condição socioeconômica, a disponibilidade da droga e outros fatores ambientais como altas taxas de criminalidade, aspectos socioculturais incluindo campanhas publicitárias e políticas sociais, além de fragilidade entre os vínculos familiar e com atividades religiosas, pouca adesão às atividades escolares, pressão e influência dos amigos que já são usuários (SANCHEZ *et al.*, 2010).

Segundo Castro (2014), para se realizar um trabalho de prevenção com um grupo, seja ele de estudantes ou familiares, é necessário conhecer a realidade daquele grupo específico, identificando, para aqueles sujeitos, o que é fator de risco e o que poderia ser fator de proteção, a fim de atuar minimizando os primeiros e fortalecendo os segundos.

Sudbrack (2003) apresenta que fatores de risco são aquelas circunstâncias sociais e/ou pessoais que tornam o sujeito vulnerável a assumir comportamentos arriscados, como usar drogas. Fatores de proteção são aqueles que contrabalançam as vulnerabilidades, diminuindo as chances de esta pessoa assumir esses comportamentos.

A análise e identificação dos fatores de risco e proteção são fundamentais, não só para determinar os objetivos dos programas de prevenção, mas também as populações, os grupos ou os sujeitos que se encontram em situações de alto risco em relação ao consumo de drogas e que precisam de intervenções específicas (CASTRO, 2014).

No presente trabalho, o termo utilizado para se referir ao sujeito que apresenta dependência a substâncias psicoativas será “toxicômano”. Visto ser esse fenômeno de grande complexidade, tal escolha baseia-se na premissa de que a toxicomania está relacionada a múltiplos fatores, que não só o uso de drogas, mas engloba o contexto social, cultural e político, e as relações e interações do usuário com o meio.

## 2 JUSTIFICATIVA

A partir do levantamento domiciliar encomendado em 2001 pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), o Brasil foi declarado, pelo Escritório contra Drogas e Crime da Organização das Nações Unidas (ONU DC) um país de consumo médio (ONU DC, 2005).

Como se sabe, as drogas fazem parte da história da humanidade, tendo sido sempre utilizadas para as mais variadas finalidades, em diferentes contextos e sentidos. Especialistas apontam que as políticas proibicionistas ou de extinção das drogas não demonstram funcionalidade ou eficácia. A complexidade do fenômeno de uso de drogas aponta para a necessidade de desenvolver propostas de ações também complexas, interdisciplinares e intersetoriais.

A Política Nacional de Saúde Mental busca consolidar um modelo de atenção aberto e de base comunitária. A proposta é garantir a livre circulação das pessoas com problemas mentais pelos serviços, pela comunidade e pela cidade.

Diante dessa lógica e para atender a esta demanda, foi instituída, em 23 de dezembro de 2011, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Portaria nº 3.088, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com transtorno psíquico. Esta rede tem então a finalidade de ampliar e articular pontos de atenção à saúde para estes sujeitos.

Entende-se que a complexidade da atenção em saúde mental só pode ser atendida se houver articulação entre serviços e dispositivos sociais existentes na comunidade, seguindo a lógica da atenção territorial, para o favorecimento da reabilitação psicossocial.

Desta forma, a RAPS foi constituída pelos seguintes componentes: I - atenção básica em saúde, II - atenção psicossocial estratégica, III - atenção de urgência e emergência, IV - atenção residencial de caráter transitório, V - atenção hospitalar, VI - estratégias de desinstitucionalização e VII – estratégias de reabilitação psicossocial.

Nesse contexto, e sob o advento da reforma psiquiátrica, os serviços de saúde mental são criados em vários municípios do país e vão se consolidando como dispositivos eficazes na diminuição de internações e na mudança do modelo assistencial. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foram oficializados a partir

da portaria GM 224/92, mas são atualmente regulamentados pela portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 e integram a RAPS, sendo importante componente na atenção psicossocial estratégica. Os CAPS têm a missão de dar atendimento às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias (BRASIL, 2004).

Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) passam a existir, em 2002, para pacientes cujo problema principal é o uso prejudicial de álcool e outras drogas. Seu funcionamento tem como norteador a lógica da Redução de Danos, que consiste na perspectiva de práticas voltadas à minimização das consequências globais do uso de álcool e drogas. Neles é oferecido cuidado diário, com a premissa de planejamento terapêutico que considere a singularidade do sujeito. Uma das principais formas de tratamento oferecidos nos CAPS são as oficinas terapêuticas. Segundo Lima (2008, p.75) as oficinas “[...] são elementos organizadores e estruturadores do cotidiano institucional, fundamentais para a construção de uma outra clínica”.

As oficinas se constituem em atividades realizadas em grupo com a presença de diversos profissionais: terapeutas ocupacionais, enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais e estagiários. Uma oficina terapêutica possibilita uma estrutura na qual o usuário pode “participar ativamente do seu processo terapêutico e construir, acompanhado, sua trajetória, na instituição e na vida, escolhendo aqueles espaços e linguagens que lhe fizessem sentido ou que lhe proporcionassem a construção de algum sentido” (LIMA, 2008, p.74).

Este trabalho foi motivado pela experiência de estágio em saúde mental em dois CAPSad no Rio de Janeiro como acadêmica de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Rio de Janeiro. O primeiro, localizado na zona sul do Rio de Janeiro, CAPSad Centra-Rio, é um serviço Estadual, em que realizei estágio extracurricular mediante aprovação no concurso de Acadêmico Bolsista do Estado durante o ano de 2012; e o segundo, um serviço da rede Municipal, localizado na zona norte da cidade, CAPSad Mané Garrincha, no qual realizei 352 horas de estágio curricular.

A rotina dos estagiários de Terapia Ocupacional nesses CAPSad consistia em participar de oficinas e grupos terapêuticos, assembleias, atividades e eventos

externos, como apresentações de trabalhos, seminários, entre outros; e principalmente em estar no que era chamado de “convivência”. Esse termo “convivência”, para a equipe técnica e usuários do serviço, significava um tempo livre de atividades, e era caracterizado pelo acolhimento, disponibilidade e pela oportunidade de escuta por parte dos técnicos para com os usuários, além de representar uma oportunidade de aproximação dos pacientes num *setting* diferenciado, o que gerava comportamentos e diálogos diferenciados dos comumente vistos em atendimentos nos consultórios. Segundo Castro (2005), a atenção e o acolhimento são como uma porta que “se abre no relacionamento com o outro uma maneira de falar, de escutar, de proceder” (CASTRO, 2005, p.16).

Ao longo desse período de estágio e mediante a aproximação e estabelecimento de vínculo com os usuários, foi possível conhecer um pouco da história de cada um, seu envolvimento com as drogas e seu cotidiano. Parada (2003), quando fala sobre acolhimento, afirma que para que o toxicômano abandone o papel de vítima ou objeto da droga e reencontre a possibilidade de ser um sujeito desejante, é preciso muito mais do que apenas entrevistas com técnicos, mas depende de todos os encontros no serviço e, sobretudo das condições de acolhimento. A partir desses momentos de escuta para com os pacientes ficou claro a maneira como os fatores cotidianos influenciavam seu uso de drogas e como cada um desses fatores interferia de forma a representar risco ou proteção para cada sujeito.

Visto que existem poucos trabalhos sobre a intervenção da Terapia Ocupacional correlacionando-a ao tema, este trabalho surge como um esforço no sentido de contribuir para os conhecimentos da intervenção da Terapia Ocupacional na relação com uma clientela numérica, crescente e socialmente discriminada, assunto este que será tratado no item 6.12 deste documento.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

- Discorrer sobre os fatores de risco e proteção do uso de drogas.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar fatores de risco e proteção relacionados ao próprio indivíduo, às drogas, à família, escola, religião, espiritualidade, mídia, informação e ao contexto social;
- Identificar a maneira como os fatores de risco e proteção poderiam influenciar no processo de prevenção e uso de drogas.
- Discorrer sobre a Terapia Ocupacional no cuidado ao usuário de drogas.

## 4 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento deste trabalho, foi realizada uma pesquisa bibliográfica sistemática. Em abril de 2014, foram consultadas as bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), assim como na biblioteca virtual SCIELO (Scientific Eletronic Library Online).

Foram utilizados, para a busca eletrônica, de forma associada, os seguintes descritores em saúde: “fatores de risco”, “fatores de proteção”, “drogas ilícitas” e “prevenção”; apenas em português. Este critério foi utilizado em todas as buscas, como uma forma de padronizá-las.

Por meio desta busca eletrônica, foram encontradas 22 referências, as quais tiveram seus títulos e resumos lidos. Foram, então, selecionados os trabalhos que se enquadravam nos seguintes critérios de inclusão: abordavam o tema da droga relacionando-a a fatores de risco e proteção do uso; discorriam sobre fatores de risco ou proteção do uso de drogas isoladamente; tratavam-se de um estudo sobre prevenção do uso de drogas; escritos originalmente em português; publicados a qualquer tempo. Foram excluídos os trabalhos que abordavam exclusivamente os fatores de risco e proteção quando relacionados a outros assuntos que não a toxicomania; escritos em outro idioma que não o português. Os textos de referência foram analisados, comparados e avaliados na íntegra, dentro dos objetivos do presente estudo.

Após a leitura dos trabalhos recuperados na íntegra, alguns artigos foram excluídos por não se enquadrarem nos critérios de inclusão. Os selecionados foram lidos, fichados e tiveram seus principais aspectos como resultados e conceitos, agrupados aos demais. Outras obras e artigos provenientes de acervos pessoais ou institucionais serão citados apenas quando relevantes ao tema em questão.

No presente trabalho, buscando facilitar o entendimento acerca de como cada fator pode interferir no uso prejudicial de drogas, optou-se por dividi-los em itens. As informações contidas nos itens dizem respeito aos aspectos de risco e/ou proteção que cada fator pode assumir para diferentes sujeitos.

## 5 RESULTADOS

Através da busca eletrônica, foram pré-selecionados 22 trabalhos, entre os quais 18 foram recuperados na íntegra. Após a leitura dos trabalhos aos quais tive acesso integral, 6 foram excluídos por não se enquadrarem nos critérios de inclusão anteriormente descritos.

Dentre os artigos selecionados para esta pesquisa, 4 são trabalhos teóricos e 8 são pesquisas originais.

Entre os trabalhos teóricos, 2 referem-se a jovens e adolescentes (CAVALCANTE, 2008; SCHENKER, 2005); 3 abordam os fatores ligados à droga; (CAVALCANTE, 2008; CASTRO, 2014; SCHENKER, 2005); 3 dizem respeito aos fatores relacionados à escola; (BÜCHELE, 2009; CASTRO, 2014; SCHENKER, 2005); 3 discorrem sobre fatores ligados à família; (CAVALCANTE, 2008; CASTRO, 2014; SCHENKER, 2005); 2 mencionam os fatores ligados ao indivíduo (SCHENKER, 2005; CASTRO, 2014); 3 citam fatores ligados à mídia e informação; (BÜCHELE, 2009; CAVALCANTE, 2008; SCHENKER, 2005); 3 relatam fatores ligados ao contexto social (CASTRO, 2014; SCHENKER, 2005; BÜCHELE, 2009); 4 citam a prevenção do uso de drogas (BÜCHELE, 2009; CAVALCANTE, 2008; CASTRO, 2014; SCHENKER, 2005).

Dentre os relatos de pesquisas, 8 referem-se a jovens e adolescentes (OLIVEIRA, 2008; AMPARO *et al.*, 2008; MALTA *et al.*, 2011; SANCHEZ *et al.*, 2010; JÚNIOR, 2013; BRUSAMARELLO *et al.*, 2010; SANCHEZ, 2005; SANCHEZ, 2004); 5 abordam os fatores ligados à escola (AMPARO *et al.*, 2008; MALTA *et al.*, 2011; SANCHEZ *et al.*, 2010; BRUSAMARELLO *et al.*, 2010; JÚNIOR, 2013).; 7 dizem respeito aos fatores ligados à família (OLIVEIRA, 2008; AMPARO *et al.*, 2008; MALTA *et al.*, 2011; SANCHEZ *et al.*, BRUSAMARELLO *et al.*, 2010; SANCHEZ, 2005; JÚNIOR, 2013); 3 discorrem sobre fatores ligados ao indivíduo; (SANCHEZ, 2004; AMPARO *et al.*, 2008; OLIVEIRA, 2008); 4 mencionam fatores ligados à mídia e informação; (SANCHEZ *et al.*, 2010; JÚNIOR, 2013; SANCHEZ, 2005; SANCHEZ, 2004); 5 citam os fatores ligados à religião; (AMPARO *et al.*, 2008; SANCHEZ *et al.*, 2010; JÚNIOR, 2013; BRUSAMARELLO *et al.*, 2010; SANCHEZ, 2004); 4 relatam fatores ligados ao contexto social; (OLIVEIRA, 2008; AMPARO *et al.*, 2008; SANCHEZ *et al.*, 2010; SANCHEZ, 2004); 3 citam a prevenção do uso de drogas, (OLIVEIRA, 2008; SANCHEZ, 2005; JÚNIOR, 2013).

No quadro abaixo, é apresentada uma síntese dos trabalhos de pesquisa incluídos na revisão da literatura através da busca eletrônica.

Tabela 1 – Trabalhos de pesquisa incluídos na revisão da literatura

<b>Autor / Ano</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Sujeitos</b>	<b>Método</b>	<b>Resultados</b>
<b>AMPARO; GALVÃO; ALVES; BRASIL; KOLLER, 2008</b>	Investigar fatores sociais e pessoais de proteção a adolescentes e jovens em situação de risco.	852 adolescentes e jovens no ensino médio em escolas públicas com idade entre 13 e 27 anos.	Questionário com 109 questões, respondido individualmente em situação coletiva.	Compõem as redes de proteção: família, escola, amigos; e os fatores pessoais: autoestima, religiosidade.
<b>BRUSAMARELLO; MAFTUM; MAZZA; SILVA; SILVA; OLIVEIRA, 2010</b>	Saber os motivos atribuídos pelos pais para iniciação de adolescentes no uso de drogas e descrever como os pais percebem o papel da família e da escola na prevenção.	23 pais de estudantes de 5ª a 8ª séries do Ensino Fundamental de uma escola da rede pública de Curitiba.	Pesquisa qualitativo-exploratória. Os dados foram coletados mediante entrevista semiestruturada e organizados em categorias temáticas.	Para os pais, o envolvimento com as drogas está relacionado a fatores individuais, familiares e sociais. A família e a escola são fundamentais na prevenção do uso de drogas.
<b>JÚNIOR; BITTAR, 2013</b>	Verificar, se há diferença, entre os sexos quanto ao uso de drogas e aos fatores protetores do uso.	128 universitários nos últimos períodos dos cursos de um Centro Universitário em Minas Gerais.	Questionário com questões fechadas e abertas sobre costumes dos alunos quanto ao uso e experimentação de substâncias.	Ambos apontam como proteção fatores individuais, familiares, da informação e do papel que a escola exerce.
<b>MALTA; PORTO; MELO; MONTEIRO; SARDINHA; LESSA, 2011</b>	Avaliar a associação entre o consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e drogas ilícitas e os fatores de proteção familiar.	60.973 escolares do nono ano (oitava série).	Questionário autoaplicável administrado nas salas de aulas e preenchido pelos alunos em um computador de mão.	Residir com ambos os pais tem efeito protetor. A supervisão familiar também é importante na prevenção destes hábitos.

<b>OLIVEIRA; BITTENCOURT; CARMO, 2008</b>	Descrever os fatores de risco e protetores para o uso e abuso de drogas referidas pela família.	22 mães de uma comunidade situada no município do Rio de Janeiro.	Entrevista semi-estruturada que foi analisada tematicamente após a transcrição e questionário aplicado individualmente.	Relatados como risco o meio, a influência dos pares e a utilização de drogas pela família. Como proteção: diálogo, família estruturada e atividades sociais e educativas.
<b>SANCHEZ; OLIVEIRA; NAPPO, 2004</b>	Identificar, entre adolescentes de baixo poder aquisitivo, quais seriam os fatores que pudessem preveni-los do consumo de drogas.	62 jovens, usuários e não usuários de drogas.	Metodologia qualitativa e amostra intencional. Utilizadas entrevistas semi-estruturadas que foram gravadas e analisadas após transcrição.	Entre os fatores protetores, a estrutura familiar e a religiosidade foram os mais frequentemente citados.
<b>SANCHEZ; OLIVEIRA; NAPPO, 2005</b>	Identificar motivos que impediram experimentação de drogas, mesmo quando submetidos a constante oferta.	62 jovens, com idade entre 16 e 24 anos, de classe social baixa, que nunca experimentaram drogas ilícitas.	Metodologia qualitativa, com amostra intencional selecionada por critérios. Com entrevistas de, em média, 110 minutos.	Disponibilidade de informações e estrutura familiar foram apresentadas como fator de proteção.
<b>SANCHEZ; OLIVEIRA; RIBEIRO; NAPPO, 2010</b>	Analisar, entre jovens em situação de risco, motivos de não uso de drogas destacando a informação como proteção.	62 adolescentes e jovens entre 16 e 24 anos, de baixa classe socioeconômica, entre não usuários (NU) e usuários pesados (U).	Metodologia qualitativa Com entrevista semi-estruturada direcionada por roteiro.	Para os NU, a informação destacou-se como principal motivo de não uso. No grupo U, prevaleceu a falta de informação.

Neste levantamento bibliográfico, não foi encontrado nenhum trabalho específico sobre a intervenção da Terapia Ocupacional correlacionando-a a fatores de risco ou proteção; ou à prevenção do uso de substâncias psicoativas.

Artigos teóricos serão citados na discussão de acordo com os assuntos em questão, assim como os dados e informações levantados por meio da pesquisa bibliográfica e em acervos pessoais.

## 6 DISCUSSÃO

### 6.1 DROGAS

Segundo Gonçalves (1998) droga é toda substância que, ao ser introduzida, inalada, ingerida ou injetada, provoca alterações no funcionamento do organismo, modificando suas funções. Algumas possuem a capacidade de atuar no psiquismo provocando alterações do humor, percepção, sensações de prazer e euforia, alívio, medo, dor; são chamadas psicotrópicas e também como substâncias psicoativas.

Substâncias psicoativas podem ser divididas em naturais, semi-sintéticas ou sintéticas. De acordo com Cavalcante (2008), do ponto de vista sociocultural, podem ser socialmente integradas ou rejeitadas; de finalidade terapêutica ou não; podendo ou não provocar dependência física e psicológica.

A lista de substâncias psicoativas, conforme a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), inclui:

- álcool;
- opioides (morfina, heroína, codeína);
- canabinoides (maconha, haxixe, merla, pasta base);
- sedativos ou hipnóticos (barbitúricos, benzodiazepínicos);
- cocaína;
- outros estimulantes (anfetaminas e substâncias relacionadas à cafeína);
- alucinógenos;
- tabaco;
- solventes voláteis (OMS, 1993).

Do ponto de vista legal, as drogas podem ser classificadas como lícitas ou ilícitas. Drogas lícitas são aquelas comercializadas de forma legal. Algumas delas possuem legislação própria quanto à sua comercialização e uso. Exemplos disto são o álcool e o tabaco, vendidos somente para maiores de 18 anos; e medicamentos distribuídos apenas com receita especial. Drogas ilícitas são proibidas por lei, como maconha e cocaína.

Drogas podem ser classificadas conforme ações aparentes sobre o sistema nervoso central (SNC), conforme as modificações na atividade mental ou no comportamento da pessoa que as utilizam; em: drogas depressoras da atividade mental; estimulantes da atividade mental e perturbadoras da atividade mental.

### **6.1.1 Drogas depressoras da atividade mental**

Inclui grande variedade de substâncias que apresentam a característica comum de causar diminuição da atividade do Sistema Nervoso Central. Entre elas estão: álcool, benzodiazepínicos, barbitúricos, opiáceos e inalantes. Como efeitos do uso há redução da atividade motora, da reatividade à dor; desatenção, diminuição da concentração; sendo comum um efeito euforizante inicial seguido de sonolência. Os sintomas de abstinência incluem tremores, sudorese, náuseas, taquicardia, hipertensão, agitação psicomotora, cefaleia, insônia, fraqueza, alucinação e convulsão (MASUR, 1989).

### **6.1.2 Drogas estimulantes da atividade mental**

Incluem-se neste grupo as drogas capazes de aumentar a atividade de determinados sistemas neuronais, como cocaína, crack, merla, anfetaminas, nicotina e cafeína. As consequências do uso são insônia, aumento da atenção, aceleração do pensamento, euforia (MASUR, 1989). Ansiedade, aumento de apetite, alteração do humor, fraqueza e dificuldade de concentração são sintomas de abstinência.

### **6.1.3 Drogas perturbadoras da atividade mental**

Ainda segundo Masur (1989), estão classificadas neste grupo diversas substâncias cujo efeito principal é provocar alterações no funcionamento cerebral, que resultam em vários fenômenos psíquicos anormais. Entre elas estão a maconha, psilocibina, LSD (dietilamida do ácido lisérgico), MDMA (metilendioximetanfetamina), também conhecida como ecstasy. Como efeitos podem ser incluídos alucinações ou ilusões, delírios, alteração da percepção do tempo. Os principais sinais de abstinência são tremores, irritabilidade, sudorese, dor muscular e cefaleia.

## 6.2 FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO

Existem fatores que convergem para a construção das circunstâncias do uso prejudicial, chamados fatores de risco; e fatores que colaboram para que o sujeito, mesmo tendo contato com a droga, tenha condição de se proteger, chamados fatores de proteção (SODELLI, 2007).

Os fatores de risco e de proteção podem estar nos aspectos biológicos, na cadeia genética, nas relações interpessoais, nas interações familiares, no contato ou convivência com a droga, nas sensações provocadas pelo efeito obtido com o uso da droga; na cultura em que cada um vive; ou seja, na especificidade de cada sujeito. Alguns fatores de risco ou de proteção podem contribuir para o uso de drogas. Esses fatores são determinantes ou apenas aumentam ou diminuem a probabilidade de o sujeito vir a fazer o uso de drogas?

Se examinarmos um fator como a timidez, por exemplo: de um lado, ela pode ser analisada como fator de risco para o sujeito que, por ser tímido, aceita o uso de drogas para ser integrado a um grupo de usuários; de outro, ela pode ser vista como fator de proteção quando o sujeito tímido, por medo, diante do oferecimento da droga, recusa-se a experimentá-la (SENAD, 2013).

Cabe ressaltar que os fatores de risco e de proteção devem ser tratados como variáveis independentes, pois podem afetar o comportamento sem que haja, necessariamente, uma complementaridade entre eles.

### 6.2.1 Fatores de risco

Na área de saúde, risco é um conceito que envolve conhecimento e experiência acumulada sobre o perigo de alguém ser acometido por doenças e agravos. Diz respeito a situações reais ou potenciais que produzem efeitos adversos e indicam algum tipo de exposição, segundo Schenker (2005).

A expressão “fatores de risco” indica condições associadas à possibilidade de ocorrência de resultados negativos para a saúde, o bem-estar e o desempenho social. Alguns desses fatores se referem a características dos sujeitos; outros, ao seu meio microssocial e outros, ainda, a condições estruturais e socioculturais, mas geralmente, estão combinados quando uma situação perigosa se concretiza. Por exemplo, no caso do uso de drogas: ao fumar maconha, o adolescente pode

aumentar a probabilidade de desenvolver uma doença pulmonar, e também sofrer consequências psicossociais ou sanções legais, conflitos com os pais, ou culpa e ansiedade (MINAYO *et al.*, 1999).

Para Assis (1999) não se pode pensar os fatores de risco de forma isolada, independente e fragmentada. Determinado fator de risco raramente é específico a um problema único, porque suas causas tendem a espalhar seus efeitos. A exposição ao perigo aumenta os riscos de diversas formas, como por exemplo: educação infantil insatisfatória, problemas escolares, fatores individuais, relações sociais problemáticas ou desorganização da comunidade.

### 6.2.2 Fatores de proteção

Segundo Schenker (2005), proteger é uma noção que faz parte do contexto das relações primárias e do universo das políticas sociais. Significa, sobretudo, oferecer condições de crescimento e desenvolvimento, de amparo e de fortalecimento da pessoa em formação.

O desenvolvimento dos estudos sobre fatores protetores tende, atualmente, a enfatizar a formação da resiliência. Embora as definições de resiliência sejam ainda bastante variadas, ela está relacionada aos fatores ou processos psíquicos e sociais que possibilitam o desenvolvimento de uma vida sadia, apesar de experiências de vida traumáticas. Esse novo padrão é certamente otimista, principalmente porque leva a acreditar que é possível, por meio de ações e programas, promover o bem-estar do sujeito, atuando no fortalecimento e no desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais (ASSIS, 1999).

De forma didática, Branden (1998) apresenta três tipos de fatores de proteção para o sujeito: (1) fatores individuais, tais como autoestima positiva, autocontrole, autonomia, temperamento afetuoso e flexível; (2) fatores familiares, como estabilidade, respeito mútuo, apoio e suporte; (3) fatores relacionados ao apoio do meio ambiente, como bom relacionamento com amigos, professores ou pessoas significativas, clima seguro; estabilidade econômica, organização comunitária.

De acordo com Amparo (2008) quatro são as principais funções atribuídas aos processos de proteção: (1) reduzir o impacto dos riscos, alterando a exposição da pessoa a situações adversas; (2) reduzir as reações negativas em cadeia que seguem a exposição do sujeito à situação de risco; (3) promover e

manter a autoestima, por meio do estabelecimento de relações seguras; (4) criar oportunidades para reverter os efeitos das situações negativas.

A presença de um fator de proteção pode determinar o surgimento de outros fatores em algum outro momento. Portanto, compreender de que forma esses mediadores agem para atenuar os efeitos negativos do estresse ou do risco é uma tarefa complexa (AMPARO *et al.*, 2008).

Uma pessoa não somente começa a usar drogas ou abusar delas por acaso ou por uma decisão isolada. Cada vez mais, pesquisas e estudos mostram que o uso indevido de drogas é fruto de uma multiplicidade de fatores.

O estudo dos fatores de risco e proteção para o consumo de drogas resulta em especial interesse, pois estes são fundamentais para o planejamento e desenvolvimento de programas de prevenção eficazes baseados na modificação ou potencialização de tais fatores (CASTRO, 2014).

### 6.3 FATORES RELACIONADOS À ESCOLA

À escola cabe o papel de promover e associar a educação cognitiva e emocional, incentivar e desenvolver cidadania e responsabilidade social, bem como garantir que as crianças e adolescentes incorporem em seu cotidiano hábitos de vida saudáveis (BRUSAMARELLO *et al.*, 2010).

Segundo Schenker (2005), muito se tem falado no papel da escola como agente transformador. No entanto, no âmbito educacional, existem fatores que predisõem os adolescentes ao uso de drogas, como por exemplo: a falta de motivação para os estudos, o mau desempenho escolar; a insuficiência no aproveitamento e a falta de compromisso na educação.

Brusamarello *et al.* (2010) afirmam que em sua maioria, os pais consideram o espaço escolar um ambiente que facilita a proteção do uso de drogas. Por conviverem com o estudante, os educadores podem perceber as dificuldades e emoções que o afetam. Apontam que a escola deve orientar e informar a respeito das substâncias psicoativas e estabelecer parceria entre os pais e estudantes a fim de promover atividades que auxiliem no esclarecimento sobre o tema drogas.

Brusamarello *et al.* (2010) afirmam, ainda, que a escola deve ser um espaço de aprendizagem e desenvolvimento contínuo e integrado das crianças e adolescentes, pois constitui um ambiente privilegiado de socialização; e que para ter sucesso em suas ações, ela deve superar a educação tradicional e aceitar o desafio de incentivar a construção e o desenvolvimento da personalidade e a socialização do jovem em relação a si mesmo e ao próximo. Nesta perspectiva, a escola pode atuar na promoção da saúde e prevenção de agravos, bem como na identificação de sinais precoces de comportamento de uso prejudicial nas crianças e adolescentes em relação às drogas. Para tanto, principalmente no caso da prevenção, é necessário um trabalho integrado com as famílias, os educadores e a comunidade.

Nesse sentido, é importante que os educadores estabeleçam discussões em linguagem apropriada à cultura e à idade da população escolar. O foco principal do trabalho da escola deve ser a atitude reflexiva, contribuindo para a visão crítica das situações e dos problemas e para o desenvolvimento da autonomia e da capacidade de escolha dos adolescentes (ALBERTANI, 2004).

## 6.4 FATORES RELACIONADOS À FAMÍLIA

Diferentes são os arranjos que influenciam a convivência, os hábitos e os costumes da família. Brusamarello *et al.* (2010) compreendem a família como um sistema dinâmico que atua na construção da identidade individual, tendo reconhecido papel na formação social dos sujeitos. É no núcleo familiar que as pessoas buscam apoio e compreensão, pois independentemente das dificuldades enfrentadas, é nele que as relações mais intensas são estabelecidas.

Uma série de fatores pode estar relacionada ao uso de drogas. Jovens cujos familiares já usam substâncias psicoativas teriam ou não mais oportunidades de acesso às drogas? A falta de rigor familiar para com o uso inicial de cigarros e álcool poderia levá-los ao uso de outras drogas? Uma família desestruturada, por divórcio ou separação dos pais, favoreceria o uso prejudicial de substâncias psicoativas?

Segundo Oliveira (2008), é fundamental na constituição do sujeito a forma como ele é criado pela família, estando a cargo dos pais, principalmente, a proteção contra os fatores de risco relacionados às drogas. A família, como instituição cuidadora de seus membros é responsável pela transmissão de valores éticos e morais; é de indiscutível relevância como instituição capaz de contribuir para a prevenção frente aos inúmeros problemas acarretados pelas drogas.

É função da família proporcionar que a criança aprenda a lidar com limites e frustrações. Crianças que crescem num ambiente com regras claras, geralmente, são mais seguras e sabem o que devem ou não fazer para “agradar”. Quando se defrontam com um limite, sabem lidar com a frustração, por terem desenvolvido recursos próprios para superá-la. Sem regras claras, o jovem testará os seus limites, deparando-se com frustrações. Dessa maneira, as drogas surgem como “solução mágica”: o seu consumo faz com que os sentimentos ruins desapareçam por alguns instantes, sem necessidade de esforços maiores (CASTRO, 2014; MALTA *et al.*, 2011).

Oliveira (2008) constata que o acesso às informações, a estrutura familiar protetora e a existência de laços afetivos entre pais e filhos são razões importantes para a negação e afastamento dos jovens das drogas. No entanto, mesmo com informações completas com relação às consequências do uso, o consumo de drogas por algum membro da família pode predispor o uso pelos demais.

De acordo com Sanchez (2005) o afastamento de jovens das drogas e de

suas complicações deve-se ao relacionamento estabelecido com seus pais, em especial das mães. O respeito aos familiares, principalmente à figura materna, a desmoralização da família frente à sociedade, geralmente preconceituosa acerca do consumo de drogas, constituem-se de importância na recusa da droga. Da convivência em um lar harmônico, esses jovens extraem influências positivas ao não uso, ora tomando os pais não usuários como modelo; ora aprendendo com os sofrimentos decorrentes do abuso de drogas por pessoas próximas.

Os filhos valorizam o comportamento dos responsáveis, transformando-os em espelhos para sua formação, portanto, o ambiente familiar é parte importante na determinação do uso de drogas pelas futuras gerações (OLIVEIRA, 2008).

## 6.5 FATORES RELACIONADOS À INFORMAÇÃO

Evidências mostram que até mesmo em ambientes que cercam o sujeito de fatores de risco, muitos destes passam ilesos quanto ao uso. Certamente estes sujeitos estão envolvidos em fatores protetores que os afastam de tais influências ao uso. Entre os motivos para o não uso de drogas a estrutura familiar protetora e a disponibilidade de informação são observadas (SANCHEZ *et al.*, 2010).

Segundo Sanchez (2004), informação é uma coleção de conhecimentos amplos e fundamentados acerca das consequências negativas, advindas do consumo prejudicial de drogas pelos usuários. A mídia, escola, religião e família são consideradas as principais formas de veiculação dessa informação, que tem como intuito a instrução e o direcionamento dos jovens.

Dentre os fatores de risco e proteção, a informação é um que ainda permanece controverso. Sodelli (2007) sugere que projetos preventivos pontuais, meramente informativos, têm resultados limitados; assim, sugere que práticas preventivas não deveriam apenas alertar, mas preparar as pessoas para que superem os obstáculos materiais, culturais e políticos que as mantenham vulneráveis. Também enfatiza o papel crucial da informação como medida preventiva entre adolescentes e jovens; porém, sugere que seja veiculada com cautela, para que não desperte a curiosidade ao consumo, ao invés de preveni-lo.

Bucher (1988) afirma que fornecer informações gerais e incompletas pode surtir efeito contrário ao esperado. São ineficazes os programas de educação preventiva baseados somente em informações sobre a droga e seus efeitos negativos, com a intenção de chocar e amedrontar os sujeitos.

Sanchez *et al.* (2010) destacam que não se pode menosprezar o conhecimento da vivência, informação por observação ou de fontes como a família, que o sujeito traz consigo, visto ser ele um sujeito social e histórico. A decisão pelo início do consumo de drogas sofre influência de um grande número de fatores que vão além do simples conhecimento do efeito da substância.

Existe a necessidade de reflexão sobre possíveis meios para se utilizar a informação como medida preventiva e o planejamento de programas de prevenção que desenvolvam habilidades educativas e de comunicação, conscientizando os pais da importância que têm como agentes de saúde para seus filhos.

## 6.6 FATORES RELACIONADOS À MÍDIA E MEIOS DE COMUNICAÇÃO

Castro (2014) afirma que os meios de comunicação geralmente mostram imagens muito favoráveis ao uso de drogas. Sua ligação comercial com os grandes anunciantes de bebidas e cigarros geram propagandas muitas vezes dirigidas ao público jovem. O uso do álcool e do tabaco costuma vir associado, por meio da publicidade, a imagens de artistas, ao *glamour* da sociabilidade e à sexualidade, colaborando para a difusão dos hábitos de beber ou de fumar dos adolescentes.

De acordo com Sanchez (2005), a publicidade e a propaganda são colaboradores para o desenvolvimento de um clima de aceitação a certas drogas, quer sejam utilizadas para fins terapêuticos, como vitaminas, analgésicos, xaropes, quer sejam utilizadas para facilitar as relações sociais, melhorar o humor, e a descontração, como o álcool e o fumo. A Organização Mundial da Saúde tem alertado todos os países quanto à divulgação indiscriminada de substâncias químicas pelos meios de mídia, fato que poderá levar a resultados adversos, pois tende a camuflar a realidade, interferindo no desenvolvimento de uma vida equilibrada e saudável.

Frequentemente os anúncios glorificam as substâncias, retratando-as como mediadoras de fama e sucesso. Não há comerciais que deixem de ligar o ato de fumar e beber ao prazer, à juventude, ao belo. Não apresentam o fumante e o alcoólico sofrendo com doenças que foram causadas pelos hábitos adquiridos em suas juventudes. Não citam a possibilidade dos que bebem e fumam desde cedo virem a se tornar dependentes (SANCHEZ, 2005).

Em seu trabalho, Büchele (2009) argumenta que existem inúmeros fatores de risco para o início do uso de drogas. Associadas a esses fatores, são veiculadas campanhas preventivas nos meios de comunicação em que são abordadas drogas ilícitas. Ao mesmo tempo, o álcool e tabaco, drogas lícitas, responsáveis por graves problemas de saúde pública, aparecem através dos mesmos meios sem que sejam considerados o custo social, o sofrimento pessoal e familiar que podem causar.

Mas não se pode, segundo Castro (2014), demonizar a mídia: de um lado ela reflete a cultura vigente; e, de outro, seria um erro menosprezar a capacidade crítica dos jovens e a interação de vários outros elementos com os meios de comunicação. Nenhuma propaganda por si só atinge efeito de persuasão, quando fatores protetores atuam em direção contrária.

O desenvolvimento de espírito crítico e reflexivo na família e na escola pode moderar o risco potencial da exposição e potencializar o amadurecimento em relação aos vários problemas relacionados ao uso de drogas, servindo como base para uma atitude criteriosa quanto às mensagens veiculadas pelos meios de comunicação (SCHENKER, 2005).

Os recursos da mídia vêm sendo pouco explorados como instrumentos de prevenção, merecendo maior atenção, uma vez que a utilização desses recursos, quando aliada a outras medidas, pode representar uma interessante alternativa.

Segundo Sanchez (2005) na Europa, já há muito tempo, é proibido anunciar álcool e cigarros na televisão, no cinema, no rádio, na imprensa e em cartazes. Somente são permitidas veiculações de comerciais de drogas lícitas após as 24 horas. Talvez no futuro, o Brasil também venha a adotar essa mesma política, hoje já em uso para o tabaco, e, a partir de então, possamos contar com a televisão, com o rádio e com a imprensa como aliados na prevenção do uso de drogas em nosso país.

## 6.7 FATORES RELACIONADOS À RELIGIÃO E ESPIRITUALIDADE

Júnior (2013) afirma que instituições religiosas são apontadas como fatores de proteção contra os comportamentos de risco, principalmente para os jovens que mantêm práticas religiosas. No entanto, há religiões em que é feito uso indiscriminado de substâncias psicoativas.

No Brasil, algumas religiões recentes como a ordem do Santo Daime, tiveram início a partir do consumo de uma droga. Na referida religião, ingere-se um chá produzido a partir da mistura de um cipó (ayahuasca) e outras plantas alucinógenas.

Segundo Neto (2007), no México, como é o caso do deus Peyote, é feito culto a plantas alucinógenas, sendo a adoração a um cacto em um pedestal o ritual mais sagrado da religião.

O charuto de tabaco tem uso difundido em religiões afro-brasileiras como o Candomblé; e o vinho também ocupa um espaço culturalmente estabelecido em cerimônias judaicas e católicas (NETO, 2007).

Como eixo de proteção, podem-se destacar elementos que compõem estratégias individuais: a espiritualidade e a religiosidade. Conforme proposto por Sanchez (2004), a espiritualidade é individual e pode ou não incluir a crença em “deus”, sendo responsável pela ligação do “eu” com o universo e com os outros. A religiosidade consiste na crença e prática de fundamentos de uma religião.

Acredita-se que o respeito pelos ensinamentos religiosos pode influenciar positivamente a vida dos adolescentes. Esses aspectos foram confirmados em um estudo (Dalgarrondo *et al.*, 2004) realizado com estudantes, em que se concluiu que, ao pertencer a uma instituição religiosa, o jovem acaba sendo envolvido por um conjunto de valores, normas, comportamentos e práticas sociais que funcionam como fatores protetores contra o uso de drogas. Amparo *et al.* (2008) sugerem que jovens que investem em sua espiritualidade apresentam aumento da resiliência, uma vez que essa espiritualidade gera elevação da autoestima.

Brusamarello *et al.* (2010), afirmam que a religiosidade, além de se tratar de um aspecto muito relevante para os sujeitos, ocupa importante papel na estruturação da família. Para eles, os princípios religiosos são a base de uma educação pautada em limites e respeito, fatores indispensáveis para um desenvolvimento saudável.

## 6.8 FATORES RELACIONADOS AO SUJEITO

Quanto aos aspectos da individualidade, como nos propõe Schenker (2005), é preciso ressaltar que os sujeitos não são um recipiente passivo ou objeto controlado apenas por influências familiares, sociais nem por determinações externas. São participantes ativos do processo de formação de vínculos e de transmissão de normas. Suas características físicas, emocionais e sociais interagem na dinâmica de socialização permitindo a metabolização dos fatores externos.

Aspectos internos ao sujeito podem influenciá-lo ao uso de drogas. Estudiosos afirmam que o alcoolismo, por exemplo, pode ter base genética, pois é frequente o caso de famílias nas quais mais de um de seus membros é alcoolista. Nesse sentido, teorias afirmam que 40% dos riscos de desenvolver um comportamento toxicômano podem ser explicados pela genética. No entanto, as diferenças no consumo de bebidas alcoólicas são um reflexo da grande variabilidade do estilo de vida, comportamento e normas sociais que influenciam o beber.

Schenker (2005) afirma que o envolvimento grupal tem sido visto como um dos maiores prenúncios do uso de substâncias psicoativas. Essa relação interpares se configura como fator de risco quando amigos, considerados modelo de comportamento, demonstram aprovação ou consomem drogas. Ou, de forma diferenciada, quando um jovem sente-se alienado por um grupo, e esse grupo é de usuários de drogas, o risco de consumir drogas a fim de se afinar com os membros é grande.

Sujeitos que vivem em ambientes familiares ou em comunidades onde há uso prejudicial de drogas e conseguem não se deixar influenciar por esse contexto apresentam características individuais protetoras bem desenvolvidas. Entre essas características temos autoimagem positiva, a capacidade de criar e desenvolver estratégias na forma de lidar com problemas, habilidades sociais e interpessoais, bom controle emocional (SCHENKER, 2005).

Conforme proposto por Oliveira (2008), sujeitos que têm objetivos e investem no futuro apresentam menor chance de usar drogas, pois o uso interfere em seus planos. Igualmente, a elevada auto-estima, os sentimentos de valor, orgulho, satisfação com a vida podem servir de proteção quando combinados com outros fatores protetores de seu contexto de vida.

Segundo Machado (2005) a Terapia Ocupacional Social indica, como

percurso metodológico, que é no contexto que os acontecimentos sociais se mostram. Ao considerar o sujeito como participante ativo em sua própria vida, a Terapia Ocupacional

deve oferecer ao indivíduo um atendimento voltado às questões não apenas da disfunção mas, principalmente, do homem como ser essencialmente social, através do entendimento da relação homem-natureza, oriundo da sua atividade prática. A participação do cliente nesse processo é ativa, o sujeito é um agente ativo, fazedor de suas mudanças, partner em terapia (FRANCISCO, 2001, p.49).

## 6.9 FATORES RELACIONADOS AO CONTEXTO SOCIAL

De acordo com Schenker (2005), a disponibilidade e a presença de drogas na comunidade de convivência têm sido vistas como facilitadoras do uso de drogas, uma vez que o excesso de oferta naturaliza o acesso. Quando a facilidade da oferta se junta a elementos de desorganização social, familiar e institucional, produz-se uma sintonia de fatores que podem influenciar o uso de substâncias.

A comunidade tem um papel fundamental na proteção de sujeitos envolvidos com drogas e outros comportamentos de risco, como propõe Júnior (2013). As iniciativas recomendadas para aumentar os fatores de proteção devem aproveitar os recursos disponíveis na comunidade, considerando as características socioculturais de seus respectivos contextos e ativando a rede de apoio. Ao mesmo tempo, dadas as peculiaridades locais, as iniciativas devem ser norteadas pelo princípio da criatividade e do aproveitamento do potencial inovador, tanto dos jovens quanto das diferentes esferas comunitárias.

Oliveira (2008) afirma que é na relação direta com a comunidade, onde os profissionais das áreas de saúde, entre os quais o terapeuta ocupacional, e educação, mediante parcerias firmadas com as instituições e serviços, poderão investir em ações e diretrizes de cunho preventivo e que promovam o acesso à educação, à saúde e à qualidade de vida, no intuito de fortalecer os fatores protetores e minimizar os fatores de risco.

Em um contexto no qual a venda e o consumo de drogas, por alguns membros da comunidade, ocorrem no entorno, testemunhados por crianças e jovens, o papel da sociedade é fundamental no intuito de proteger essas crianças da exposição a que estão submetidas, o que é um dos objetivos da “Embaixada da Arte”.

Este projeto, que está para ser instaurado na comunidade do Complexo do Andaraí, é uma iniciativa do CAPSad Mané Garrincha que articula uma rede entre Associações de moradores, UPP (Unidade de Polícia Pacificadora), CRAS (Centro de Referência de Assistência Social) e Conselho Tutelar; contando também com diversos profissionais das áreas de saúde, educação, artes, entre outros. Ele surgiu a partir de queixas por parte da associação de moradores no que concerne às situações de risco às quais os jovens da comunidade estavam se expondo, evadindo das escolas e recorrendo a trabalhos informais e ao crescente uso de drogas.

A proposta é acolher crianças e jovens até os 24 anos de idade e envolvê-los na realização de diversas atividades programadas para potencializar os recursos já existentes na comunidade; como o samba, através de oficinas de música; a beleza intrínseca da paisagem local, por meio de oficinas de fotografia; entre outras ações que enfocam a percepção de que os sujeitos podem ser agentes transformadores no próprio território, potencializando seus recursos. O projeto, portanto, objetiva a sensibilização e capacitação para a arte nos seus aspectos mais amplos.

Se o jovem vem de uma família desorganizada, mas encontra em sua vida um grupo comunitário que faz seu asseguramento, oferecendo-lhe alternativas de lazer e de desenvolvimento de habilidades pessoais, pode aprender a criticar e se responsabilizar por si próprio e pelo seu grupo social (SANCHEZ, 2004).

## 6.10 FATORES RELACIONADOS À DROGA

Na atualidade a droga possui caráter agregador. Ainda hoje, indivíduos ou grupos de pessoas fazem uso dela num contexto cultural, religioso ou de socialização, como é o caso de festas comemorativas, independentemente da faixa etária, etnia, religião e classe social. (NETO, 2007)

As drogas são os instrumentos mais eficientes para se obter prazer e para se combater a dor. Não apenas a dor física [...] como também a dor psíquica, para a qual as drogas são controladoras supremas. Por isso [...] as drogas ocupam um lugar de primeira importância na economia libidinal de todos os povos (CARNEIRO, 2005, pag.17).

Muitas drogas ilegais possuem uso reconhecidamente medicinal. A maconha, por exemplo, é uma droga usada para tratar dores de pacientes de câncer em tratamento quimioterápico; já o hidrocloreto de cocaína, com mais de 150 anos de uso, é um poderoso anestésico. O LSD (dietilamida do ácido lisérgico) é utilizado para o alívio de dores extremas, como as causadas por parto normal. Para alguns, os efeitos maléficos das drogas são inferiores ao bem que podem causar a doentes.

Conforme Albertani (2004), quanto mais rápido o início dos efeitos de uma droga e quanto menor sua duração, maior o seu potencial para causar dependência. O mal-estar físico causado pela ausência da droga leva o indivíduo a ter necessidade, de voltar a usar a droga, a chamada “fissura”. O *crack*, por exemplo, oferece efeitos rápidos e intensos, entretanto, a intoxicação provoca efeitos de pouca duração, o que leva o usuário a fumar imediatamente outra pedra.

A necessidade de se olhar os dois lados, o do desejo e o do dano, no caso do uso de drogas, leva a considerar alguns aspectos. Um deles diz respeito aos efeitos cumulativos das substâncias e sua relação com a vulnerabilidade do sujeito. De um lado sabe-se que a probabilidade de desenvolver determinado distúrbio aumenta em função do número, da duração e da “toxicidade” dos fatores de risco envolvidos.

Por outro lado, o perigo difere de acordo com os sujeitos e seu contexto. Masur (1989) enfatiza que os sujeitos em certo estágio e frequência de consumo não necessariamente irão usar drogas mais pesadas. Essa constatação vai contra a “Teoria da Porta de Entrada”, que sugere a existência de uma sequência na gravidade do risco, indo do uso de substâncias mais “leves” rumo às mais “nocivas”.

## 6.11 PREVENÇÃO

No Sistema Único de Saúde, a estratégia de promoção da saúde enfoca os aspectos que determinam o processo saúde-doença em nosso país: violência, desemprego, saneamento básico, habitação, educação, alimentação, qualidade do ar e da água com objetivo de potencializar formas mais amplas de intervir em saúde e conseqüentemente no uso prejudicial das drogas (BRASIL, 2005).

Como propõe Büchele (2009), prevenção se constitui num esforço de se antecipar à doença, com intuito de prevenir, precaver, de evitar algum dano. É o preparo antecipado, preventivo, ou o modo de ver antecipado. Prevenir, como o próprio nome diz, é também prever, não apenas impedir.

Para a OMS, (OMS *apud* BRASIL, 2004) tem menor risco de uso de drogas o indivíduo pertencente a uma família bem integrada, nela mesma e na sociedade, e que conta com fatores protetores entre os quais: estar bem informado, ter qualidade de vida, difícil acesso às drogas, conviver em lar harmônico, e ter acesso à observação clara dos danos decorrentes do envolvimento com as drogas.

Dada a complexidade da problemática do uso de drogas, envolvendo a interação de fatores biopsicossociais, o campo das ações preventivas é extremamente abrangente, envolvendo aspectos que vão desde a formação da personalidade do sujeito até questões familiares, sociais, legais, políticas e econômicas. Segundo Castro (2014), trabalhar nessa área é complexo: exige apoio, conhecimento, criatividade e, mais do que isso, uma equipe motivada e persistente, que acredite nas competências do indivíduo e da sociedade.

A prevenção do uso de drogas visa a uma atitude responsável com relação a elas, considerando que o uso de drogas é um problema pessoal, social, cultural, entre tantos. Büchele (2009) afirma que a prevenção do uso de drogas busca grupos específicos como, crianças, adolescentes, comunidades, escolas, incentivando-os a buscar seu desenvolvimento através de vivências pessoais. No caso específico ao uso das drogas, a finalidade das ações é atuar sobre fatores de risco que predispõem o uso ou abuso, minimizando-os, e fortalecer os fatores protetores.

Castro (2014) ressalta que os modelos de programas de prevenção devem ser desenvolvidos com filosofias definidas: que ofereçam informações sobre os efeitos das drogas; valorizem o vínculo familiar, aumentem as habilidades sociais; proporcionem sentimentos positivos de autoestima; favoreçam o desenvolvimento de

habilidades de resistência às pressões negativas e, principalmente, que sejam específicos para as diferentes idades e culturas.

De acordo com o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas – OBID (BRASIL, 2014) as intervenções preventivas podem ser feitas em três níveis em sequência, através de ações desenvolvidas em vários âmbitos, integrados entre as diferentes áreas. Na prevenção primária objetiva-se evitar que o uso de drogas se instale ou retardar o seu início. A secundária destina-se a pessoas que já experimentaram drogas ou usam-nas moderadamente e almejam evitar a evolução do uso para usos mais prejudiciais. Já a prevenção terciária diz respeito ao processo de recuperação e reinserção dos sujeitos que já fazem uso prejudicial.

As ações preventivas devem, portanto, ser direcionadas às comunidades em situação de risco, pois as atividades junto à comunidade-alvo, favorecem vínculos positivos, oportunizam espaços de reflexão, trocas de experiências e estimulam o exercício da cidadania e solidariedade. Essas ações devem basear-se em princípios que considerem os contextos histórico, sociocultural e econômico nos quais se insere a população-alvo, bem como o conhecimento objetivo da realidade do consumo e das motivações que o sustentam (BÜCHELE, 2009; OLIVEIRA, 2008).

Fazer prevenção não é uma tarefa fácil. Castro (2014) propõe que além da preparação da equipe é preciso atentar-se para os dados da realidade externa que possam interferir no trabalho e estar atentos a novos fatores que possam interferir nas ações. Por exemplo, uma nova droga introduzida no mercado ou novos hábitos que venham a fazer parte daquela comunidade devem ser considerados.

Tem sido responsabilidade de profissionais de saúde e educação realizar pesquisas, avançar nos conhecimentos e práticas e estabelecer alianças. Mas para tal, é necessário ter sensibilidade para compreender e valorizar o estágio de vida e a história pessoal do sujeito, as normas culturais, e práticas no que concerne ao uso de drogas, bem como os contextos sociais onde esse uso ocorre (SCHENKER, 2005; OLIVEIRA, 2008).

Pode-se esperar maior sucesso dos programas de prevenção que maximizem o ajuste adaptativo entre sujeitos e seus contextos. E é essa visão holística, própria da formação em Terapia Ocupacional, que nos torna aptos para atuar em prevenção do consumo prejudicial de álcool e drogas.

## 6.12 POSSÍVEIS ENCAMINHAMENTOS DA TERAPIA OCUPACIONAL NA RELAÇÃO COM USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

A Terapia Ocupacional pode ser definida por:

Campo de conhecimento e de intervenção em saúde, na educação e na esfera social que reúne tecnologias orientadas para a emancipação e autonomia de pessoas que apresentam, por razões ligadas a problemáticas específicas (físicas, sensoriais, psicológicas, mentais ou sociais), temporária ou definitivamente, dificuldades na inserção à participação na vida social. As intervenções dimensionam-se pelo uso de atividades, elemento centralizador e orientador na construção complexa e contextualizada do processo terapêutico (CREFITO-03, 2014).

A Portaria 336/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2002, define as modalidades de CAPS e estabelece que a equipe técnica mínima para atuação no CAPSad será composta, entre outros profissionais, pelo terapeuta ocupacional.

O presente trabalho surgiu a partir de experiências de estágio em dois CAPSad, Centra–Rio e Mané Garrincha. No primeiro, estive presente como acadêmica de Terapia Ocupacional por um ano, mediante concurso de acadêmico bolsista do Estado. Já no segundo, realizei no total 352 horas de estágio curricular, o equivalente, também, a cerca de um ano de atividades.

Pelo que pude observar através dessa vivência, as representações das limitações na vida social, psíquica e produtiva do sujeito, conseqüentes do uso prejudicial de substâncias psicoativas, caracteriza uma população alvo para as intervenções em Terapia Ocupacional, visto que a terapêutica ocupacional visa ao desempenho ocupacional, sendo este a capacidade de um sujeito em realizar, no dia-a-dia, as atividades de que necessita ou as que deseja.

“Quando vi vocês a primeira vez, no primeiro dia de estágio de vocês, pensei que fossem viciadas em compras, sexo; ou essas baladeiras que viciam em *ecstasy*... Duas meninas tão novas, aqui!”

Esta foi uma frase que ouvimos, outra estagiária e eu, somente no nosso último dia, por parte de um paciente, em um dos serviços citados anteriormente,

durante nossa festa de despedida. Tal fato ressalta a ideia de que os sujeitos não são um objeto controlado apenas por influências e determinações externas, mas sim participantes ativos do processo de formação de vínculos (SCHENKER, 2005).

Foi somente a partir do estabelecimento de vínculo e confiança que as impressões, sentimentos, e desejos dos pacientes puderam vir à nosso conhecimento; da mesma maneira, só se tornou interessante para eles considerar nossas impressões à medida que fomos nos inserindo nos espaços e contextos em que eles se apresentavam.

Nesse sentido, a Terapia Ocupacional, no cuidado ao usuário de drogas, procura meios de “estabelecer um sistema de trocas, não só de produtos realizados por mãos que antes eram usadas só para se drogar, mas também aqueles de conteúdos afetivos vividos nessa relação de construções” (TEDESCO, 1996, p. 99).

Segundo Benetton (1994), os elementos que caracterizam Terapia Ocupacional são as atividades e a entrada do sujeito no sistema terapêutico. O uso de atividades pelo sujeito alvo da intervenção é que define uma atuação específica para uma área de interação localizada entre o físico e o psíquico, o objetivo e o subjetivo.

Daí a importância de o terapeuta ocupacional, num acolhimento dinâmico, se autorizar e ousar tomar decisões para além dos muros da instituição, rumo ao território, trabalhando não só o sujeito, como “no” e “o” contexto em que ele vive, conseqüentemente, ampliando a promoção de saúde no sentido de proporcionar uma melhor qualidade de vida.

Almeida (2010) estabelece que o produto do trabalho do terapeuta ocupacional equipara-se com o produto sugerido pela Reabilitação Psicossocial, uma vez que autonomia e participação social se articulam com o engajamento em atividades significativas no contexto de vida (BENETTON *apud*. ALMEIDA, 2010).

Ora, na Terapia Ocupacional a atenção do terapeuta estará em parte investida nos movimentos psíquicos, no desenvolvimento mental, na recuperação afetiva, mas, por outro lado, no acompanhamento na realização das atividades e na construção de projetos singulares, o terapeuta trabalhará também no engendramento de processos educativos e socializantes que estarão a serviço da sobrevivência, da produtividade, da reprodutividade social e da imersão cultural (Castro, 2005, p.19).

Os suportes oferecidos aos usuários de drogas e os cuidados com a saúde no âmbito das ações de Redução de Danos trazem à percepção social os direitos que eles possuem como cidadãos, contribuindo para minimizar a exclusão social deles próprios.

A clínica do terapeuta ocupacional no cenário da toxicomania tem como principal objetivo a facilitação do gerenciamento do uso e da reinserção social com foco na autonomia. O terapeuta ocupacional baseia-se nos princípios de Redução de Danos para a realização de ações que visem a minimização dos riscos e danos de natureza biológica, psicossocial e econômica provocados ou secundários ao uso de substâncias psicoativas.

O respeito ao direito dos usuários às suas drogas de consumo e o desenvolvimento de ações preventivas orientadas na especificidade das demandas de cada população de usuários tornam a lógica da redução de danos um modelo em potencial para ações desenvolvidas em outras áreas do conhecimento (ANDRADE, 2004).

Schenker (2005) propõe que os profissionais que atuam na prevenção, entre eles o terapeuta ocupacional, precisam desenvolver uma compreensão ampla e profunda do fenômeno do uso de drogas. O lado negativo do desejo de obter prazer com o uso de drogas é o risco que se corre de se tornar dependente e comprometer a realização de tarefas do desempenho ocupacional; o cumprimento dos papéis sociais esperados; a aquisição de habilidades essenciais; a realização de um sentido de adequação e competência.

Novas funções podem se configurar para a Terapia Ocupacional na contemporaneidade. Algumas dessas novas missões parecem estar para além do campo da clínica, do terapêutico, adentrando diversos campos diferentes como os da política, da militância, da história, da filosofia. Mas se o esgarçamento desse limite opera a favor da vida, devemos lutar para que o fazer, o corpo, a arte possam garantir essas expansões (ALMEIDA, 2004, p.160).

Em confraternização de despedida, em outro CAPSad, os pacientes de um certo grupo coordenado pelo musicoterapeuta e terapeuta ocupacional do serviço, como de costume, nos – às estagiárias que estavam concluindo seu tempo de

estágio – perguntaram se nossa visão acerca da toxicomania e do toxicômano havia mudado desde que entramos no serviço. Muito emocionada com a despedida, respondi que “sim”.

Ainda que tivessem se passado dois anos nunca deixei de me afetar, e, muitas vezes, me emocionar, com os grupos de segunda-feira de manhã, em que tantas experiências eram trazidas dos finais de semana, umas vezes positivas, outras, negativas; continuei me preocupando, às quintas-feiras à tarde, com aqueles adolescentes, muitos vivendo em abrigos, que viam suas melhores possibilidades de um futuro promissor espelhadas nos retratos de grandes traficantes. Tais momentos, como estagiária de Terapia Ocupacional, nunca me foram indiferentes, e espero que nunca sejam.

Que nunca deixemos de ser afetados pela história e pela vivência do outro em nossas práticas profissionais. Creio que somente dessa forma, seremos capazes de exercer o cuidado em seu aspecto mais amplo e profundo: através do acolhimento e humanização.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Parece inegável que a questão do uso prejudicial e também abusivo de substâncias psicoativas, atualmente, passa por uma crise talvez nunca vista. Os fenômenos existem e nossa preocupação percorrer caminhos que contribuam para implementar políticas públicas na questão da toxicomania. Os programas específicos de prevenção do uso de drogas dependem das necessidades percebidas entre educadores, pais, crianças e jovens. Tal abordagem requer uma difícil e necessária articulação dos serviços social, educacional e de saúde, numa visão multidisciplinar, e com participação, também, da sociedade (BÜCHELE, 2009).

Segundo Schenker (2005), o uso de drogas é uma questão complexa que perpassa inúmeros subsistemas da vida individual e social. As representações sociais que levam à adesão ou à condenação dependem do contexto sociocultural. Os constrangimentos impostos numa determinada cultura são diferentes em outras. Dessa forma, é necessário compreender os códigos do contexto e a rede de significados que envolvem a sociedade em geral e os grupos específicos dentro de determinado tempo histórico.

O crescimento do consumo de drogas aponta para a existência de um mercado de que produz, distribui e comercializa seu produto. A organização e a eficácia deste mercado expõem ainda as relações socioeconômicas que o sustentam. Não cabe adotar, portanto, a postura de considerar o uso de drogas como decorrente apenas do desejo do sujeito. Mostra-se evidente a inter-relação e a interdependência existente entre o usuário e o contexto que o circunda.

Ao se considerarem os fatores de risco e proteção indicados neste estudo é importante destacar que eles são integrados e ativos. Assim, os dados apresentados mostram que é necessário, como um suporte mediador das situações de risco às quais potencialmente esses sujeitos estão submetidos, um conjunto de fatores protetores como autoestima, espiritualidade e religião, boas relações pessoais com amigos, professores, familiares, vizinhança, além da presença do apoio emocional e social recebidos, presença positiva da família e dos amigos, o conhecimento e o contexto social no qual o sujeito se insere (AMPARO *et al.*, 2008).

Conforme Büchele (2009), a promoção da saúde, para além da prevenção, deve estar voltada à realidade comunitária, respeitando o direito de cidadania das pessoas, considerando o conceito ampliado de saúde, a necessidade de criar

políticas públicas, a participação social na construção do sistema. Aponta-se para a necessidade de formação continuada e de maiores subsídios por parte das políticas públicas em especial na área de álcool e outras drogas. Castro (2014) ressalta ainda a necessidade de políticas públicas mais direcionadas ao campo das substâncias psicoativas, enfatizando as mudanças de paradigmas. Pontua-se a presença de um consenso na necessidade de se pôr em prática uma rede assistencial integrada e articulada, constituída pelos serviços existentes na área de álcool e outras drogas; e que o uso prejudicial de drogas é questão de políticas públicas e não de polícia.

De acordo com Amparo *et al.* (2008), apresenta-se a necessidade de estudos que focalizem as questões de risco psicossocial na dimensão entre risco e proteção e, sobretudo, na identificação e valorização dos aspectos saudáveis do desenvolvimento. Esta necessidade fortifica-se não só na perspectiva dos fatores de proteção como integrantes na realização dos processos resilientes, mas, também, como aspectos fundamentais na construção do desenvolvimento humano.

Como diz Olievenstein (1985), as experiências dos toxicômanos não são empreendidas de forma solitária ou voluntariamente. Eles as realizam no interior de uma história, de um contexto, imersos em momentos socioculturais, vinculados a sistemas familiares e condicionados pela manipulação e apelo da sociedade na qual vivem. O uso de drogas funde-se, portanto, com os dados desta história.

Assim, a experiência desta estagiária do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da UFRJ, em ambos os CAPSad – Centra-Rio e Mané Garrincha, da cidade do Rio de Janeiro – apontou caminhos que foram do social ao individual, da política à religião, da saúde à doença, das artes ao convívio grupal.

Estes caminhos fundamentaram, enriqueceram e ampliaram a formação construída na graduação em Terapia Ocupacional e proporcionaram ações e perspectivas muito mais ampliadas do que se podia imaginar quando se iniciou nessa formação na Universidade Federal do Rio de Janeiro.

## REFERÊNCIAS

ALBERTANI, M. B.; SCIVOLETTO, S.; ZEMEL, M. de L. S. **Prevenção do uso indevido de drogas: fatores de risco e fatores de proteção.** In: Curso de Capacitação e atualização de conhecimento sobre redução da demanda de drogas. Secretaria Nacional Antidrogas, UFSC: 2004. p. 63-86.

ALMEIDA, M. V. M. **Corpo e Arte em Terapia Ocupacional.** Rio de Janeiro: Enelivros, 2004.

ALMEIDA, D. T.; TREVISAN, E. R. Estratégias de intervenção da Terapia Ocupacional em consonância com as transformações da assistência em Saúde Mental no Brasil. **Rev Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v.15, n.36, 2010.

AMPARO, D. M. *et al.* **Adolescentes e jovens em situação de risco psicossocial: redes de apoio social e fatores pessoais de proteção.** Estudos de Psicologia 2008, 13(2), 165-174.

ANDRADE, T.M. Redução de danos: um novo paradigma? In: FILHO, A.N. (Org.). **Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo.** Bahia: EDUFBA, 2004.

ASSIS, S.G. **Traçando caminhos em uma sociedade violenta.** Rio de Janeiro. Fiocruz, 1999.

BENETTON, M. J. **A Terapia Ocupacional como instrumento nas ações de saúde mental.** 1994. Tese (Doutorado em Terapia Ocupacional) Faculdade de Ciências, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

BRANDEN, N. **Auto-estima: como aprender a gostar de si mesmo.** São Paulo: Saraiva, 1998.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente/ECA**, Lei nº. 8.069, de 13 de julho de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas**. Brasília; 2003

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/ CN – DST / AIDS. **A Política da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. 2 ed. ver. ampl. –Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Saúde mental no SUS: os Centros de atenção psicossocial**. Ministério da saúde, Secretaria de atenção à saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde – Documento Preliminar**. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 3.088, 23 de dezembro de 2011. **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)**. Diário Oficial da União Seção 1, 2011.

BRASIL. **Prevenção ao uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. 5. ed. Brasília: Presidência da República / SENAD, 2013.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas - OBID**. Disponível em <<http://www.obid.senad.gov.br/>> Acesso em: 16.04.2014.

BRUSAMARELLO, T. *et al.* Papel da família e da escola na prevenção do uso de drogas pelo adolescente estudante. **Cienc. Cuid. Saúde**; 9(4):766-773, 2010.

BÜCHELE, F.; COELHO, E. B.S.; LINDNER, S. R. A promoção da saúde enquanto estratégia de prevenção ao uso das drogas. **Ciência e saúde coletiva**, 14(1): 267-

273, 2009.

BUCHER, R. A abordagem preventiva. In: BUCHER, R. (org.). **As drogas e a vida: uma abordagem biopsicossocial**. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária; 1988.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

CASTRO, E.D. Inscrições da relação terapeuta-paciente no campo da Terapia Ocupacional. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**. v.16, n.1, p.14-21, janeiro/abril, 2005.

CASTRO, M. S., ROSA, L. C. S. **Fatores de risco e proteção na prevenção do uso indevido de drogas**. Disponível em < <http://www.ufpi.br> > Acesso em 02 de Abril de 2014.

CARNEIRO, H. Transformações do significado da palavra “droga”: das especiarias coloniais ao proibicionismo contemporâneo. In: **Álcool e Drogas na história do Brasil**. Belo Horizonte: PUCMinas, 2005.

CAVALCANTE, M. B. P.; ALVES, M. D. S; BARROSO, M. G. T. **Adolescência, álcool e drogas: uma revisão na Perspectiva da promoção da saúde**. Esc Anna Nery Rev Enferm 2008 set; 12 (3):555-59.

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL-TERCEIRA REGIÃO (CREFITO-03). **Definição de Terapia Ocupacional**. Disponível em <<http://www.crefito.com.br/>> Acesso em: 05 de abril de 2014.

DALGALARRONDO, P. *et al.* **Religião e uso de drogas por adolescentes**. Rev. bras. psiquiatr. 2004 jun.;26(2):82-90.

ESCRITÓRIO REGIONAL DA ONUDC (UNODC) NO BRASIL. **Brasil: perfil do país**. 2005. Brasília: ONUDC no Brasil, 2006.

FERRARI, S.M.L. Terapia Ocupacional: A Clínica numa instituição de Saúde Mental. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**. v.14, n.2, p.121-127, julho/dezembro, 2006.

FRANCISCO, B. R. **Terapia Ocupacional**. 2ª ed. Revisada e atual. Campinas, SP: Ed. Papyrus, 2001.

GONÇALVES, E. C. Alguns conceitos referentes à toxicomania. In: BUCHER, R. (Org.). **As drogas e a vida: uma abordagem psicossocial**. São Paulo (SP): EPU, 1998.

JÚNIOR, C. L. N.; BITTAR, C. M. L. **Fatores protetores contra o consumo de drogas, segundo a percepção de universitários**. Araxá: Evidência, v. 8, n. 9, 2013.

LIMA, E. A. Oficinas e outros dispositivos para uma clínica atravessada pela criação. In: COSTA, C. M.; FIGUEIREDO, A. C. (Org.). **Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania**. Rio de Janeiro: Contracapa, 2008.

MACHADO, L. M. Os sentidos da vida na rua. In: COSTA, A.M. (org.) **Narrativa do Brasil: cultura e psicanálise**. Porto Alegre: APPOA, 2005.

MALTA, D. C. *et al.* **Família e proteção ao uso de tabaco, álcool e drogas em adolescentes**. Disponível em < <http://www.scielo.br/> > Acesso em 10 de Abril de 2014.

MASUR, J.; CARLINI, E. A. **Drogas: subsídios para uma discussão**. São Paulo: Brasiliense, 1989.

MINAYO *et al.* **Fala galera: juventude, violência e cidadania no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Garamond, 1999.

NETO, J. A. S. **Seu bandido, meu herói**. 2007. Monografia (Bacharelado em Terapia Ocupacional) Universidade Castelo Branco, Rio de Janeiro.

OLIEVENSTEIN, C. **Destino do toxicômano**. São Paulo: Almed, 1985.

OLIVEIRA, E. B.; BITTENCOURT, L. P.; CARMO, A. C. **A importância da família na prevenção do uso de drogas entre crianças e adolescentes**: papel materno. Disponível em < <http://www.revistas.usp.br> > Acesso em 10 de Abril de 2014.

OLIVEIRA, Y. C. A Clínica Terapêutica Ocupacional com Usuário de Substâncias Psicoativas: o desafio da práxis. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, vol.19, número 004. Universidade de Fortaleza. Fortaleza, Brasil p.229-233. 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1993.

PARADA, C. O acolhimento revisitado. In: PARADA, C. **Drogas e Pós-Modernidade** - Prazer, Sofrimento, Tabu. v.1, Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2003.

RIBEIRO M.B.S.; OLIVEIRA, L.R. Terapia ocupacional e saúde mental: construindo lugares de inclusão social. **Rev Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.17, 2005.

SANCHEZ, Z. V. M.; OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A. Razões para o não-uso de drogas ilícitas entre jovens em situação de risco. **Rev. Saúde Pública**. v.4, n.39, 2005.

SANCHEZ, Z. V. M.; OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A. Fatores protetores de adolescentes contra o uso de drogas com ênfase na religiosidade. **Rev. Evidência**. v. 8, n. 9, 2004.

SANCHEZ, Z. V. M. *et al.* O papel da informação como medida preventiva ao uso de drogas entre jovens em situação de risco. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.3, n.15, 2010.

SCHENKER, M.; MINAYO, M.C.S. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 3, n.10, 2005.

SODELLI M. **A abordagem proibicionista em desconstrução: compreensão fenomenológica existencial do uso de drogas**. Disponível em <<http://www.scielo.br/>> Acesso em 10 de Abril de 2014.

SODELLI M. A prevenção em nova perspectiva: ações redutoras de vulnerabilidade ao uso nocivo de drogas. **Rev. Port. Int. Saúde Mental**, v.9, n.2, p.3-58, 2007.

SUDBRACK, M. F. O. *et al.* **O adolescente e as drogas no contexto da justiça**. Brasília: Plano, p. 307, 2003.

TEDESCO, A.S. A prática da terapeuta ocupacional em farmacodependência: brincando na roda de fogo. **Rev. Centro Estudos Terapia Ocupacional**, São Paulo 1:50-2, 1995.

TEDESCO, A.S; BENETTON, J. A questão da independência e dependência sob o vértice da Terapia Ocupacional. In: FILHO, D. X. S., GORGULHO, M. **Dependência: compreensão e assistência às toxicomanias**: uma experiência do PROAD. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.