



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Departamento de Saúde Coletiva
Graduação em Saúde Coletiva

Natália Veras Botelho da Costa

**Fatores críticos para o acesso de crianças e adolescentes ao Centro de Atenção
Psicossocial Infantojuvenil do Distrito Federal sob a ótica das trabalhadoras**

Brasília

2025



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Departamento de Saúde Coletiva
Graduação em Saúde Coletiva

Natália Veras Botelho da Costa

**Fatores críticos para o acesso de crianças e adolescentes ao Centro de Atenção
Psicossocial Infantojuvenil do Distrito Federal sob a ótica das trabalhadoras**

Trabalho de Conclusão do Curso apresentado
como requisito parcial para obtenção do título
de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientadora: Dais Gonçalves Rocha

Brasília

2025

Natália Veras Botelho da Costa

Fatores críticos para o acesso de crianças e adolescentes ao Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil do Distrito Federal sob a ótica das trabalhadoras

Trabalho de Conclusão do Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dais Gonçalves Rocha

Mestre e doutora em Saúde Pública

Orientadora

Profa. Thaís Branquinho Oliveira Fragelli

Doutora em Ciências da Saúde

Membro

Sara da Silva Meneses

Mestre em Saúde Coletiva

Membro

Aprovado em: ___/___/___

RESUMO

Tendo em vista que o acesso aos serviços de saúde mental no Brasil enfrenta diversas barreiras que limitam a eficácia e abrangência do cuidado na atenção psicossocial, o presente estudo teve como objetivo analisar os fatores críticos e estratégicos de melhorias para o acesso de crianças e adolescentes ao Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil da região central do Distrito Federal através da perspectiva das trabalhadoras do serviço. Para isso, em termos metodológicos adotou-se uma abordagem qualitativa de natureza exploratória utilizando as seguintes técnicas e instrumentos para produção de dados: observação participante, entrevistas individuais semiestruturadas e diário de campo. Dessa forma, ao analisar e interpretar os dados coletados, foi possível categorizar as barreiras e facilitadores do acesso em dimensões estruturais, organizacionais e cognitivas, os quais serão apresentados segundo três aspectos: I. Principais barreiras e facilitadores do acesso ao CAPSi segundo as trabalhadoras entrevistadas; II. Convergências e divergências entre as trabalhadoras; III. Recomendações e estratégias de superação das barreiras para favorecer o acesso segundo as trabalhadoras de superação das barreiras para favorecer o acesso segundo as trabalhadoras. Observou-se que as principais barreiras estão relacionadas ao acesso geográfico, o absenteísmo de trabalhadores, vulnerabilidade social dos usuários, mobilidade urbana, infraestrutura adequada, estigmatização dos transtornos mentais e falta de informação. Sobretudo, ao identificá-las o estudo pode fornecer estratégias de melhoria na prestação de serviços na área de atenção psicossocial. Também foram identificadas demandas de estudos futuros relacionados às normas de gênero e interseccionalidades na perspectiva da promoção da equidade em saúde.

Palavras-chaves: Saúde Mental, Acesso aos serviços de saúde, Crianças e Adolescentes, CAPSi e Barreiras de acesso.

ABSTRACT

Given that access to mental health services in Brazil faces several barriers that limit the effectiveness and scope of psychosocial care, this study aimed to analyze the critical and strategic factors for improving access for children and adolescents to the Child and Adolescent Psychosocial Care Center in the central region of the Federal District from the perspective of workers. To this end, in methodological terms, a qualitative exploratory approach was adopted using the following techniques and instruments for data production: participant observation, semi-structured individual interviews, and field diary. Thus, by analyzing and interpreting the collected data, it was possible to categorize the barriers and facilitators of access into structural, organizational, and cognitive dimensions, which will be presented according to three aspects: I. Main barriers and facilitators of access according to workers interviewed; II. Convergences and divergences among workers; III. Recommendations and strategies for overcoming barriers to favor access according to workers. It was observed that the main barriers are related to geographic access, worker absenteeism, social vulnerability of users, urban mobility, adequate infrastructure, stigmatization of mental disorders and lack of information. Above all, by identifying these barriers, the study can provide strategies for improving the provision of services in the area of psychosocial care. Demands for future studies related to gender norms and intersectionalities from the perspective of promoting health equity were also identified.

Keywords: Mental Health, Access to Health Care Services, Children and Adolescents, CAPSi and Access barriers.

AGRADECIMENTOS

Àqueles que estiveram presentes e me regaram durante todo esse processo árduo e difícil meus agradecimentos.

Aron e Werick, os agradeço principalmente por nossas horas compartilhadas de almoço e pausas afetivas para um “cafezinho”, tê-las me ajudaram incontáveis vezes.

Ana Beatriz, minha irmã de alma, você sempre esteve presente para ouvir meus desabafos, preocupações e medos, principalmente durante a escrita deste trabalho, e não só me escutou como me deu aconchego. Obrigada pelo apoio.

Aos meus pais, que sempre apoiaram meus estudos e fizeram de tudo por mim, vocês são o motivo de minhas conquistas diárias. Memorizo aqui meus mais sinceros e eternos agradecimentos.

Bárbara, Pedrinho e Raquel, os agradeço por serem irmãos tão incríveis, sou muito mais feliz por tê-los ao meu lado.

Daniel e Bruno, são os meus “sinônimos” de carinho e colo, porque é isso que a gente cultivou durante anos. Agradeço por cada momento partilhado.

Lídia, Taísla, Campelo, Lucas, Artur, Mateus, Victor, Micaelly e todos os outros presentes que a universidade me proporcionou, os agradeço imensamente por transformarem a minha graduação em alegria. Minha felicidade vai além ao saber que nosso futuro está em boas mãos.

Também expresso aqui meus agradecimentos à Luciana, que tornou essa pesquisa possível e me apoiou de forma fundamental durante minha inserção em campo.

À minha orientadora, Dais Gonçalves Rocha, agradeço principalmente pela paciência e confiança, sua orientação foi primordial não só para o desenvolvimento deste estudo, mas também pela busca de novas ambições. Em você encontro inspiração.

Ao todo, os agradeço pelo apoio e carinho que recebi durante minha jornada acadêmica, florescer ao redor de vocês é gratificante.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CAAE - Certificado de Apresentação de Apreciação Ética

CAPS ad - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas

CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

COMPP - Centro de Orientação Médico Psicopedagógica

DCN - Diretrizes Curriculares Nacionais

DeCS - Descritores em Ciências da Saúde

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente

ESF - Estratégia de Saúde da Família

OIM - Organização Internacional para as Migrações

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PNH - Política Nacional de Humanização

PVC - Programa de Volta para Casa

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SciELO - Scientific Electronic Library Online

SRT - Serviços Residenciais Terapêuticos

SMCA - Saúde Mental de Crianças e Adolescentes

SUS - Sistema Único de Saúde

UA - Unidade de Acolhimento

UBS - Unidade Básica de Saúde

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. REFERENCIAL TEÓRICO	11
2.1 Saúde Mental Infanto-Juvenil	11
2.2 O Coletivo	13
2.3 Acesso à Atenção em Saúde Mental Infanto-Juvenil	14
3. OBJETIVOS	16
3.1 Objetivo Geral	16
3.2 Objetivos Específicos	16
4. METODOLOGIA	16
4.1 Cenário e vivência	17
4.2 Aspectos éticos	18
4.3 Participantes	18
4.4 Observação participante	19
4.5 Categorização	19
4.6 Limitações do estudo	20
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	21
I. Principais barreiras e facilitadores do acesso ao CAPSi segundo as trabalhadoras entrevistadas	21
II. Convergências e divergências entre as trabalhadoras	27
III. Recomendações e estratégias de superação das barreiras para favorecer o acesso segundo as trabalhadoras	27
“Só vivendo o CAPSi”	30
7. REFERÊNCIAS	31
8.1 Apêndice A - Roteiro Semiestruturado	35
8.2 Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	36

1. INTRODUÇÃO

O redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental, ocorreu com a criação de novos serviços substitutivos ao modelo manicomial dos hospitais psiquiátricos, isto é, uma rede de dispositivos para atender a população com transtornos mentais e com necessidades decorrentes ao uso de álcool e outras drogas, de forma aberta, comunitária e com atuação em seus territórios (Costa; Colugnati; Ronzani, 2015). Em 2001 foi sancionada a Lei N° 10.216 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (Brasil, 2001).

Assim, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) surge com a ampliação do processo da Reforma Psiquiátrica, instituída pela Portaria nº 3088/GM/MS, de dezembro de 2011, que a partir do mesmo ano passa a integrar o Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2011). A RAPS se configura como um conjunto de ações e serviços comunitários destinados ao cuidado da saúde mental e problemas relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas, sendo composta pelos seguintes níveis de atenção: atenção básica; atenção psicossocial especializada; atenção de urgência e emergência; atenção residencial de caráter transitório; atenção hospitalar; estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.

Compõem a RAPS como pontos de atenção psicossocial especializada os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), organizados nas seguintes modalidades: CAPS I; CAPS II; CAPS III; CAPS ad Álcool e outras Drogas; CAPS ad III Álcool e outras Drogas e CAPSi Infantojuvenil (Brasil, 2011). O Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) é um serviço especializado da RAPS que oferece atendimento a crianças e adolescentes com quadros graves de sofrimento psíquico e aqueles decorrentes do uso de álcool e outras drogas (Brasil, 2011).

Seus principais objetivos são ampliar o acesso à atenção psicossocial da população, promover a vinculação das pessoas com transtornos mentais e com abuso de álcool e outras substâncias e suas famílias. Além de garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando a assistência por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (Brasil, 2011).

Dessa forma, seguindo as diretrizes da RAPS, em 2014, o Ministério da Saúde lançou o documento “Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes no SUS”, que enfatiza a construção do cuidado em saúde mental infantojuvenil fundamentada nas demais diretrizes: reconhecimento da criança e adolescentes como sujeitos de direitos; acolhimento universal; encaminhamento implicado e corresponsável; construção permanente da rede e da

intersectorialidade; trabalho no território; avaliação das demandas; e construção compartilhada das necessidades de saúde mental (Brasil, 2014).

Os serviços de saúde mental infantojuvenis, dentro dessa perspectiva devem além de tratar, adotar ações como acolher, escutar, cuidar, possibilitar ações emancipatórias, enfrentar estigmas e melhorar a qualidade de vida das pessoas (Brasil, 2014). O acesso de crianças e adolescentes ao CAPSi é fundamental na assistência do cuidado em saúde mental. Entretanto, o país enfrenta diversas barreiras que limitam a eficácia e abrangência do cuidado na atenção psicossocial. Estudos recentes indicam que as principais barreiras encontradas estão relacionadas ao acesso geográfico; a disponibilidade e qualidade dos serviços; a escassez de profissionais capacitados; a infraestrutura; a estigmatização da saúde mental e a falta de informação (Silva; Oliveira, 2023).

O interesse pelo tema surgiu através do desenvolvimento de um projeto de iniciação científica e pelas vivências desenvolvidas durante o primeiro estágio obrigatório da graduação de Saúde Coletiva, com atuação na área de gestão do Centro de Orientação Médico Psicopedagógica (COMPP) onde consequentemente houve o contato com o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), estimando assim o interesse pelas condições de acesso das crianças e adolescentes que buscam os serviços de saúde mental no Distrito Federal.

Além disso, Santos (2021), em seu estudo relata que “pouco se sabe sobre quais seriam as principais barreiras para acesso de crianças e adolescentes aos serviços de saúde mental no Brasil” (Santos, 2021, p. 19). A autora ainda destaca que ao identificar essas barreiras de acesso o estudo pode fornecer estratégias de melhoria na prestação de serviços na área de atenção psicossocial.

Ainda, a questão do acesso aos serviços de saúde está profundamente ligada ao campo da saúde coletiva. De acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) (Brasil, 2017) do curso de graduação em Saúde Coletiva, o bacharel deve promover a saúde da população através de políticas públicas, planejamento e gestão de serviços de saúde, enfatizando o acesso equitativo da população aos serviços necessários. A relação entre saúde coletiva e saúde mental precisa de uma maior articulação. Onocko (2006) destaca que, embora esses dois campos compartilhem raízes comuns, como a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica, eles têm seguido caminhos paralelos. Essa desconexão é vista como uma limitação para o desenvolvimento de pesquisas que poderiam explorar a interface entre saúde coletiva e saúde mental. A proposta é que a saúde coletiva, ao adotar uma abordagem interdisciplinar, possa contribuir significativamente para a avaliação e melhoria dos serviços

de saúde mental, promovendo uma integração que beneficie ambos os campos (Onocko, 2006).

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Saúde Mental Infanto-Juvenil

A saúde mental dos adolescentes é afetada por uma série de fatores, e quanto mais eles estão expostos a fatores de risco, maior o impacto em seu bem-estar físico e emocional. Os desafios comuns durante essa fase incluem o desejo crescente de autonomia, pressões para se encaixar nos grupos de amigos, a exploração da identidade sexual e o aumento do acesso e uso de tecnologia. A influência da mídia e as normas de gênero podem acentuar a lacuna entre a realidade vivida pelos adolescentes e suas percepções ou aspirações para o futuro. Outros fatores significativos para a saúde mental dos adolescentes incluem a qualidade de vida em casa e as relações com seus colegas, a exposição à violência e problemas socioeconômicos (OPAS, 2023).

Existem grupos de adolescentes que enfrentam maior risco de problemas de saúde mental devido a suas circunstâncias de vida, a discriminação ou exclusão e a falta de acesso a serviços de apoio e de qualidade. Esses grupos incluem adolescentes que vivem em ambientes instáveis ou em situações de risco, aqueles com condições de saúde crônicas, transtorno do espectro autista, deficiências intelectuais ou outras condições neurológicas, adolescentes grávidas, pais jovens, órfãos e adolescentes pertencentes a minorias étnicas, sexuais ou outros grupos discriminados (OPAS, 2023).

Os adolescentes que já portam problemas de saúde mental também enfrentam riscos adicionais, como exclusão social, discriminação, estigma, dificuldades acadêmicas, comportamentos de risco, problemas de saúde física e violações de seus direitos humanos (OPAS, 2023). As consequências de não abordar a saúde mental dos adolescentes é prejudicial à saúde física e mental, e pode se agravar durante a vida adulta. Ainda, segundo a Organização Pan-Americana da Saúde o suicídio é terceira principal causa de morte entre adolescentes de 15 a 19 anos. Estima-se também que cerca de 10% a 20% dos adolescentes vivem com problemas de saúde mental mas continuam diagnosticados e tratados de forma inadequada.

Portanto, o acesso aos serviços de saúde mental durante a fase da infância e juventude é fundamental para promover o bem-estar emocional, prevenir problemas de saúde mental,

facilitar o desenvolvimento saudável e proporcionar apoio. Dessa forma, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) pode atuar como um importante instrumento para promover a saúde mental da criança e do adolescente no Brasil.

O ECA é uma lei brasileira que estabelece os direitos e deveres das crianças e dos adolescentes no Brasil, garantido a proteção integral e prioritária por parte da família, sociedade e do Estado. Uma importante conquista jurídica e social que visa proteger e promover o bem-estar e os direitos das crianças e dos adolescentes em diversas áreas, incluindo educação, saúde, alimentação, proteção contra abuso e exploração, entre outros aspectos fundamentais (Brasil, 1990).

O ECA busca prevenir e intervir em situações de risco para o bem-estar dos adolescentes, incluindo aquelas relacionadas à saúde mental. Isso pode envolver ações para identificar e apoiar adolescentes em situações de crise. O ECA reafirma e assegura o direito de crianças e adolescentes à saúde, incluindo o acesso aos serviços de saúde mental essenciais para atender as necessidades e amparar os adolescentes que enfrentam desafios relacionados à saúde mental. Conforme os Artigos 11º e 12º o ECA determina também o direito da criança e do adolescente de expressar suas opiniões e participar das decisões que afetam suas vidas, reconhecendo-os como sujeitos de direitos (Brasil, 1990).

Visando a garantia de acesso à atenção psicossocial, o ECA desempenha um papel fundamental no processo de judicialização ao garantir direitos específicos para crianças e adolescentes. A judicialização pode atuar como um mecanismo de acesso à atenção psicossocial de diversas maneiras, contribuindo de forma significativa para garantir direitos e promover mudanças nas práticas de atendimento. O judiciário pode exigir que a administração pública cumpra suas obrigações legais de atendimento, garantindo que o direito à saúde mental seja respeitado (Braga; Coimbra; Kantorski, 2012).

Outro aspecto importante da judicialização é o estímulo à colaboração interinstitucional. O processo judicial pode criar um espaço de diálogo entre as esferas da saúde e da justiça, facilitando o desenvolvimento de práticas interprofissionais que favoreçam o atendimento integral ao paciente. Isso também pode promover a formalização de redes de co-produção entre os serviços de saúde e a justiça, minimizando a dependência de ordens judiciais para acessar serviços. Em relação à mudança no paradigma de atendimento, a judicialização questiona a visão tradicional da "loucura" e da "exclusão", propondo um novo entendimento que enfatiza a necessidade de garantias de direitos e da reabilitação social. Essa mudança contribui para reorientar práticas e saberes no campo da saúde mental, promovendo

um cuidado que respeita a cidadania e busca novas formas de inclusão social (Braga; Coimbra; Kantorski, 2012).

2.2 O Coletivo

O conceito de Coletivo criado por Jean Oury (2009), é profundamente relacionado a um modelo de cuidado que subverte as tradicionais hierarquias institucionais e promove uma forma de trabalho coletivo que considera a singularidade de cada sujeito. Para Oury, não é uma estrutura rígida, mas sim uma "máquina abstrata", ou seja, uma rede dinâmica de interações e encontros que visa produzir efeitos terapêuticos, respeitando a diversidade de saberes e experiências dentro de um espaço coletivo (Geoffroy; Alberti, 2015).

Ele é uma estratégia terapêutica que busca promover a integração dos saberes e a participação ativa de todos os envolvidos no processo, tanto profissionais quanto usuários. Sua ideia central é criar um espaço de encontro, onde as relações não sejam baseadas em uma lógica hierárquica, mas sim em uma troca de experiências que possibilite a construção de novos sentidos e significados para os sujeitos envolvidos. O “encontro” não se dá necessariamente de forma direta, mas pode ocorrer através de relações mediadas por práticas coletivas e pela vida cotidiana (Geoffroy; Alberti, 2015).

Oury propõe que os espaços de cuidado sejam mais abertos e fluidos, permitindo a emergência de experiências inesperadas, longe de técnicas padronizadas e da alienação de um modelo médico tradicional. O Coletivo de Oury é caracterizado por duas funções fundamentais: a função diacrítica (capacidade de reconhecer e valorizar as diferenças) e a função decisória (o exercício coletivo de decidir o que é relevante para os sujeitos dentro daquele contexto). As duas funções atuam em conjunto para criar um ambiente em que a hierarquia e a segregação dos saberes sejam questionadas, e onde o cuidado seja construído coletivamente, respeitando as especificidades de cada sujeito (Geoffroy; Alberti, 2015).

O Coletivo vai além de uma simples prática grupal, ele se refere a um modelo ético e terapêutico que busca romper com a lógica institucional tradicional, criando espaços de troca e reconhecimento mútuo, com o objetivo de tratar e possibilitar uma forma de cuidado mais humanizada e integrada. Dentro dessa perspectiva, o CAPSi, objeto de estudo desta pesquisa, possui como dispositivo inovador na atenção do cuidado às crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, o Coletivo.

Após o acolhimento e a inserção dos usuários no serviço, eles são alocados aos Coletivos de acordo com sua faixa etária e turno escolar. Os Coletivos são organizados da seguinte forma: Prim (de 0 a 5 anos), Cria (de 6 a 9 anos), Adolinha (de 10 a 12 anos) e Adola

(de 13 a 17 anos). Conforme captado durante a observação participante nos Coletivos Adola e Adolinha, as crianças e adolescentes têm autonomia e liberdade no seu cuidado e também fazem parte das decisões em relação às atividades e ou intervenções propostas para aquele grupo (Coletivo), que não se limita a serem realizadas dentro de uma sala de atendimento ou até mesmo dentro da própria unidade.

2.3 Acesso à Atenção em Saúde Mental Infanto-Juvenil

No Brasil, a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência é um direito garantido constitucionalmente a todos cidadãos e compreende o grau de facilidade que os usuários têm de obterem cuidados de saúde conforme suas necessidades, na disponibilidade de recursos em determinado tempo e local, e na capacidade do usuário de perceber, procurar e alcançar os serviços e se envolver com eles (Brasil, 1990).

Com o tempo, o conceito de acesso tornou-se mais complexo, incorporando aspectos difíceis de avaliar. Aday e Andersen (1974) definiram o acesso com base nas características da população e na disponibilidade organizacional e geográfica dos serviços de saúde, sendo uma questão mais política do que operacional. Ronald e Newman (1973) focaram nos determinantes individuais, como renda, cobertura de seguro, atitudes em relação à saúde e estrutura social, além das características das instituições de saúde. Penchansky e Thomas (1981) argumentaram que o acesso pode ser medido por indicadores de resultados, como a satisfação do paciente, e o definiram como o grau de interação entre os indivíduos e o sistema de saúde (Sanchez e Ciconelli, 2012).

Donabedian (1973) usou o termo "acessibilidade", dividindo-a em dois aspectos: o sócio-organizacional, que considera fatores como condição social, cultural, educacional e econômica que afetam o acesso, e o geográfico, relacionado à distância física entre o usuário e os serviços. Donabedian (1973) destacou que "acessibilidade" abrange mais que a simples disponibilidade de recursos, considerando também a adequação da oferta de serviços às necessidades da população. Esses autores demonstram a evolução do conceito de acesso à saúde, considerando desde fatores individuais e geográficos até questões socioeconômicas e organizacionais (Sanchez e Ciconelli, 2012). Sobretudo, para garantir o acesso aos serviços de saúde também é preciso compreender as principais barreiras de acesso.

Um estudo de Gulliver, Griffiths e Christensen, (2010) sobre as percepções de barreiras e facilitadores à busca de ajuda para problemas de saúde mental entre jovens, define entre as principais barreiras de acesso o estigma e o constrangimento, já que muitos jovens se sentem envergonhados ou estigmatizados por procurar ajuda, o que impede que tomem essa

iniciativa. Os autores também apontam que há uma baixa literacia em saúde mental, o que dificulta o reconhecimento dos sintomas de problemas mentais e gera um entendimento limitado sobre a gravidade de sua situação, assim como se observa o conhecimento limitado sobre os serviços de saúde mental. Outra barreira significativa apontada pelos autores é a preferência pela autoajuda, com muitos adolescentes e jovens adultos optando por se apoiar, em vez de buscar ajuda externa (Gulliver; Griffiths; Christensen, 2010).

Preocupações relacionadas à confidencialidade e à confiança também são obstáculos, os jovens frequentemente têm receios sobre a privacidade e a confiança nas fontes de ajuda, o que influencia sua decisão de buscar apoio. Ademais, as características dos prestadores de serviços, como a credibilidade e as atitudes desses profissionais, podem representar barreiras, já que os jovens buscam profissionais que compreendam suas necessidades e que sejam emocionalmente acessíveis. Essas barreiras destacam a complexidade do processo de busca de ajuda e indicam a necessidade de intervenções específicas para melhorar a acessibilidade e a disposição dos jovens em procurar suporte (Gulliver; Griffiths; Christensen, 2010).

Santos (2021) descreve as limitações de acesso em duas categorias: estrutural e cognitiva. As barreiras estruturais referem-se ao alto custo do tratamento, que envolve despesas com locomoção, alimentação e a manutenção do tratamento com medicação, tornando o cuidado inacessível para muitas famílias. A escassez de serviços e profissionais capacitados, prejudica a capacidade da população de acessar o tratamento necessário. O tempo de espera para atendimento também é uma barreira estrutural, já que longos períodos para conseguir uma vaga em serviços especializados podem gerar frustração e descontinuidade no tratamento.

As dificuldades geográficas também são mencionadas, visto que o acesso ao serviço pode ser prejudicado pela distância ou pela falta de transporte adequado, especialmente em regiões vulneráveis. Dentro das barreiras estruturais, nota-se a dimensão organizacional, que por sua vez, está relacionada à estrutura e à gestão dos serviços de saúde mental. A falta de coordenação entre os serviços leva à fragmentação do cuidado, dificultando a experiência dos pacientes ao navegar por diferentes níveis e tipos de atendimento. A ausência de projetos terapêuticos coletivos e interdisciplinares limita a oferta de atendimento adaptado e integrado, que seria mais eficaz para os pacientes. Além disso, a sobrecarga dos serviços, causada pelo alto volume de encaminhamentos e pela procura excessiva, dificulta a capacidade das equipes em atender todos os pacientes de maneira adequada e oportuna (Santos, 2021).

Por fim, segundo a autora, as barreiras cognitivas estão relacionadas às percepções, crenças e entendimentos das pessoas em relação à saúde mental e os serviços disponíveis. A

falta de clareza na comunicação, prejudicada pelo uso de linguagem técnica, dificulta o entendimento da população sobre os serviços de saúde mental, comprometendo sua experiência ao buscar atendimento. As percepções negativas sobre a saúde mental, como o estigma associado ao tratamento, também inibem crianças, adolescentes e suas famílias de procurarem ajuda. Experiências negativas anteriores em serviços de saúde também criam receios e desconfiança, dificultando a disposição das pessoas em buscar ajuda nos serviços disponíveis. Compreender tais limitações é primordial para o aprimoramento de estratégias e facilitadores de acesso para que a população receba o cuidado necessário e adequado.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar os fatores críticos para o acesso e estratégias de melhorias no Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil do Distrito Federal sob a perspectiva das trabalhadoras do serviço.

3.2 Objetivos Específicos

- Descrever as principais barreiras e facilitadores de acesso enfrentadas pelos usuários do serviço segundo as trabalhadoras;
- Sistematizar estratégias de superação das barreiras e potencialidades para favorecer o acesso segundo as trabalhadoras.

4. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo de natureza exploratória. Bosi (2012), atribui à pesquisa qualitativa um conceito que se caracteriza pela busca de respostas que não podem ser traduzidas em números. Ela destaca a pesquisa qualitativa como uma abordagem cada vez mais difundida no campo da saúde coletiva, sendo vista como uma resposta a desafios que excedem as potencialidades dos modelos tradicionais de pesquisa.

A pesquisa qualitativa é, portanto, um meio de explorar questões complexas relacionadas à existência humana e à saúde, permitindo uma compreensão mais profunda dos fenômenos sociais e de saúde, ela critica a tendência de definir a natureza do estudo apenas pela técnica utilizada, sem um fundamento epistemológico (Bosi, 2012).

Sob essa visão, foi realizada uma pesquisa em campo. As técnicas e instrumentos utilizados para produção de dados foram a observação participante, entrevistas individuais semiestruturadas e diário de campo.

Para a investigação científica inicial do estudo foi feito um levantamento bibliográfico utilizando as seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Google Acadêmico, PubMed e Scientific Electronic Library Online (SciELO), onde foi empregado o vocabulário DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) dos quais foram utilizados: “Rede de Atenção Psicossocial”, “Acesso aos serviços de saúde”, “Saúde Mental”, “Barreiras de acesso”, “Saúde do adolescente” no idioma português, inglês e espanhol.

4.1 Cenário e vivência

O estudo foi realizado no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), onde foram realizadas sete idas a campo, das quais duas foram para realização das entrevistas, enquanto as outras constituíram-se da observação participante dentro da unidade, nas atividades dos coletivos, acolhimento e recepção. Essa vivência permitiu uma compreensão dos processos de trabalho do serviço e como eles se relacionam com os obstáculos e facilitadores de acesso da unidade.

O CAPSi é um serviço especializado da RAPS que atende crianças e adolescentes com intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, até 18 anos, incluindo aqueles relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas, até 16 anos. Localizado na região central de Brasília, a unidade abrange as regiões Central, Centro-sul e Leste. O serviço possui caráter aberto e comunitário, acolhendo pessoas por demandas espontâneas ou encaminhadas por outro dispositivo da Rede de Saúde ou da Rede Intersetorial. O primeiro contato do usuário ao CAPSi ocorre através do acolhimento, não havendo necessidade de agendamento prévio (Distrito Federal, 2022).

Na atenção psicossocial, o acolhimento é uma prática ética e política centrada na Política Nacional de Humanização (PNH). Ele envolve o reconhecimento do outro em suas singularidades e sofrimentos, promovendo a dignidade humana e o fortalecimento da autonomia individual. Dentro da RAPS, o acolhimento visa proporcionar cuidados que considerem o contexto de vida do usuário, suas relações e a comunidade, permitindo-lhe ressignificar o sofrimento e melhorar sua qualidade de vida (Sousa. et al, 2023). Nesse sentido, o CAPSi se baseia nessas diretrizes para oferecer um acolhimento humanizado com escuta qualificada ao usuário.

Ainda, no serviço a assistência à saúde mental infantojuvenil é realizada por uma equipe multiprofissional que atua de forma interdisciplinar, composta por: psiquiatras, clínicos, pediatras, psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e equipe de enfermagem. Atualmente a unidade conta com 22 servidores onde sua grande maioria são mulheres e mães, com dinâmica monoparental feminina. O serviço também desfruta de parcerias de estágio com a Universidade de Brasília e o programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental Infantojuvenil da Escola de Saúde Pública do Distrito Federal.

4.2 Aspectos éticos

Este estudo é um recorte de uma pesquisa que foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), via Plataforma Brasil conforme o protocolo de Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE): 81755624.8.0000.5553. Com a aprovação no CEP, as entrevistas foram agendadas conforme a jornada de trabalho dos participantes com autorização de sua gestão direta, em um dia e horário que não prejudicasse suas atividades.

Após o agendamento e confirmação das entrevistas, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que por meio da Resolução CNS N° 466/12, item II-23 e 24 dos Termos e Definições, sobre o assentimento livre e esclarecido, os participantes da pesquisa foram esclarecidos sobre sua natureza, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa lhes acarretar, na medida de sua compreensão e respeitados em suas singularidades. Considerando os aspectos éticos da pesquisa de confidencialidade e anonimato, as entrevistas foram codificadas em: E1, E2 e E3.

4.3 Participantes

Para seleção e recrutamentos dos participantes nas entrevistas foram considerados os seguintes critérios de inclusão e exclusão:

- a)** Incluído trabalhadores(as) que estão inseridos a pelo menos 1 ano no serviço;
- b)** Incluído trabalhadores(as) que assinaram e estão de acordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- c)** Excluído trabalhadores(as) que estejam afastados e ou de férias.

Seguindo os critérios de inclusão e exclusão, foram realizadas três entrevistas individuais com um roteiro semiestruturado. Quanto as características das entrevistadas, todas eram do sexo feminino, refletindo diretamente no perfil predominante do serviço. As mesmas

possuíam de 5 a 20 anos de atuação no CAPSi. Duas das entrevistas ocorreram presencialmente nas salas de atendimento da unidade e uma foi realizada remotamente via Google Meet. As entrevistas tiveram uma duração média de uma hora e meia, foram gravadas e transcritas para serem utilizadas na categorização e análise dos resultados.

4.4 Observação participante

Mattos (2011), descreve a observação participante como um método que requer longos períodos de observação para que o pesquisador possa validar e compreender o significado das ações dos participantes de forma representativa. Essa abordagem é indispensável para captar tanto os padrões previsíveis de comportamento quanto os eventos menos previsíveis que ocorrem em contextos interativos específicos.

A partir da observação e da participação nas atividades da unidade, que variaram de três a seis horas de duração durante sete dias de campo, foi possível captar nuances e significados que poderiam ser perdidos em métodos de pesquisa mais distantes ou menos imersivos. O diário de campo, um dos instrumentos utilizados na pesquisa, serve como um espaço essencial para registrar observações, reflexões e interações durante o trabalho de campo. Isso possibilita a coleta de dados detalhados que refletem a realidade observada (Cachado, 2021).

Construído no decorrer da realização das atividades, o diário de campo, teve a finalidade de relatar as principais questões, cenas e reflexões da pesquisadora que se mostraram relevantes ao tema da pesquisa.

4.5 Categorização

A partir dos dados capturados através das entrevistas individuais, diário de campo e observação participante nas atividades do serviço, foi realizada uma categorização mista (Laville, Dionne, 1999) com dimensões prévias à inserção em campo e dimensões emergentes que surgiram seguidas à vivência em campo. Baseada na revisão de literatura previamente apontada por Santos (2021) e Gulliver, Griffiths, Christensen, (2010) foi possível descrever os fatores críticos de acesso enfrentados pelos usuários do serviço segundo as trabalhadoras entrevistadas, categorizando as barreiras e facilitadores em dimensões estruturais, organizacionais e cognitivas.

Quadro 1. Categorização dos fatores críticos para o acesso de crianças e adolescentes ao CAPSi da região Central de Brasília segundo as entrevistadas.

CATEGORIA	BARREIRAS	FACILITADORES
Dimensão Estrutural	I. Estrutura Física II. Judicialização III. Gestão de pessoas IV. Falta de recursos V. Vulnerabilidade social VI. Localização do serviço VII. Absenteísmo de usuários VIII. Mobilidade urbana	I. Regime porta aberta II. Demanda espontânea III. Judicialização IV. Táxi Gov
Dimensão Organizacional	I. Absenteísmo profissional II. Organização do trabalho III. Sobrecarga de profissionais IV. Alta médica V. Articulação com a Rede VI. Relação interpessoal	I. Gestão participativa II. Modelo de Atenção do Coletivo III. Articulação com a Rede IV. Engajamento V. Trabalho interprofissional VI. Educação permanente VII. Parcerias
Dimensão Cognitiva	I. Estigma II. Patologização III. Adesão ao tratamento IV. Limitação linguística	I. Inclusão social II. Quebra do estigma III. Criação de vínculo

Fonte: Elaboração própria, 2025.

4.6 Limitações do estudo

O estudo apresenta limitações principalmente em relação ao tempo, parte da coleta de dados foi realizada em um curto período de tempo que coincidiu com as festas de final de ano onde o serviço suspende as atividades do coletivo e o número de profissionais disponíveis para realização das entrevistas se torna limitado. Outra limitação pode estar ligada às percepções e experiências subjetivas dos profissionais entrevistados, que embora forneçam informações valiosas, podem não capturar plenamente a complexidade do acesso e da utilização dos serviços de saúde mental em outras regiões de Brasília. Não ter aplicado o enfoque de gênero e raça/cor, soma-se a outra limitação significativa.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Feita a análise e interpretação dos dados coletados, os resultados serão apresentados segundo três aspectos: **I.** Principais barreiras e facilitadores de acesso segundo as trabalhadoras entrevistadas; **II.** Convergências e divergências entre as trabalhadoras; **III.** Recomendações e estratégias de superação das barreiras para favorecer o acesso.

I. Principais barreiras e facilitadores do acesso ao CAPSi segundo as trabalhadoras entrevistadas

Dentro da categoria denominada como dimensão estrutural, definida por Santos (2021) como obstáculos físicos e estruturais que dificultam o acesso ao tratamento e aos serviços de saúde mental, as principais barreiras de acesso identificadas no estudo, referem-se à estrutura física do serviço, a gestão de pessoas, a falta de recursos do serviço, a vulnerabilidade social dos usuários e a localização do serviço. O acesso geográfico e a questão financeira dos usuários foram as principais barreiras descritas pelas entrevistadas.

O acesso é muito dificultado por conta da distância e do financeiro, muitas famílias não têm dinheiro, condições (...) as vezes é muito caro vir para cá porque tem família que gasta quatro passagens de ônibus por cada integrante para vir para cá, e é muito caro para eles, essa é a primeira barreira assim de acesso, que é o financeiro a distância. - (E1)

(...) a gente se depara também com a questão da vulnerabilidade social das famílias, apesar de atender diversas classes sociais, por quê? porque a gente atende a região central que tem a sua singularidade, enfim, mas a gente atende toda a leste, outras regiões, a gente tem que saber lidar com isso também. - (E2)

O CAPSi abrange 19 RAs e apesar de estar localizado na região central de Brasília, os moradores das outras regiões enfrentam dificuldades em relação a distância do serviço com seu local de moradia, além disso, o transporte acaba sendo custoso, demorado e muitas vezes limitado. A questão geográfica também limita a busca ativa dos usuários, como foi relatado em uma reunião de equipe.

Acho que a principal (barreira) é a distância né, principalmente quem é da região leste, da centro-sul também, tem linhas de ônibus? tem transporte que chega aqui? tem, mas eles falam que a maioria tem o horário certo que passa aí se perde, demora né, passa outro só daqui uma hora, os pacientes chegam muito atrasado aqui no CAPSi, maioria, principalmente os que moram mais longe (...) eu acho que a barreira de acesso é isso do CAPSi ser longe da região de moradia deles. - (E3)

A estrutura física como barreira de acesso foi fortemente apontada entre as entrevistadas. Por ser um serviço que divide espaço com outro serviço, o CAPSi enfrenta diversos obstáculos em relação a sua infraestrutura física. A unidade conta com pequenas

salas e em poucas quantidades para atendimento, que ficam localizadas no segundo andar da unidade. O absenteísmo dos usuários e adesão do tratamento, relatada por profissionais durante uma reunião de equipe, também são barreiras estruturais que podem ser justificadas pelo estigma, fatores individuais dos usuários e a vulnerabilidade social. Outra barreira da dimensão estrutural que foi identificada e emergiu durante a experiência em campo foi sobre o processo de judicialização.

A necessidade de cumprir com ordens judiciais pode introduzir um nível de burocracia que atrasa o atendimento, pois os processos legais exigem documentação, laudos e relatórios que precisam ser preparados e apresentados. Como resultado, pode haver uma atenção fragmentada, onde o apoio psicológico e social necessário não é adequadamente fornecido, prejudicando a continuidade do atendimento. A judicialização também pode criar tensões entre o judiciário e os serviços de saúde, gerando conflitos interinstitucionais. Os gestores, ao sentirem que suas decisões e autonomia estão sendo minadas, podem adotar uma postura mais cautelosa, o que afeta a qualidade do atendimento e o fluxo normal das operações. Ademais, com o aumento das demandas judiciais, as instituições podem ser forçadas a redirecionar recursos e atenção para a resolução dessas questões legais, comprometendo a disponibilidade de serviços para outros pacientes e prejudicando o fluxo geral de atendimento (Braga; Coimbra; Kantorski, 2012).

Em uma reunião de equipe, foi pautado por uma servidora a questão da judicialização para conseguir atendimento na unidade. Ela relatou que assim como potencializador para facilitar o acesso, o processo de judicialização para conseguir um atendimento pode causar um desequilíbrio na distribuição e fluxo de atendimentos da unidade gerando um acesso desigual ao CAPSi, visto que o mesmo é porta aberta.

No momento em que a gente resolveu fazer a porta aberta, é porta aberta para tudo, não precisa judicializar o negócio, é porta aberta, mas demorou pro povo entender isso, porque ainda acha que vindo de cima tem um acesso mais rápido. - (E1)

Como facilitador da dimensão estrutural, a unidade usufrui do Táxi Gov, um serviço de transporte de servidores e colaboradores em deslocamentos a trabalho com o uso de táxis (Brasil, 2018). O serviço foi implementado há cerca de um ano na unidade, e segundo relato da gerência, é muito utilizado para realização de matriciamento e assembleias que ocorrem em outras regiões. Entre os facilitadores dessa mesma categoria, o serviço possui regime de porta aberta e atendimento por demanda espontânea. Essa forma de atendimento implica que os pacientes não precisam agendar previamente uma consulta, podendo buscar ajuda

diretamente quando necessário, o que é uma estratégia para facilitar o acesso aos serviços de saúde mental.

Em relação à dimensão organizacional, conforme discutido no estudo de Santos (2021), as barreiras organizacionais referem-se a desafios que surgem na estrutura e na gestão dos serviços, interferindo na capacidade de acesso e na continuidade do atendimento. As entrevistadas relataram que as principais barreiras dessa categoria estão associadas ao absenteísmo de servidores, a organização do trabalho, a sobrecarga dos profissionais e a relação interpessoal. Atualmente o serviço conta com uma equipe pequena que fragiliza o fluxo de atendimento na unidade.

A questão da alta médica também foi apontada como barreira organizacional.

(...) tem um momento de entender que precisa seguir com as próprias pernas né, esse momento é mais difícil, porque acabam criando uma dependência daqui, porque é o único lugar que acolhe, o único lugar que escuta (...) a alta é bem difícil, nossa senhora, como é difícil quando a gente começa a falar em alta o povo já começa a arranjar um monte de coisa ruim de novo, (...) porque as famílias já tem tão pouco aí o que elas recebem aqui, elas querem manter, manter, manter, manter, aí tem a preocupação com o médico também, né, a questão da medicação, como é que eu vou ficar sem a medicação, na rede a gente sabe que não é fácil, então o processo pós CAPSi é difícil. - (E1)

A articulação com a Rede conforme relatado, além de ser uma fragilidade é também uma potencialidade do acesso.

(...) acaba que o que é fragilidade também se torna potência, por quê? porque a gente é obrigado a acionar mais a rede quando a gente tem uma rede articulada onde eu responsabilizo cada ator no seu papel, onde os dispositivos conseguem se colocar a gente pode dialogar e construir as estratégias de cuidado para cada caso, a gente não fica sobrecarregado, eu não promovo desassistência na minha assistência, e a gente consegue construir essa ponte porque eu acredito demais na rede e aí como maior potencial do nosso serviço é a rede (...) apesar de tudo, a gente faz um trabalho incrível em rede, destacando os projetos que a gente possui, que são inclusive resultado de pesquisas, de materiais publicados até pela própria residência, pesquisas científicas, enfim, projeto construindo redes com atenção primária, projeto CAPSi vai às escolas para que a gente pudesse se aproximar mais ainda das escolas, projeto janelas onde a gente fez um trabalho, continua fazendo um trabalho de aproximação com as unidades do socioeducativo, então assim, apesar de tudo a gente tem vontade de fazer, então o esforço da equipe para que a gente possa manter a porta aberta para que a gente não perca a qualidade é para que a gente possa dialogar aí estratégia a nível de gestão. - (E2)

As dimensões da categoria organizacional foram as mais predominantes como facilitadoras e potencializadoras do acesso. Velasco et. al (2020) em revisão sistemática evidenciou o papel da escola para diminuir a barreira de acesso à saúde mental. Quando observado em um dos acolhimentos, na vivência em campo, foi possível identificar a articulação da escola com o conselho tutelar, para assegurar o acesso dos usuários ao CAPSi.

Ainda, segundo as entrevistadas, a unidade possui um forte vínculo com a Rede, e realiza pelo menos uma vez ao mês um trabalho de matrículamento e busca ativa de pacientes.

A gente a princípio uma vez no mês que é a última semana do mês geralmente, gente para a atividade coletiva para que a equipe daquele coletivo possa se organizar em outras ações que são necessárias, como reunião com algum outro órgão, uma visita domiciliar, chamar individualmente aqui uma família ou aquele adolescente, fazer buscas ativas né, para ver para tentar dar uma organizada melhor, porque quem tá vindo tá vindo, tá demandando, estamos lá né, aí nesse nessa última semana do mês a nossa proposta é ficar mais atenta a quem não tá vindo, a quem tá precisando da nossa ajuda, mas de alguma forma não tá acessando e por que não tá acessando né? essa é nossa proposta (...) quando a gente tava com a equipe mais robusta, tipo não vieram tantos, a equipe tinha muita gente aí naquele dia não, então esse tanto vai ficar aqui por conta do coletivo dos meninos, da atividade e esse outro tanto já vai fazendo busca ativa né, então é assim mais ou menos que a gente funciona. - (E1)

Também, foi fortemente relatado a questão da atuação no território, visto que a unidade está localizada próxima a parquinhos, shoppings e comércios, proporcionando o acesso à cultura e lazer.

(...) foi muito bom fazer essas atividades externas e com o tempo também a gente começou a ver que podia explorar aqui nosso território, então a gente começou a ir pra quadra, descobriu uma quadra ali, aí tinha alguns adolescentes que gostavam de jogar bola, aí levávamos bola e íamos jogar com eles lá também, tinha os parquinhos também, a gente começou também a explorar esses parquinhos, os shoppings né, que a gente tem aqui próximo, temos dois shoppings, a gente ia muito né, com eles, principalmente com os adolescentes, eles que gostavam mais e aí a gente começou a ficar atento com essas questões de atividades culturais. - (E3)

Ainda, na dimensão organizacional foi identificado as parcerias intersetoriais. Segundo Akerman, et. al (2014), as parcerias intersetoriais podem ser entendidas como arranjos colaborativos entre diferentes setores e esferas de governo que visam promover a integração e a eficiência na gestão pública. Essa articulação exemplifica como a intersetorialidade pode funcionar na prática, contribuindo para uma abordagem mais holística nas intervenções sociais, as parcerias intersetoriais são vistas não apenas como um mecanismo de gestão, mas como uma forma de fomentar a participação social e o empoderamento comunitário.

Essa colaboração entre setores é essencial para a construção de políticas públicas mais integradas e capazes de responder adequadamente às demandas da população. Conforme relatado e observado, o serviço desfruta de diversas parcerias intersetoriais com universidades, programas de residência e outros setores públicos e privados, que potencializam o acesso.

Da mesma forma, o trabalho interprofissional, que pode ser compreendido pela gestão participativa, engajamento, flexibilidade no horário para atendimento, trabalho em equipe e educação permanente, foram fatores pontualmente expressados como potencialidades do acesso. Meneses (2023) define o "trabalho interprofissional" como a colaboração entre

profissionais de diferentes áreas, com o objetivo de oferecer um atendimento integrado às necessidades dos pacientes, famílias ou populações. Esse processo envolve reflexão contínua e compartilhamento de conhecimentos para melhorar a participação do usuário e resolver questões de forma colaborativa. A autora também distingue o trabalho interprofissional da interprofissionalidade, que abrange a educação e a prática colaborativa, sendo alimentada por conceitos como parceria, compartilhamento e interdependência, essenciais para o desenvolvimento de uma atuação coletiva eficaz.

Durante uma das entrevistas o termo “agenda afetiva” surgiu como potencializadora do trabalho em equipe. Agregado ao que foi relatado nas entrevistas e vivenciado em campo, a agenda afetiva flexibiliza e cativa o processo de trabalho entre os servidores.

Eu costumo dizer pra equipe que nossa agenda é afetiva, para mim é uma riqueza essa agenda, porque ali a gente organiza tudo, tô falando de uma organização anual mesmo dos eventos e das atividades coletivas, o que a gente vai precisar se reorganizar a nível de território envolvendo a rede ou até o próprio CAPSi internamente falando, e ela é afetiva por quê? porque eu preciso ter um olhar cuidadoso sobre a minha equipe, se eu não tenho um olhar cuidadoso e eu não enxergo esse servidor como pessoa antes de qualquer coisa, porque a gente estava visitando alguns minutos atrás o manual da força do dimensionamento do RH, as horas, mas a gente tá falando de pessoas, gente cuidando de gente né, a gente se dispõe a devolver vidas né, e às vezes com todas as suas dificuldades da vida. Então quando eu falo que é afetiva é tentar ter um olhar cuidadoso sobre as particularidades de cada um, é de pensar uma escala, que seja tranquila, maioria da nossa equipe são mulheres, mães, então cada um tem sua rotina (...) se esse servidor ele tá feliz, se ele acredita no trabalho se ele tem um ambiente favorável para que ele possa realizar o trabalho dele, mesmo com todas as dificuldades, mas que ele também tenha um espaço de escuta, de fala, a gente consegue avançar como serviço, aí não sou só eu ganhando, todo mundo ganha, inclusive nosso usuário e as nossas famílias. - (E2)

Por fim, a principal barreira cognitiva identificada no serviço é em relação ao estigma e preconceito do cuidado à saúde mental, a busca pelo tratamento e a constante patologização de transtornos mentais.

(...) as crianças precisam ter lugares onde elas possam estar né, pertencer, ser incluídas e aí né, eu lembro que na assembleia um dos grandes sofrimentos dos pais principalmente das mães que mais participam é que as crianças, os filhos não pertencem a lugar nenhum porque eles não são aceitos em nenhum lugar né, eles não são aceitos da forma que eles precisam, não são aceitos na escola, eles não têm uma inclusão adequada (...) a sociedade não aceita essas crianças né, e patologiza o tempo inteiro né, então acho que talvez esse seja um dos poucos espaços em que eles têm algum tipo de pertencimento de acolhimento né, acho que falta isso, falta mais acolhimento mesmo em todos os lugares de produção de vida né, é produção de vida em todos os espaços, não é mais CAPS a resposta, acho que isso é uma coisa mais macro não é a nível da rede de saúde a gente tá pensando numa coisa de sociedade de como a gente vê mesmo né a vida. - (E2)

Entre as barreiras cognitivas definidas por Santos (2021) existe a barreira da linguagem técnica que a equipe utiliza e dificulta a compreensão do conhecimento entre os

usuários e seus familiares, no caso estudado não foi observado essa realidade, entretanto uma barreira do tipo de linguagem identificada que emergiu durante a vivência em campo, foi em relação à procura do serviço por uma adolescente estrangeira, onde mesmo acompanhado por uma tradutora, houve perda de informações.

Dados do relatório anual do Observatório das Migrações Internacionais (Obmigra), mostram que no Centro-Oeste houve um registro de 7.881 imigrantes no primeiro semestre de 2024. Consequentemente, a procura de serviços do SUS pela população migrante torna-se uma realidade significativa, reforçando a necessidade de produção de evidências sobre esse grupo nas diferentes políticas sociais, para que seja possível maior focalização delas. Com isso, os serviços de saúde precisam se preparar para o enfrentamento de barreiras linguísticas (Obmigra, 2024).

Como facilitador dessa mesma categoria, foi observado nas entrevistas e idas a campo a postura dos profissionais em relação a redução e quebra de estigmas dentro dos coletivos e acolhimento, assim como a promoção de atividades e ações que fazem com que as crianças e adolescentes sejam pertencentes de grupos sociais que também está ligado a construção do vínculo com o usuário, ajudando na adesão e continuidade ao tratamento.

(...) isso é sempre muito colocado bem no acolhimento, a gente não vai julgar, a gente tá aqui para te ajudar, todo mundo tá aqui porque tá com sofrimento, cada um sofre de um jeito diferente, você tá sofrendo assim, tem outro que sofre de tal forma, você viu aquele menininho lá embaixo, pois é, a forma dele demonstrar que tá sofrendo, mas eu não sou igual a ele, eu falei: igual ninguém. aí eu vou tirando essa coisa do normal e do louco, vou dizer o que que é normal gente, o que é ser normal, fala aí, aí eu começo, se ser normal é assim, eu não quero ser normal não, prefiro os loucos mesmo, louco é mais divertido, o que é ser louco? a loucura é fazer uma coisa que ninguém espera, né? loucura é saltar de paraquedas, pra pessoa que salta de paraquedas não é loucura, pra gente que não quer saltar é, aí eu começo aí eu vou tirando essas ideias preconcebidas das coisas e digo dá uma chance vem um dia, vem dois dias dá uma chance vê como é. - (E1)

(...) tem resistência, preconceito, não quer e quando vem, começa a fazer vínculo, aí vira amigo, alguns namoram é bem nesse sentido né, aí tipo a relação social que não tem lá fora (...) aqui dentro consegue criar vínculos de amizade, cria um vínculo de pô tu passa a mesma coisa que eu? ou tu tá mais lascado que eu velho? isso gera uma identificação né, aí eles gostam de estar aqui, se conectam, na maioria das vezes se conectam, isso mais é adolescente, já as crianças elas vão aprendendo estar no mundo que tem outras pessoas e que vão ser frustrados o que que vou fazer com essa minha frustração, habilitar mais, ajudar esses pais a estarem mais preparados para lidar com essas questões de frustração, de crise, de birra, né (...) acho que é muito a coisa da convivência que isso facilita demais assim, sabe a vida deles, tanto que eles começam a gostar de vir. - (E1)

(...) aqui a criança ela vai ter um lugar que é dela, aonde ela vai escolher o que vai acontecer no coletivo, que ela vai dizer o que ela realmente não gostou também e aí eu acho que a gente vai ampliando, sabe, no que aquela árvore assim que vai criando os ramos né, aí a gente vai alcançando e acessando esses outros espaços para que essa criança ela consiga de fato sentir que os seus direitos eles realmente estão estabelecidos que não é faz de conta. - (E2)

II. Convergências e divergências entre as trabalhadoras

Em relação às barreiras e facilitadores de acesso houve convergências entre as três categorias. Dentro da dimensão estrutural, as convergências identificadas entre as três entrevistadas, quanto as barreiras de acesso foram: estrutura física e localização do serviço, vulnerabilidade social e absenteísmo dos usuários, mobilidade urbana e falta de recursos do serviço. Já em relação aos facilitadores a única convergência foi sobre o regime porta aberta adotado pelo serviço. O processo de judicialização foi uma categoria singular, sendo apontada como barreira e facilitador apenas por uma das entrevistadas. O Táxi Gov, também foi relatado como facilitador somente por uma entrevistada.

Novamente as entrevistadas tiveram um ponto em comum, ao relatarem as dimensões organizacionais como grandes potencializadores do serviço. Elas apontam que há flexibilidade em relação aos horários de atendimento, uma forte articulação com a rede, engajamento entre os profissionais e cultivo do trabalho interprofissional. Relativamente às barreiras, há convergências quanto à escassez e sobrecarga dos profissionais, a organização do trabalho e gestão de pessoas, a alta médica, a articulação com a Rede e a relação interpessoal entre os servidores.

No que se refere à dimensão cognitiva, não houve divergências quanto aos facilitadores dessa categoria, visto que os profissionais do serviço assumem a responsabilidade na criação do vínculo com os pacientes, inclusão dos mesmos e quebra de estigmas. Todavia, as entrevistadas concordam que as principais barreiras cognitivas enfrentadas pelo serviço são o estigma e a constante patologização do sofrimento psíquico, que também reflete no abandono do tratamento. A limitação linguística foi uma categoria singular emergente da observação participante em um dos acolhimentos.

III. Recomendações e estratégias de superação das barreiras para favorecer o acesso segundo as trabalhadoras

Observa-se que as principais estratégias de superação das barreiras de acesso segundo as trabalhadoras entrevistadas são alusivas à categoria dos facilitadores previamente mencionados no estudo. Teixeira, Couto e Delgado (2017), em um estudo sobre facilitadores e barreiras à atenção psicossocial de crianças e adolescentes, apontam algumas estratégias para a superação dessas barreiras, entre as quais os autores destacam a proposta de implementar uma comunicação sistemática entre os diferentes atores envolvidos nos cuidados. Entre as diretrizes para atenção em Saúde Mental de Crianças e Adolescentes (SMCA), é definido

como estratégia de enfrentamento da lacuna assistencial e da falta de continuidade do cuidado na atenção psicossocial, o trabalho em rede, que requer, entre suas competências e atribuições, o trabalho colaborativo entre a SMCA e demais esferas do território (Teixeira; Couto; Delgado 2017).

O fortalecimento da orientação do CAPSi em relação ao seu funcionamento para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) pode ajudar a desmistificar o serviço e melhorar o acesso. Por exemplo, foi mencionado no estudo de Teixeira, Couto e Delgado (2017), que o CAPSi orientou a ESF sobre sua porta de entrada aumentando a comunicação. Ao incentivar os profissionais a tomarem a iniciativa e se envolverem ativamente na criação de soluções conjuntas pode gerar um ambiente mais colaborativo. O estudo destaca que essa abordagem pode reduzir a distância entre as equipes e contribuir para um cuidado mais contínuo. Ao todo, a pesquisa sugere que é necessário melhorar a difusão de informações sobre o funcionamento e os recursos existentes no território. Essas estratégias visam a promoção de um cuidado mais integrado e menos fragmentado, facilitando o acesso dos usuários aos serviços de saúde mental (Teixeira; Couto; Delgado 2017).

Baseando-se na literacia de Teixeira, Couto e Delgado (2017), foi possível identificar através das entrevistas e observação participante que o CAPSi da região central de Brasília já adota tais estratégias como superação de barreiras, visto que o serviço apresenta um forte engajamento entre os profissionais, possui uma gestão participativa, reuniões de equipe semanais onde é feita a discussão de casos e compartilhamento dos saberes. Para mais, a gerência e profissionais do serviço ampliaram o vínculo com a rede de saúde do DF e outros serviços intersetoriais.

Como foi experienciado em campo, o serviço constantemente desfruta da colaboração entre escola, assistência social e conselho tutelar como facilitador na criação de redes de apoio e na orientação do usuário até o primeiro contato com o serviço. Essa articulação exemplifica como a intersetorialidade pode funcionar na prática, contribuindo para o acesso de crianças e adolescentes ao CAPSi.

Santos (2021), aponta que a promoção de campanhas de conscientização sobre saúde mental, que ajudam a desestigmatizar os transtornos mentais e informar as famílias sobre como e onde buscar ajuda. Ela destaca que a educação é um caminho crucial para encorajar a busca por serviços. Semelhante ao que Santos (2021) aponta como estratégia de superação das barreiras de acesso, o CAPSi da região central, conforme relatado nas entrevistas, possui o programa CAPSi vai às escolas que surgiu através de uma iniciativa de um programa de residência da saúde mental infantojuvenil. O programa tem como objetivo fazer visitas em

escolas trazendo reconhecimento e visibilidade ao trabalho desenvolvido dentro dos coletivos e do serviço. A partir dessa dinâmica é possível acessar os profissionais e alunos utilizando o método do coletivo para discutir sobre a performance do aluno na escola, suas necessidades e percepções em relação ao cuidado em saúde mental.

Outra estratégia identificada que o serviço adota para superação de barreiras cognitivas, é em relação a postura dos profissionais em reduzir estigmas e preconceitos acerca do cuidado em saúde mental, dentro dos coletivos e acolhimento. O serviço também adota ações e parcerias que influenciam na inclusão social dos usuários e na superação desta barreira.

Observado a barreira linguística em relação ao idioma no serviço, sugere-se a adoção do “Guia de Acolhimento aos Migrantes, Refugiados e Apátridas”, sobre os serviços públicos de saúde. O objetivo do guia é apresentar, direcionar e orientar essas pessoas acerca de seus direitos no âmbito do SUS. Ainda, para o enfrentamento da barreira de idioma, recomenda-se o uso de dois documentos elaborados pela Organização Internacional para as Migrações (OIM, 2021). A “Cartilha para Acolhimento de Migrantes Internacionais em Unidades de Saúde” que apresenta traduções de termos importantes com o intuito de ajudar profissionais que atendem no acolhimento e triagem e o documento intitulado de “Assistência em Saúde Mental e Atenção Psicossocial à População Migrante de Refugiada no Brasil”.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo revela importantes perspectivas relacionadas à saúde mental de crianças e adolescentes ao abordar os fatores críticos para o acesso a um serviço da atenção psicossocial especializada localizado no Distrito Federal, contribuindo assim para uma literatura relativamente recente no país, que destaca a relevância do acesso e cuidado à saúde mental infantojuvenil.

Sob a ótica das trabalhadoras inseridas no serviço e uma prévia fundamentação teórica, entre as principais barreiras e facilitadores de acesso ao Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil, nota-se três dimensões: estrutural, organizacional e cognitiva.

A dimensão estrutural do acesso refere-se aos fatores que envolvem a organização, condições socioeconômicas, recursos, acesso geográfico e a infraestrutura do serviço. Entre as barreiras de acesso dessa dimensão as trabalhadoras destacam: estrutura física; judicialização; gestão de pessoas; falta de recursos; vulnerabilidade social; localização do serviço; absenteísmo de usuários; mobilidade urbana. Como facilitador dessa categoria nota-se o

regime de porta aberta, atendimento por demanda espontânea, a judicialização e o serviço Táxi Gov.

De mesmo modo, a dimensão organizacional está relacionada à forma como os serviços são estruturados e geridos, afetando tanto a qualidade do atendimento quanto a eficiência no atendimento às demandas da população. Como barreira dessa dimensão destaca-se: absenteísmo profissional; relação interpessoal; organização do trabalho, gestão de pessoas e sobrecarga de profissionais; alta médica; articulação com a Rede. E como facilitador os profissionais relataram o forte engajamento entre a equipe, a articulação com a Rede, o trabalho interprofissional, o modelo de atenção do coletivo e as parcerias com o serviço.

A última dimensão denominada cognitiva, condiz com o estigma e preconceitos que estão atrelados ao cuidado da saúde mental. O estigma como foi relatado pelos profissionais é a principal barreira cognitiva de acesso a unidade e como forma de enfrentamento os mesmos adotam posturas que enfatizam a redução e quebra do estigma.

Considera-se ainda que a identificação dessas barreiras pode contribuir no desenvolvimento de estratégias que favoreçam o acesso de crianças e adolescentes aos serviços de saúde mental do Distrito Federal. Da mesma maneira, o presente estudo apresenta aspectos de transferibilidade abrindo portas à novas investigações científicas que possam colaborar com o enfrentamento desigual do acesso à saúde.

Sugere-se que em estudos futuros no contexto dessa pesquisa, investiguem se há barreiras relacionadas às normas de gênero, pois Sheikh. et al (2024) identificaram que precisa ser melhor pesquisado a conformidade com as normas de masculinidade como barreira de acesso ao cuidado em saúde mental. Regio. et al (2023) também apontam a importância da interseccionalidade que se relaciona com o acesso à saúde ao evidenciar como as diferentes dimensões da identidade social, como raça, gênero, classe e outros fatores, interagem para moldar as experiências e oportunidades de indivíduos dentro do sistema de saúde.

“Só vivendo o CAPSi”

A frase acima dita por uma das entrevistadas refletiu na importância da vivência do serviço para compreendê-lo e enxergar as singularidades que ali existem. O embasamento teórico foi fundamental como condutor do estudo e permitiu a identificação de fatores associados ao acesso do serviço. Todavia, o método qualitativo adotado pela pesquisadora possibilitou a experiência em campo durante o período de sete dias, onde foi possível

caracterizar e distinguir as necessidades dos usuários para acessarem o serviço considerando as particularidades do CAPSi da região central. A vivência em campo também proporcionou a junção de saberes entre trabalhadores de diversas especialidades presentes naquele serviço. Nesse sentido, o olhar sanitarista floresce dimensões na promoção do direito à saúde e contribui no desenvolvimento de estratégias potencializadoras para o acesso a serviços de saúde. A fala da entrevistada demonstra a imensidão do trabalho que é feito na unidade e apesar de todas as dificuldades, o serviço se “desenrola” para continuar dando assistência a crianças e adolescentes.

7. REFERÊNCIAS

- ADAY LA, ANDERSEN R. **A framework for the study of access to medical care.** Health Serv Res. 1974 Fall;9(3):208-20. PMID: 4436074; PMCID: PMC1071804. Disponível em: <https://PMC.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1071804/>. Acesso em: 27 mar. 2024.
- AKERMAN, Marco et al. **Intersetorialidade? IntersetorialidadeS!.** Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2014, v. 19, n. 11, pp. 4291-4300. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320141911.10692014>. ISSN 1678-4561. Acesso em: 26 jan. 2025.
- ANDERSEN R, NEWMAN JF. **Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States.** Milbank Mem Fund Q Health Soc. 1973 Winter;51(1):95-124. PMID: 4198894. Disponível em: <https://PMC.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2690261/>. Acesso em: 27 mar. 2024.
- ASSIS, Marluce Maria Araújo; JESUS, Washington Luiz Abreu de. **Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/QLYL8v4VLzqP6s5fpR8mLgP/?lang=pt>. Acesso em: 14 set. 2023.
- BRAGA, G. C.; COIMBRA, V. C. C.; KANTORSKI, L. P. **Cartografando encontros em uma rede de trabalho afetivo: a judicialização e a atenção psicossocial.** Ciência, Cuidado e Saúde, v. 11, n. 4, p. 739-747, 11. Disponível em: https://app.uff.br/observatorio/uploads/Cartografando_encontros_em_uma_rede_de_trabalho_afetivo_a_judicializa%C3%A7%C3%A3o_e_a_aten%C3%A7%C3%A3o_psicossocial.pdf. Acesso em: 23 jan. 2025.
- BRASIL. **Decreto N° 9.287, de 15 de fevereiro de 2018.** Dispõe sobre a utilização de veículos oficiais pela administração pública federal direta, autárquica e fundacional. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/decreto/D9287.htm. Acesso em: 26 jan. 2025.

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. Brasília, DF. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 14 set. 2023.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 14 set. 2023.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília, DF. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 29 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Portal de Imigração Laboral. **As dinâmicas migratórias nas macrorregiões do Brasil, 2024.** Disponível em: [Relatórios Anuais - Portal de Imigração](#). Acesso em: 26 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 544, de 10 de março de 2017.** Nota Técnica Nº 003/2017. Proposta de Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Saúde Coletiva. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2018/res0544_14_02_2018.html. Acesso em: 25 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nos. 196/96, 303/2000 e 404/2008. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acesso-a-informacao/legislacao/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf/view>. Acesso em: 10 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos.** Brasília; Ministério da Saúde; 2014. 59 p. Livrotab. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mis-37306>. Acesso em 19 ago. 2024.

BOSI, M. L. M.. (2012). **Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 575–586. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300002>. Acesso em: 27 mar. 2024.

CACHADO, R. Diário de campo. **Um primo diferente na família das ciências sociais.** *Sociologia & Antropologia*, v. 11, n. 2, p. 551–572, maio 2021.

<https://www.scielo.br/j/sant/a/nXMB9xWnGZmbHNqGf6MM6Ts/?lang=pt>. Acesso em: 26 jan. 2025.

COSTA, N. DO R.; CORRÊA, S. G. DE P.; SILVA, P. R. F. DA. **Considerações sobre a acessibilidade nos Centros de Atenção Psicossocial no Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 20, n. 10, p. 3139–3150, out. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/4gs3dHxYYkH6LmQOSXxfLvs/#>. Acesso em: 14 set. 2023.

COSTA, P. H. A. DA.; COLUGNATI, F. A. B.; RONZANI, T. M. **Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: revisão sistemática da literatura.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 20, n. 10, p. 3243–3253, out. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/45CS4GkMvpVYZWVNfNLsdhr/?lang=pt#>. Acesso em: 27 mar. 2024.

CUBAS, J. M.; VOSGERAU, D. S. R.; CARVALHO, D. R. **Fatores que interferem no acesso aos serviços de saúde mental por crianças e adolescentes.** Revista Brasileira em Promoção da Saúde, [S. l.], v. 31, 2018. DOI: 10.5020/18061230.2018.8642. Disponível em: <https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/8642>. Acesso em: 27 mar. 2024.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do DF. Subsecretaria de Atenção à Saúde. Diretoria de Serviços de Saúde Mental. **Relatório: Saúde Mental do DF em Dados.** Brasília/DF, 2022. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/Sa%C3%BAde+Mental+em+Dados+-+Junho+de+2022.pdf/17564048-02b5-093e-e1b4-dd023f203874?t=1661350077235>. Acesso em: 27 mar. 2024.

DONABEDIAN A. **Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care.** Cambridge: Harvard University; 1973. Disponível em: https://catalog.nlm.nih.gov/discovery/fulldisplay?docid=alma991198863406676&context=L&vid=01NLM_INST:01NLM_INST&lang=en&search_scope=MyInstitution&adaptor=Local%20Search%20Engine&tab=LibraryCatalog&query=creator>equals,Commonwealth%20Fund...AND&mode=advanced&offset=40. Acesso em: 27 mar. 2024.

FERNANDES, C. J. et al. **Índice de Cobertura Assistencial da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) como ferramenta de análise crítica da reforma psiquiátrica brasileira.** Cadernos de Saúde Pública, v. 36, n. 4, p. e00049519, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/G5CXF3LhvksHzcS7j8LHMqH/?lang=pt#>. Acesso em: 14 set. 2023.

GEOFFROY, Renata Mendes Guimarães; ALBERTI, Sonia. **Contribuições de Jean Oury para verificar uma possível emergência do sujeito na escola.** Estilos clin., São Paulo, v. 20, n. 2, p. 246-264, ago. 2015. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282015000200006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 26 jan. 2025.

LAVILLE, Christian; DIONNE, Jean. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas.** 1. ed. São Paulo: Edições Loyola, 1999.

MATSUKURA, T. S.; TAÑO, B. L. **Os centros de atenção psicossocial infantojuvenis: características organizacionais e oferta de cuidados.** Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, [S. l.], v. 25, n. 3, p. 208-216, 2014. DOI: 10.11606/issn.2238-6149.v25i3p208-216. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/63805>. Acesso em: 14 set. 2023.

MENESES, Sara da Silva. **O capitalismo biomédico e suas repercussões no trabalho interprofissional em saúde.** 2023. 113 f., il. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Saúde Coletiva) — Universidade de Brasília, Brasília, 2023. Disponível em: <http://www.realp.unb.br/jspui/handle/10482/49821>. Acesso em: 27 jan. 2025.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL PARA AS MIGRAÇÕES (OIM), Brasil, 2021. **Assistência em Saúde Mental e Atenção Psicossocial à População.** Disponível em: <https://brazil.iom.int/pt-br/resources/assistencia-em-saude-mental-e-atencao-psicossocial-populacao-migrante-e-refugiada-no-brasil-rede-de-apoio-da-sociedade-civil>. Acesso em: 26 jan. 2025.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL PARA AS MIGRAÇÕES (OIM), Brasil, 2023. **Cartilha para Acolhimento de Migrantes Internacionais em Unidades de Saúde.** Disponível em: <https://brazil.iom.int/pt-br/resources/cartilha-para-acolhimento-de-migrantes-internacionais-e-m-unidades-de-saude-crioulo-haitiano-espanhol-frances-e-ingles>. Acesso em: 26 jan. 2025.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P.. **Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde.** Cadernos de Saúde Pública, v. 22, n. 5, p. 1053–1062, maio 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/DgwpmytRqJtNYWFmjfLMtmz/>. Acesso em: 05 set. 2024.

OPAS. (2023). **Saúde mental dos adolescentes.** Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/saude-mental-dos-adolescentes>. Acesso em: 29 set. 2023.

PENCHANSKY R, THOMAS JW. **The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction.** Med Care. 1981 Feb;19(2):127-40. PMID: 7206846. DOI: [10.1097/00005650-198102000-00001](https://doi.org/10.1097/00005650-198102000-00001). Acesso em: 27 mar. 2024.

RÉGIO, L. et al.. **El cuidado de niños y adolescentes negros con problemas de salud mental en la interseccionalidad entre género y raza.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 31, p. e3941, jan. 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/QsHSLN7z36rg4tKPJkVtnsk/?lang=pt#undefined>. Acesso em: 25 jan. 2025.

SANCHEZ R. M, CICONELLI R. M. **Conceitos de acesso à saúde**. Rev Panam Salud Publica. 2012;31(3):260–8. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2012.v31n3/260-268/pt>. Acesso em: 27 mar. 2024.

SANTOS, I. R. dos. **Descrição de uso de serviços e barreiras de acesso a tratamento em saúde mental entre crianças e adolescentes de um hospital da cidade de São Paulo**. 2021. 185 f. Dissertação Mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento. Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2021. Disponível em: <https://dspace.mackenzie.br/items/1f519ed5-b686-460a-b3cc-a4d3cea0e3e5>. Acesso em: 14 set. 2023.

SHEIKH, A., PAYNE-COOK, C., LISK, S. *et al.* **Why do young men not seek help for affective mental health issues? A systematic review of perceived barriers and facilitators among adolescent boys and young men**. *Eur Child Adolesc Psychiatry* (2024). Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00787-024-02520-9>. Acesso em: 26 jan. 2025.

SILVA, S. C.; OLIVEIRA, L. C. F. de. **Acesso dos usuários do SUS à atenção psicossocial nos municípios brasileiros**. Rev. baiana saúde pública; 47(2): 230-248. Disponível em: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2023.v47.n2.a3832>. Acesso em: 14 set. 2023.

VELASCO, Antonia. *et al.* **What are the barriers, facilitators and interventions targeting help-seeking behaviours for common mental health problems in adolescents? A systematic review**. *BMC Psychiatry* 20, 293 (2020). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02659-0>. Acesso em: 25 jan. 2025.

8. APÊNDICES

8.1 Apêndice A - Roteiro Semiestruturado

- 1) **Sobre a origem dos Coletivos e sua inserção nele;**
- 2) **Processos de Trabalho. Conte um pouco sobre:**
 - Como é o acesso dos usuários no CAPSi e nos Coletivos;
 - As principais atividades desenvolvidas no cotidiano do trabalho no Coletivo;
 - O fluxo de atendimento do Coletivo;
 - Agenda semanal dos Coletivos;
 - As especificidades da atuação no Coletivo;
 - A diferença do trabalho em Coletivo com outras experiência profissionais que já teve;
 - As principais potências e desafios do trabalho em Coletivo;

- Se percebe características inovadoras;

3) Relação com os usuários. Conte um pouco sobre:

- Como é o atendimento à população infantojuvenil nos Coletivos;
- As principais necessidades em saúde desse público;
- Como você responde às principais necessidades em saúde do público;
- Se você percebe diferença entre o atendimento a esse público/serviço e outros;
- As barreiras para os usuários acessarem os Coletivos e o serviço;

4) Relação com outros membros da equipe. Conte um pouco sobre:

- A divisão do trabalho na equipe durante os Coletivos;
- Como é a relação de trabalho com outros profissionais;
- Como você articula o seu trabalho com o de outros profissionais;
- Quais são as dificuldades/contribuições encontradas na relação com os outros profissionais no exercício do trabalho no Coletivo.

5) Relação com outros setores. Conte um pouco sobre:

- Como você percebe articulação do cuidado deste público com outros setores;
- Como a articulação com outros setores se dá na prática;
- Como se dá o trabalho do Coletivo no território.

8.2 Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Sobre a pesquisa

Você está sendo convidado a participar da pesquisa **O COLETIVO: UMA TECNOLOGIA DE CUIDADO INOVADORA NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL?**, que terá como objetivo analisar as micropolíticas do trabalho em Coletivo no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil da Asa Norte, a partir das perspectivas da atenção psicossocial.

Considerando a histórica marginalização da Saúde Mental Infantojuvenil no debate e construção de políticas públicas sob os preceitos da Reforma Psiquiátrica e da Atenção Psicossocial, este estudo tem como relevância analisar e discorrer sobre possíveis práticas inovadoras de trabalho em um dispositivo de saúde, como o Coletivo, no campo do cuidado em saúde mental infantojuvenil sob uma perspectiva da lógica antimanicomial e psicossocial. Objetivando, também, identificar as interfaces e

singularidades entre a “abordagem do Coletivo” e a atenção psicossocial infantojuvenil, caracterizar o processo de trabalho no Coletivo, enquanto uma tecnologia de cuidado, e investigar as potencialidades, desafios e inovações do trabalho em Coletivo para o campo do cuidado da saúde mental.

Será utilizada uma metodologia participante nomeada Cartografia, que terá como finalidade mapear possíveis relações, pistas e construções que possibilitarão a compreensão de determinados fenômenos. Por ser uma metodologia participativa, será utilizada observação participante em que a pesquisadora irá participar do cotidiano do trabalho durante um período estimado de três meses e fazer anotações em diário de campo e também realizar entrevistas semi-estruturadas com os trabalhadores do Coletivo.

A relevância do presente estudo tem como base a garantia da dignidade humana, o seu desenvolvimento saudável e o cumprimento das leis e políticas em saúde vigentes, buscando, cada vez mais, melhorar as condições de vida da população e acesso à saúde.

Sobre a sua participação

O trabalho está sendo desenvolvido pela psicóloga Luciana Pelucio Ferreira, como fruto da pesquisa para o desenvolvimento da sua Dissertação de Mestrado, vinculada ao Programa de Pós-Graduação de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Rubrica do pesquisador

Rubrica do participante

Comitê de Ética em Pesquisa - CEP / FEPES

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com (61) 2017 1145 ramal 6878

A sua participação nessa pesquisa contribuirá para o conhecimento, fruto do trabalho desenvolvido na pesquisa, e consiste nas realizações de entrevistas em dia e local previamente combinado, de acordo com sua disponibilidade.

Sua participação não acarretará nenhum custo, uma vez que as entrevistas serão conduzidas durante sua jornada de trabalho e previamente acordadas com a gestão do serviço. Todos os procedimentos precisam ser registrados, e as entrevistas serão gravadas, apenas em voz, para sua transcrição posterior. O seu nome e outras informações de identificação que liguem você a este estudo serão omitidos em todos os registros escritos e serão mantidos pela pesquisadora, garantindo o seu anonimato e a privacidade dos

participantes da pesquisa. Os dados obtidos serão utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo.

Caso aceite participar da pesquisa, você também cederá o direito de uso da voz adquirida durante a realização das entrevistas gravadas a que foi submetido. Em relação às gravações obtidas durante sua participação na pesquisa, será garantida a ocultação de identidade (mantendo-se a confidencialidade e a privacidade das informações). O pesquisador poderá executar livremente a edição e montagem do trecho, realizando cortes e correções necessárias, assim como de gravações, sem alterar a sua veracidade, utilizando-as exclusivamente para os fins previstos neste termo e responsabilizando-se pela guarda e pela utilização da obra final produzida. Os trechos de voz gravados poderão compor a produção de quaisquer materiais acadêmicos, inclusive aulas e apresentações em congressos e eventos científicos, por meio oral (conferências) ou impresso (pôsteres ou painéis); para a publicação de artigos científicos em meio impresso e/ou eletrônico para fins de divulgação, sem limitação de número de inserções e reproduções.

Como qualquer pesquisa que envolva humanos, existe a previsão de algum tipo de risco. Por se tratar de uma pesquisa na qual se discutem questões relacionadas aos processos de trabalho e relações institucionais, o participante pode se sentir constrangido, inibido ou obrigado a participar em função das relações de poder. redução da possibilidade de riscos, deve-se deixar claro o livre consentimento de sua participação, bem como o comprometimento do não julgamento referente a qualquer posicionamento e com o anonimato das informações. Como estratégia de minimização dos riscos, o pesquisador deverá criar um ambiente favorável, acolhedor e respeitoso para a condução das atividades. Como estratégias de minimização e cautelas a serem empregadas para evitar e/ou reduzir efeitos da exposição dos dados da pesquisa, será utilizada senha pessoal em computador privativo, com acesso restrito ao pesquisador principal ou equipe de pesquisa, uso de codificação própria dos pesquisadores para garantir o sigilo dos participantes e não armazenamento de dados em nuvem.

Rubrica do pesquisador

Rubrica do participante

Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/FEPECS

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com (61) 2017 1145 ramal 6878

As despesas relacionadas com a participação (ressarcimento) serão absorvidas

integralmente pelo orçamento da pesquisa. O(A) Senhor(a) tem direito a buscar indenização em caso de danos provocados pela pesquisa, ainda que sejam danos não previstos na mesma, porém a ela relacionados.

Considera-se essa uma pesquisa produzirá benefícios individuais aos participantes, os quais poderão compreender sobre seus processos de trabalho, bem como benefícios para a sociedade, para o serviço de saúde e para a comunidade científica. É um estudo que contribuirá para a possibilidade de discussão de práticas inovadoras em saúde mental, principalmente considerado o histórico descaso e atraso da inclusão da saúde mental infantojuvenil quanto pauta prioritária dentro das políticas públicas e da atual escassez de produção acadêmica acerca do trabalho nos dispositivos psicossociais como os CAPSi.

Você será esclarecido sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Se depois de consentir em sua participação, você pode desistir de continuar participando. Você possui o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou perda de benefícios.

O(A) Senhor(a) pode pensar o tempo que for necessário se deseja ou não participar desta pesquisa, inclusive pode levar este documento para sua casa, para poder decidir. Os resultados da pesquisa serão divulgados através da dissertação de mestrado vinculada à Universidade de Brasília, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda da pesquisadora. Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para Luciana Pelucio no telefone (61) 99997-2472, e-mail: luciana.pelucio@gmail.com, entre 8h e 17h em dias úteis, disponível inclusive para ligação a cobrar

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS-SES/DF (CEP/FEPECS). O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou aos direitos do participante da pesquisa podem ser encaminhadas ao CEP/FEPECS por e-mail: CEP@fepecs.edu.br ou por contato telefônico: (61) 3449- 7895.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará sob a responsabilidade da pesquisadora Luciana Pelucio e a outra com o Senhor(a).

Agradecemos sua atenção e cooperação.

Assinatura do Participante

Brasília, _____ de _____ de 2024

Comitê de Ética em Pesquisa - CEP / FEPES

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com (61) 2017 1145 ramal 6878