



CENTRO UNIVERSITÁRIO DOUTOR LEÃO SAMPAIO – UNILEÃO  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

SILVANA RODRIGUES DE JESUS

**FAMÍLIA E DROGADIÇÃO: DISCUSSÕES SOBRE ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO  
NO FORTALECIMENTO DE VÍNCULOS FAMILIARES DE USUÁRIOS DO CAPS  
AD**

Juazeiro do Norte  
2020

SILVANA RODRIGUES DE JESUS

**FAMÍLIA E DROGADIÇÃO: DISCUSSÕES SOBRE ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO  
NO FORTALECIMENTO DE VÍNCULOS FAMILIARES DE USUÁRIOS DO CAPS  
AD**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Coordenação do Curso de Graduação em  
Psicologia do Centro Universitário Dr. Leão  
Sampaio, como requisito para a obtenção do  
grau de bacharelado em Psicologia.

Juazeiro do Norte  
2020

SILVANA RODRIGUES DE JESUS

**FAMÍLIA E DROGADIÇÃO: DISCUSSÕES SOBRE ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO  
NO FORTALECIMENTO DE VÍNCULOS FAMILIARES DE USUÁRIOS DO CAPS  
AD**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
coordenação do curso de Psicologia do Centro  
Universitário Dr. Leão Sampaio, como requisito  
para obtenção de grau de Bacharelado em  
Psicologia.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

JOEL LIMA JUNIOR

Orientador(a)

---

PEDRO ADJEDAN DAVID DE SOUSA

Avaliador(a)

---

INDIRA FEITOSA SIEBRA DE HOLANDA

Avaliador(a)

## **FAMÍLIA E DROGADIÇÃO:** discussões sobre atuação do psicólogo no fortalecimento de vínculos familiares de usuários do CAPS AD

Silvana Rodrigues de Jesus<sup>1</sup>  
Joel Lima Júnior<sup>2</sup>

### **RESUMO**

O grande marco da Luta Antimanicomial, buscou em seu movimento uma superação do modelo atrelado aos manicômios, não apenas enquanto estrutura física, mas especialmente ideológica, de forma a desconstruir a lógica manicomial e o seu modo de exclusão e violência institucional. De maneira a revogar esse sistema, observa-se que os Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) se constituem enquanto um novo olhar para o sujeito que se encontra em situação de vulnerabilidade social em virtude do álcool e outras drogas. O presente trabalho tem como objetivo geral, compreender as possibilidades de atuação do profissional psicólogo para o fortalecimento de vínculos entre usuários do CAPS AD e seus familiares. A presente produção refere-se a uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório. Parte de uma construção teórica, valendo-se da revisão bibliográfica. Os procedimentos para coleta de dados decorreram como critérios de inclusão, estudos científicos vinculadas as Ciências Humanas e Sociais que abordaram a complexidade dos vínculos familiares diante das situações de drogadição crônica. Nesse seguimento, os critérios de exclusão foram materiais que não apresentaram a interlocução entre os descritores “família”, “drogadição” e “CAPS AD”. Para tanto, compreende-se que a família é visualizada como uma estratégia de intervenção para a reabilitação psicossocial, também sendo necessário considerar o sofrimento diante da sobrecarga dos familiares e/ou cuidadores na promoção de cuidado ao usuário, bem como os preconceitos familiares que refletem as representações e exclusões sociais. Logo, o resgate e o redimensionamento das relações familiares garantem um processo de co-gestão e corresponsabilização do cuidado formado por profissionais-usuários-cuidadores. Assim, é fundamental destacar o compromisso ético político com as Políticas Públicas de Saúde no fortalecimento da luta contra a lógica hospitalocêntrica.

**Palavras Chaves:** Família; Psicologia; Vínculos Familiares; CAPS AD.

### **ABSTRACT**

The great milestone of the Anti-Asylum Fight, in its movement, sought to overcome the model linked to asylums, not only as a physical structure, but especially ideological, in order to deconstruct the asylum logic and its mode of exclusion and institutional violence. In order to revoke this system, it is observed that the Psychosocial Care Center for Alcohol and Drugs (PCC AD) are constituted as a new look at the person who is in a situation of social vulnerability due to alcohol and other drugs. The present article has as general objective, understand the possibilities of action of the professional psychologist for the strengthening of bonds between users of PCC AD and their family. The present production is a qualitative, exploratory research, part of a theoretical construction, using the bibliographic review. The procedures for data

---

<sup>1</sup>Discente do curso de psicologia da UNILEÃO. Email: silvana.rodrigues3@gmail.com

<sup>2</sup>Docente do curso de psicologia da UNILEÃO. Email: joellima@leaosampaio.edu.br

collection took place as inclusion criteria, scientific studies linked to Human and Social Sciences that addressed the complexity of family bonds in the face of situations of chronic drug addict. In this follow-up, the exclusion criteria were materials that did not present the dialogue between the descriptors "family", " drug addict " and "PCC AD". Therefore, it is understood that the family is viewed as an intervention strategy for psychosocial rehabilitation, and it is also necessary to consider suffering in view of the burden of family members and / or caregivers in promoting user care, as well as family prejudices that reflect social representations and exclusions. Therefore, the rescue and resizing of family relationships guarantee a process of co-management and co-responsibility of the care formed by professionals-users-caregivers. Thus, it is essential to highlight the political ethical commitment to Public Health Policies in strengthening the fight against hospital-centered logic.

**Key Words:** Family; Psychology; Family Bonds; PCC AD.

## 1 INTRODUÇÃO

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são políticas públicas inseridas na rede de atenção psicossocial, articulada com a saúde comunitária, visando à substituição dos hospitais psiquiátricos e de seus métodos de cuidado para uma nova proposta. Destinadas ao acolhimento de sujeitos com sofrimento psíquico persistente e severo, reforçando sua integração social e familiar, e na promoção de reabilitação psicossocial. Evidencia-se como característica fundamental a implementação de diferentes tipos de CAPS e modalidades de atendimento, sendo um deles denominado de Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), apresentando-se como primordial nesta produção. É a partir de uma equipe multiprofissional e do trabalho Intersetorial que o CAPS AD trabalha junto com os usuários e suas famílias objetivando a promoção de autonomia e da responsabilidade dos sujeitos com seus respectivos tratamentos.

Desse modo, o encadeamento da proposta do CAPS AD e a atuação do psicólogo frente ao fortalecimento de vínculo usuário-família, permite compreender a realidade dos sujeitos imbricados nesse espaço. Abuhad *et al* (2005) afirma que as atividades realizadas por esse equipamento, por vezes, tentam atingir uma rede de suporte social, superando as barreiras da própria estrutura física, atendimento aos usuários de álcool e outras drogas. Dessa forma, entende-se a imprescindibilidade de trabalhar em rede enquanto a potencialização do cuidado no processo do tratamento, a história de vida dos sujeitos, suas culturas, e costumes e modos e vida expressos no cotidiano.

Posto isso, a relevância social deste estudo apresenta-se enquanto formas de refletir sobre as nuances relacionadas aos vínculos familiares em ocorrências de drogadição, tendo em vista a importância do resgate e fortalecimento dos laços sociais e afetivos para a reinserção

social e o exercício da cidadania. Desse modo, o CAPS AD apresenta como eixo um trabalho coletivo e multiprofissional para a coordenação do cuidado em que a família é de fundamental relevância para a efetuação da rede de cuidado ao usuário.

Para o âmbito acadêmico, é necessário enfatizar o papel do psicólogo no acolhimento do sofrimento psíquico de um grupo social que é rotineiramente excluído e destituídos de seus direitos. Visto que, a representação social de periculosidade e vadiagem atribuídas às pessoas em situação de drogadição, levam ao afastamento ou ruptura dos laços familiares. Nesse seguimento, ressalta-se a necessidade de superar os muros institucionais a fim de produzir estudos e pesquisas comprometidos com a realidade na qual os sujeitos estão inseridos.

Ademais, enquanto relevância pessoal é fundamental refletir sobre as possibilidades de intervenção diante da fragilização dos vínculos sociais e afetivos e a exclusão social dada a ruptura dos laços, investindo em um olhar acolhedor aos usuários, substituindo a lógica manicomial por uma lógica pautada no cuidado em uma rede psicossocial, formada por profissionais/família/comunidade.

O presente trabalho apresenta como objetivo, compreender as possibilidades de atuação do profissional psicólogo para o fortalecimento de vínculos entre usuários do CAPS AD e seus familiares. Com finalidade de alcançar esse propósito, foram traçadas metas específicas que proporcionaram a construção do trabalho. Dessa forma, fez-se necessário analisar o estigma do usuário de álcool e outras drogas, identificou-se como se configura a relação entre usuários do CAPS AD e suas famílias e por fim, verificou-se os desafios e possibilidades da práxis do psicólogo nas redes substitutivas de saúde.

De acordo com Marconi e Lakatos (2010) a presente produção refere-se a uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório. Nesse sentido, a metodologia parte de uma construção teórica, valendo-se da revisão bibliográfica, esta, por sua vez, não debruça sobre dados quantitativos, mas sobre a complexidade dos fenômenos estudados e de modo particular, não busca a generalização dos dados. Portanto, a pesquisa bibliográfica analisa estudos já existentes relacionados a temática em questão, propondo novas discussões sobre os trabalhos anteriormente produzidos.

Destarte, os procedimentos para coleta de dados decorreram como critérios de inclusão, estudos científicos vinculadas as Ciências Humanas e Sociais que abordaram a complexidade dos vínculos familiares diante das situações de drogadição crônica. Pra isso, foram realizados delineamentos a partir de livros, cartilhas, dissertações de mestrado, teses de doutorado e artigos científicos que abarcou os descritores “família”, “drogadição” e “CAPS AD”. Nesse seguimento, os critérios de exclusão foram materiais que não apresentaram a interlocução entre

os descritores supracitados. Além disso, o levantamento bibliográfico foi construído através das bases de dados como CAPES (Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior), BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), SCIELO (Scientific Electronic Library Online) e Biblioteca – UNILEÃO. Ademais, as palavras chaves que norteiam o trabalho são família, Psicologia, vínculos familiares e CAPS AD.

## **2 HISTÓRIA DA LOUCURA E O ESTIGMA DO USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

A partir das formulações de Michel Foucault (1972) sobre a loucura, compreende-se de forma genealógica este processo, abordando as relações discursivas entre poder-saber-corpo, implicando sobre a construção histórica dos sujeitos debruçando-se de forma simultânea aos mecanismos de controle que sustentavam tais discursos, bem como as singularidades dadas a determinado momento histórico-social, desde o renascimento até a modernidade.

A disseminação da contaminação da lepra nas cruzadas, pelo território europeu fez com que fossem construídos estabelecimentos e instituições assistenciais para o isolamento destes enfermos, constituindo um estereótipo do sujeito leproso envolto a exclusão, mas que encaminhados ao isolamento, serão recompensados pela salvação. Mesmo quando a lepra diminuiu drasticamente, este preconceito cristalizado permanece, o não-lugar agora destinado às doenças venéreas e a loucura, colocados nos antigos hospitais formados para leprosos. Então, estes grupos urgentemente deixaram de ser visualizados pela sociedade (FOUCAULT, 1972).

Na Renascença, os loucos eram colocados em embarcações, o que foi denominado pelo autor de “nau dos loucos”, e destinados a própria sorte, levados para outras cidades em busca do encontro com a razão. Assim, como afirma Foucault (1972, p. 12), “o louco não tinha chão. Ou tinha água em volta de si, ou tinha grades”. Dessa maneira, salienta-se também o aumento de desempregos e mendigos que são compulsoriamente mandados para terras recém-descobertas. Outra medida utilizada para pôr fim a mendicância, instituída pelo parlamento de Paris, foi obrigar estes indivíduos ao trabalho nos esgotos da cidade, presos a correntes.

Nesse ínterim, Silveira e Smanke (2009) ressalta que ao fim da Idade Média e início da Renascença, a loucura foi primeiramente ligada a forças místicas e o mistério sobrenatural, sendo posteriormente vinculada a falta de racionalidade, até o final do século XVIII. Conjuntamente a doença venérea, é entendida como castigo divino aos pecados. Assim, a internação é aplicada, vista como forma de alcançar purificação das almas e cura dos corpos, utilizando-se de tratamento moral. Contudo, com a expansão da criação de casas de

internamento, o discurso médico interfere como prática de saber sobre a figura do louco, iniciando a constituição da patologização e psicologização deste fenômeno.

Os internamentos eram efetuados sob as mais diversas formas: através de cartas régias, de encaminhamentos policiais, de solicitações de familiares ou por pedido dos curas paroquiais. A multiplicidade de critérios e de apelos para internação gerava uma fauna heterogênea de internados, podendo ser eles, por exemplo: pobres, desempregados, criminosos, prisioneiros políticos, prostitutas, usurários, sodomitas, crianças órfãs, mulheres viúvas, ateus, vagabundos, epiléticos, senis, alquimistas, blasfemadores, sacrílegos, regicidas. Dentre eles, apenas dez por cento eram internados por insanidade. De tal maneira que o internamento se configurava mais como um dispositivo de exercício de poder, através do isolamento dos excluídos sociais do que enquanto medida na diferenciação dos diversos tipos de subjetividades e na constituição diferenciada da categoria médica do louco (SILVEIRA; SIMANKE, 2009, p. 28).

Portanto, é notório que as pessoas em situação de drogadição como o acoolista, sublinha-se que no século XVIII a associação entre miséria-loucura estava centrada sobre a preposição de pessoas que ocupavam proposições perigosas e as que estavam inseridas sobre influências desmoralizantes como o abuso de substâncias alcóolicas e intoxicações diversas, classe pobre, que não submetendo-se a ser força de trabalho, configura como paradoxo, ao mesmo tempo que atua de forma inefetiva na manutenção da hierarquização de classes, insere-se sobre o asseguramento destas estruturas, pois tendem a ser renegados e silenciados.

A partir da Revolução Francesa, a figura do louco era associada a periculosidade e ameaça, e o Hospital Geral passa a ser o destino destas pessoas, de acordo com Foucault (1979, p. 50), “soberania quase absoluta jurisdição sem apelações, direito de execução contra o qual nada pode prevalecer. O Hospital é um estranho poder que o rei estabelece entre a política e a justiça, nos limites da lei: a terceira ordem da repressão”. No final do século XVIII, contando com as contribuições de Pinel, o tratamento moral é o dominador, utilizando-se de reclusão e disciplina. Durante o século XIX surgiram os estudos acerca do alienismo e a doença mental começou a ser estudada pela ciência médica, e no século XX, o advento da eletroconvulsoterapia e psicocirurgia para lidar com estes sujeitos (FOUCAULT, 1979).

Nesse sentido, segundo Torres e Amarante (2001) é imprescindível esclarecer a interligação entre fatores supracitados e os mecanismos de saber tais como a sociologia, a psiquiatria, a sedimentação das cidades, e como estratégia de governamentalidade, opera com a finalidade de controlar e regular a população, bem como de disciplinar os corpos. Assim, as problemáticas referentes a higienização das cidades se adequam as políticas de sanitárias e construções de espaços destinados ou não a indivíduos criando-se políticas de regulamentação.

É assim, conforme Castro *et al* (2009), que os Hospitais surgem, como espaço em que segregação e cuidado se confundem, tendo em vista a finalidade de construir uma assistência pública, mas salientando a punição e a reclusão. Ao mesmo tempo em que o tratamento asilar passa a ser visualizado como terapêutica ideal, aplicando-se a disciplina e a reclusão, sendo prestado direito a assistência médica, ao sujeito em sofrimento psíquico foi retirada a condição de ser cidadão. Assim, a instituição psiquiátrica, comparada a campos de concentração, ancorando-se em modelo manicomial, tendo por características a vigilância e fincado sobre o isolamento, a privação de liberdade e a tutela, tendo por objetivo primário o controle, a alienação e a separação desses indivíduos da vida em família e em sociedade.

Em consonância com esses apontamentos, por se tratar de uma estratégia de biopolítica, Foucault (1979, p. 82) afirma que “o controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista”. Realizando uma analogia com os usuários de álcool e outras drogas, percebe-se que estes por serem vislumbrados como ameaças sociais a classes dominantes, precisam ser invisibilizados ou por vezes, renegados ao direito de estarem em ruas e avenidas de locais nobres das cidades, fragilizando gradativamente os laços familiares. Uma vez que cabe as práticas de saber, legitimadas enquanto tal, a instauração de regras, normas, valores, assim, dispositivos capazes de perpassar a corporeidade e formar modos de subjetivação através dos conflitos explícitos e implícitos nas tramas cotidianas das relações.

Em contraponto a essas práticas marginalizantes, instaura-se os princípios pela Reforma Psiquiátrica Brasileira acentuando-se em: reorientação do modelo de assistência à saúde, mudanças no cuidado e no olhar sobre o território, bem como de uma transfiguração da clínica médica para a clínica ampliada, voltada a atenção psicossocial, a gestão participativa que incentiva a participação e o protagonismo dos usuários e a atenção para a discussão das representações sociais da loucura, da drogadição e do cuidado. Assim, o governo brasileiro preconiza a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) pela Portaria GM/MS nº 3088/2011, impactando diretamente sobre a construção de uma rede de cuidados dirigida para as pessoas com transtorno mental ou sofrimento psíquico ou por uso de álcool, crack e outras drogas, vislumbrando possibilidades de convívio com a diferença (BRASIL, 2011).

### **3 REDES SUBSTITUTIVAS DE SAÚDE EM CONTRAPONTO A LÓGICA MANICOMIAL: AUTONOMIA E EMANCIPAÇÃO**

Considerando Reforma Psiquiátrica em contexto mundial, a partir dos anos 50, de acordo com Castro *et al* (2009), surgiram diversos movimentos em prol da contraposição aos hospitais psiquiátricos, primeiramente dizendo respeito a modificações que buscassem a humanização de tais instituições. Todavia, na Itália na década de 60, evidencia-se o movimento responsável pela maior ruptura entre saber-prática da área de psiquiátrica. Denominada de Psiquiatria Democrática Italiana, vislumbra a loucura inerente condição de humanidade, englobando tanto o sujeito como a família, a comunidade e todos os atores sociais. Revolução coordenada por Franco Basaglia, diretor do Hospital Psiquiátrico de Gorizia, claramente é visto que o manicômio representa um lugar de violência, segregação e morte, devendo ser realizadas ações de combate, negação e superação deste, desconstruindo a lógica manicomial segregatória.

Buscando-se substituir os serviços e tratamentos oferecidos pela lógica hospitalocêntrica, com toda sua cultura de exclusão, por intervenções que visassem a reinserção social do sujeito no pleno exercício de sua cidadania. Além disso, a própria estrutura social teria que promover a revisão de valores e práticas institucionais excludentes. Trata-se de uma tentativa de colocar a doença entre parênteses, voltando toda a atenção ao sujeito, considerando sua complexidade, através de um trabalho interdisciplinar e psicossocial (CASTRO, et al, 2009, p. 90).

Dessa forma, segundo Hirdes (2009), visualizando Reforma Psiquiátrica no Brasil, ressalta-se importância do Movimento da Reforma Sanitária, pois facilitou o livre acesso da população a assistência e saúde que culminou sobre o artigo 196 da Constituição Federal, que afirma a saúde como direito de todos e dever estatal. Em 1990, institui-se o Sistema Único de Saúde (SUS), preconizando a atenção integral equitativa e universal à população. Essas mudanças favoreceram as críticas dirigidas aos manicômios, uma vez que este é baseado em um paradigma clínico e individualistas permeado por práticas hospitalocêntricas e curativas. Assim, buscou-se um conceito amplo de saúde, considerado a perspectiva biopsicossocial.

O movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, baseado nas ideias de Basaglia, lançam no 2º Encontro de Trabalhadores de Saúde Mental o tema: “Por uma sociedade sem manicômios”. É nesse ínterim, que há o surgimento do Projeto de Lei Paulo Delgado, 3567/89, dispondo sobre a extinção progressiva das instituições psiquiátricas e o surgimento de recursos assistenciais substitutivos, A Luta Antimanicomial buscou extinguir não somente os manicômios mas as ideologias asilares, tendo como intuito o cuidado, o acolhimento e a produção de significados e sentidos. Dessa maneira, criando-se serviços de atenção à saúde mental que ultrapassassem o caráter hospitalar como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), centros de convivência, residência terapêuticas, hospitais-dia e centros de convivência,

visando ao atendimento às demandas, focados sobre uma determinada região e seus fatores político e culturais (LÜCHMANN; RODRIGUES, 2007).

Consoante a isso, o Conselho Federal de Psicologia (2013, p. 28) nas Referências Técnicas para a atuação do profissional psicólogo no CAPS, conceitua este dispositivo de saúde:

São instituições destinadas a acolher pessoas com sofrimento psíquico grave e persistente, estimulando sua integração social e familiar, apoiando-os em suas iniciativas de busca de autonomia. Apresenta como característica principal a busca de integração dos usuários a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu território, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares, promovendo sua reabilitação psicossocial. Tem como preceito fundamental ajudar o usuário a recuperar os espaços não protegidos, mas socialmente passíveis à produção de sentidos novos, substituindo as relações tutelares pelas relações contratuais, especialmente em aspectos relativos à moradia, ao trabalho, à família e à criatividade.

Como discorre Hirdes (2009), ocupando-se do papel de regulação da porta de entrada em seu território e controle local da atenção à saúde mental, distribuindo as ações de assistência e cuidado em três modalidades: intensivo, acompanhamento diário, semi-intensivo, acompanhados frequentemente mas sem a necessidade de irem a política pública todos os dias e não-intensivo, de frequência menor.

Conforme o Conselho Federal de Psicologia de acordo com Brasil (2013), destaca que de acordo com a demanda emergencial em determinado território, bem como com o nível populacional, existem CAPS I atendendo a municípios com uma população entre 20 mil e 70 mil habitantes de segunda a sexta em pelo menos um turno, enquanto que o CAPS II a uma população de 70 mil a 200 mil habitantes. Acima de 200 mil habitantes, há o CAPS III, oferecendo atendimento 24h, em período integral. O CAPS I, a crianças e adolescentes com transtornos mentais, em municípios com mais de 200 mil habitantes. O CAPS ad, trata-se de um serviço especializado em álcool e outras drogas, dado a cidades que contam com 70 mil a 200 mil habitantes, enquanto o CAPS ad III é dirigido à mesma demanda, mas recomendado para uma população acima de 200 mil habitantes. De acordo com a necessidade e o caso clínico avaliado, ao usuário é proposto uma das modalidades de atendimento: intensivo (todos os dias), semi-intensivo (três vezes por semana) e não-intensivo (três vezes ao mês).

O CAPS AD deve prestar atendimento às pessoas que se encontrem em situação de sofrimento psíquico que se configure enquanto uma barreira para que o sujeito construa e mantenha relações sociais e que coloque em risco seus planos de vida em decorrência do uso de álcool e outras drogas. A instituição deve funcionar das 08h às 18h, podendo haver em

terceiro turno que se estenda até as 21h, abrindo de segunda a sexta e deve possuir leitos que são para desintoxicação (XAVIER; MONTEIRO, 2013).

Os atendimentos nos CAPS AD devem ser balizados por uma perspectiva individual e de constante evolução. Podendo ainda agir precocemente de modo a mitigar as representações sociais negativas associadas aos usuários deste dispositivo. Deste modo, os trabalhos desenvolvidos devem ir além das paredes do CAPS. As atividades desenvolvidas podem acontecer de forma individual ou em grupo, podendo ocorrer oficinas terapêuticas e visitas a domicílio quando necessário (BRASIL, 2015).

Assim, a Política Nacional para Usuário de Álcool e Outras Drogas que vem destacar que a assistência pode se dar em todos os níveis de atenção, priorizando os serviços hospitalares. Frente a isto, os atendimentos devem promover a reabilitação e reinserção social dos usuários, podendo ser amparados pela lógica de redução de danos e tendo auxílio de redes comunitárias que favoreçam o fortalecimento da rede substitutiva de atenção psicossocial. Os casos devem ser gerenciados tendo, desta forma, um cuidado personalizado de acordo com as suas demandas (BRASIL, 2003).

Como pontua Larentis e Maggi (2012), o CAPS AD III e o CAPS AD podem ser efetuados caso a cidade esteja localizada em uma área geográfica de tráfego de drogas ou que traga cenários epidemiológicos relevantes a concentração de usuários de álcool e outras drogas. Portanto, destaca-se esta política pública como capaz de prestar serviços as pessoas em sofrimento psíquico, priorizando a díade cidadania-liberdade, possibilitando um espaço de convivência e a reconstituição do vínculo familiar, bem como a constituição de relações, que atinjam a vida cotidiana, favorecendo a reinserção no mundo enquanto ator social e protagonista de sua história.

#### **4 A RELAÇÃO ENTRE FAMÍLIA E USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

A dependência química do uso de álcool e outras drogas apresenta uma progressão lenta e insidiosa, conduzindo inúmeros problemas ao processo saúde-doença, envolvendo uma cronificação que incide sobre relação indivíduo-família-sociedade. Assim, no que concerne à família, anteriormente, esta era relacionada de maneira causadora para a construção da pessoa com sofrimento mental, banindo-se o acompanhamento dos familiares e os cuidados realizados inteiramente pelas instituições asilares, designado a eles o poder curativista. Mediante a Reforma Psiquiátrica, a família é vislumbrada enquanto essencial no tratamento, modificando o modo com que era visualizado a participação da família (MELO; PAULO, 2012).

Um ponto preponderante fincado em raízes históricas e sociais sobre o sofrimento psíquico e a dependência química, como afirma França (2012) é a internação compulsória, segregação imposta contra a autonomia e emancipação, violando os princípios de liberdade e dignidade. Durante muito tempo, a família e a ação estatal enxergaram sobre esta ação, a internação compulsória, forçadamente, contra as vontades da pessoa com dependência química, em razão de o sujeito visto como marginal e incapaz de tomar suas próprias decisões que esta seria a única forma para tratamento destes indivíduos, visando camuflar os problemas sociais e familiares.

Nesses termos, percebe-se que em meio a contextualização sociocultural de muitas famílias, grande parte delas ainda recorrem a esse tipo de internação. Desse modo, as buscas por um laudo médico são recorrentes, já que é a partir deste que é autorizado juridicamente a internação compulsória, o que revela das famílias um anseio para o encarceramento dos usuários e afastamento dessas pessoas, voltando-se para uma culpabilização individual e tendo como solução a volta de aspectos manicomiais. A Lei 10.216/2001 aponta passos que precisam ser seguidos para as internações involuntárias, determinadas pelo profissional de medicina, ou compulsória, determinada pela figura do juiz: a internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos. Apesar disso, é necessário estar atento a violação de direitos e a reivindicação da luta antimanicomial que abole o aprisionamento destes indivíduos, disseminando uma articulação com uma rede de suporte social, fazendo parte desta o CAPS AD (RUIZ; MARQUES, 2015).

Segundo Rodrigues (2016), torna-se fundamental perceber e problematizar os desafios que englobam usuários-familiares na promoção de saúde e o trabalho com a dependência química. Acredita-se que as ações dirigidas a isto, facilite de modo a favorecer e potencializar relações entre família e serviço. Concebendo-se o fator familiar como parceria singular dirigida ao cuidado, valorizando-a como lugar para recuperação, uma vez que a política assistencial aborda a diminuição da oferta de leitos hospitalares em detrimento de serviços substitutivos. Confirmando tais reflexões, Paula, Jorge e Vasconcelos (2019) discorre sobre a vida cotidiana em âmbito doméstico, sendo na contextualização sociocultural que é salvaguardada a saúde e se lida com as doenças, a família representa a unidade básica de atenção à saúde, o primeiro nível, entrelaçando-se com o cuidado comunitário.

Conforme Nascimento, Souza e Gaino (2015) dois pontos podem ser discutidos acerca dos impactos da família sobre o sujeito em situação de drogadição. Postula-se que as famílias com uma comunicação inefetiva, tendo por característica a fragilização dos vínculos sociais, findam por não promover o apoio social aos seus membros, além da vulnerabilidade em relação

à classe social, incluindo moradia, trabalho e renda, situando-se sobre exposições a situações de negligência, violência doméstica e uso de drogas por algum dos membros familiares. Em decorrência disto, o ambiente familiar pode servir como estratégia preventiva a dependência, tendo em vista os problemas sobre os quais podem ser possíveis de resolutividade para qualidade de vida e bem-estar do grupo.

Como segunda consideração, ressalta-se o impacto negativo sobre a família, considerando o fato de que o consumo de substâncias psicoativas desenvolve preocupações emocionais tensões, situações conflituosas, rompimento dos vínculos, problemas financeiros e legais, sendo suscetível ao adoecimento biológico, psíquico e social. Desse modo, decorrendo sobre sintomas psíquicos como irritabilidade, agressão exacerbada, alterações prejudiciais na compreensão da visão de si mesmo e do mundo, fatores que tendem a apresentar progressivas dificuldades sobre as relações interpessoais. No que tange as psicopatologias são comuns os problemas comportamentais voltados para ansiedade e a depressão dos familiares, tendo em vista as experiências traumáticas perpassadas cotidianamente, interligadas a deficiência na comunicação perda da confiança, tendendo-se ao isolamento social (NASCIMENTO; SOUZA; GAINO, 2015).

Posto isso, a família é visualizada como uma estratégia de intervenção para a reabilitação psicossocial, também sendo necessário considerar o sofrimento diante da sobrecarga dos familiares e/ou cuidadores na promoção de cuidado ao usuário, bem como os preconceitos familiares que refletem as representações e exclusões sociais. Assim, o resgate e o redimensionamento das relações familiares garantem um processo de co-gestão e corresponsabilização do cuidado formado por profissionais-usuários-cuidadores. Dessa maneira, vislumbra-se o papel da família enquanto fundamental, uma vez dada o protagonismo de práticas de saúde vinculadas a uma base territorial e comunitária que estabeleça emancipação, participação e inclusão social (SANTIN; KLAFKE, 2015).

Nessa perspectiva, a reabilitação psicossocial é iniciada nos CAPS, dispondo de atendimento diário para os dependentes químicos, enfatizando em uma assistência ligada a inclusão social e ao incentivo da participação da família, sendo um serviço de suma importância, tendo como principal meta na recuperação dos usuários do serviço, a diminuição dos estigmas e estereótipos sofridos por eles e a convivência efetiva com os familiares. Nesse sentido, faz-se relevante ressaltar que as famílias também se aplicam a estigmatização, tendo em vista a culpa e o fracasso que são apontados aos cuidadores. Incentivar o apoio familiar, informar os cuidadores e os usuários das dificuldades que podem ser encontradas no decorrer do processo, facilitando a comunicação e propiciando um espaço de acolhimento para ambas

as partes, são maneiras de desmitificar os estereótipos e reduzir a marginalização social, rumo a responsabilidade compartilhada, desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial (PAZ; COLOSSI, 2013).

Posto isto, é possível perceber que apesar dos grandes avanços propiciados pela reforma psiquiátrica, a não participação familiar nos serviços substitutivos ainda é significativa. Portanto,

Para isso as equipes dos serviços substitutivos precisam desenvolver estratégias de inserção da família no cuidado. Estudos realizados em CAPS demonstram que as equipes profissionais têm utilizado como estratégias de inserção da família no cuidado em saúde mental espaços como grupos terapêuticos de familiares, atendimento individual por qualquer profissional do serviço (não só os da área *psi*), oficinas terapêuticas, visitas domiciliares e busca ativa de familiares pouco presentes no serviço. Esses são espaços de escuta, acolhimento, construção e manutenção do vínculo entre equipe e família, demonstrando que esses profissionais valorizam a participação da família e entendem a importância dessa ser assistida em suas necessidades, para que o processo de reabilitação psicossocial seja exitoso (MIELKE *et. al.*, 2010, p. 762).

Nessa perspectiva, destaca-se o papel do profissional nessa possibilidade de criação de estratégias que facilitem a aproximação entre família e usuário. Souza *et al.* (2007) afirma que estes devem desenvolver um trabalho compreensivo e inclusivo, que considere o sujeito enquanto um ser relacional. Dessa forma, salienta-se a necessidade de intervenções que promovam relações de cooperação e convivência com aquele que sofre, entendendo que a família vivencia uma tribulação pessoal e histórica para lidar com esse fato. Desse modo, compreende-se que a fomentação de atividades que colabore para ampliação dos laços, desenvolva uma corresponsabilidade entre todos aqueles que participam da construção desse arranjo, isto é, a equipe do serviço, a família, a comunidade e o sujeito.

## **5 DIFICULDADES REFERENTES À EFETIVAÇÃO DAS POLÍTICAS SUBSTITUTIVAS NA CONSTRUÇÃO DO LAÇO USUÁRIO-FAMÍLIA E OS DESAFIOS DA PRÁXIS DO PROFISSIONAL PSICÓLOGO**

De acordo com as contribuições supracitadas, percebe-se que o Brasil vivenciou as mudanças que foram ocorrendo acerca dos tratamentos imbricados no processo de saúde e transtornos mentais. Bezerra e Dimenstein (2008) ressaltam que o grande marco da Luta Antimanicomial, buscou em seu movimento uma superação do modelo atrelado aos manicômios, não apenas enquanto estrutura física, mas especialmente ideológica, de forma a

desconstruir a lógica manicomial e o seu modo de exclusão e violência institucional. De maneira a revogar esse sistema, observa-se que os CAPS se constituem enquanto um novo lugar social para a loucura, e para o sujeito que se encontra em situação de vulnerabilidade social em virtude do álcool e outras drogas. Assim, esses serviços apresentam-se como meio de possibilitar o exercício da cidadania, construindo uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico e ao paradigma hospitalocêntrico tradicional, a partir da criação de serviços de atenção à saúde mental e de caráter extra-hospitalar.

Por outro lado, pode-se destacar que a níveis práticos a efetivação dessas políticas substitutivas ainda não se configura como é descrita em sua teoria, perpassando por grandes desafios relacionados à práxis da equipe multidisciplinar, e especificamente a do profissional psicólogo. É notório que os profissionais da área de Psicologia dos CAPS AD enfrentam dificuldades em seus campos de atuação, as quais apresentam-se como grandes obstáculos para o desenvolvimento de seus trabalhos. Medidas referentes as atividades e projetos aplicados no CAPS AD, no tocante a relação entre usuários e suas famílias, mostra-se que são processos árduos e complicados de serem realizados, visto que ainda falta uma verdadeira comunicação com os familiares (SALES; DIMENSTEIN, 2012).

Posto isto, Gutierrez e Minayo (2010) verifica uma outra vertente implicada diretamente na relação conflituosa entre a família e o usuário. Ou seja, grande parte dos profissionais de Psicologia ao ingressarem em instituições de serviços substitutivos, adentram em uma lógica de aceitação da realidade ao introjetarem que nada se pode fazer diante do real cenário que encontram. Assim, deixam de perceber estes mecanismos enquanto dificuldades, e ao passo que isso não é certificado, também não é compreendido que a não efetivação destes, podem ser prejudiciais no processo dos usuários. Diante destes apontamentos, nota-se que se não existir uma fidedigna relação entre profissional e as condições oferecidas pelas redes substitutivas, não há como planejar e executar ações voltadas para melhorias desses serviços e conseqüentemente para o desenvolvimento dos sujeitos que ocupam esses espaços. Nesse sentido, Abuhab *et al* (2005, p. 371) salienta que este lugar de produção de novos modelos de assistências, “no contexto da reformulação das políticas e práticas em saúde mental, põe em relevância o conceito de reabilitação psicossocial que exige uma postura ética dos profissionais”.

Sob essa perspectiva, Sales e Dimenstein (2009) evidencia que se faz necessário mencionar a respeito do compromisso com a resignificação dos modos de subjetivação, e como estes estão sendo trabalhados, de maneira a reverberar em medidas direcionadas a redução dos efeitos causadores de incapacidades, na busca por manejos para realização das integrações dos usuários. Sabe-se que se é um desafio para o profissional psicólogo juntamente com toda a

equipe multidisciplinar agir e firmar um gerenciamento que promova decisões que contemplem estas dimensões. Entretanto, cabe a estes profissionais traçar um olhar que vislumbre as reais necessidades dos sujeitos, com intuito de lutar por estes, entendendo que sozinhos, sem a atenção desses equipamentos, permanece difícil sair das condições subalternas e mazelas sociais.

Além dessas compreensões, é fundamental pensar em uma educação intensificada de caráter informativa, que possa integrar a comunidade para agir em manutenção da desmistificação dos preconceitos, como “preguiçoso, “vagabundo” e “drogado”. Bezerra e Dimenstein (2008) enfatizam que ações voltadas para realização desses movimentos apresentam-se como imprescindíveis e necessárias, pois demonstram-se enquanto atitudes que corroboram para possíveis mudanças e tomada de conscientização social acerca dos estereótipos encarados por esta população. Nesse ínterim, é indispensável refletir sobre como os dispositivos desses serviços estão chegando até aqueles que realmente precisam, e enquanto profissional voltar o olhar para si, e se perceber como um agente de transformação, buscando enxergar, e encarar as dificuldades insistindo e sentindo-se próximo do outro.

Desse modo, considerando que o uso de substâncias que alteram funções psicológicas, motoras e fisiológica esteve presente por grande parte da história da humanidade e que o uso demasiado e desregrado dessas substâncias pode acarretar prejuízos para a saúde do sujeito e para as suas relações sociais e atividades cotidianas. A política de Redução de Danos (RD) aparece como uma das atividades proposta pelo equipamento de saúde que pode se estender para a construção do laço familiar, atuando como uma forma diferente de lidar com essa questão. Em se tratando desta, a abstinência, pode não ser o único objetivo que mova uma ação em prol de melhorias para o sujeito e fortalecimento dos seus vínculos familiares. Destaca-se, portanto, a RD, enquanto uma perspectiva de cuidado das vidas humanas que abarca as singularidades desse processo, bem como as diferentes possibilidades e escolhas realizadas diante das situações (BRASIL, 2003).

A RD se torna uma estratégia ampliada de clínica que tem ofertas concretas de acolhimento e cuidado para pessoas que usam drogas, dentro de arranjos de cogestão do cuidado, tendo como um dos principais desafios a construção de redes de produção de saúde que incluam os serviços de atenção do próprio Sistema Único de Saúde, Emergências Hospitalares e internações breves, Postos de Saúde, Estratégias de Saúde da Família, Caps-ad (PASSOS; SOUZA, 2011, p. 161).

Nesse sentido, conforme apontam Passos e Souza (2011), a política de redução de danos é um método construído pelos próprios usuários de drogas e que finalmente pressupõe um

cuidado de si que subverte as regras de conduta impostas de forma coercitiva. Dessa forma, os usuários trabalham de forma corresponsável pela produção e manutenção de sua saúde, considerando que, dentro dessa perspectiva, tonam para si o processo do cuidado. Ressalta-se, portanto, que trabalhar a fim de reduzir os danos causados pelo uso prejudicial de álcool e outras drogas é ampliar as possibilidades do cuidado, sempre dentro de um contexto democrático e participativo, fornecendo a autonomia dos sujeitos frente aos seus processos de saúde e adoecimento.

Souza *et al.* (2007) declara que a Política do Ministério da Saúde para Atenção aos Usuários de Álcool e outras Drogas prima pela assistência aos usuários prejudiciais dessas substâncias em todos os níveis de atenção à saúde, a saber, primário, secundário e terciário. Em meio a isso, o Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas possui um lugar privilegiado nesta rede. Nesse sentido, este é um equipamento importante no processo de fornecer atenção integral à saúde desses sujeitos e, mesmo apresentando fortes dificuldades no trabalho de cuidado e integração entre os usuários e suas famílias, é dever do profissional psicólogo juntamente como toda equipe do serviço construir possibilidades de emancipação.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diante do exposto é perceptível a importância destes dispositivos de atenção psicossocial que traz o olhar integral para o cuidado ao sujeito, fortalecendo a luta contra a lógica hospitalocêntrica, na qual acontecia o “cuidado” anteriormente. Partindo para a compreensão da prática profissional, fica evidente a busca de um trabalho árduo e necessário como forma de assegurar que os CAPS AD funcionem de forma efetiva, realizando todas as atividades que por ele devem ser desempenhadas. Abandonar técnicas invasivas, hostis e/ou confortativas, utilizando-se, principalmente, do serviço na comunidade e com a comunidade pela via do trabalho de educadores de saúde na promoção de novos processos de fortalecimento dos laços entre os usuários e suas famílias.

Frente a isto, faz-se necessário que a equipe dos CAPS AD procurem sempre ampliar suas metodologias e ações para que possam cumprir com aquilo que é função da instituição, trabalhando de acordo com aquilo que a política regulamenta como sendo seu papel. Atendo-se ainda, a constante busca que os servidores devem ter por meios de melhor a oferta e efetividade dos serviços prestados. Ademais, é fundamental pensar a expansão das ações fora do CAPS AD e para além das instituições de ensino, podendo promover diálogos de caráter

dialético, horizontal e pedagógico em outros espaços, assim facilitando o acesso a informação a toda comunidade.

Nessa perspectiva, enquanto componente da equipe de saúde mental, os profissionais da Psicologia devem buscar espaço de atuação e ocupar importantes posições no que se refere aos processos constituintes da Reforma psiquiátrica no Brasil. Lutar afadigosamente para a desmistificação e mitigação dos estigmas relacionados aos usuário de álcool e outras drogas que se encontram fortemente ancorados a preconceitos geradores de sofrimento, para o extermínio das práticas asilares e fazendo com que os novos serviços não caiam na mesma referência metodológica dos anteriores.

Assim, é fundamental destacar o compromisso com modos de intervenção que retirem o caráter elitista da psicologia e buscando uma fidedigna efetivação na Políticas Públicas de Saúde. Portanto, é de grande valia ressaltar que as lutas que motivaram a Reforma Psiquiátrica não foram abandonas pelo caminho, ainda hoje os profissionais de Psicologia devem assumir um compromisso ético de valorização das subjetividades, sejam elas ditas patológicas ou não, trabalhando para que os sujeitos em sofrimento desenvolvam a sua autonomia e a que a sociedade se abra para estes possam demonstrar os seus potenciais.

## REFERÊNCIAS

- ABUHAB, D.; SANTOS, A. B. A. P.; MESSEMBERG. C. B.; FONSECA, R. M. G. S.; SILVA A. A. O trabalho em equipe multiprofissional no CAPS III: um desafio. **Ver. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS), v. 26, n. 3, 2005, p. 369-380.
- BEZERRA, E.; DIMENSTEINS, M. Os CAPS e o Trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. **Psicologia Ciência e Profissão**, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, v. 28, n. 2008, p. 632-645.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas**. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- BRASIL. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **Portaria/SNAS N° 224 – 29 de Janeiro de 1992**. Brasília; MS, 2011.
- BRASIL. **Referências técnicas para atuação de psicólogas(os): Centro de Atenção Psicossocial**. Brasília, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Centros de atenção psicossocial e unidades de atendimento como lugares de atenção psicossocial nos territórios: orientação para elaboração do projeto de construção, reforma e ampliação do CAPS e UA**. 1 ED. Brasília, 2015.

CASTRO, R. M.; SOUGEY, E. B.; LIMA, D. C.; MATINS, H. A. L.; MELO JÚNIOR, L. P. M.; RIBAS, R. M. G.; VIANA, M. T.; ALVES, E. V. R. Uma breve história da reforma psiquiátrica. **Neurobiologia**. Recife, v. 72, n.1, p. 85-96, 2009.

Conselho Federal de Psicologia. **Referências técnicas para atuação de psicólogas(os):** Centro de Atenção Psicossocial. Brasília, 2013, p. 100.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1972, p. 608.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: 8º ed. Graal, 1979.

FRANÇA, G. L. **Internação compulsória do dependente químico: violação do direito de liberdade ou proteção do direito à vida?** v. 24, n. 24, 2012.

GUTIERREZ, D. M. D.; MINAYO, M. C. S. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 1497-1508, 2010.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 14, n. 1, p. 297-305, 2009.

LARENTIS, C. P.; MAGGI, A. Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e a Psicologia. **Aletheia**. v. 37, p. 121-132, 2012.

LUCHMANN, H. H.; RODRIGUES, J. O movimento antimanicomial no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 12, n. 2, p. 399-407, 2007.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7º ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MELO, P. F.; PAULO, M. A. L. A importância da família na recuperação do usuário de álcool e outras drogas da série. **Saúde Coletiva em Debate**, São Paulo, v. 2, p. 41-51, 2012.

MIELKE, F. B.; KOHLRAUSCH E.; OLSCHOWSKY, A.; SCHNEIDER, J. F. A inclusão da família na atenção psicossocial: uma reflexão. **Rev. Eletr. Enf.** v. 12, n. 4, p. 761-765, 2010.

NASCIMENTO, L. T. R.; SOUZA, J.; GAINO, L. V. **Relacionamento entre familiar e usuário de álcool em tratamento em um centro de atenção psicossocial especializado**. Florianópolis, v. 24, n. 3, p. 834-841, 2015.

PASSOS, E. H.; SOUZA, T. P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. **Psicologia e Sociedade**, v. 23, n. 1, p. 154-162, 2011.

PAULA, M. L.; JORGE, M. S. B.; VASCONCELOS, M. G. F. Desafios no cuidado familiar aos adolescentes usuários de crack. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, 2019.

PAZ, F. M.; COLOSSI, P. M. Aspectos da dinâmica da família com dependência química. **Estudos de Psicologia**, v. 18, n. 4, p. 551-558, 2013.

RODRIGUES, E. B. Família e uso de drogas: visões possíveis. **Perspectiva**. v. 40, n. 152, p. 77-87, 2016.

RUIZ, V. R. R.; MARQUES, H. R. A internação compulsória e suas variáveis: reflexões éticas e socioculturais no tratamento e reinserção do paciente na sociedade. **Revista Psicologia e Saúde**. v. 7, n. 1, p. 01-08, 2015.

SALES, A. L. L. F.; DIMENSTEIN, M. Psicologia e modos de trabalho no contexto da reforma psiquiátrica. **Psicologia Ciência e Profissão**, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, v. 29, n. 4, 2009, p. 8712-827.

SALES, A. L. L. F.; DIMENSTEIN, M. Modos de Inserção dos Psicólogos na Saúde Mental e suas Implicações no Comprometimento com a Reforma Psiquiátrica? **Revista mal-estar e subjetividade**. Fortaleza, v. 12, n. 1, 2012, pp. 419-456.

SANTIN, G.; KLAFKE, T. E. A família e o cuidado em saúde mental. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 34, v.1, p. 146-160, 2011.

SILVEIRA, F. A.; SIMANKE, R. T. A Psicologia em História da loucura de Michel Foucault. **Revista de Psicologia**, São Paulo, 2009, v. 21, n. 1, pp. 23-42.

SOUZA, J. *et al.* Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas e redução de danos: novas propostas, novos desafios. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 210-217, 2007.

TORRES, E. H. G.; AMARANTE, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, 2001, p. 73-85.

XAVIER, R. T.; MONTEIRO, J. K. Tratamento de Pacientes Usuários de crack e outras drogas nos CAPS AD. **Psic. Rev.** São Paulo, v. 22, n.1, p. 61-82, 2013.