

**O PAPEL DO PSICÓLOGO NO CAPS AD: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS DE
CUIDADO NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**
***THE PSYCHOLOGIST'S ROLE IN CAPS AD: CHALLENGES AND STRATEGIES
FOR PSYCHOSOCIAL CARE***

Ábila do Couto de Assis¹

Marcela Ribeiro Pacheco Paiva²

RESUMO: Este estudo analisa a atuação do psicólogo no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), considerando os desafios presentes no cuidado a usuários em sofrimento psíquico decorrente do uso de álcool e outras drogas e as estratégias apontadas pela literatura para qualificar essa prática. A partir de uma revisão narrativa da produção científica e de documentos oficiais publicados, identificou-se que fatores como estigma, desigualdades sociais, violências estruturais e fragilidades institucionais influenciam diretamente o acesso, a permanência e a construção do vínculo no serviço. Observou-se que o trabalho do psicólogo requer uma compreensão ampliada do sofrimento, incorporando os determinantes sociais, as dinâmicas do território e a dimensão relacional do cuidado. A literatura também destaca a importância da interdisciplinaridade e do trabalho em rede como elementos fundamentais para a efetivação da atenção psicossocial no CAPS AD. Como contribuição, este estudo evidencia a necessidade de práticas mais integradas, sensíveis e contextualizadas, bem como aponta caminhos para pesquisas futuras que aprofundem o impacto das políticas públicas, das condições de trabalho e das estratégias de cuidado no cotidiano desses serviços.

Palavras-chave: Psicologia; Atenção Psicossocial; CAPS AD.

ABSTRACT: This study analyzes the role of psychologists in the Psychosocial Care Center for Alcohol and Drugs (CAPS AD), considering the challenges involved in caring for individuals experiencing psychological distress related to the use of alcohol and other drugs, as well as the strategies identified in the literature to strengthen this practice. Based on a narrative review of scientific publications and official documents, the findings indicate that stigma, social inequalities, structural violence, and institutional limitations directly affect access, engagement, and the establishment of therapeutic bonds within the service. The results show that psychological practice requires a broadened understanding of suffering, incorporating social determinants, territorial dynamics, and the relational dimension of care. The literature also highlights the importance of interdisciplinarity and network-based collaboration as essential components for implementing psychosocial care in CAPS AD. As a contribution, this

¹ Graduanda em Psicologia do Centro Universitário Salesiano (UniSales). Vitória/ES, Brasil. E-mail: abilacoutoa@gmail.com

² Psicóloga, Doutora em Letras (UFES) – Docente do Centro Universitário Salesiano (UniSales). Vitória/ES, Brasil, e-mail: marcelapaiva01@gmail.com

study reinforces the need for more integrated, sensitive, and context-driven practices, and suggests future research directions focusing on the impact of public policies, working conditions, and care strategies in the daily functioning of these services.

Keywords: Psychology; Psychosocial Care; CAPS AD.

1. INTRODUÇÃO

A partir da Reforma Psiquiátrica brasileira, emergiu a necessidade de ressignificar os modos de compreensão e intervenção no campo da saúde mental, rompendo com o modelo manicomial e priorizando abordagens que considerem as dimensões sociais, econômicas e culturais dos sujeitos. Nesse novo paradigma, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) surgiram como dispositivos estratégicos voltados à promoção do cuidado em liberdade, contínuo e territorializado, sendo constituídos por equipes multidisciplinares comprometidas com uma lógica de atenção psicossocial (Silva; Souza, 2019).

Entre as modalidades existentes, o CAPS AD ocupa um lugar central na rede de atenção à saúde mental, por prestar atendimento intensivo e ininterrupto a pessoas em sofrimento psíquico decorrente do uso abusivo de álcool e outras drogas. Nesse contexto, o psicólogo desempenha um papel fundamental, seja na escuta qualificada, na construção de vínculos terapêuticos ou na formulação de estratégias clínicas voltadas à reabilitação e à reinserção social dos usuários (Conselho Federal de Psicologia, 2022).

Entretanto, essa atuação é permeada por diversos desafios, como a complexidade das demandas apresentadas pelos usuários, o estigma social associado ao uso de substâncias psicoativas, a fragilidade das redes de apoio e as limitações estruturais dos próprios serviços (Vargas; Campos, 2018). Tais dificuldades exigem dos profissionais constante elaboração de estratégias e adaptação às realidades do território e dos sujeitos em sofrimento, o que torna sua atuação ainda mais complexa e desafiadora. Como afirmam Cerutti et al. (2014), os psicólogos têm buscado novas formas de atuação e revisão de conceitos que fundamentam suas práticas, de forma a efetivar as propostas da clínica ampliada nos CAPS AD.

Compreender como esses profissionais enfrentam tais desafios, quais recursos mobilizam e de que maneira constroem práticas que promovam o cuidado efetivo e humanizado é essencial para o fortalecimento das políticas públicas de saúde mental e para o aprimoramento das práticas psicológicas nos dispositivos da atenção psicossocial. Além disso, dar visibilidade às produções científicas e institucionais sobre essa temática pode contribuir para o debate acadêmico e profissional, oferecendo subsídios para práticas mais sensíveis e eficazes no campo da saúde mental.

Diante desse cenário, o presente estudo tem como objetivo geral analisar, o papel de psicólogas e psicólogos em um CAPS AD, identificando os principais desafios enfrentados e as estratégias apontadas para a promoção da saúde, da recuperação e da reintegração psicossocial. Como objetivos específicos, busca-se: identificar, nas produções acadêmicas, os principais desafios relatados no cotidiano de trabalho desses profissionais; compreender as demandas e complexidades do cuidado

psicológico a usuários em sofrimento psíquico decorrente do uso de substâncias; explorar as estratégias e recursos descritos na literatura como fundamentais à atuação do psicólogo; e refletir sobre possíveis caminhos para o fortalecimento das práticas psicológicas no contexto dos CAPS AD.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 BREVE HISTÓRICO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Ao longo da história, a Psicologia, ao se afirmar como ciência e profissão no contexto da saúde mental, também construiu sua interação com a sociedade, enfrentando diferentes desafios no avanço de uma prática desinstitucionalizante, que defende a atuação interdisciplinar e territorializada, centrada nas coletividades e que considera os determinantes sociais da saúde de forma ampla, a fim de não reduzir os processos de saúde e doença ao nível individualista. A trajetória da saúde mental no Brasil é caracterizada por um constante tensionamento entre as práticas asilares que ocorriam nas instituições psiquiátricas e os esforços pela desinstitucionalização que continuam até os dias de hoje, refletindo as transformações sociais, políticas e culturais ao longo das décadas (CONSELHO FEDERAL PSICOLOGIA, 2022).

Durante grande parte da história, a loucura foi tratada de forma excludente, com práticas que isolavam e desumanizavam os pacientes em instituições psiquiátricas, práticas frequentemente associadas a violações de direitos humanos. Como destacam Sampaio e Júnior (2021, p. 2), “as primeiras ações institucionais apoiaram-se nos pressupostos higienistas e da privação da liberdade”. Esse modelo manicomial começou a ser questionado por volta dos anos 1980, no contexto da reforma sanitária e das discussões em torno de um sistema de saúde pública (Sousa, 2020).

Um marco importante desse movimento foi a realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987, que teve três temas centrais: Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental; Reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; e Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental. A conferência representou um momento histórico ao estabelecer diretrizes que reforçam a importância da participação da comunidade e da família no cuidado em saúde mental, além de apontar para a descontinuidade do modelo centrado na internação hospitalar e a necessidade de reorganizar os serviços com base em práticas mais humanizadas e territoriais (Brasil, 1987).

Foi nesse cenário, consolidado pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição de 1988, que teve início a Reforma Psiquiátrica no Brasil, a qual culminou na promulgação da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Essa legislação passou a garantir os direitos das pessoas com sofrimento mental, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental com foco na dignidade, autonomia e cuidado em liberdade. Em seu Artigo 3º, a referida lei estabelece que “é responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família” (Brasil, 2001), reforçando o papel coletivo no cuidado e a importância da rede de atenção.

Segundo Sousa (2020), a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil aconteceu como resultado da mobilização de trabalhadores da saúde mental, que denunciavam as condições precárias dos hospitais psiquiátricos e buscavam alternativas de cuidado mais dignas e humanizadas. Os CAPS foram oficialmente instituídos em 1992 e, a partir da Portaria nº 336, de 2002, passaram a ser regulamentados e integrados ao SUS, o que permitiu sua ampliação em todo o país.

Anos depois, em 2011, foi criada a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por meio da Portaria nº 3.088, com o objetivo de organizar e articular os diferentes serviços de saúde mental, ampliando os pontos de atenção no SUS voltados às pessoas com sofrimento psíquico, transtornos mentais e necessidades relacionadas ao uso de álcool e outras drogas. A RAPS é composta por diferentes pontos de atenção que atuam de forma articulada no SUS, incluindo a atenção básica, os serviços residenciais terapêuticos, as unidades de acolhimento, leitos em hospitais gerais, além de estratégias de desinstitucionalização e ações de reabilitação psicossocial, como oficinas, centros de convivência e iniciativas de geração de trabalho e renda e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (Brasil, 2011). Nesse contexto, os CAPS ganham destaque como dispositivos estratégicos dentro da Rede. De acordo com Figueiredo (2019, p. 80), esses serviços visavam ser substitutivos das instituições manicomiais com uma proposta de cuidado integral através do trabalho em equipe interdisciplinar, criando um novo campo com uma proposta de ampliação e diversificação das práticas na saúde mental: o campo da Atenção Psicossocial.

Dessa forma, observa-se que a Reforma Psiquiátrica brasileira representou uma mudança profunda na forma de compreender e cuidar da saúde mental, rompendo com o paradigma manicomial e instituindo um modelo centrado na atenção psicossocial.

2.2 O QUE É CAPS AD?

Segundo o Ministério da Saúde (2011), entre os serviços de Atenção Psicossocial, existem diferentes modalidades de CAPS, cada uma voltada para um público específico e com um modo de funcionamento próprio, de acordo com as necessidades da população atendida e essas diferenças são definidas pela Política Nacional de Saúde Mental. Os CAPS são organizados nas seguintes categorias: CAPS I, II e III, CAPS AD e CAPS i.

O CAPS I é indicado para municípios com mais de 15 mil habitantes e atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, de todas as faixas etárias, incluindo aquelas com sofrimento psíquico decorrente do uso de álcool e outras drogas. O CAPS II é indicado para o mesmo público, porém em municípios com população acima de 70 mil habitantes. Já o CAPS III é destinado a municípios com mais de 200 mil habitantes e, além de realizar o atendimento diário oferece serviço de atenção contínua, com funcionamento 24 horas por dia, todos os dias da semana, inclusive feriados, contando com acolhimento noturno e outros serviços de saúde mental, como os oferecidos pelo CAPS AD. O CAPS AD é indicado para municípios ou regiões com população acima de 70 mil habitantes e atende pessoas de todas as faixas etárias com sofrimento psíquico decorrente do uso de álcool e outras drogas. O CAPS AD III, por sua vez, é destinado a municípios com mais de 200 mil habitantes e oferece

atendimento contínuo, com funcionamento 24 horas por dia, possuindo até doze leitos para observação e monitoramento. Por fim, o CAPSi é indicado para regiões e municípios com população acima de 150 mil habitantes e atende, prioritariamente, crianças e adolescentes em intenso sofrimento psíquico, incluindo aqueles relacionados ao uso de álcool e outras drogas (Brasil, 2011).

Nesse sentido, o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) configura-se como um serviço especializado da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), alinhado aos princípios da Reforma Psiquiátrica e respaldado pela Lei nº 10.216/2001. Seu principal objetivo é oferecer um cuidado integral, contínuo e em liberdade às pessoas com transtornos mentais e necessidades relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, promovendo a reabilitação psicossocial, a reinserção social e contribuindo para a redução das internações hospitalares. Conforme a Portaria nº 3.088/2011, em seu artigo 3º, esse serviço tem como finalidades:

- I - Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral;
- II - Promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e
- III - garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (Brasil, 2011, art. 3).

O funcionamento do CAPS AD é diurno e organizado em regime de atenção contínua, podendo assumir caráter intensivo conforme as necessidades do usuário, articulando práticas que buscam evitar internações desnecessárias, fortalecer vínculos sociais, promover redução de danos e ampliar o acesso à rede de cuidados (Brasil, 2011). Nesse contexto, compreender o modo como o serviço se organiza também implica reconhecer que seu funcionamento depende diretamente da articulação entre os diferentes profissionais que compõem a equipe.

A partir das diferentes demandas apresentadas no novo modelo de atenção à saúde mental, surge a necessidade de um trabalho interprofissional. De acordo com Peduzzi e Agreli (2018, p. 1526), “o trabalho em equipe interprofissional tem sido definido como aquele que envolve diferentes profissionais, não apenas da saúde, que juntos compartilham o senso de pertencimento à equipe e trabalham juntos de maneira integrada e interdependente [...]”, ou seja, trata-se de uma atuação que vai além da simples reunião de saberes distintos, exigindo colaboração efetiva, comunicação constante e corresponsabilização pelo cuidado.

A equipe multiprofissional é composta por médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros e terapeutas ocupacionais, entre outros profissionais, que realizam atendimentos clínicos, atividades terapêuticas individualizadas e em grupo, com foco na reabilitação e no fortalecimento da autonomia dos usuários (Brasil, 2002). Essa abordagem possibilita que a atuação do psicólogo, em articulação com outros saberes e com a singularidade que permeia cada usuário, contribua para a construção de projetos terapêuticos mais completos e sensíveis às múltiplas dimensões do sofrimento psíquico, promovendo um cuidado integral considerando toda dimensão psicossocial.

2.3 O PAPEL DO PSICÓLOGO NO CAPS AD

A atuação de psicólogos e psicólogas na saúde mental, assim como o próprio cuidado nessa área, vem passando por mudanças ao longo do tempo, influenciada por diferentes contextos históricos, políticos e sociais, que precisam ser considerados para uma prática realmente eficaz e humanizada (CFP, 2022). De acordo com as Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) no CAPS (2022), essa atuação deve favorecer a integração social e familiar das pessoas atendidas, incentivando a autonomia e promovendo um cuidado feito em equipe, de forma compartilhada. Mais do que focar apenas em sintomas ou diagnósticos, trata-se de um trabalho que busca romper com práticas manicomial, apostando na desinstitucionalização e no cuidado em liberdade como princípios centrais.

A partir dessa perspectiva, o psicólogo deve adotar práticas de cuidado heterogêneas e singulares, ou seja, que levem em conta as particularidades de cada sujeito, seu contexto social, histórico e cultural, respeitando sua autonomia e promovendo um cuidado que vá além da padronização e da lógica biomédica, considerando os múltiplos fatores envolvidos na construção do processo saúde-doença. Como destaca Amarante (2007), reduzir o sofrimento à dimensão biomédica é ignorar a complexidade das experiências humanas. Por isso, ao pensar os cuidados em saúde mental, é fundamental reconhecer que o sofrimento psíquico é um fenômeno multidimensional, atravessado por fatores sociais, econômicos e culturais, que vão além do campo individual e subjetivo.

Nesse sentido, os determinantes sociais da saúde constituem elementos fundamentais para a compreensão da saúde mental, pois dizem respeito às condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem (Machado; Silva; Silva, 2023). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2008), esses fatores influenciam os resultados em saúde mais do que a genética ou a assistência médica, já que viver em contextos marcados pela falta de moradia adequada, educação e oportunidades de trabalho aumenta os riscos de adoecimento físico e mental.

Esse cenário de vulnerabilidade é aprofundado pela exclusão social, cujos efeitos se manifestam diretamente na subjetividade dos indivíduos, como descrito por Contim e Vieira (2021, p. 13)

A marginalização proveniente da exclusão social se manifesta por meio dos sentimentos e de percepções de desamparo e a angústia de sentir-se sem dignidade e sem importância. Esta categoria condensou vivências que expressam a dimensão subjetiva da exclusão social. As experiências de exclusão social repercutem nas subjetividades e formas de existência dos sujeitos, retratando o caráter perverso de uma sociedade que destina uma vida sem perspectivas para determinados grupos sociais.

Diante disso, a atuação em saúde mental deve estar fundamentada nos princípios éticos que regem a profissão, conforme disposto no Código de Ética Profissional do Psicólogo. Entre esses princípios, destaca-se o compromisso com a promoção da saúde e da qualidade de vida das pessoas e coletividades, bem como a responsabilidade de contribuir para a eliminação de todas as formas de negligência, discriminação, violência, crueldade e opressão. Isso implica reconhecer as múltiplas vulnerabilidades que atravessam os usuários do serviço e atuar de forma crítica e

comprometida com a transformação das condições que perpetuam a exclusão social. Além disso, o psicólogo deve manter uma postura de responsabilidade social, analisando historicamente os determinantes políticos, econômicos e culturais que influenciam o sofrimento psíquico e o uso problemático de substâncias, a fim de oferecer um cuidado que seja ético e não perpetue a lógica manicomial que historicamente esteve presente no campo da saúde mental (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2005).

No contexto do CAPS, uma das práticas fundamentais desenvolvidas é o acolhimento. De acordo com Bessa et al. (2022, p. 2)

O acolhimento constitui uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), sendo considerado um processo de práticas voltadas à produção e promoção de saúde, que implica na responsabilização dos profissionais pelo usuário, desde sua chegada até sua saída [...]

O acolhimento, frequentemente, representa o primeiro contato da pessoa que busca o serviço com o psicólogo ou outro membro da equipe multiprofissional do CAPS. Esse momento inicial tem como objetivo garantir a acessibilidade universal prevista no sistema de saúde, assumindo a função de acolher, escutar e oferecer respostas às demandas apresentadas. Além disso, o acolhimento contribui para a reorganização do processo de trabalho, deslocando o foco das ações dos médicos para uma abordagem integrada pela equipe multiprofissional, na qual profissionais de diferentes áreas se comprometem a ter uma escuta qualificada e a elaborar projetos terapêuticos singulares (PTS) (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2022).

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é uma ferramenta essencial para o cuidado em saúde mental. Ele pode ser desenvolvido para o indivíduo, a família ou grupos, adaptando-se às necessidades específicas de cada contexto. De acordo com Baptista et al. (2020, p. 2), o PTS é “uma estratégia de cuidado, ou seja, um conjunto de propostas de cunho terapêutico, que são discutidas e construídas coletivamente por uma equipe multiprofissional”. Além de contar com a participação da equipe multiprofissional, também envolve o usuário em todas as etapas, desde a elaboração até a aplicação, integrando dimensões individuais, culturais, econômicas, sociais e subjetivas. Na elaboração do PTS ocorre troca de percepções de diferentes áreas do saber para criação de estratégias e encaminhamentos para o usuário; é negociada as propostas que serão aplicadas de curto a longo prazo; a divisão de responsabilidades, em que é definido qual será o profissional de referência, que pode ser qualquer profissional da equipe independente da área de atuação e será o articulador entre o serviço, PTS e o usuário e familiares. Esse instrumento facilita a organização do cuidado em saúde ao promover a autonomia, estabelecer a corresponsabilidade entre equipe e usuário e considerar as particularidades de cada caso (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2022).

No processo de reabilitação psicossocial, o trabalho é um dos eixos para a promoção da autonomia, da inclusão e da reconstrução de vínculos sociais. Por isso, deve ser considerado no Projeto Terapêutico Singular (PTS) do usuário, especialmente quando essa demanda é trazida por ele. No entanto, é fundamental que o trabalho não seja visto apenas como inserção no mercado formal, mas sim a partir de um olhar crítico, que problematize sua função como mecanismo de lucro e controle, muitas vezes desconsiderando os aspectos subjetivos, sociais e culturais que envolvem o

trabalhador. Em contrapartida a esse sistema, uma possibilidade são os grupos de economia solidária, coletivos que se organizam com base na cooperação, na autogestão e no fortalecimento coletivo, como alternativas viáveis para a inclusão social e formas de resistência às dificuldades impostas pelo modelo tradicional de trabalho (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2022). Como apontado por Fabretti, Silva e Carvalho (2021, p. 114),

Reúnem-se pessoas com experiências e saberes distintos, mas com alguns propósitos em comum, como o de gerar trabalho e renda sem a presença do patrão. Elas se tornam sócias! A construção dessa realidade democrática requer a desconstrução de lógicas já incorporadas no cotidiano de uma sociedade capitalista, cujos valores são antagônicos aos da Economia Solidária. Aos invéses da competição, a cooperação; o grande trunfo não reside na conquista individual, mas no fortalecimento do coletivo; no lugar da obediência, o protagonismo.

Os grupos de economia solidária podem surgir a partir de algumas práticas do CAPS, as atividades em grupo, como oficinas e grupos terapêuticos, que são integradas ao Plano Terapêutico Singular (PTS) do usuário, conforme as demandas subjetivas identificadas. Segundo as Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) (2020, p. 88), "as atividades coletivas, como grupos e oficinas, constituem o principal recurso terapêutico para o desenvolvimento de habilidades cognitivas, comunicacionais, relacionais e contratuais". O trabalho em grupo favorece a criação de espaços de convívio compartilhados, promovendo a troca de experiências e sentimentos entre os usuários e/ou famílias e fortalecimento do vínculo.

Ainda nesse contexto de cuidado ampliado, especialmente no CAPS AD, a atuação do psicólogo é atravessada pela perspectiva da redução de danos como estratégia fundamental no acompanhamento de pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas. Essa atuação não deve ser pautada exclusivamente pela lógica da abstinência, ainda que não se oponha a ela, para evitar a reprodução de práticas contrárias ao cuidado e aos princípios da Reforma Psiquiátrica (Pires, Santos; 2021). Conforme proposto pela Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (BRASIL, 2003)

A abstinência não pode ser, então, o único objetivo a ser alcançado. Aliás, quando se trata de cuidar de vidas humanas, temos que, necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. As práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência, devem levar em conta esta diversidade. Devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento.

A partir das estratégias de Redução de Danos (RD), a atuação do psicólogo no acompanhamento do usuário não deve se limitar apenas à diminuição do consumo ou à substituição de substâncias. É necessário adotar uma visão ampliada, que compreenda a RD como um processo que envolve o restabelecimento de vínculos sociais e familiares, o fortalecimento da relação entre o usuário e o CAPS, e a apropriação de seus direitos básicos. Pires e Santos (2021) defendem que, sob essa perspectiva, pequenos avanços nesse processo podem, muitas vezes, se sobrepor aos prejuízos decorrentes do uso.

3. METODOLOGIA

Esta pesquisa caracteriza-se como uma revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa e de finalidade exploratória-descritiva. Esse tipo de revisão permite uma análise ampla e interpretativa sobre determinado tema, sem seguir protocolos rígidos de seleção, buscando integrar diferentes perspectivas teóricas e práticas (Rother, 2007). A escolha por essa metodologia justifica-se pela intenção de compreender e discutir, de forma crítica e reflexiva, as contribuições da literatura científica acerca da atuação do psicólogo nos serviços de atenção psicossocial voltados a usuários de álcool e outras drogas, com ênfase no CAPS AD.

Segundo Fernandes, Vieira e Castelhana (2023), a revisão narrativa é uma metodologia científica importante, pois permite analisar e interpretar o conhecimento já produzido sobre determinado tema de forma ampla e reflexiva. Esse tipo de revisão possibilita que o pesquisador construa uma narrativa teórica, integrando diferentes perspectivas e destacando avanços, contribuições e lacunas nas produções analisadas. Assim, o delineamento adotado neste estudo busca articular diversas fontes de informação, de modo a oferecer uma compreensão mais completa e fundamentada sobre o objeto de pesquisa.

O levantamento do material foi realizado entre maio e novembro de 2025, nas bases de dados SciELO, PePSIC, LILACS e Google Acadêmico, além de documentos emitidos pelo Ministério da Saúde e pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP). Foram priorizadas publicações compreendidas entre 2013 e 2025, a fim de reunir estudos recentes e relevantes para a discussão proposta. Utilizaram-se os descritores “psicologia”, “CAPS AD”, “saúde mental” e “álcool e outras drogas”.

Foram incluídos textos em português, disponíveis integralmente, que abordaram a atuação do psicólogo nos Centros de Atenção Psicossocial, especialmente no CAPS AD, com foco nos desafios da prática profissional, nas estratégias de cuidado e nas políticas públicas de saúde mental. Ao todo, foram selecionados 20 artigos científicos, 1 livro e 7 normas, leis, portarias e/ou documentos institucionais. Foram excluídos materiais repetidos, produções sem acesso completo e textos que não tratassem diretamente do tema.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 NATURALIZAÇÃO E COMPLEXIDADE DO CONSUMO DE ÁLCOOL E DROGAS

Embora o consumo de álcool seja amplamente reconhecido pelos riscos que representa à saúde, no Brasil ele é socialmente legitimado e incorporado como prática cultural e relacional. Como apontado por Teixeira e Ferro (2025), o álcool atua como mediador das interações sociais, marcando vínculos de solidariedade, convivialidade e reciprocidade. Além disso, o ato de beber está profundamente entrelaçado às normas de gênero: as expectativas sociais atribuídas a homens e mulheres influenciam não apenas as motivações para o consumo, mas também as formas de julgamento e estigmatização que recaem sobre esses sujeitos (Santos, Noto,

Opaleye, 2018). Dados do Centro de Informações sobre Saúde e Álcool (CISA, 2023) revelam que 45% dos brasileiros consomem bebidas alcoólicas em festas, eventos sociais ou em casa, sendo esse hábito também comum entre jovens.

Por outro lado, enquanto o álcool é amplamente aceito e até incentivado em certos contextos, drogas ilícitas são comumente associadas à criminalidade, marginalidade e falhas morais. Essa diferenciação revela um processo seletivo de estigmatização, que ignora o fato de que os danos relacionados ao álcool podem ser tão graves quanto os provocados por outras substâncias (CNDH, 2020; CISA, 2023). Não se trata de relativizar os impactos do uso de drogas, mas de reconhecer que o julgamento social e o estigma recaem de maneira desigual sobre os sujeitos, o que pode influenciar no acesso ao cuidado, a adesão ao tratamento e a reinserção social.

Nesse cenário, a própria compreensão dos profissionais de saúde sobre o que é considerado “droga” também desempenha um papel importante na forma como o cuidado é estruturado. O estudo de Oliveira e Bertoni (2022) aponta que muitos trabalhadores do CAPS AD tendem a adotar uma definição predominantemente técnico-científica, focada nas alterações biológicas, psíquicas e comportamentais provocadas pelas substâncias, sem considerar de maneira mais ampla os contextos socioculturais em que o uso ocorre.

Os autores também destacam que essa compreensão é atravessada por elementos morais, que acabam reforçando interpretações individualizantes e termos como “vício”, deslocando para o sujeito questões que também são de ordem social e política. Essa forma de entender o fenômeno influencia diretamente as práticas cotidianas, a leitura sobre os usuários e as intervenções propostas no serviço.

Compreender a complexidade que envolve o uso de substâncias psicoativas é essencial para uma atuação ética e efetiva nos serviços de saúde mental. Como destacam Cerutti et al. (2014, p. 107)

[...] o aumento do consumo pode ser motivado tanto por prazer como pelo alívio de sofrimento, e este aumento pode ser rápido ou lento, dependendo do tipo de substância consumida e o contexto do uso, levando até o abuso e a dependência. Não há um grupo específico que represente essa dependência, o contato e o vício podem afetar diferentes pessoas, em diferentes contextos e situações. Diante disso, cada usuário deve ser respeitado em sua diferença e a maneira que irá administrar seu tratamento [...].

Nesse sentido, um dos desafios enfrentados pelo psicólogo no CAPS AD é a necessidade de romper com a lógica individualizante, que responsabiliza o sujeito pelo seu sofrimento, desconsiderando os fatores históricos, culturais e estruturais que influenciam o uso problemático de substâncias (Ronzani; Furtado, 2010). A atuação deve considerar o sujeito em sua totalidade, ampliando o olhar para além do sintoma, reconhecendo os determinantes sociais que atravessam sua trajetória e oferecendo um cuidado que promova acolhimento, dignidade e autonomia.

4.2 O ESTIGMA E A MARGINALIZAÇÃO DO USUÁRIO DE SUBSTÂNCIAS

O estigma relacionado ao uso de substâncias psicoativas constitui um dos desafios na atuação psicológica dentro dos CAPS AD, e reforçam lógicas excludentes e

manicomiais, contribuindo para o rompimento dos vínculos entre o sujeito, sua família e a comunidade. Bard et al. (2016, p. 2) argumenta que

O estigma [...] evidencia algo que extrapola uma atitude de prejulgamento, como sinal infamante, indigno e desonroso, uma mancha na reputação de alguém, e que pressupõe a contaminação, o contágio, a transmissão, tornando urgente e necessário o isolamento do agente contaminador.

O estigma se intensifica ainda mais no caso do uso de substâncias como o crack, frequentemente associado à violência e à marginalização, o que contribui para a intensificação da estigmatização e da violência contra esses cidadãos. Como consequência, essas pessoas acabam sendo negligenciadas em seus direitos fundamentais (Bard et al., 2016).

Essas violências podem ser ainda mais intensificadas quando o uso abusivo de substâncias leva ao desenvolvimento de um transtorno. De acordo com Barros e Serpa (2023, p. 3), “pessoas com transtornos mais severos têm menor rede social, com maior número relativo de membros da família do que amigos em seu círculo social e têm mais relações baseadas na dependência que na interdependência”. Os autores também apontam que o preconceito e o estigma se refletem no ambiente de trabalho e na vida civil, podendo inclusive resultar no autoestigma, quando o sujeito internaliza os estereótipos negativos sobre si mesmo e deixa de buscar ajuda, seja por vergonha ou pelo medo de sofrer represálias (Barros; Serpa, 2023).

Nesse mesmo sentido, Mata et al. (2022) apontam que o estigma atua como uma barreira concreta para a participação do usuário no território, dificultando seu processo de reinserção social. Os autores mostram que muitos enfrentam dificuldades para acessar serviços, oportunidades de trabalho e espaços comunitários, justamente por serem vistos como perigosos, incapazes ou permanentemente associados ao uso de drogas. Esse olhar reduzido dificulta a construção de novos projetos de vida e enfraquece o processo de reinserção social, já que limita o reconhecimento do usuário como sujeito de direitos. O estudo aponta ainda que a estigmatização pode ocorrer dentro das próprias instituições, quando o indivíduo é reduzido à sua condição de “dependente químico”, o que restringe sua autonomia e aprofundam processos de exclusão. Ao evidenciar essas dimensões, é possível ampliar a compreensão dos impactos do estigma ao mostrar que ele não se manifesta apenas como julgamento moral, mas também como obstáculo direto à cidadania e ao fortalecimento de vínculos sociais.

4.3 A VIOLÊNCIA E AS “SITUAÇÕES-LIMITE” NO CONTEXTO DO CAPS AD

Além do estigma e da marginalização, a violência pode se apresentar como um dos principais desafios enfrentados nos CAPS AD, manifestando-se em diferentes dimensões, como a física, simbólica, institucional e estrutural, conforme apontam Cirne, Menezes e Honorato (2023) em estudo realizado em um CAPS AD III na zona norte do Rio de Janeiro. Segundo os autores, é necessário compreender a violência não apenas como um ato individual, mas como resultado de um contexto de vulnerabilidade social e de fragilidade das políticas públicas de saúde mental.

Nessa perspectiva, a violência pode ser entendida como expressão do sofrimento e da exclusão social que marcam a trajetória de muitos usuários atendidos nesses serviços. A partir dessa compreensão, Cirne, Menezes e Honorato (2023) propõe uma nova perspectiva sobre as situações de conflito e sofrimento que antes poderiam ser classificadas como atos de violência. O termo “situação-limite” é adotado em substituição à palavra violência, com o objetivo de afastar-se das conotações punitivas e criminais tradicionalmente associadas ao termo, permitindo uma análise mais contextualizada e singular de cada ocorrência.

Para o psicólogo, lidar com essas situações exige uma postura ética e reflexiva, capaz de acolher o sujeito em sua complexidade e reconhecer a violência também como um fenômeno relacional que atravessa o território, a instituição e as práticas de cuidado.

Além dessas perspectivas, Oliveira, Furtado e Andreazza (2021) mostram que muitas violências vivenciadas pelos usuários não aparecem apenas de forma explícita. Elas também são produzidas no cotidiano das instituições de cuidado. Os autores explicam que atitudes moralizantes, regras muito rígidas ou o ato de não considerar o que o usuário relata podem se tornar formas de violência institucional, mesmo quando isso passa despercebido.

Essa leitura amplia o entendimento da violência que surge no CAPS AD, indicando que ela vai além dos conflitos imediatos e está ligada a trajetórias marcadas por desigualdade, violações de direitos e exclusão social. Ao reconhecer essas violências mais sutis, torna-se possível compreender melhor as situações-limite e reforçar a importância de uma atuação profissional crítica, ética e sensível às condições reais de vida dos usuários e aos efeitos que certas práticas podem gerar no cuidado.

4.4 A INTERDISCIPLINARIDADE E O TRABALHO COM A REDE

Outro aspecto desafiador da prática psicológica no CAPS AD é a atuação em equipe interdisciplinar, eixo central do modelo de atenção psicossocial. A construção de estratégias de cuidado compartilhadas exige abertura para o diálogo, respeito à diversidade de saberes e articulação entre diferentes campos do conhecimento (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2022). No entanto, essa colaboração nem sempre é simples, pois pode haver divergências teóricas, conflitos de abordagem e dificuldades de comunicação entre os membros da equipe.

Nesse contexto, o trabalho interdisciplinar também se mostra desafiado pelas diferentes concepções que os profissionais possuem sobre a própria lógica de cuidado, especialmente no que se refere à redução de danos. Como discutem Pires e Santos (2021), as equipes do CAPS AD apresentam interpretações variadas sobre essa diretriz, o que repercute diretamente na prática. Enquanto alguns profissionais compreendem a redução de danos de forma ampliada, considerando como avanço qualquer movimento de fortalecimento da vida do usuário, outros restringem essa abordagem à diminuição do consumo ou à troca de substâncias. Essas divergências, que se relacionam aos processos de formação e socialização profissional, podem resultar em práticas pouco articuladas entre si, gerando inconsistências no cuidado e experiências divergentes para usuários com demandas semelhantes.

Além disso, a interdisciplinaridade ainda é muitas vezes confundida com ações conjuntas superficiais, enfrentando resistência de profissionais acostumados a modelos assistenciais tradicionais e individualizados. Para superar esses desafios, é necessário não apenas que o psicólogo desenvolva habilidades relacionais, escuta ativa e disposição para o diálogo constante, mas também que haja um apoio institucional que favoreça a autonomia, a criatividade e o espaço para discussão entre as disciplinas, sempre sem perder de vista os princípios éticos e os direitos dos usuários (Sousa; Ribeiro, 2023).

Nesse contexto, ao avançar da dinâmica interna das equipes para uma perspectiva mais ampla de cuidado, emerge a importância do trabalho em rede. Assim, além da atuação interdisciplinar, a articulação com o território e com os diversos serviços que o compõem torna-se uma dimensão essencial para a efetivação do cuidado em um CAPS AD. Freire e Yasui (2022) destacam que o território não se limita ao espaço geográfico, mas representa um campo de relações sociais, culturais e comunitárias que influencia diretamente a trajetória dos usuários de álcool e outras drogas, sendo “uma construção provisória, dinâmica, em que se encontram os processos sociais, econômicos, culturais e políticos” (Freire; Yasui, 2022, p. 3). As redes, sejam familiares, comunitárias ou institucionais, podem ampliar o alcance do cuidado e favorecer a reinserção social, mas também apresentam limitações e lacunas que desafiam a continuidade e a integração das estratégias terapêuticas.

4.5 A CONSTRUÇÃO DO VÍNCULO E A ADESÃO AO TRATAMENTO

A construção do vínculo e a adesão ao tratamento também podem se apresentar como desafios centrais. Muitos usuários chegam ao serviço após vivências de exclusão social, internações forçadas ou rupturas familiares, fazendo com que iniciem o tratamento, mas nem sempre consigam mantê-lo (FERREIRA et al., 2015). Como exposto por Amorim e Abreu (2020), a continuidade do cuidado depende, de forma significativa, da qualidade da relação estabelecida entre os trabalhadores do serviço e os usuários. Os autores mostram que quando o usuário se sente ouvido, respeitado e reconhecido em sua singularidade, há maior abertura para participar das atividades propostas e permanecer no tratamento. O estudo evidencia ainda que vínculos frágeis, marcados por comunicação limitada ou por posturas autoritárias, tendem a gerar afastamento e interrupções frequentes no acompanhamento. Assim, o fortalecimento dessa relação torna-se um elemento fundamental para a adesão, pois promove confiança, corresponsabilização e uma percepção mais positiva do serviço, favorecendo o engajamento do usuário em seu próprio processo de cuidado.

Nesse cenário, cabe ao psicólogo sustentar uma escuta qualificada e oferecer um espaço de acolhimento confiável, que compreenda as especificidades do sujeito em relação ao uso e respeite sua autonomia, inclusive no que diz respeito à definição da duração e da condução do seu Projeto Terapêutico Singular (PTS).

Diante de tantos desafios, a atuação do psicólogo no CAPS AD exige mais do que habilidades técnicas: demanda um compromisso ético constante com a promoção da autonomia, da dignidade e dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico

(CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2022). É uma prática que se reinventa diariamente, confrontando contradições sociais e institucionais, com o propósito de não reproduzir, ainda que de forma sutil, as lógicas manicomialistas que persistem nas práticas, discursos e estruturas.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo evidenciou que a atuação do psicólogo no CAPS AD é marcada por diferentes camadas de complexidade, atravessadas tanto pelas condições sociais que configuram o uso de substâncias quanto pelas dinâmicas institucionais que estruturam o cuidado em saúde mental. A análise da literatura mostrou que fatores como estigma, violência, desigualdades sociais, fragilidades da rede e divergências na compreensão da redução de danos repercutem diretamente nas possibilidades de acesso, permanência e adesão ao tratamento. Tais elementos reforçam que o cuidado oferecido nesses serviços exige uma leitura ampliada do sofrimento, capaz de articular aspectos subjetivos, sociais, culturais e territoriais.

Outro ponto que se destacou foi a centralidade do trabalho em equipe interdisciplinar e da articulação em rede para a efetivação da atenção psicossocial. A prática profissional não se sustenta apenas na intervenção individual, mas depende de processos coletivos que envolvem diálogo, corresponsabilização e construção compartilhada de estratégias. Nesse sentido, o psicólogo desempenha papel fundamental na mediação de conflitos, na qualificação da comunicação entre os profissionais e na elaboração do Projeto Terapêutico Singular, reconhecendo o usuário como protagonista de seu percurso de cuidado.

Também se evidenciou que a construção do vínculo terapêutico é um elemento estruturante do trabalho no CAPS AD. Mais do que uma técnica, trata-se de um processo relacional que demanda escuta qualificada, acolhimento, respeito à autonomia e sensibilidade para compreender trajetórias marcadas por exclusão, rupturas familiares, violências e estigmas. O vínculo, portanto, se apresenta como condição para que o usuário permaneça no cuidado e se sinta corresponsável pelo seu processo terapêutico.

Considerando esses achados, conclui-se que a atuação psicológica no CAPS AD não pode ser reduzida a procedimentos técnicos ou protocolos rígidos. Ela exige compromisso ético, postura crítica e capacidade de reconhecer as dinâmicas sociais que estruturam tanto o sofrimento quanto as possibilidades de cuidado. Assim, práticas sensíveis ao território, pautadas na redução de danos, na interdisciplinaridade e na defesa dos direitos humanos tornam-se fundamentais para fortalecer a atenção psicossocial.

Por fim, sugere-se que pesquisas futuras aprofundem a experiência direta de usuários e trabalhadores desses serviços, explorando como os princípios da Reforma Psiquiátrica têm sido incorporados ou tensionados no cotidiano dos CAPS AD. Estudos sobre estratégias inovadoras de redução de danos, fortalecimento de redes de cuidado e enfrentamento ao estigma também se mostram necessários para ampliar o debate e qualificar ainda mais as práticas nesse campo.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 4. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMORIM, Lucas Oliveira; ABREU, Clésio Rodrigues de Carvalho. **O vínculo entre profissional e paciente e a sua relação na adesão ao tratamento em Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS AD)**. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, v. 3, n. 7, p. 612–621, 2020. DOI: 10.5281/zenodo.4281511.

BARD, N. D. et al. **Stigma and prejudice: the experience of crack users**. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 24, p. e2680, 2016.

BARROS, O. C.; SERPA JR, O. D. de. **Estigma e injustiça epistêmica: experiência de adoecimento e tratamento no CAPS AD III sob a ótica do usuário**. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 33, p. e33040, 2023.

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**. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, 9 abr. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 1987.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Coordenação Nacional de DST/Aids. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 60 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2011.

CERUTTI, M. G., MARTINS, M. T., NIEWEGLOWSKI, V. H. & SCHNEIDER, D. R. (2014). **A atuação do psicólogo no Centro de Atenção Psicossocial voltado para álcool e outras drogas (CAPSad): Os desafios da construção de uma clínica ampliada**. *Extensio: Revista Eletrônica de Extensão*, 11(17), 101–113

CIRNE, M. C.; MENEZES, D.; HONORATO, C. E. DE M.. **Situação-Limite: Por Outro Olhar sobre a Violência em um Caps AD**. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 43, p. e246584, 2023.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Brasil). **Código de Ética Profissional do Psicólogo**. Brasília: CFP, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA; CONSELHOS REGIONAIS DE PSICOLOGIA; CREPOP. **Referências Técnicas para Atuação de Psicólogos(os) no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)**. Edição revisada. Brasília: CFP, 2022. 146 p. ISBN 978-65-89369-15-8

CONTIM, A. L. R.; VIEIRA, Érico D. **Expressões do sofrimento dos invisíveis: subjetividade e exclusão social**. Revista UFG, Goiânia, v. 21, n. 27, 2021. DOI: 10.5216/revufg.v21.70348.

FABRETTI, Letícia Luana Costa; SILVA, Giovana Domingos da; CARVALHO, Ana Maria Rodrigues de. **Economia solidária e saúde mental: reflexões sobre uma experiência de incubação**. Revista das ITCPs, v. 1, n. 1, p. 113–124, jul./dez. 2021.

FREIRE, Mayara Aparecida Bonora; YASUI, Silvio. **O território, as redes e suas (im)potências: o cuidado aos usuários de álcool e outras drogas em um CAPSad**. *Fractal: Revista de Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 34, 2022.

FERNANDES, Jaciara Mayara Batista; VIEIRA, Lidiane Torres; CASTELHANO, Marcos Vitor Costa. **Revisão narrativa enquanto metodologia científica significativa: reflexões técnicas-formativas**. REDES – Revista Educacional da Sucesso, v. 3, n. 1, p. 1-7, 2023

FERREIRA, Aline Cristina Zerwes; BORBA, Letícia de Oliveira; CAPISTRANO, Fernanda Carolina; CZARNOBAY, Juliana; MAFTUM, Mariluci Alves. **Fatores que interferem na adesão ao tratamento de dependência química: percepção de profissionais de saúde**. Revista Mineira de Enfermagem – REME, Belo Horizonte, v. 19, n. 2, p. 150–156, abr./jun. 2015. DOI: 10.5935/1415-2762.20150032.

MACHADO, Helenira Macêdo Barros; SILVA, Nadja Salgueiro da; SILVA, Nadson Sena da. **Determinantes sociais em saúde e suas implicações no processo saúde-doença da população**. Contemporânea – Revista de Ética e Filosofia Política, v. 3, n. 6, p. 6086–6102, 2023. ISSN 2447-0961.

Oliveira, João André Santos de, Furtado, Lumena Almeida Castro e Andrezza, Rosemarie. **(In)visibilidades das violências na produção do cuidado com as pessoas em situação de rua**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. v. 26 e220057.

PEDUZZI, Marina; AGRELI, Heloíse Fernandes. **Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde**. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 22, n. Suppl 2, p. 1525-1534, 2018.

PIRES, R. R. C.; SANTOS, M. P. G. dos. **Desafios do multiprofissionalismo para a redução de danos em Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas.** Saúde e Sociedade, v. 30, n. 2, p. e200072, 2021.

RONZANI, T. M.; FURTADO, E. F. **Estigma social sobre o uso de álcool.** Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v. 59, n. 4, p. 326–332, 2010.

ROTHER, Edna Terezinha. **Revisão narrativa ou revisão sistemática?** Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 20, n. 2, p. v–vi, 2007.

SANTOS, E. L.; NOTO, A. R.; OPALEYE, E. S. **Álcool e relações de gênero: motivações e vulnerabilidades na percepção de adolescentes.** Psicologia em Estudo (Online), v. 23, p. 1–16, 2018.

SILVA, P. N.; SOUZA, M. F. **O cuidado pela perspectiva dos usuários de um CAPS AD.** Saúde em Debate, v. 43, n. 121, p. 948–961, 2019.

SOUSA, Hélio Erikson Fontes de. **A reforma psiquiátrica e a criação dos Centros de Atenção Psicossocial brasileiros: um rápido mergulho através da história.** Ideias & Inovação, Aracaju, v. 5, n. 3, p. 45–52, jun. 2020.

TEIXEIRA, R. P.; FERRO, R. C. **Consumo de álcool enquanto prática social: implicações para a comensalidade e a hospitalidade.** Mediações, v. 30, 2025.

VARGAS, Annabelle de Fátima Modesto; CAMPOS, Mauro Macedo. **Impasses na conformação da Rede de Atenção Psicossocial pela perspectiva dos agentes institucionais.** Psicologia & Sociedade, v. 30, 2018.