

ALINE MARCIA MARCOS NUNES
aline.nunes20121@hotmail.com
CHIRLEY GUEDES PETRUCCI
chirleypretruca@ig.com.br
EZEQUIEL DE OLIVEIRA
kieloliver@hotmail.com

AS POSSÍVEIS CONTRIBUIÇÕES TEÓRICAS DA ABORDAGEM RESILIENTE NO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi compreender as possíveis contribuições teóricas da abordagem resiliente como técnica psicoterapêutica no tratamento da dependência química. O trabalho foi produzido por meio do método da revisão bibliográfica, proporcionando uma contextualização significativa a respeito do título. Uma vez que a adicção vem tornando-se um grande problema para a sociedade brasileira. Com este artigo constatou-se que de fato tais contribuições existem e diante desta pesquisa entende-se a necessidade de mais estudo nesta área, uma vez que esta patologia tem assolado desenfreadamente a humanidade.

PALAVRAS-CHAVE: Resiliência. Abordagem Resiliente. Dependência química.

ABSTRACT

The objective of this work was to understand the possible theoretical contributions of the resilient approach as a psychotherapeutic technique in the treatment of chemical dependence. The work was produced through the method of bibliographical revision, providing a significant contextualization about the title. Since addiction has become a major problem for Brazilian society. With this article it was verified that in fact such

contributions exist and in front of this research it is understood the need for more study in this area, since this pathology has ravaged humanity.

KEYWORDS : Resilience. Resilient Approach. Chemical dependency.

INTRODUÇÃO

O tema sobre as possíveis contribuições da Abordagem Resiliente no tratamento da dependência química surgiu na apresentação de um trabalho de conclusão de curso de Psicologia do Centro Universitárias Anhanguera Santo André no segundo semestre de 2016. Na apresentação as discentes relataram as experiências vivenciadas no curso, no primeiro e segundo semestre de 2014 da disciplina de Estágio Básico Social e Hospitalar, na Instituição Casa Fraternidade de Jesus no município de Ribeirão Pires. Ao final da apresentação o psicólogo, Especialista em Docência do Ensino Superior se dirigiu as discentes e as convidou para transformar o trabalho em artigo, uma vez que em sua formação na mesma instituição vivenciou um projeto parecido na Instituição Cláudio Amâncio em São Caetano do Sul nas mesmas disciplinas e seu trabalho de conclusão de curso foi fundamentado pelo tema resiliência.

De fato existem contribuições da abordagem resiliente no auxílio do tratamento da dependência química? O termo adicção, tem sua origem etimológica no antigo Império Romano e significa escravização por determinação legal, como uma forma de quitação de dívidas. A dependência química possui a capacidade de produzir um estado escravizador em alguns indivíduos. Os gregos já faziam uso de drogas como algo curativo e durante toda a Antiguidade e Idade Média estas se tornaram atuantes nas sociedades. Elas são consideradas substâncias que tem a capacidade de mudar a função de organismos vivos, que resultam mudanças fisiológicas ou de comportamentos. A dependência química é considerada doença crônica. Como a asma, diabetes e hipertensão, dependente de longos tratamentos e cuidados pelo resto da vida. As doenças crônicas não têm cura, no máximo podem

ser mantidas sob controle. Embora muitos ex-dependentes conseguem continuar suas vidas de forma saudável.

Entre os tratamentos para a dependência química oferecido no Brasil estão: Alcoólicos Anônimos (AA), Narcóticos Anônimos (NA), Amor exigente (AE), tratamento médico, tratamento farmacológico, os diferentes tipos de internações e os diferentes tratamentos psicoterapêuticos e a estratégias da abordagem da Terapia Cognitiva Comportamental, o Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPSad) e as Comunidades Terapêuticas (CT). A Psicopatologia é a ciência que descreve a natureza real da essência da doença mental. CAMPBELL (1986, apud, DALGALARRONDO, 2008. p. 32). Esta é uma área de grande importância para vários campos de conhecimentos e atividade do desenvolvimento humano. Sendo considerado o estudo que descrevem os sintomas e sinais de doenças mentais. Que possibilita ao profissional da saúde identificar mudanças físicas e mentais, o permitindo descrever fenômenos observáveis, formular diagnóstico e direcionar o paciente para o tratamento adequado.

A palavra resiliência de forma conceitual, segundo o dicionário de língua portuguesa Aurélio, Ferreira (2004), possui duas definições: na primeira, é definida como a propriedade de um corpo recuperar-se da forma original após sofrer choque ou deformação. A segunda se explica como a capacidade de superar e de recuperar-se de adversidades. A abordagem resiliente é uma técnica desenvolvida pelo pedagogo, Dr. em Psicologia e Diretor Científico da Sociedade Brasileira de Resiliência George Barbosa no ano de 2010 na cidade de São Paulo no Brasil. Esta abordagem visa aproximar o indivíduo de ideias, ações e comportamentos positivos diante das adversidades, possibilitando autoconhecimento, fortalecimento e a ressignificação dos oitos Modelos de Crenças Determinantes (MDCs), um novo olhar diante da adversidade, promovendo possibilidades de novos recursos para o adicto aprender estar resiliente.

Este trabalho tem por objetivo compreender as possíveis contribuições teóricas da abordagem resiliente como técnica psicoterapêutica no tratamento da dependência química. Relatar a história da adicção, identificar os tratamentos para dependência química no Brasil e descrever a abordagem resiliente para dependentes químicos.

O presente trabalho foi construído por meio do método da revisão bibliográfica, fundamentada em fontes bibliográfica que traçam dados produzidos

por fontes escritas impressas em editoras, comercializadas em livrarias e classificadas em bibliotecas proporcionando uma contextualização significativa a respeito das possíveis contribuições da abordagem resiliente como auxílio do tratamento da dependência química.

Neste trabalho procurou-se descrever as fundamentações teóricas em três aspectos, sendo que estes se compõem de Introdução. O primeiro capítulo traz um breve relato da adicção e seu conceito. O segundo capítulo os diferentes tratamentos para a dependência química, oferecidos no Brasil. O terceiro capítulo, abordagem resiliente para adictos e considerações finais.

ADICÇÃO

Ciências como a Arqueologia e Antropologia evidenciam que em toda história da sociedade o uso de drogas revelam-se como algo corriqueiro. Há muito tempo a humanidade vive diante deste problema, que a cada dia tornam algumas pessoas reféns, causando estados alterados em suas percepções preenchendo papéis relevantes na estrutura dos sistemas sociais, culturais e míticos (ABREU; MALVASI, 2011). Diante destas questões torna-se necessário estudar sobre a adicção no decorrer da história, uma vez que o mundo passa por diversas transformações. As relações com a drogadição submetem-se a estas transformações. E desta forma fica claro que as drogas são elementos da sociedade e possui uma evolução histórica e cultural possuindo padrões que mudam de acordo com a época e condições socioculturais (BUCHER, 1992, apud PRATTA; SANTOS, 2009. p. 206).

Existe característica essencial para o Diagnóstico Médico de Transtorno Mental, relacionado ao uso de substâncias. Segundo o DSM V (2014), estas se resumem na presença de um agrupamento de sintomas cognitivos, fisiológicos e comportamentais, que podem indicar se a pessoa usou ou até mesmo se está fazendo uso de alguma substância. E para que o indivíduo seja definido como dependente este deve apresentar pelo menos três dos sete critérios listados por este manual no período de doze meses.

Os critérios em questão são: a tolerância (diminuição do efeito com a utilização da mesma quantidade da substância); a abstinência (alterações comportamentais quando a substância não está mais no organismo); consumo de maior quantidade da droga ou gasto maior de tempo do que o pretendido para consumi-la; vontade de parar ou diminuir o uso da substância e não conseguir alcançar esse objetivo. Ainda, pode haver o abandono ou a diminuição na participação em eventos sociais, ocupacionais ou atividades recreativas em função do uso da substância. O sujeito, mesmo sabendo dos danos que a substância pode ocasionar e que por ventura já se manifestem física ou psicologicamente, continua utilizando-a e afastando-se das atividades em família para passar mais tempo junto dos amigos também usuários (CRAUSS, ABAID, 2012. p. 02)

A lista de Classificação Internacional de Doenças e problemas relacionados à saúde (CID10), publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), classifica a dependência química como F19- Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de multiplicadores e ao uso de outras substâncias, múltiplas drogas.

A dependência da droga ocorre por questões sociais, como reflexo da sociedade onde o dependente está inserido. E entende-se que não existem comportamentos e atitudes homogêneas mesmo dentro do contexto dos grupos que utilizam drogas. Estas diferenças associam-se não só ao aspecto econômico, mas às tradições culturais de cada indivíduo e às especificidades no consumo de drogas (COLETT, 2010. p. 12)

As drogas não determinam datas de quando um usuário se tornará viciado, aos poucos as substâncias químicas vão tomando conta do corpo físico e da mente, de forma bruta o usuário passa a comprar assiduamente, tornando-se dependente. É importante deixar claro que não existe uma faixa-etária para estas condições, mas na maioria dos casos é na adolescência que o indivíduo se mostra vulnerável as drogas.

A dependência física acontece pela adaptação das células do ser humano diante da presença de substâncias químicas produzindo no organismo reações semelhantes ao primeiro contato com as drogas tornando necessárias doses cada vez mais altas. Proporcionando uma adaptação fisiológica ao uso delas (PAULA e PIRES, 2002).

A dependência psicológica “é quando uma droga ocupa um lugar central nos pensamentos, emoções e atividades da pessoa de tal forma que não só se torna muito difícil parar de usá-la bem como prevalece um desejo intenso de usá-la

constantemente” (MATSU, 1987, apud PAULA, 2001. p. 43). Abrangendo questões subjetivas ligadas a valores intrínsecos e extrínsecos do indivíduo, porque o desencadeamento de um vício não está justificado apenas por aspectos da personalidade e sim pelo convívio social (COLETT, 2010).

O que são drogas? Para Neves e Sagatto (sem data), as políticas concernentes ao uso de drogas às descrevem como substâncias externas que tem o potencial para modificar o Sistema Nervoso Central (SNC), sendo reforçadoras, causando vícios, considerada problema de saúde pública, que afetam indivíduos de várias faixas etárias e de diferentes comunidades.

Do ponto de vista psiquiátrico, estas substâncias provocam uma ampla variedades de transtornos psicopatológicos que diferem em gravidade, desde uma leve intoxicação não complicada até graves quadros psicóticos ou demências irreversíveis. É necessário um estudo detalhado acerca destes quadros clínicos, para melhor se compreender a complexidade do problema. (MARCIEL, 2014. p. 01)

As drogas psicotrópicas agem na alteração das comunicações neuronais produzindo diferentes efeitos de acordo com o tipo de neurotransmissor envolvido na forma de sua atuação. Existem três diferentes tipos de drogas, as depressoras, estimulantes e alucinógenos. Para Carlini; Nappo; Galduroz; Noto (2001), entre as depressoras estão: os tranquilizantes (benzodiazepínicos, barbitúricos, calmantes ou ansiolíticos); solventes (esmaltes, thinners, tintas e cola); álcool (etílico e etanol); inalantes (lança perfume, e cheirinho da loló); opiáceos (derivados do ópio) responsáveis por diminuir a atividade do SNC, produzindo sintomas de sonolência e lentificação psicomotora.

São drogas que diminuem as atividades mentais afetando o cérebro o tornando mais lento diminuindo a atenção, a concentração, a tensão emocional e capacidade intelectual. Segundo os autores entre as drogas estimulante estão: a cocaína; antidepressivos; tabaco; ice; ecstasy; anabolizantes; anfetaminas e anorexígenos; são as que estimulam o SNC, deixando o estado de vigília aumentado, acelerando as atividades motoras. São drogas que aumentam as atividades mentais afetando o cérebro e seu funcionamento de forma acelerada. De acordo com os autores entre as drogas alucinógenas estão: a maconha e o haxixe; ayahuasca; anticolinérgicos; cogumelos; ácidos (LSD); estas produzem mudanças qualitativas no funcionamento do SNC. Estas alterações mentais não fazem parte da

normalidade. São drogas que alteram a percepção e provocam perturbações no cérebro, fazendo com que ele funcione de forma desordenada, produzindo delírios.

Entre as drogas, existem diferentes classificações legais, as drogas lícitas e ilícitas. Entre as lícitas estão o álcool, o cigarro, cola, etanol, gasolina, solventes e remédios como analgésico e barbitúricos. Que são vendidas em comércios de todas as diferentes comunidades da sociedade liberadas pela lei e incentivadas pelos meios de comunicação. Entre as drogas ilícitas estão a maconha, cocaína, crack, oxi, heroína, LSD, lança perfume e outras, de uso, venda ou porte proibido por lei. Sendo comercializado pelos traficantes, vapor, olheiro, biqueiras, boca de fumo ou doceria. O Manual de Orientação para Políticas Públicas sobre Drogas do Conselho Estadual de Entorpecentes reconhecem que o uso sem controle de drogas ilícitas esta sendo realizado pela sociedade, e buscam descentralizar ações que promovam a redução da oferta e demanda (ALVES, 2012). Uma vez que o uso de drogas ilícitas carrega o estigma de uma representação moral e criminal transferida para o usuário tornando sua atitude um status de ilegalidade em sua personalidade, ou seja, o sujeito se torna um contraventor e a sociedade o classifica como um criminoso (NUTTET, 2007, apud MOTA, 2009. P. 8).

Há diferenças entre os termos uso, abuso e a dependência química. O Conselho Regional de Psicologia da 6^o Região Silva (2011), descrevem o uso de drogas como algo que acompanham a história da humanidade passando por diferentes formas de consumo, manuseio e funções. O abuso é um comportamento que podem ser evitado, mas pode não estar circunscrito apenas ao indivíduo. A dependência é um problema que parece de difícil solução, de uso desequilibrado que o indivíduo estabelece com as diferentes substâncias.

Classificar e entender que o uso, abuso e dependência de drogas são padrões de consumo diferenciados talvez tenha alguma importância. Porém ainda mais importante, é compreender, que mesmo com todas as classificações médicas para o uso de drogas, não é possível capturar os diversos níveis e padrões de consumo. Os níveis de consumo só podem ser entendidos pela quantidade de usuários existentes, ou seja, existem tantos padrões diferenciados quanto às singularidades dos sujeitos que usam drogas. Assim as classificações médicas de padrões de consumo e todas as outras que tentam padronizar comportamentos dos usuários devem ser apenas um ponto de partida, um referencial para se investigar a relação de um sujeito com as drogas, ou o lugar que a droga ocupa na experiência desse sujeito (ALVES, 2012. p.11).

No Brasil em 1998, foi consolidada uma política nacional para a redução do uso de drogas diante de diretrizes determinadas na XX Assembleia Geral das Nações Unidas. Por meio da Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), resultou-se num Decreto Presidencial n. 4. 345 de 26 de Agosto de 2002, instituindo a Política Nacional Antidroga (PNAD), que foi renomeada como Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), que foi regulamentado pelo decreto n. 5.912 de 27 de setembro de 2006. Assegurando o governo à elaboração e aprovação da Lei n.11. 343, de 23 de agosto de 2006. Possibilitando a sociedade instrumentos legais para vencer a luta contra as drogas, afinal, estas são responsáveis por causar o verdadeiro caos para dependentes e coodependentes, destruindo o presente e o futuro da nação. Esta Lei de 2006:

Art. 1º Esta lei institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD); prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas e define crimes. Parágrafo único. Para fins desta lei, consideram-se como drogas as substâncias ou os produtos capazes de causar dependência, assim especificados em lei ou relacionados em listas atualizadas periodicamente pelo Poder Executivo da União. (p. 09)

Importante salientar que a política sobre drogas no Brasil foram elaboradas para promover higiene social e não para os cidadãos, como visão utilitarista foi fortalecida por políticas proibicionista ou de redução de danos, tornando-se necessárias mais discussões para construções de políticas públicas balizadas pelos direitos humanos, que sejam éticas e respeitadas para a singularidade do dependente químico.

Enquanto as políticas proibicionistas concentram esforços na redução de oferta e de demanda de drogas, com intervenções de repressão e criminalização da produção, tráfico, porte e consumo de drogas ilícitas; as políticas e reduções de danos têm disseminado intervenções orientadas para minimização dos danos à saúde, sociais e econômicos relacionados ao consumo de álcool e outras drogas sem necessariamente coibi-lo (ALVES, 2009, p. 3).

Entre os quadros clínicos mais comuns estão à intoxicação aguda; o uso nocivo/abuso; síndrome de abstinência; síndrome de dependência. A intoxicação aguda se caracteriza pelo consumo de varias substância na quantidade suficiente para mexer no funcionamento do organismo, proporcionando perturbações nos

níveis da consciência, cognição, percepção, cognição, comportamento do indivíduo e afeto. O uso nocivo/ abuso são quadros caracterizados por padrões episódicos de consumo em quantidade abundante, tornando-se situação intermediária entre o uso de baixo risco e a dependência. A síndrome de abstinência é considerada o conjunto de sinais e sintomas que ocorri quando o adicto interrompe ou diminui drasticamente de determinada substância psicoativa após o uso prolongado. A síndrome da dependência se caracteriza pelo conjunto de fenômenos fisiológicos e comportamentais, que causam necessidades da presença de forte desejo ou compulsão pela substância, dificuldade de controlar o consumo, síndrome de abstinência, persistência ao uso a despeito de consequências nocivas, Abandono de interesses no uso de substância e evidências de tolerância (MARCIEL, 2014).

A compreensão desses aspectos é fundamental para se pensar na questão do tratamento e do cuidado, principalmente no que se refere à eficácia dos mesmos, pois o conhecimento produzido sobre o fenômeno da drogadição não pode estar desvinculado do contexto mais amplo no qual são produzidas as representações que sustentam e organizam a vida social, conferindo sentido às ações humanas (PRATTAS; SANTOS, 2009. p. 208).

Uma vez que os aspectos sociais são inerentes ao ser humano tendo suas marcas na infância, idade adulta e envelhecimento, fica claro, o quanto é importante estes aspectos para o desenvolvimento humano, conhecer sobre as questões da drogadição e suas consequências torna-se notório nos dias atuais.

A dependência química ocorre por influencias de representações sociais? Visualizar a dependência química por meio de representações sociais é entender que esta possui sentido ideológico, formando ações e orientações para cultura (MOTA, 2009).

A família passa ser vista como um grupo social primário para o ser humano podendo ser considerada uma organização social, possuindo características individuais e exclusivas, estabelecendo relações com grupos que tem total abrangência com a sociedade que o indivíduo esta inserido. Considerada como um cenário de risco ou de proteção para a complexidade do abuso da dependência química, proporcionando ao usuário um contexto de valores, emoções, crenças e comportamentos (PAYÁ, 2011).

A dinâmica familiar tem fortes influências no desencadeamento da dependência química, afinal, ela é um conjunto invisível de exigências funcionais

que tem forte influências no desenvolvimento do ser humano. As autoras descrevem a dinâmica familiar como um tripé: estrutura; subsistemas; fronteiras. A estrutura se expressa por diferentes subsistemas, hierarquia, papéis e fronteiras. Os subsistemas são os diferentes agrupamentos familiares, onde cada indivíduo executa diferente papéis em cada um deles. E as fronteiras são os limites ou barreiras não vista a olho nu que envolve o indivíduo e o subsistema e vai regulando o contato entre eles (PAZ; COLOSSI, 2013).

Esta doença, não afeta somente a vida do dependente. Afeta também, a vida de todos os envolvidos, em especial, a da família. Ou seja, toda a família adocece, pois os relacionamentos tornam-se difíceis e tensos, acabando com a harmonia no lar. Com isto, a famílias é desarticulada e os valores familiares, humanos e morais perdem espaço para violências de toda ordem, inclusive sexuais. Este processo culmina com a separação dos pais, a saída de casa dos filhos e do próprio dependente. Em outras palavras, resulta na desintegração total da família e da integridade humana e social dos seus membros (SCHNORRENBARGER, 2003. p. 29).

Por conta destas questões a família precisa estar inserida no tratamento da dependência química desde o início, para estar a par do problema, colaborar com a manutenção e estar fortalecida para aprender lidar com a prevenção de recaídas, acompanhando e esclarecendo dúvidas no diagnóstico, fazendo tratamentos terapêuticos de orientação clínica individual ou em grupos, consolidando a assistência destes quadros. Afinal, a falta de conhecimento da família sobre seu próprio adoecimento, da importância de suas transformações imediatas em seus padrões disfuncionais e a manutenção destas transformações não proporcionará benefícios para o tratamento do usuário (ALELUIA, 2010).

O desenvolvimento da competência de estar resiliente segundo Bowlby (1960, apud SORDI, 2015. p. 23), tem suas origens nas experiências infantis primitivas aliadas a relação da mãe com o bebê, na ausência da mãe a criança passa desenvolver insegurança, medo e ansiedade, sentimentos que acompanham o indivíduo até a idade adulta. Estes sentimentos de apego será utilizado posteriormente para gerir as relações de aproximação e afastamento dos outros indivíduos da sociedade conforme as mudanças de condições que a pessoa vivência. Consolidando a ideia de que o ser humano é biologicamente predisposto a manter o apego em situação de perigo (SABLE, 2004, apud SORDI, 2015).

É interessante e contemporâneo pensarmos na dependência química através de um modelo integrador que engloba aspectos clínicos,

psicodinâmicos e neurobiológicos. Durante seu desenvolvimento, o ser humano pode adquirir capacidades para lidar com as adversidades, valendo-se de recursos psíquicos estruturados nas vivências precoces. As teorias psicodinâmicas defendem que quando estas experiências são traumáticas, o indivíduo pode recorrer ao uso de drogas como uma maneira de compensar por esta falha do desenvolvimento e atenuar sentimentos negativos (MARIANI, 2014; TREECE, 1986, apud SORDI, 2015. p. 27)

Considerando os processos de simbolizações de emoções é fundamental dar importância a estas questões, para que se compreenda o desenvolvimento da dependência química e o quanto esta interfere nestes mecanismos (SORDI, 2015). Desta forma, conhecer sobre estes aspectos de maneira integrada possibilitará um embasamento maior para consolidar técnicas de prevenção ao desenvolvimento da dependência, bem como o desenvolvimento da abordagem resiliente favorecendo o aumento desta capacidade em usuários.

Em meio aos diferentes tipos de drogas e suas ações, vê-se a necessidade de estudos sobre seus diferentes tratamentos no Brasil e as possíveis contribuições da abordagem resiliente no auxílio deste, uma vez que o índice de usuários tem aumentado a cada dia.

OS DIFERENTES TRATAMENTOS PARA A DEPENDÊNCIA QUÍMICA, OFERECIDOS NO BRASIL.

O grupo Alcoólicos Anônimos (AA) é uma irmandade ou sociedade, e segundo o site Alcoólicos Anônimos do Brasil (2016), esta foi fundada em Akron e Ohion nos Estados Unidos da América em junho de 1935, com sede na cidade de New York. Tendo por seus fundadores um corretor da bolsa de valores chamado Bill Wilson e o Dr. Bob Smith médico cirurgião.

O A.A tem por objetivo receber homens e mulheres que dividem suas experiências, forças e esperança, na busca de resolver seus problemas comuns e a ajuda na recuperação do grupo, o único quesito para participar é o desejo de parar de beber e seu propósito primordial será a busca deste objetivo para o grupo. O tratamento se baliza pelos 12 passos, um conjunto de princípios espirituais, que praticados como modo de vida podem expulsar a compulsão pelo beber. Entre os passos estão: admitir a impotência diante do álcool; a ajuda do poder superior para

devolver a sanidade; a entrega da vontade e suas vidas na mão do poder superior; inventários morais individuais; admissão de suas falhas diante do poder superior e todo ser humano; estar aberto para que Deus remova todos esses defeitos de caráter; a humildade e os rogos para o livramento das imperfeições; fazer a relação das pessoas que já prejudicaram; fazer reparação direta nos danos causados a esta pessoas sempre que possível; admissão prontamente de seus erros; meditação e prece rogando apenas o conhecimento da vontade do poder superior para eles e suas vontades; a transmissão destes princípios e suas práticas. Os encontros são semanais.

A Narcóticos Anônimos (NA) é considerada uma irmandade ou sociedade, e para a Narcotics Anonymous World Services, Inc (1993), este grupo foi criado em 27 de agosto em Los Angeles em 1953. Fundada por James K e parceiros que buscam oferecer aos adictos de todos os sexos, uma maneira de viver livres de drogas. E o único quesito para participar é querer manter-se limpo.

Este grupo se apoia ao anonimato e ao programa das 12 tradições da NA que são: o bem estar de todos em primeiro lugar; a recuperação individual depende da unidade de NA; seu propósito único centrado em uma autoridade espiritual (Deus), e os líderes são servidores e não podem governar; o requisito para ser aceito é querer ficar sem usar a droga; a autonomia de cada grupo e sua união para os serviços da NA; o grupo possui um único propósito que é livrar pessoas das drogas; o grupo nunca deverá endossar, financiar ou emprestar o nome de NA a nenhuma sociedade relacionadas ou empreendimentos alheios; todo o grupo NA deve ser sustentado recusando contribuições de fora; o grupo NA se manterá sempre não profissional, podendo contratar profissionais; NA nunca deverá organizar-se como tal, podendo criar quadro de serviços ou comitês diretamente responsáveis perante aqueles a quem servem; NA não tem opiniões de questões alheias, afinal, este nome não deve aparecer em controversas públicas; a política voltada para relações públicas são focadas na atração, balizada pelo anonimato; o anonimato é o alicerce espiritual de todas as suas tradições, buscando colocar todos os princípios acima da personalidade. Sendo suas reuniões semanalmente trabalhadas com estas diretrizes que norteiam este tratamento.

O Amor Exigente (AE) segundo o site antidrogas o professor Fiedler (2016), relata que este programa nasceu na cidade de Campinas em São Paulo em 18 de novembro de 1984, através de uma iniciativa do Pe. Haroldo Hahm e

familiares de dependentes. Este trabalho funciona através de um grupo de ajuda mútua que visa promover preceitos para ajudar na organização de famílias de dependentes. Tendo em suas práticas e fundamentos, apoiados nos 12 princípios básico e éticos que são: indicador; humanizador; protetor; valorizador; libertador; influenciador; preparador; esperançador; apoiador, cooperador, organizador e compensador. Considerados princípios de ordem espiritual e comportamental por seus grupos e voluntários. Este programa tem por objetivo proporcionar a prevenção e tratamento ao uso de drogas, atuando como um movimento de proteção social. As reuniões são semanais atendendo tanto os dependentes e co dependentes, o movimento se realiza através da parceria com mais de 11 mil voluntários realizando 100 mil atendimentos mensais, com mais de mil grupos no Brasil.

O Tratamento médico para a dependência química é centrado na ideia de comorbidade, sendo considerado um fenômeno comum e muito bem documentado. A dependência química além de ser uma doença, pode acarretar outras como a depressão maior, ansiedade, problemas com outras drogas, transtorno de personalidade e transtornos esquizofreniformes. O médico responsável por este diagnóstico é o psiquiatra, com o auxílio dos manuais de classificação patológicas reconhecidos pela OMS. Entre os instrumentos para este tratamento estão às entrevistas clínicas (individual e familiar); os exames (teste de urina, laboratoriais que demonstram alterações em órgãos atingidos pelo uso de substâncias); e as escalas de avaliação (que motivam o paciente a mudar de comportamento). Permitindo ao profissional investigar e observar psicopatologicamente o paciente e lhe oferecer tratamentos adequados. Tendo como condição para uma avaliação adequada a abstinência, o paciente deve estar sem usar a droga pelo período de no mínimo um a dois meses para evitar o risco de confusão entre o quadro psicopatológico e os efeitos do uso das drogas recém-interrompidas (RIBEIRO e MARQUES, 2010).

Os Tratamentos de intervenções farmacológicas são tratamentos oferecidos pelos médicos psiquiátricos. E para que medicar? Para tratar a dependência química, tratar as comorbidades e atenuar e prevenir os efeitos da síndrome de abstinência. O tratamento funciona da seguinte forma, o paciente dependente químico, deve usar corretamente a medicação prescrita.

A internação existe desde 1934, sendo balizado pela ideia de protege a pessoa, e os bens familiares e de terceiros do portador de transtornos mentais (a

peças com dependência química), abrindo espaço para Lei 10. 216 de 06 de abril de 2001, que tem como objetivo proteger o direito destas pessoas. Sendo necessária para pacientes que estão no estágio de intoxicação aguda ou crônica que não tem condições de cuidar de si mesmo e nem de tomar decisões, exposto a risco de suicídio ou homicídio, com dificuldade de manter a abstinência durante o tratamento, com crises de abstinência, complicações de saúde, estados psicóticos, risco de overdose, e com a necessidade de um novo ambiente estruturado para mudança do estilo de vida. O tempo de internação varia de caso a caso, existem internações de 15 a 30 dias, de 30, 45 e 60, e 60, 90 a 1 ano. O artigo 6º desta lei relata os diferentes tipos de internações sendo estas a internação voluntária, a involuntária e a compulsória. A internação voluntária é aquela que a pessoa com dependência concorda em participar e cooperar com o tratamento. A internação involuntária acontece sem o consentimento do paciente, normalmente a família munida de um laudo médico o interna. E a internação compulsória que é determinada pela justiça.

Quanto aos tratamentos psicoterapêuticos, existem várias abordagens: como a psicanálise; a fenomenologia; a análise do comportamento; a Terapia Cognitiva-Comportamental e outras. Estas possuem diferentes técnicas que contribuem para o tratamento da dependência química. Para isto, mostra-se a importância de conhecer a visão da Psicopatologia sobre o transtorno de dependência química. A terapia Cognitiva Comportamental como balizadora da abordagem resiliente defende como estratégia psicoterapêutica para o tratamento da dependência química a psicoeducação trabalhando o conceito da patologia adicção, proporciona ao indivíduo conhecer seu sistemas cognitivo, pensamentos automáticos e crenças (autoconhecimento). Possibilitando aos adictos diminuir o reforço negativo da frequência de comportamento indesejável. Esta terapia Indica que estes indivíduos façam psicoterapia breve para modificar ideias distorcidas e comportamentos disfuncionais trabalhando a sensibilização do indivíduo o permitindo pensar sobre si e as consequências de sua escolha (SCOTT; WILLANS; BECK, 1994. FOCCHI; LEITE; LARANJEITA; ANDRADE, 2001, apud SOUZA; KANTORSKI; LUIZ; OLIVEIRA, 2012 p. 20).

A Prevenção da Recaída mescla o treinamento de habilidades comportamentais, intervenções cognitivas e mudanças do estilo de vida. Entende-se que o indivíduo pode voltar a usar drogas em situações de alto

risco e, uma vez identificado tal risco, é possível desenvolver estratégias eficazes de enfrentamento (MARLATT; DONOVAN, 2009, apud SOUSA; et al, 2012).

Usa a Entrevista Motivacional baseada nos princípios cognitivos, auxiliando o sujeito nos processos de mudanças comportamentais, possibilitando a ressignificação de padrões de pensamentos, o entendimento das reações emocionais e a possibilidade de implementação de soluções (MILLER; ROLLNICK, 2001, apud SOUSA; et al, 2012. p. 27). Recomenda a intervenção sistemática com as famílias, a mobilização de diferentes recursos da sociedade para identificar a situação de risco e a construção de estratégias de enfrentamento, práticas importantes que devem estar atreladas aos demais tratamentos (SOUSA; KANTORSKI; MIELKE, 2006, apud SOUSA; et al, 2012. p. 27).

Como tratamento no Brasil é oferecido os serviços do CAPSad que visa oferecer serviços de saúde mental de bases comunitárias, preconizado pelas políticas de saúde mental. No CAPSad a atenção aos usuários e dependentes de drogas contam com diferentes tipos de atividades terapêuticas e preventivas. Entre estas estão: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação); atendimento em grupo (psicoterapia, grupo operativo, atividade de suporte social), oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento às famílias e atividades comunitárias (BRASIL, 2004; FUREGATO, 2009, apud SOUSA, 2012. p27).

Os CAPSad são unidades de atendimento em saúde mental que oferecem a seus usuários um programa de cuidados intensivos, elaborado por uma equipe multidisciplinar. Os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) foram configurados como alternativas terapêuticas ao modelo de tratamento centrado em hospitais psiquiátricos. Desde 2002, os CAPS atuam articulando a atenção em saúde com a comunidade, promovendo a vida comunitária e a autonomia dos seus usuários (BRASIL, 2003, apud LIMA; et al, 2015. p.240).

As Comunidade terapêuticas (CTs) surgiram em 1950 como proposta de tratamento de neurose de guerra de soldados ingleses com o trabalho do Dr. psiquiatra Maxwell Jones. Centrada em abordagens educativas, dramatização, encenação e discussão diante da convivência de grupos (JONES, 1953, apud DAMAS, 2013. p. 54). Com o passar do tempo o modelo foi ampliado para diferentes patologias principalmente a adicção, tendo em vista que usuários de drogas fracassaram em suas vidas sociais, buscando proporcionar a estes indivíduos a

construção de novos padrões de relacionamento nunca antes vivenciado, por meio de um grupo seguro e terapêutico que o oferece fator de proteção (RIBEIRO; et al, 2004, apud DAMAS, 2013. p. 52).

No Brasil, as CT são geralmente sítios ou fazendas localizadas em zona rural, com a finalidade de receber indivíduos com problemas relacionados ao uso de drogas. Diferem em relação à metodologia empregada no tratamento da dependência química em algumas prevalece o modelo religioso-espiritual, noutras a base é a atividade laboral, e ainda outras prevalece o modelo médico, assistencialista, ou com abordagem predominantemente psicológica, podendo haver uma mistura de abordagens (DAMAS, 2013. p. 53).

Todos estes tratamentos são oferecidos no Brasil visando promover aos dependentes químicos recursos nesta caminhada tão dolorosa de manter-se limpo ou livre do uso de drogas. Uma vez que esta escolha possibilita a este uma vida mais saudável no controle deste transtorno mental que desintegra as relações psicossociais dos adictos.

Diante deste, pode-se considerar a abordagem resiliente um instrumento que pode oferecer fator de proteção, pois ela está ligada a consequências positivas, subentendendo as questões individuais, familiares e sociais que devem ser fortalecidas frente às adversidades enfrentadas por adictos em seus tratamentos para manter-se limpo.

ABORDAGEM RESILIENTE PARA DEPENDENTES QUÍMICOS

Na Física e Engenharia, o termo resiliência, segundo Timoshebo (1983, apud YUNES & SZYMANSKI, 2001), é usado desde 1807, tendo um de seus precursores o cientista inglês Thomas Young. A origem etimológica da palavra resiliência, segundo Pinheiro (2004, apud KIDI, 2012. p. 6), vem do latim *resiliens* que significa saltar para trás, recuar, voltar, encolher-se, romper. Para a autora, na origem etimológica inglesa, *resilient* remete à ideia de elasticidade e capacidade rápida de recuperação. A resiliência, para Mellilo, Estamatti, Cuestas; (2005), é produzida em função de processos sociais e intrapsíquicos/relações psicossociais.

A Psicologia Positiva, segundo Dell'Aglio et al. (2006), descrevem a resiliência como a capacidade e habilidades que possibilita o ser humano conhecer

e entender os seus próprios processos e aspectos psíquicos, proporcionando uma construção psicológica saudável. Segundo as autoras, a resiliência possibilita a adaptação positiva em diferentes contextos, permitindo a pessoa a ressignificação e compreensão de suas próprias forças humanas. As autoras afirmam que esta proposta produz efeitos positivos na vida do ser humano, pois favorecem as potencialidades e virtudes, tornando-as mais fortes e produtivas.

Destaca-se que Rutter,

Define resiliência como uma variação individual em resposta ao risco” , e afirma “que os mesmos estressores podem ser experienciadas de maneira diferente por diferentes pessoas” . [...]” a resiliência “não pode ser vista como um atributo fixo do indivíduo” , e “se as circunstâncias mudam, a resiliência se altera” (RUTTER, 1987. p. 317).

Por muitos anos a Psicologia se ocupou em estudar as patologias humanas, e de acordo com Paludo e Koller (2007), em 1998, nos Estados Unidos, o psicólogo Martin Seligman presidente da American Psychological Association inicia o movimento nomeado Psicologia Positiva, na busca de romper este paradigma negativado. As autoras relatam que, Seligman considera que a Ciência Psicologia estabeleceu um olhar negativo sobre a natureza humana (psicanalise). A Psicologia Positiva visa oferecer novas perspectivas para os três pilares de investigação que são: a experiência subjetiva; as características individuais (forças pessoais e virtude); e as instituição e comunidade. Pilares estes que fortalecidos e positivados favorecem as potencialidades e virtudes humanas, pois proporcionam bem estar para subjetividade humana, reflexão de experiências positivas ocorrida no passado, reconhecimento de emoções positivas, e aspectos da felicidade. Possibilitando estudos e condições de recursos positivos que favoreçam a prosperidade do desenvolvimento dos seres humanos. Para estes autores, esta é uma proposta teórica que proporciona métodos que previne o desenvolvimento do conhecimento (processo de aprendizagem) através do fator de proteção, com o foco de aprimorar técnicas psicológicas para a identificação de virtudes, que visa ampliar o escopo dos estudos das Ciências Humanas.

A teoria da Psicologia Positiva descreve que entre as virtudes humanas estão a: sabedoria; coragem; humanidade; justiça, temperamento e a transcendência. Sendo considerada classificação universal, com o objetivo de promover definições, medidas para cada uma das forças de caráter, podendo ajudar

a prevenir e diminuir, os prejuízos causados pelas patologias. Entre os aspectos virtuosos positivo do ser humano que precisam ser fortalecidos estão a: esperança; criatividade, coragem; sabedoria, espiritualidade e a felicidade (PETERSON e SELIGMAN, 2004). Ela estuda os aspectos saudáveis, mantido durante a doença, valorizando a competência e as habilidades humanas, tendo as forças e as virtudes como agentes protetores e preventivos da patologia mental.

A Terapia Cognitiva-Comportamental classifica estar resiliente como a capacidade de uma pessoa dar significados adequados às suas crenças (BARBOSA, 2011). Para Rangé e Sousa (2008), quando a crença esta exposta a partir de experiências favoráveis e positivas (fatores de proteção), permitem os surgimentos de conceitos positivos de si e de seu meio social. Para Fajardo, Minayoe Moreira (2010), o termo resiliência representa a capacidade do ser humano recuperar-se mesmo num ambiente desfavorável, construir-se positivamente, utilizando as forças que lhe advêm do enfrentamento das adversidades. Estas ciências valorizam as contribuições da resiliência segundo Paludo e Koller:

A análise da resiliência favorece a compreensão das forças humanas, ou seja, quando ela se expressa, as virtudes e as forças pessoais tornam-se conhecidas e, essa possibilidade produz efeitos importantes na vida dos indivíduos, uma vez que favorece suas potencialidades, tornando-os mais fortes e produtivas (PALUDO E KOLLER, 2007. p.13).

Estar resiliente segundo Bowlby (1960, apud, SORDI, 2015. p. 23), tem origem nas experiências infantis primitivas, fortalecidas por fator de proteção, remetidas pela relação de vínculo mãe-bebê. Para Sable (2004, apud, SORDI, 2015. p. 24), quando experiências primitivas são inadequadas, por exemplo, uma falta de estímulo e contato emocional, negligência ou abuso físico, faz com que estruturas cerebrais envolvidas neste sistema não se desenvolvam adequadamente (fator de risco).

Esta característica não nasce com o ser humano e nem é adquirida em seu desenvolvimento individual, consolidando a ideia de que estar resiliente pode ser ensinado. Afinal, aprender a estar resiliente é resultado do acúmulo de certas experiências positivas no processo de desenvolvimento do sujeito com os outros seres humanos, possibilitando a construção positiva no sistema de conhecimento humano, o fortalecendo, o estruturando e o tornando maduro para fazer escolhas mais assertivas para superar as adversidades (MACHADO; et al, 2016).

A abordagem resiliente fundamenta que o ser humano possui três tipos de estilos de comportamentos, que são: estilo comportamental intolerante, estilo comportamental passivo e estilo comportamental equilibrado. O primeiro é o estilo comportamental de intolerância, descrito como comportamentos de ataque a fonte de estresse, de agressão, ansiedade e raiva; o segundo estilo comportamental é o de passividade, que são comportamentos expressos por características do ser humano de se submeter a situações de estresse, sendo tingidos de negatividade e pessimismo; e o terceiro estilo comportamental é o de equilíbrio, sendo considerados comportamentos que tem na sua expressão características de flexibilidade e coerência em situação de elevado estresse (ASSIS, 2012).

Podemos dizer que os comportamentos de respostas diante de uma situação de adversidade não são estruturados a partir do tipo de estresse vivenciado em uma dada situação, mas, sim pelo modo como a pessoa atribui significado a tais situações (BECK 1963; 1964). Para a TCC as crenças centrais dos seres humanos influenciam os seus pensamentos fundamentais e mais profundos, elas são consideradas como verdades absolutas (BECK ET AL, 1993). Para Beck (1997), as crenças centrais ocorrem em um nível mais profundo, são rígidas e super generalizadas, são formadas por meio da interação com o mundo e com outras pessoas, ou seja, pela educação que se recebe e pelos modelos que se aprendem.

A resiliência é a competência, habilidades e formação de conceitos que são estruturadas por oito MCDs que o ser humano organiza ao longo de sua vida, por vezes desenvolvido na infância. Os MCDs são esquemas mentais que organizam a atitude, o comportamento e o intelecto de todo seres humanos, sendo classificada pelo autor como crenças aglutinadas no processo de desenvolvimento humano (BARBOSA, 2010).

Quando um número de crenças básicas de uma determinada área da vida são agrupadas, nós temos um conjunto de crenças que versam sobre essa área da vida, que interage entre si e com todo o processamento de informações no Sistema Nervoso Central e são identificadas como Modelos de Crenças Determinantes (BARBOSA, 2011. p. 03).

Entre os MCDs estão: o autocontrole que é a capacidade de administrar emocionalmente diante do inesperado; leitura corporal a capacidade de ler e organizar o sistema nervoso e muscular; otimismo para vida e a capacidade de enxergar a vida com esperança, alegria e sonhos; análise do ambiente é a

capacidade de entender as causas, relações e implicações das adversidades; empatia a capacidade de se colocar no lugar do outro; autoconfiança a capacidade de acreditar em si mesmo; alcançar e manter pessoas que é a capacidade de se vincular a pessoa e grupos formando redes de apoio e proteção; sentido de vida a capacidade de entendimento de um propósito vital de vida. Para o autor os MDCs podem responder a uma situação de aflição que rompem com padrões esperados pela educação, cultura e religião (BARBOSA, 2010).

A adicção é o rompimento destes padrões, pois coloca as pessoas com dependência química em total degradação, o afastando da família, da escola e até de si mesmo. Perdendo o controle da vida e valores como ser no mundo. Fazendo com que o sujeito fique exposto a fatores de risco, por isto a importância desta abordagem no auxílio do tratamento deste transtorno mental.

A psicoeducação é uma técnica da TCC que tem o objetivo de informar aspectos teóricos e práticos da doença, oferecendo ao paciente o controle dos sintomas negativos, o conceito das características emocionais e dos transtornos psicológicos. Permitindo ao paciente o conhecimento para aprender, entender, reconhecer, enfrentar e descobrir recursos que podem levar ao não agravamento dos sintomas das patologias (FARINA; TERROSO; LOPES; ARGIMON, 2013).

Reesignificação como técnica da TCC para Labatut e Matiello (2015), é a produção de novo significado para as experiências da patologia, esta implica no enfrentamento da adversidade, possibilita o olhar do paciente para as diferentes possibilidades que esta adversidade apresenta. Promovendo mudanças nas formas de lidar com a situação, uma vez que o dependente químico está comprometido com o tratamento, o saber sobre sua doença com o olhar positivado, possibilita recursos para tomar ações favoráveis, permitindo-o fazer reflexão e dar novos significados sobre a responsabilidade pela consequência de suas escolhas. Segundo Bellino (1997, apud SELLI, JUNGES; MENEGHEL; VIAL, 2008. p. 86), este processo é de subjetivação, permitindo ao paciente entender sua doença e reorganizar sua vida. Introduzindo uma nova concepção sobre suas crenças, sua forma de viver como resposta à patologia. Possibilitando comportamentos favoráveis e positivados para este novo contexto existencial de tratamento.

Resiliência refere-se à capacidade de um ser humano de construir uma trajetória de vida positiva/saudável, apesar de viver em um contexto adverso, [...] a capacidade de pessoas/famílias recuperarem seu modo de

funcionamento, após experiência em uma situação adversa. [...] A resiliência não implica a anulação ou eliminação da situação de risco, mas resulta de que, tendo se defrontado com essas situações, o sujeito possa enfrentar, com sucesso, os desafios que se apresentam (SILVA; LUNARDI; FILHO; TAVARES, 2005, p. 97).

A abordagem resiliente é uma proposta que pode ser trabalhado no auxílio do tratamento da dependência química, seja nos atendimentos individuais ou em grupos, e em diferentes ambientes. Possibilitando ao paciente o autoconhecimento sobre seus recursos cognitivos, proporcionando a pessoa com dependência química uma forma positivada para lidar com as escolhas de seus estilos comportamentais diante das adversidades que aparece no decorrer de seu tratamento (LABATUT, MATIELLO, 2015).

Em um estudo sobre resiliência e uso de drogas Castro (2010), defende que a resiliência é considerada um processo multifatorial e é desenvolvida ao longo da vida, mediante aos acontecimentos positivos em diferentes contextos, sendo estes de vulnerabilidade ou de proteção. Desta forma a autora deixa claro que não existem seres humanos que nascem resilientes. O estar resiliente pode ser aprendido e deve ser estimulado através de fatores de proteção. Afinal, quando o contexto muda, os fenômenos também podem mudar.

As diferentes ciências defendem a ação da resiliência como competência, habilidades e formação de conceitos, tornando esta um recurso que pode ser desenvolvida no ser humano. Possibilitando um estilo comportamental equilibrado para quem busca estar fortalecido psicologicamente no tratamento da adicção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste trabalho é compreender as possíveis contribuições teóricas da abordagem resiliente como técnica psicoterapêutica no auxílio do tratamento da dependência química. E diante dos resultados levantados neste estudo considera-se teoricamente que a Resiliência é uma Ciência que visa aspectos que favorecem os recursos positivos no ser humano, aproximando-o do autoconhecimento e do reconhecimento das responsabilidades pelas consequências

das escolhas tomadas diante da adversidade. Uma vez que a resiliência sendo estimulada, torna-se a arte de lidar com as dificuldades, podendo proporcionar o aprendizado e o fortalecimento da subjetividade.

A dependência química é uma das psicopatologias que tem assolado a humanidade, e sua história se descreve desde os primórdios na Grécia antiga, antigo Egito e Império Romano. Tendo sua classificação como patologia nos principais manuais de diagnóstico médico reconhecido pela OMS.

Nesta revisão literária foi constatado que a abordagem resiliente como intervenção terapêutica pode promover aos pacientes recursos para o autoconhecimento, o permitindo conhecer sobre seus oito MCDs e como usá-los a seu favor de formas positivas. Ao adquirir este conhecimento sobre as estruturas cognitivas, através de fator de proteção (tratamento voluntário), estas experiências permite ao paciente o direito de escolher com qual estilo comportamental vai lidar diante das adversidades apresentadas em seu tratamento. Possibilitando ao paciente conhecer sobre si e o direito de reconhecer sobre a responsabilidade das consequências de suas escolhas. Diante desta pesquisa observou-se que a necessidade de mais estudos nesta área, pois esta ideia pode favorecer teoricamente para consolidar as contribuições da abordagem resiliente para a Psicologia e favorecer no desenvolvimento de mais uma técnica para o psicólogo que atua no tratamento da dependência química. Com este trabalho espera-se motivar uma reflexão coerente acerca deste assunto.

REFERÊNCIAS

ABREU, C. C; MALVASI, A. P. Aspectos transculturais, sociais e ritualísticos da dependência química. DIHEL, A.; CORDEIRO, D. C; LARANJEIRA, R; Colaboradores. **Dependência química: prevenção, tratamento político**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 67-80.

ALELUIA, G. Diretrizes para terapia familiar no tratamento de dependência química. GIGLIOTTI, A; GUIMARÃES; A. **Diretrizes gerais para o tratamento da dependência química**. Rio de Janeiro: Rubio, 2010. P. 149-168.

AMATO, T.C. **Resiliência e uso de drogas**: Como a resiliência e seus aspectos se relacionam aos padrões no uso de drogas por adolescentes. 2010. Disponível em: <file:///C:/Users/Seven/Downloads/TATIANA_DE_CASTRO_AMATO_RESILI%C3%84NCIA_E_USO_DE_DROGAS.pdf> Acesso em: 12 de mar. 2016.

ALCOÓLICOS ANÔNIMOS. **História dos Alcoólicos Anônimos**. 2016. Disponível em: <http://www.aabr.com.br/ver.php?id=50&secao=2> Acesso em: 17 de jul. 2016.

ALVES. V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2009, vol.25, n.11, pp.2309-2319. ISSN 1678-4464. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001100002>> Acesso em: 24 de nov. 2016.

ALVES. E. P. **Adicção**: relação entre discursos e prática produzidos em comunidades terapêuticas. 2012. Disponível em: <<http://siaibib01.univali.br/pdf/Eduardo%20Pereira%20Alves.pdf>> Acesso em: 08 de jun. 2016.

ASSIS V. L. **Resiliência aplicada no desenvolvimento pessoal e profissional do professores**. 2012. Disponível em: <http://www.congressoderesiliencia.com.br/wp-content/uploads/2012/11/apresentacao_veraligia.pdf> Acesso em: 17 de jul. 2016.

BARBOSA. G. **Resiliência? O que é isso? Desdobramento no conceito**. 2010. Disponível em: <<http://www.administradores.com.br/artigos/negocios/resiliencia-o-que-e-isso-desdobramentos-no-conceito/49923/>> Acesso em: 17 de jul. 2016.

BARBOSA. G. **A aplicação e a interpretação do conceito de resiliência em nossa teoria**. 2011. Disponível em: <http://sobrare.com.br/Uploads/20110718_palestra_no_congresso_da_isma_em_2011.pdf> Acesso em: 22 de jul. 2016.

BARBOSA. G. **Perguntas sobre o conceito Barbosa de Resiliência no ambiente de trabalho**. 2011. Disponível em: <http://www.sobrare.com.br/Uploads/20110412_perguntas_sobre_o_conceito_barbosa_de_resiliencia_no_ambiente_de_trabalho.pdf> Acesso em: 05 de jan. 2016.

BECK, A. T. Thinking and depression: 1. Idiosyncratic content and cognitive distortions. **Archives of General Psychiatry**, 9, 324-333. 1963.

BECK, A. T. Thinking and depression: 2. Theory and Therapy. *Archives of General Psychiatry*, 10, 561-570. 1964. BECK, A.T. et al. *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford; 1997. Edição brasileira: **Terapia cognitiva da depressão**. Porto Alegre: Artmed; 1997.

BECK, A.T. FREEMAN, A. et al. *Cognitive Therapy of personality disorders*. New York: Guilford, 2990. Edição brasileira: **Terapia cognitiva dos transtorno de personalidade**. Porto Alegre: Artmed; 2007.

BECK, J. S. **Terapia cognitiva-comportamental: teoria e pratica**/Judith S. Beck: tradução: Sandra Mallmann da Rosa: revisão técnica; Paulo Knapp, Elisaberth Meyer. – 2. Ed. – Porto Alegre: Artmed, 2013.

BOFF, D. S. ZENETTE, C. R. S. **O desenvolvimento de competências, habilidades e a formação de conceitos: eixo fundante do processo de aprendizagem**. 2010. Disponível em: <http://www.ucs.br/ucs/tplcinfe/eventos/cinfe/artigos/artigos/arquivos/eixo_tematico8/o%20desenvolvimento%20de%20competencias.pdf> Acesso em: 17 de jun. de 2016.

BRASIL, **LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm> Acesso em: 17 de jul. 2016.

BRASIL, **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, e legislação correlata**. Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad; Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm> Acesso em: 17 de jul. 2016.

CARLINI, E. A; *et al.* **Drogas Psicotrópicas - O que são e como agem?** 2001. Disponível em:< <http://www.imesc.sp.gov.br/pdf/artigo%201%20-%20DROGAS%20PSICOTR%C3%93PICAS%20O%20QUE%20S%C3%83O%20E%20COMO%20AGEM.pdf>> Acesso em: 17 de jul. 2016.

CEBRID. **Dependência - o que é dependência**. 2009. Disponível em: <http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/quest_drogas/dependencia.htm#topo.> Acesso em: 12 de mar. 2016.

COSTA, F. R. C. P. ROCHA, R. **Resiliência em docentes: Análise das publicações no período de 2000 a 2012**. 2012. Disponível em: <<http://www.rchunitau.com.br/index.php/rch/article/view/45> > Acesso em: 17 de jul. de 2016.

COLETT, C. **Dependência química e relações sociais**. Disponível em: <http://www.espen.pr.gov.br/arquivos/File/Dependencia_quimica_e_relacoes_sociais_no_CDPSJP.pdf> Acesso em: 22 de out. 2016.

CRAUSS, R. M. G; ABAID, J. L. W. A dependência química e o tratamento de desintoxicação hospitalar na fala dos usuários. **Contextos Clínicos**. v 5, n 1. Jan/jun 2012. Disponível em:< file:///C:/Users/Seven/Downloads/2770-8513-1-SM.pdf> Acesso em: 23 de out. 2016.

CUNHA, N. & RODRIGUES, M. C. **O desenvolvimento de competências psicossociais como fatores de proteção ao desenvolvimento infantil**. 2010. Disponível em:< <https://bay169.mail.live.com/mail/ViewOfficePreview.aspx?messageid=mg2kPvfQML5RGydAAiZMIIimg2&folderid=flinbox&attindex=1&cp=1&attdepth=1&n=65266045>> Acesso em: 17 de jun. 2016.

DAMA; F. B. **Comunidade Terapêutica no Brasil: Expansão Institucionalização e relevância social**. 2013. Disponível em:< <http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewFile/173/201>> Acesso em: 27 de nov. 2016.

DALGALARRONDO, P. Definição de psicopatologia e ordenação de seus fenômenos. In: Dalgalarrondo, Paulo (Org.). **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. – 2. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : Artmed, 2008. p. 27 a 30.

DATASUS. **CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 2008 vol.1. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/cid10.htm>> Acesso em: 17 de jul. 2016.

DELL'AGLIO, D.D., KOLLER, S. H., YUNES, M. A. M. **Resiliência e Psicologia Positiva: Interfaces do risco à proteção**. São Paulo, SP: Casa do psicólogo, 2006. p. 288,

M294 **Manual diagnóstico e estatístico de transtorno5 DSM-5** / [American Psychiatric Association, tradução . Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.]; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli... [et al.]. - . e . Porto Alegre: Artmed, 2014. xlv, p. 948.

FAJARDO, I. N. MINAYO; M.C.S. MOREIRA, C.O.F. Educação escolar e resiliência: política de educação e a prática docente em meios adversos. **Ensaio: aval. pol.públ. Educ.**, de Rio de Janeiro, v. 18, n. 69, p. 761-774, 2010.

FARINA, M. et al. **Importância da psicoeducação em grupos de dependência químicas**: relato de experiência. 2013. Disponível em:<<http://www.redalyc.org/pdf/1150/115035315015.pdf>> Acesso em: 17 de jul. 2016.

FERREIRA. A. B. H. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. 3ª ed. São Paulo, Positivo, 2004.

FIEDLER, R. A. **Ficando por dentro do Amor Exigente**. 2016. Disponível em: <http://www.antidrogas.com.br/mostraartigo.php?c=4711&msg=Ficando%20por%20de%20ntro%20do%20Amor%20Exigente>> Acesso em: 17 jul. 2016.

HOUAISS. A. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. 1ª. ed. São Paulo, Objetiva, 2004.

LABATUT, J; MATIELLO, M. A. **A Psicologia e suas contribuições para a ressignificação dos sujeitos dependente químicos**. 2015. Disponível em: <https://psicologado.com/atuacao/psicologia-da-saude/a-psicologia-e-suas-contribuicoes-para-a-ressignificacao-dos-sujeitos-dependentes-quimicos>> Acesso em: 17 de jul. 2016.

LIMA, M. Z; et al. **Percepção do cuidado em saúde no CAPSad: uma visão do paciente**. 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/Seven/Downloads/15619-85087-1-PB.pdf>> Acesso em: 28 de nov. 2016.

MACHADO, A. C. A. et al. **Estar resiliente: uma estratégia pedagógica para professores da escola pública**. 2016. Disponível em: http://sobrare.com.br/Uploads/20160211_tcc_10.pdf> Acesso em: 17 de jul. 2016.

MARCIEL, C. E. S. Dependência química. 2014. Disponível em: <http://heal.org.br/wp-content/uploads/2014/01/Artigo-Dependencia-Quimica-Dr.-Carlos-Eduardo-Sobreira-Maciel.pdf> > Acesso em: 17 de out. 2016.

MARCONI, M. D. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1996.

MARQUES, A. C. P. R; CAMPANA, A.; GIGLIOTTI A. P; LOURENÇO, M. T. C; FERREIRA, M. P; LARANJEIRAS, R. **Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina**. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v23n4/7168.pdf>> Acesso em: 21 de out. 2016.

MELLILO, A; ESTAMATTI, M; CUESTAS, A. Alguns fundamentos psicológicos do conceito de resiliência. In: Aldo Mellilo/Elbio Nestor Soares Ojeda. **Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas** / [organizadores] Aldo Mellilo, Elbio Néstor Suárez Ojeda e colaboradores; - Porto Alegre: Artmed, 2005.

MOTA, L. A. **Dependência química, representações sociais e estigmas: pecado, crime ou doença**. 2009. Disponível em:< <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=705527&indexSearch=ID>> Acesso em: 25 de nov. 2016.

NEVES, E. A. S; SAGATTO, M. L. **Drogas lícitas e ilícitas: uma temática contemporânea**. (sem data). Disponível em: <http://catolicaonline.com.br/revistadacatolica2/artigosn4v2/34-pos-grad.pdf> > Acesso em: 17 de jul 2016.

ORTH, A.P.S; MORÉ, C.L.O. **O funcionamento de famílias com membros dependentes de substâncias psicoativas.** Psicologia Argumento, 26 (55):293-303. 2008.

PALUDO, S. S; KOLLER, S. H. **Psicologia Positiva:** Uma nova abordagem para antigas questões. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v17n36/v17n36a02.pdf>> Acesso em: 17 de Jul. 2016.

PAULA, W. K. **Drogas e dependência química:** noções elementares. Florianópolis: Papa-livro, 2001.

PAULA, W. K; PIRES, G. S. P. **Viver livre das drogas:** tudo o que você precisa sobre o uso de drogas e sua prevenção. Florianópolis: Letras Brasileiras, 2002.

PAYÁ, R. Terapia Familiar. DHIEL. A; CORDEIRO, D. C; LARANJEIRA, R. Colaboradores: **Dependência química:** Prevenção, tratamento políticas. Porto Alegre: Artmed. 2011. P. 43-48.

PAZ. F. M; COLOSSI, P. M. Aspectos da dinâmica da família com dependência química. **Estudo da Psicologia.** v.18, n 4. Out/dez. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsidfc/v18n4/a02v18n4.p>> Acesso em: 23 de out. 2016.

PETERSON, C; SELIGMAN, M. **Character strengths and virtues:** A classification and handbook. Washington, DC: American Psychological Association. 2004.

PRATTA, E. M. M; SANTOS, M. A. Saúde e doença e a dependência química. **Psicologia Teoria e Pesquisa.** Brasília. v. 25, n 2, abr/jun. 2009. Disponível em: <<http://www.tratamentodrogascuritiba.com.br/wp-content/uploads/2016/01/processo-saude-dependencia.pdf>> acesso em: 23 de out. 2016.

RANGÉ, B; SOUSA, C. R. Terapia Cognitiva. In: CORDIOLE e cols (Org.). **Psicoterapias Abordagens Atuais.** São Paulo: Artmed, 2008.

RAYMUNDO, R. S; LEÃO, M. A. B. G. **A Resiliência como fator de desenvolvimento da prática pedagógica:** repensando a formação docente, 2013. Disponível em: <http://www.sobrare.com.br/Uploads/20131011_artigo_conise_rosana.pdf> Acesso em: 12 de mar. 2016.

RIBEIRO, M; LARANJEIRA. R. Avaliação psiquiátrica e comorbidade. In Marcelo Ribeiro/Ronaldo Laranjeira (Org). **O Tratamento do usuário de crack.** Casa da leitura médica. São Paulo. 2010. p. 15. 377.

RUTTER, M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. **American Journal of Ortho psychiatry**, 57, (3), 316-331. 1987.

SELLI, L; et al. **O cuidado na resignificação da vida diante da doença.** 2008. Disponível em:< http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/58/85a90.pdf> Acesso em: 05 de set. 2016.

SOUSA, J; et al. **Intervenção de saúde mental para dependentes de álcool e outras drogas:** das políticas a práticas cotidianas. 2012. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n4/02.pdf>> Acesso em: 26 de nov. 2016.

SAPIENZE, G. PEDROMÔNICO, M. R. M. **Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente.** 2005. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n2/v10n2a07.pdf>> Acesso em: 17 de jul. 2016.

SCHNORREBERGER, A. S. **A família e a dependência química:** uma análise do contexto familiar. 2003. Disponível em:< <http://tcc.bu.ufsc.br/Ssocial288588.Pdf>> Acesso em: 23 de out. 2016.

SILVA, M. R. S; *et al.* **Resiliência e Promoção de Saúde.** 2005. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14nspe/a11v14nspe.pdf>>. Acesso em: 17 de jul. 2016.

SORDI, A. O. **Trauma, resiliência e dependência química:** Um estudo sobre seus aspectos clínicos e biológicos em uma amostra em usuários de crack/Anne Orgler Sordi. 2015. 134 f. Tese (Doutorado Psiquiatria)- Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2015.

TABOADA, N. G. et al. Resiliência: em busca de um conceito. **Revbras crescimento desenvolv. hum.**16(3):104-113. 2006.

TISSOT, C.L.**A influência da família sobre a adesão ao tratamento do dependente químico: um estudo piloto sobre a emoção expressa.** 2006. São Paulo, SP. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde-10102006-173615/>. Acesso em: 05 de mar. 2016.

YUNES, M. A. M; SZYMANSKI, H. Resiliência: Noção, conceitos afins e considerações críticas. In: TAVARES, J. (Org.). **Resiliência e Educação.** São Paulo: Cortez, 2001.

YUNES, M. A. M. **Psicologia Positiva e Resiliência:** o foco no indivíduo e na família. 2003. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141373722003000300010> Acesso em: 05 de mar. 2016.

WRIGHT, J. H; BASCO, M. R; THASE, M. E. **Princípios básicos da terapia cognitivo-comportamental.** 2011. Disponível em:<http://www.larpsi.com.br/media/mconnect_uploadfiles/c/a/cap_01_28_cc.pdf> Acesso em: 12 de Jul. 2016.