

## DESAFIOS E POTENCIALIDADES PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL: PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UMA POLICLÍNICA UNIVERSITÁRIA

### CHALLENGES AND POTENTIALITIES FOR MENTAL HEALTH PROMOTION: PERCEPTIONS OF HEALTH PROFESSIONALS FROM A UNIVERSITY POLYCLINIC

### DESAFÍOS Y POTENCIALIDADES PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL: PERCEPCIONES DE PROFESIONALES DE LA SALUD DE UNA POLICLÍNICA UNIVERSITARIA.

Laiane Lima Spanhol<sup>1</sup>  
laianelimas12@gmail.com

Sérgio Luiz Pedroso Lima<sup>1</sup>  
serggio.limaa@gmail.com

Vivian Andrade Araújo<sup>1</sup>  
vivianandradearaujo@gmail.com

Elisabete Agrela de Andrade<sup>1</sup>  
elisabeteagrela1@gmail.com

<sup>1</sup>Mestrado em Promoção da Saúde Centro Universitário Adventista de São Paulo. São Paulo, São Paulo (SP), Brasil.

**Resumo:** A promoção da saúde mental é componente essencial das políticas públicas de saúde. Nesse contexto, serviços vinculados à universidades, como policlínicas universitárias, integram assistência, formação profissional e produção de conhecimento, favorecendo práticas de cuidado. Este estudo analisou a percepção de profissionais de uma policlínica universitária sobre desafios e potencialidades da promoção da saúde mental e sua contribuição para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Trata-se de estudo exploratório e descritivo, de abordagem mista, com participação de 36 profissionais de diferentes categorias da saúde. A coleta de dados ocorreu por questionários e grupos focais. Os dados quantitativos foram analisados por estatística descritiva e os qualitativos por análise de conteúdo. Os resultados indicaram predominância de profissionais jovens, majoritariamente mulheres, com elevada escolaridade. Observou-se compreensão ampliada, porém difusa, sobre saúde mental, com tendência à medicalização e encaminhamento para psicologia e psiquiatria. Muitos relataram insegurança no manejo de casos e ausência de capacitação. As principais barreiras foram: falta de treinamento e recursos institucionais, enquanto potencialidades o trabalho multiprofissional e a inserção territorial. Conclui-se que a policlínica universitária pode fortalecer a promoção da saúde mental e a articulação com a RAPS, mediante formação permanente e maior integração com a rede SUS.

**Palavras-chave:** Saúde Mental. Promoção da Saúde. Serviços-Escola. Rede de Atenção Psicossocial.

**Abstract:** Mental health promotion is a key component of public health policies. In this context, services linked to universities, such as university polyclinics, integrate care, professional training, and knowledge production, supporting comprehensive mental health practices. This study analyzed health professionals'

perceptions in a university polyclinic regarding the challenges and potential of mental health promotion and its contribution to strengthening the Psychosocial Care Network (RAPS). This exploratory and descriptive study adopted a mixed-methods approach and involved 36 professionals from different health disciplines. Data was collected through questionnaires and focus groups. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, while qualitative data were examined through content analysis. Results showed a predominance of young professionals, mostly women, with high educational levels. Participants demonstrated a broad but still diffuse understanding of mental health, often associated with tendencies toward medicalization and referrals to psychology and psychiatry. Many reported insecurities in managing mental health cases and lack of specific training. The main barriers identified were insufficient training and limited institutional resources. In contrast, multiprofessional teamwork and the territorial insertion of the polyclinic were highlighted as important strengths

**Keywords:** Mental Health. Health Promotion. Teaching Clinics. Psychosocial Care Network.

**Resumen:** La promoción de la salud mental es un componente fundamental de las políticas públicas de salud. En este contexto, los servicios vinculados a universidades, como las policlínicas universitarias, integran atención, formación profesional y producción de conocimiento, favoreciendo prácticas de cuidado en salud mental. Este estudio analizó la percepción de profesionales de una policlínica universitaria sobre los desafíos y potencialidades de la promoción de la salud mental y su contribución al fortalecimiento de la Red de Atención Psicosocial (RAPS). Se trata de un estudio exploratorio y descriptivo, con enfoque mixto, con participación de 36 profesionales de diferentes áreas de la salud. La recolección de datos se realizó mediante cuestionarios y grupos focales. Los datos cuantitativos se analizaron mediante estadística descriptiva y los cualitativos mediante análisis de contenido. Los resultados mostraron predominio de profesionales jóvenes, mayoritariamente mujeres, con alto nivel educativo. Se observó comprensión amplia, aunque difusa, de la salud mental, con tendencia a la medicalización y a la derivación a psicología y psiquiatría. Muchos profesionales reportaron inseguridad en el manejo de casos y falta de capacitación. Se concluye que las policlínicas universitarias pueden fortalecer la promoción de la salud mental mediante educación continua e integración con el sistema público de salud.

**Palabras-clave:** Salud Mental. Promoción de la Salud. Servicios Escolares. Red de Atención Psicosocial.

---

## 1. Introdução

A saúde mental constitui uma dimensão central da saúde pública contemporânea, especialmente diante do aumento da prevalência de transtornos mentais e da crescente visibilidade dos determinantes sociais que influenciam o sofrimento psíquico. Nas últimas décadas, tem ocupado posição importante nas agendas de políticas públicas e na produção científica em saúde coletiva, especialmente diante das transformações decorrentes da reforma psiquiátrica e da consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). A superação progressiva do modelo hospitalocêntrico e a valorização do cuidado em liberdade constituíram marcos importantes na reconfiguração das práticas assistenciais, deslocando o foco da doença para o sujeito e seu contexto de vida. Nesse cenário, a saúde mental passa a ser compreendida como

fenômeno multidimensional, produzido nas interações entre condições sociais, culturais, econômicas e subjetivas, exigindo respostas assistenciais baseadas na integralidade do cuidado e na articulação territorial dos serviços (Amarante, 2007; Alcântara et al., 2022).

Esse movimento foi institucionalizado no Brasil com a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que organiza ações e serviços destinados à promoção da saúde mental, prevenção de agravos, cuidado e reabilitação psicossocial de pessoas em sofrimento psíquico ou com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Estruturada a partir de princípios como territorialização, cuidado comunitário e articulação intersetorial, a RAPS busca substituir a lógica centrada na institucionalização por práticas que valorizem a autonomia dos sujeitos, a participação social e a construção de redes de apoio no território (Brasil, 2011). Contudo, apesar dos avanços normativos e institucionais, diversos estudos apontam desafios persistentes na implementação dessas diretrizes, como fragmentação da rede de serviços, insuficiência de formação específica dos profissionais e dificuldades de articulação interprofissional no cuidado em saúde mental.

Nesse sentido, a saúde mental não pode ser compreendida como fenômeno isolado, sendo influenciada por fatores sociais, econômicos, culturais e biológicos. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em sua definição mais básica, saúde mental é um estado de completo bem-estar, que permite à pessoa desenvolver suas habilidades, enfrentar os desafios da vida e contribuir positivamente para a comunidade (Brasil, 2024). Assim, a promoção da saúde emerge como uma perspectiva estratégica para ampliar a compreensão do cuidado em saúde mental. Tal abordagem dialoga diretamente com os princípios da reforma psiquiátrica, ao reconhecer que o sofrimento psíquico não pode ser reduzido a categorias diagnósticas ou intervenções biomédicas isoladas, devendo ser compreendido em sua complexidade social e existencial (Amarante, 2007; Alcântara et al., 2022).

Nesse cenário, as instituições de ensino superior assumem papel estratégico na consolidação de práticas inovadoras no campo da saúde mental. Além de formarem profissionais, as universidades atuam como espaços de produção de conhecimento e desenvolvimento de iniciativas de integração ensino-serviço. Entre esses dispositivos, destacam-se as policlínicas universitárias e clínicas-escola. Tais serviços possibilitam aos estudantes o contato direto com as demandas reais da população e favorecem a construção de competências técnicas, éticas e humanísticas alinhadas aos princípios do SUS (Saldanha et al., 2014).

Assim, a universidade configura-se como um espaço estratégico para a promoção da saúde, na medida em que pode instituir políticas institucionais orientadas à melhoria da saúde e da qualidade de vida da comunidade acadêmica, em consonância com os princípios da Política Nacional de Promoção da Saúde

(PNPS) (Brasil, 2018). Além disso, ao articular ensino, pesquisa e extensão, a universidade pode apoiar processos de transformação nos territórios, contribuindo para mudanças sociais e para o alcance da saúde na comunidade externa, em diálogo com suas necessidades e contextos socioculturais (Andrade et al., 2024).

Apesar desse potencial formativo e assistencial, a literatura ainda aponta lacunas na compreensão de como os profissionais que atuam nesses serviços percebem o cuidado em saúde mental, especialmente em contextos marcados por elevada demanda assistencial, diversidade de categorias profissionais e necessidade de articulação com a rede pública de saúde (Glink e Andrade, 2020). Compreender essas percepções torna-se relevante para identificar limites e potencialidades na organização do cuidado, bem como para subsidiar estratégias de educação permanente e fortalecimento das práticas interprofissionais.

Diante desse contexto, analisar o papel das policlínicas universitárias no campo da saúde mental contribui para ampliar o debate sobre a integração entre formação em saúde, práticas assistenciais e organização da rede de atenção psicossocial. Ao mesmo tempo, permite compreender de que forma esses serviços podem atuar como dispositivos de fortalecimento da RAPS nos territórios onde estão inseridos. Diante desse contexto, o presente estudo teve como objetivo analisar as percepções de profissionais de saúde de uma policlínica universitária acerca dos desafios e potencialidades para a promoção da saúde mental no cotidiano dos serviços.

## 2. Metodologia

Trata-se de estudo exploratório e descritivo, com abordagem de métodos mistos do tipo convergente, no qual dados quantitativos e qualitativos foram coletados simultaneamente, analisados separadamente e posteriormente integrados para interpretação conjunta. A etapa quantitativa foi delineada conforme recomendações do checklist STROBE (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology), garantindo descrição clara de participantes, variáveis, instrumentos e estratégias analíticas (Strobe, 2007). A etapa qualitativa seguiu os critérios do COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research), assegurando transparência quanto ao perfil dos pesquisadores, contexto da coleta, condução dos grupos focais, processo de análise e construção das categorias (Coreq, 2007).

O estudo foi realizado em policlínica universitária situada na zona sul do município de São Paulo, vinculada a uma IES e reconhecida como Centro de Referência em Reabilitação no âmbito do SUS. A policlínica é utilizada como um serviço escola da IES. Fundado em 1998, foi inaugurada a Clínica de Fisioterapia, com o propósito de oferecer assistência fisioterápica e tratamentos à comunidade. Pouco

tempo depois, os estágios curriculares dos alunos dos cursos de Enfermagem, Nutrição, Fisioterapia, Psicologia e Educação Física começaram a ser realizados no mesmo local (Gorski; Silva, 2021). Hoje a policlínica funciona em parceria com um Hospital de São Paulo, Unidade Sul, que a considera uma extensão filantrópica a serviço da comunidade.

O território de inserção caracteriza-se por vulnerabilidades socioeconômicas e elevada demanda por serviços públicos de saúde, o que impacta a organização do cuidado. A população elegível incluiu todos os profissionais de saúde com vínculo ativo no serviço durante o período da coleta (N=39). Participaram 36 profissionais (taxa de adesão de 92,3%), caracterizando amostragem censitária por conveniência, composta por profissionais elegíveis no serviço. A diversidade de categorias profissionais permitiu análise interprofissional das percepções. A coleta ocorreu entre setembro de 2024 e novembro de 2024, em duas etapas complementares.

Para os dados quantitativos, foi aplicado questionário estruturado autoaplicável, composto por variáveis sociodemográficas; tempo de formação e experiência prévia em saúde mental; três vinhetas clínicas (casos simulados); questões fechadas sobre hipóteses diagnósticas, segurança no manejo, encaminhamentos e barreiras percebidas. As vinhetas clínicas foram construídas com base em situações frequentes na atenção ambulatorial e avaliadas por dois especialistas em saúde mental para validação de conteúdo e coerência clínica.

Foram realizados cinco grupos focais (GF) e duas entrevistas individuais semiestruturadas. Os GF foram realizados por um moderador e um observador, ambos com formação em saúde, os grupos foram compostos por 6 a 8 participantes, com duração média de 75 minutos, realizados em ambiente reservado na própria instituição. O roteiro abordou concepção de saúde mental e barreiras e potencialidade do trabalho. As entrevistas individuais foram realizadas com dois gestores coordenadores, de forma separada, para não gerar algum tipo de constrangimento, pela hierarquia institucional. Todas as sessões foram gravadas em áudio e transcritas integralmente. A coleta foi encerrada mediante saturação teórica, identificada quando novas discussões não produziram categorias substantivamente distintas.

Os dados quantitativos foram analisados por estatística descritiva e os qualitativos por análise de conteúdo, conforme Bardin. Utilizaram-se os softwares SPSS para análise quantitativa e NVivo para organização dos dados qualitativos.

A pesquisa seguiu as Resoluções 466/12 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o parecer número 6.995.710. A confidencialidade e o anonimato dos participantes foram garantidos em todas as etapas do estudo

### 3. Resultados e Discussões

Os participantes, 36 respondentes, 27 (75%) tinham idade entre 21 e 40 anos, apresentando um quadro de profissionais predominantemente jovens. 26 (72%) eram do gênero feminino, um dado esperado visto que historicamente as mulheres costumam ser mais presentes em esferas de atenção à saúde e tem um papel de gênero bastante associado ao cuidado. Além disso, cerca de 50% eram pardos e pretos, enquanto 17 (36,1%) eram brancos.

Destes, 15 (41,7%) dos entrevistados eram da área de fisioterapia, ao passo que 5 (14,9%) eram de psicologia, 2 (5,6%) eram de nutrição e 1 (2,8%) de odontologia. Embora seja um grupo majoritariamente jovem, 23 (63,9%) dos respondentes, são formados há mais de cinco anos, sendo que 13 deles são formados há mais de 10 anos, e 24 (66,7%) atuam na policlínica há mais de 5 anos. No entanto, apenas 8 (22,2%) dos 36 participantes já atuaram profissionalmente em saúde mental, mas 19 (52,8%) afirmam ter tido algum contato com questões relacionadas à saúde mental em seus serviços de atuação.

Diante do objetivo de analisar barreiras e potencialidades no cuidado em Saúde Mental, a partir das percepções de profissionais de saúde de uma policlínica universitária, os resultados serão apresentados em três tópicos: percepção de saúde mental; barreiras e potencialidades e Papel da universidade e da policlínica no fortalecimento da RAPS

#### Percepção de saúde mental

Por meio de questionários, foram apresentados três casos com questões de saúde mental. Os resultados foram sistematizados no quadro a seguir

**Quadro 1** - Síntese dos casos analisados

Dimensão analisada	Caso 1 Mulher gestante	Caso 2 Homem depressão	Caso 3 Mulher uso abusivo álcool
<b>Caracterização do caso</b>	Sintomas físicos e emocionais difusos, fadiga, insônia e perda de peso	Sintomas somáticos (taquicardia, dor no peito), sofrimento psíquico e prejuízo laboral	Violência, deslocamento territorial, sofrimento psíquico e uso de álcool
<b>Principais hipóteses levantadas</b>	Ansiedade (66,7%), depressão (63,9%)	Ansiedade (80,6%), depressão (50%), crise de pânico (50%)	Ansiedade (75%), crise de pânico (52,8%), depressão (50%), uso de álcool/drogas (38,9%)
<b>Segurança profissional para o atendimento</b>	55,6% seguros/muito seguros	47,2% seguros/muito seguros	36,1% seguros/muito seguros

<b>Tendência de encaminhamento</b>	Psicologia/Psiquiatria (94%)	Psicologia/Psiquiatria (94,4%)	Psicologia/Psiquiatria (94,4%)
<b>Reconhecimento de atuação multiprofissional</b>	80% reconhecem outros profissionais	77,8% reconhecem outros profissionais	74,3% reconhecem outros profissionais
<b>Forma de encaminhamento predominante</b>	Informação para contato pelo usuário	Informação para contato pelo usuário	Informação para contato pelo usuário
<b>Principais barreiras apontadas</b>	Falta de capacitação e recursos	Falta de capacitação e recursos	Falta de capacitação e recursos
<b>Relação percebida com saúde mental</b>	83,3% afirmam relação	80,6% afirmam relação	86,1% afirmam relação

Fonte: Autoria própria, 2026.

A análise dos três casos apresentados evidencia padrões recorrentes de compreensão, insegurança e encaminhamento em saúde mental, permitindo identificar tanto fragilidades quanto potencialidades no cuidado ofertado pela policlínica universitária

No primeiro caso, os profissionais associaram majoritariamente a situação a quadros de ansiedade (66,7%) e depressão (63,9%), revelando uma tendência à leitura do sofrimento psíquico a partir de categorias diagnósticas amplamente difundidas no senso comum e na prática clínica contemporânea. Apenas 8,3% levantaram a hipótese de gravidez, apesar de elementos sugestivos na narrativa.

Quanto à segurança para o atendimento, pouco mais da metade dos participantes (55,6%) declarou sentir-se segura ou muito segura, enquanto 44,5% relataram insegurança. Observou-se forte tendência ao encaminhamento para psicologia e psiquiatria (94%), reforçando a centralização do cuidado em saúde mental nessas categorias profissionais. Ainda assim, 80% reconheceram que outros profissionais poderiam contribuir para o cuidado, embora, na prática, os encaminhamentos interprofissionais fossem pouco acionados. As principais barreiras apontadas foram a falta de capacitação (59%) e a insuficiência de recursos institucionais (35,3%).

No segundo caso, embora o quadro descrito fosse compatível com depressão, a maioria dos profissionais indicou ansiedade (80,6%) como principal hipótese, seguida de depressão (50%) e crise de pânico (50%). A insegurança para o manejo foi ainda mais expressiva: 52,8% declararam sentir-se pouco seguros ou inseguros para atender o caso. Novamente, o encaminhamento para psicologia e psiquiatria foi quase unânime (94,4%). A falta de capacitação (42,4%) e a ausência de recursos (39,4%) foram os principais impedimentos relatados.

O terceiro caso, que envolvia múltiplas vulnerabilidades sociais, violência, sofrimento psíquico e

uso de álcool, gerou o maior grau de insegurança entre os profissionais: 63,9% afirmaram não se sentir seguros para o atendimento. As hipóteses diagnósticas mais frequentes foram ansiedade (75%), crise de pânico (52,8%) e depressão (50%). Questões relacionadas ao esgotamento e ao uso de álcool e outras drogas também apareceram com maior frequência (38,9%). Apesar da complexidade do caso, manteve-se o padrão de encaminhamento predominante para psicologia e psiquiatria (94,4%). A maioria dos participantes (77,4%) apontou a falta de capacitação e de recursos como principal impedimento para o cuidado, evidenciando que quanto maior a complexidade psicossocial do caso, maior a sensação de despreparo profissional.

Já na fase qualitativa, como os grupos focais e entrevistas, foram discutidas as barreiras e as potencialidades do equipamento. Os dados apresentam uma questão complexa: por um lado, as potencialidades apontadas pelos profissionais mostram que a policlínica universitária possui um potencial significativo, por outro, enfrenta barreiras que limitam sua eficácia e sustentabilidade.

**Quadro 2** – Barreiras e potencialidades da policlínica universitária para o cuidado em saúde mental

<b>Categoria</b>	<b>Barreiras</b>	<b>Potencialidades</b>
<b>Institucional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Dualidade de Gestão:</b> Existência de duas instituições (IES e HASP) com regras e processos diferentes. Fragmentação e desarmonia do serviço</li> <li>• <b>Dimensionamento:</b> Número insuficiente de profissionais para a alta demanda de pacientes.</li> <li>• <b>Barreira Geográfica:</b> Localização de difícil acesso e insegurança no entorno. Horário de atendimento do serviço é conflitante com o dos pacientes</li> <li>• <b>Desarticulação da Psicologia:</b> Setor de psicologia visto como ausente ou pouco integrado às demais áreas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Atendimento Humanizado:</b> Referência na região pela qualidade do acolhimento</li> <li>• <b>Equipe Multiprofissional:</b> Possibilidade de trabalho conjunto</li> <li>• <b>Infraestrutura:</b> Disponibilidade de espaços físicos como pistas de corrida e campos para atividades.</li> <li>• <b>Filosofia institucional:</b> Espaço com filosofia institucional pela saúde</li> </ul>
<b>Profissional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Fragmentação do Cuidado:</b> Profissionais limitam sua escuta apenas às queixas físicas de sua especialidade.</li> <li>• <b>Falta de Autocuidado:</b> Ausência de suporte psicológico para os próprios colaboradores do serviço.</li> <li>• <b>Insegurança e Medo:</b> Falta de preparo e treinamento para lidar com crises e sofrimento psíquico</li> <li>• <b>Falta de capacitação:</b> Ausência de formação qualificada e interprofissional para o tema profissional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Proximidade com a Universidade:</b> Espaço privilegiado para formação contínua, estágios e pesquisa.</li> <li>• <b>Educação Permanente:</b> Potencial para realizar palestras, cursos de aprimoramento e feiras de saúde.</li> <li>• <b>Vínculo com Pacientes:</b> Atendimento especializado que gera gratidão e retorno dos usuários.</li> </ul>
<b>Sistema / Rede (RAPS)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Desconhecimento da Rede:</b> profissionais não conhecem a RAPS e não sabem os fluxos de encaminhamento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Parceria com o SUS:</b> A policlínica atua como um "braço do sistema" e centro de referência em reabilitação.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Excesso de Burocracia:</b> Travas no sistema do SUS (filas, guias e carimbos específicos)</li> <li>• <b>Estigma e Preconceito:</b> Resistência dos pacientes (e profissionais) em aceitar tratamentos psiquiátricos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Impacto Social:</b> Atendimento gratuito ou de baixo custo para uma população vulnerável e carente</li> <li>• <b>Atenção Especializada:</b> Capacidade de oferecer suporte que a Atenção Primária nem sempre consegue absorver.</li> </ul>
<b>Social / Externo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Carência de Apoio Familiar:</b> Famílias que não aceitam ou não enxergam o transtorno mental.</li> <li>• <b>Uso de Internet:</b> frustração gerada pelas redes sociais.</li> <li>• <b>Medicalização da vida:</b> Autodiagnósticos equivocados, sociedade do diagnóstico e ausência ou lentidão dos diagnósticos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ações Comunitárias:</b> Potencial de realizar intervenções em igrejas e escolas para disseminar informação científica.</li> </ul>

Fonte: Autoria própria, 2026

### Barreiras do equipamento para o cuidado em Saúde Mental

De modo geral, os dados quantitativos indicam que, nos três casos apresentados, houve predominância de hipóteses diagnósticas como ansiedade (66,7% a 80,6%), depressão (50% a 63,9%) e crise de pânico (até 52,8%). Paralelamente, observou-se encaminhamento quase unânime para psicologia e psiquiatria (94% a 94,4%), independentemente da complexidade psicossocial do caso. Esse dado mostra não apenas tendência diagnóstica, mas uma organização estruturada do olhar profissional. Ainda que mais de 80% dos participantes afirmem reconhecer a relação entre sofrimento apresentado e saúde mental, a leitura permanece ancorada em categorias nosográficas consolidadas, mostrando a presença de uma cultura diagnóstica ampliada, na qual o sofrimento necessita de um rótulo clínico para ser legitimado.

Entre os aspectos evidenciados, destaca-se a dualidade de gestão: a policlínica, reconhecida como Centro de Referência em Reabilitação do SUS, está vinculada à gestão hospitalar e, simultaneamente, por integrar uma IES, funciona como serviço-escola, recebendo estudantes para estágios. A coexistência dessas duas instituições (IES e hospital), orientadas por normativas e lógicas distintas, foi apontada como fator de desarticulação nos processos de trabalho. Como consequência, afeta o cuidado de forma multifacetada, manifestando-se principalmente através de falhas de comunicação e uma fragmentação que prejudica tanto os profissionais quanto os pacientes. Embora a parceria seja vista estrategicamente como positiva, no cotidiano ela gera entraves: Como mostram os grupos focais, *“mas que dificulta é aqui ser duas empresas. Então, eu acho que isso dificulta. Existe a ies. e o hospital, a gente sabe muito bem as dificuldades que passamos aqui por conta disso; ser duas empresas; Não há parceria.”* (GF5), ou ainda *“A gente tem sempre esse mesmo impasse. A gente ouve que temos que ver com o ies ou que temos que ver com o hospital. Mas aí quem é que manda nesse barraco?”* (GF3).

Essa coexistência de racionalidades pode gerar tensões, uma vez que os processos de trabalho passam a ser atravessados por expectativas, regras e movimentos distintos. Sob a ótica de Lourau (1995) trata-se do embate entre o instituído (normas e estruturas consolidadas) e o instituinte (movimentos e práticas que tensionam essas normas), produzindo contradições no cotidiano do trabalho. Essa teorização contribuiu para analisar as formas sociais instituídas, seus modos de funcionamento, os movimentos instituintes presentes em diferentes instituições. Neste caso, ter duas instituições com gerenciamentos diferenciados irão gerar práticas que questionam suas orientações.

Ademais, o número insuficiente de profissionais frente à elevada demanda de pacientes foi identificado como elemento produtor de sobrecarga, com repercussões diretas na organização do atendimento. A instituição trabalha com uma demanda grande de pacientes, limitando o atendimento do profissional somente ao tratamento solicitado na guia, sem possibilidade de uma maior atenção, oferecendo o básico de acolhimento.

*“Então, como profissional da saúde, trabalhando numa instituição, seja, aqui, ou seja, em outro lugar, existem bastante barreiras, como a quantidade de pacientes. Então você não consegue individualizar para dar uma atenção necessária para cada um. Isso é impossível, a gente faz o acolhimento básico mesmo ali, mas a gente não consegue melhorar a qualidade de vida desse indivíduo.” (GF1)*

O excesso de demanda leva à um desvio do cuidado, com discute o trabalho de Santos et al (2025) sobre a APS, que antes foi concebida como espaço de acolhimento e integralidade, atualmente passa a operar sob uma lógica de vigilância e padronização, onde o cuidado cede lugar à administração técnica da vida. Além de levar ao adoecimento profissional, como a pesquisa de Ambrozio et al. (2024), ao estudar trabalhadores da atenção primária, destacou que a escassez de profissionais para atender à demanda, a sobrecarga de trabalho, a exposição à doenças infectocontagiosas, entre outros fatores, podem levar ao adoecimento mental e físico.

Outros aspectos institucionais também foram problematizados, como a localização do serviço, considerada de difícil acesso devido à insegurança no entorno, configurando-se como obstáculo tanto para usuários quanto para trabalhadores. Soma-se a isso o horário de funcionamento, avaliado como incompatível com a disponibilidade de parte dos pacientes, o que acaba por limitar o acesso e a continuidade do tratamento.

*“É uma comunidade onde as pessoas geralmente, né, vivem no limite do financeiro e tudo mais. A gente já atende em vários lugares.... Ai tem a dificuldade de chegar aqui, porque não é um lugar fácil de achar. Escondido, tem a questão de ser perigoso também, né? Enfim... roubos, etc. Os pacientes ficam com medo de vir pra cá.*

*Tem pacientes que acabam não ficando...Exatamente por causa da localização do serviço, né? E por ser perigoso dependendo do horário. Como a gente atende das 8h às 18h, né? No último horário, quando a gente tá saindo... às vezes, dependendo do dia, já tá escuro. Isso vira um problema pra comunidade.” (GF4)*

O estudo de Unglert et al. (1987) define barreira geográfica como todo obstáculo que interfere na circulação das pessoas em determinado território e constataram que o serviço analisado apresenta importantes limitações de acesso: não há transporte público nas proximidades, a região é percebida como insegura e a localização é de difícil identificação. Tais fatores contribuem para a desistência de usuários, especialmente no último horário de atendimento ofertado, quando o medo e as dificuldades de deslocamento se intensificam.

Uma outra temática considerada uma barreira diz respeito à desarticulação dentro do próprio serviço, em que o setor de psicologia é visto como ausente ou pouco integrado às demais áreas. A proposta do equipamento pesquisado é de atuar com uma equipe multidisciplinar, com profissionais de nutrição, fisioterapia e psicologia, porém, durante a pesquisa tiveram falas que apontam que a psicologia não é presente, não fazem palestras ou outro contato, só o atendimento individualizado dos pacientes que vem com o encaminhamento para atendimento psicológico. A desarticulação do setor de psicologia com os demais profissionais e atendimentos no equipamento representa um desafio para o cuidado integral dos usuários, em especial os que têm questões mentais. Como discorrido em dois grupos focais, *“e a gente tem um setor de psicologia que nunca vê aparecer. Isso é uma verdade. Nunca vi. Não tem palestra, não vejo uma e eu estou 5 anos trabalhando aqui.” (GF1)* e outro também dialoga sobre o tema *“A verdade é que tem um distanciamento entre as profissões aqui... a gente não vê o pessoal da psicologia inserido aqui dentro, assim também como a gente não vê em outros lugares.” (GF2)*

O cuidado em saúde mental deve acontecer de forma que envolva diversos serviços da RAPS, rede que tem como objetivo garantir o cuidado integral, tratamento e acesso às pessoas em sofrimento psíquico ou com necessidades resultantes do uso de álcool e outras drogas (Brasil, 2011).

No que diz respeito à dimensão profissional, de forma geral, os resultados indicam que os profissionais reconhecem o sofrimento psíquico e sua relação com a saúde mental, com percentuais superiores a 80% nos três casos. No entanto, observa-se uma compreensão, marcada pela medicalização, pela centralização do cuidado em especialistas e pela insegurança no manejo de situações complexas.

A insegurança profissional reforça essa dinâmica: no caso mais complexo (uso abusivo de álcool e múltiplas vulnerabilidades), 63,9% declararam não se sentir seguros para o atendimento. Assim, quanto

maior a complexidade social do caso, maior a tendência à retração clínica e ao encaminhamento especializado. A medicalização, portanto, não se restringe à demanda do usuário; ela estrutura também o campo de atuação profissional, delimitando fronteiras de saber e responsabilidade.

O perfil dos participantes, majoritariamente jovens (75% entre 21 e 40 anos), com elevada escolaridade e 66,7% atuando há mais de cinco anos na instituição, poderia indicar maturidade profissional. Entretanto, apenas 22,2% haviam atuado diretamente em saúde mental, o que ajuda a compreender os níveis de insegurança identificados nos casos clínicos. Apesar de 74% a 80% reconhecerem que outros profissionais poderiam contribuir para o cuidado, essa percepção não se converte em prática interprofissional efetiva. O encaminhamento permanece verticalizado.

Nos discursos dos profissionais sobre a compreensão de saúde mental, reconhecem e definem sob uma perspectiva holística e biopsicossocial. Destaca-se o conceito de sujeito integral, numa visão holística, onde a saúde da mente é indissociável da saúde física e das interações sociais, não havendo uma separação real entre mente e corpo, reforçando a multidimensionalidade do conceito. A fala elucida a discussão, *“ter o equilíbrio mental diante das adversidades vida; viver quando acontece alguma adversidade; equilíbrio mediante as adversidades.”* (GF5)

Esse olhar ampliado decorre do paradigma da Reforma Psiquiátrica, que desloca o foco do diagnóstico e da doença mental para o sofrimento existencial do sujeito, conforme discutido por Alcântara et al. (2022), em vez de privilegiar a segregação e a hospitalização, busca fortalecer vínculos sociais e comunitários. Além disso, amplia o campo de atuação ao promover uma abordagem transdisciplinar, antes restrita a poucos especialistas, passando a integrar diferentes saberes e constituindo um coletivo de agentes do cuidado.

Outro aspecto considerado uma barreira foi a falta de autocuidado é algo presente, em especial profissionais de saúde acabam direcionando o cuidado para o outro e negligenciam o próprio cuidado, físico e mental, quando o profissional não está bem, isso impacta diretamente na qualidade do serviço prestado. Segundo Ambrozio et al (2024) trabalhadores de saúde da atenção primária (APS) convivem diariamente com a dor e sofrimento e muitos profissionais reportam não ter espaço para cuidar deles mesmos e eles não recebem informações sobre quais serviços de saúde mental existem e como acessá-los. Como reforça o discurso *“enfim, trazer esse assunto para o meio profissional. Mas eu também acho que tem que haver um cuidado como profissional. Então, assim, na linha de cuidado da saúde mental.”* (GF4)

Outro aspecto relevante diz respeito à percepção de falta de preparo e de treinamento específico para o enfrentamento de crises e de situações de sofrimento psíquico agudo. Essa condição é agravada

pela inexistência de um suporte psicológico estruturado voltado aos próprios profissionais, que se encontram expostos a elevadas cargas de estresse e sofrimento no cotidiano de trabalho. Esse cenário evidencia a necessidade de programas de formação qualificada e interprofissional, orientados para os desafios em saúde mental presentes no serviço.

De acordo com Forte et al. (2016) as práticas interprofissionais são interessantes nas instituições de ensino superior formadoras de profissionais de saúde e no governo, pela colaboração de diversas áreas, sendo importante para o cuidado em saúde. Entretanto, os dados mostraram que a falta de capacitação interprofissional ainda é um desafio que impacta a qualidade do cuidado oferecido aos usuários, como a seguinte, *“então, quando eu falo profissionais capacitados além dos psicólogos, psiquiatras e afins, falta informação, falta capacitação para nós, profissionais de outras áreas.” (GF4)*

Outro ponto complexo considerado um desafio: os dados dos questionários mostram que, embora a maioria reconheça que outros profissionais podem contribuir para o cuidado em saúde mental, os encaminhamentos são realizados de forma mecânica e permanecem restritos à psicologia e à psiquiatria. Os dados qualitativos reforçam essa questão dos encaminhamentos, ainda que sejam restritos aos profissionais, pois, são descritos nas fontes como um processo complexo, marcado por entraves burocráticos e uma fragmentação entre as áreas profissionais. Relatam que não podem encaminhar pacientes diretamente para a psicologia da própria instituição devido a normas contratuais e do sistema SIGA.

*“Mas aí, né, existem essas questões burocráticas que atrapalha muito essa questão do acesso, inclusive no SUS. Então, no SUS, pra você chegar num psicólogo ou num psiquiatra tem todo um rolê que você tem que fazer com o médico da equipe, com o enfermeiro que passa pra não sei quem, que passa no matriciamento e que passa não sei pra onde. Que vai pra fila, que vai pra não sei o que...”(GF4)*

Os profissionais relatam frustração e desconhecimento sobre os fluxos de encaminhamento, muitos profissionais admitem não saber exatamente como o sistema SUS caminha ou onde ficam os equipamentos específicos, como os diferentes tipos de CAPS, para orientar o paciente com precisão, de acordo com o grupo focal *“até o próprio caminho, de como funciona, a gente não sabe para ser sincera. Nós não fazemos parte do sistema. Às vezes, a gente não sabe como o sistema caminha. Então, ah, o paciente tem esquizofrenia, por exemplo, aqui não atende. Tá bom, mas onde atende? Eu não sei.” (GF2)*

O excesso de burocracia nos serviços de saúde é um obstáculo para a eficiência do cuidado, em alguns serviços muitos formulários, protocolos rígidos e um fluxo administrativo complexo podem alterar esse cuidado. Os dados quantitativos mostram que, mesmo reconhecendo relação com saúde mental (acima de 80% nos três casos), a forma de encaminhamento predominante é “informação para contato pelo

usuário”, o que indica fragilidade na corresponsabilização e no acompanhamento do fluxo. Além de dificultar o acesso aos serviços e atrasando encaminhamentos. Para Amarante (2007), os serviços de atenção psicossocial precisam ter uma organização flexível, evitando se tornar espaços excessivamente burocráticos e repetitivos. Quando o cuidado é guiado apenas por rotinas rígidas e procedimentos padronizados, corre-se o risco de deixar de olhar para a pessoa em sua singularidade, passando a tratar apenas a doença.

Os dados mostram que há uma percepção de que a saúde mental ainda é um "tema muito recente" e, para alguns, uma realidade distante ou de difícil acesso. Sendo permeada por estigmas e preconceitos, segundo os participantes, *“é um tema muito recente, saúde mental é uma coisa muito distante da realidade, é uma coisa que eu não tinha acesso.”* (GF3) ou *“ah, psicólogo, psiquiatra ta louco.”* (GF3) ou ainda *“a gente é ignorante sobre a informação, mas também o quanto que a gente não se permite perceber sobre o lugar; já vem com estigma; questão de tabu; autodiagnóstico; falta de informação assertiva, científica, com dados.”* (GF3)

Autores como Nascimento e Leão (2019), apoiados em Goffman, que compreende o estigma como o processo pelo qual um grupo atribui a outro uma marca depreciativa, privando-o de direitos e privilégios socialmente esperados, identificaram que a visão estigmatizada das pessoas com transtornos mentais persiste em parcelas significativas da sociedade, inclusive entre profissionais de saúde. Tal perspectiva pode comprometer a qualidade da assistência ofertada e dificultar o acesso dessa população aos serviços de saúde.

Outra barreira identificada neste estudo refere-se à falta de apoio familiar. A partir da Reforma Psiquiátrica brasileira, consolidou-se a perspectiva de cuidado em saúde mental pautada na atenção territorial e comunitária, na qual a participação da família passa a ser compreendida como elemento relevante no processo de cuidado e reabilitação psicossocial. Nesse contexto, a família passa a integrar a rede de suporte do sujeito, atuando juntamente com os serviços e profissionais de saúde no acompanhamento e sustentação do cuidado. Conforme aponta Paulo Amarante (2007), o modelo psicossocial propõe uma ampliação das estratégias de cuidado para além das instituições, reconhecendo a importância das relações sociais e familiares na construção de redes de apoio que favoreçam a promoção da saúde mental, como expresso na fala *“acho que, por exemplo, a família, que às vezes não aceita, não enxerga, não compreende também. E acaba sendo uma grande barreira.”* (GF2)

Ao mesmo tempo em que há estigma e preconceito quanto ao adoecimento mental, há uma cultura da medicalização da vida. O que é reforçado nos relatos dos profissionais, essa medicalização manifesta-

se como a tendência de transformar sofrimentos cotidianos, emoções naturais e questões sociais em patologias que exigem diagnóstico ou intervenção medicamentosa. Relatam que pacientes chegam ao consultório acreditando que não podem sentir "frio na barriga" ou palpitações antes de um evento, pois interpretam essas reações fisiológicas normais como crises de ansiedade que exigem remédio. Além disso relatam a presença do autodiagnóstico, via acesso a informações em plataformas digitais, em uma necessidade de ter um rótulo biológico para que o sofrimento seja validado pela sociedade, visível no discurso *“agora, com todas as informações... as pessoas que têm muita informação, como o TikTok, que às vezes não é uma informação assertiva.”* (GF5)

Também discutido em outro grupo:

*“Uma das dificuldades, vendo as situações, eu acho que é o autodiagnóstico, o tempo todo. Então, as pessoas se autodiagnosticando: "Ah, eu acho que eu tenho TDHA, eu acho que eu tenho síndrome do pânico, eu acho que eu sou histriônica, eu acho que eu sou borderline"... "Eu acho que eu tenho ansiedade". Quando você vai ver, é uma rotina estressante, é um mal desentendimento que causou o mal-estar, mas não chega a ser ansiedade.”* (GF2)

O que está em consonância com o estudo de Santos et al (2025), ao discutirem APS mostram que, embora esta seja reconhecida como espaço de vínculo, escuta e cuidado integral, observa-se a crescente centralidade da gestão de riscos e do rastreamento populacional. Legitimadas pelo discurso da promoção da saúde, essas práticas têm intensificado a medicalização da vida cotidiana, ao reduzir o cuidado à aplicação de protocolos e deslocar a clínica ampliada para um modelo normativo, pautado na vigilância e na padronização. Como contraponto, destacam-se caminhos de resistência ancorados na ética do cuidado, na valorização dos saberes do território e na formação crítica dos profissionais.

### **Potencialidades do equipamento para o cuidado em Saúde Mental**

Por outro lado, o estudo também apresenta importantes potencialidades, destacando-se o atendimento humanizado, reconhecido como referência na região, a presença de uma equipe com diversas especialidades, a infraestrutura privilegiada e a filosofia institucional orientada à saúde. Esses elementos possibilitam que o serviço tenha potencial para ultrapassar o modelo ambulatorial tradicional, e criar condições para aproximar-se de uma perspectiva ampliada de cuidado, alinhada aos princípios da Promoção da Saúde. Também destacam a policlínica universitária como um dispositivo estratégico para o fortalecimento da RAPS e para o desenvolvimento de práticas humanizadas de cuidado.

Conforme discutido por Saldanha et al. (2014), as universidades que oferecem policlínicas universitárias configuram-se como espaços privilegiados para o desenvolvimento de competências

técnicas, éticas e humanísticas. Esses ambientes possibilitam aos estudantes a vivência de práticas interdisciplinares e o contato direto com as demandas reais da população, assumindo papel relevante na promoção da saúde e consolidando-se como dispositivos estratégicos na formação em saúde no contexto do SUS.

A policlínica atua como um "braço do sistema", sendo reconhecida como Centro de Referência em Reabilitação para o SUS. Ela auxilia no suporte à Atenção Primária, oferecendo atendimento especializado que ajuda a desafogar as filas de espera do sistema público na zona sul de São Paulo, atendendo uma demanda de mais de 4 mil atendimentos/mês para a zona sul da cidade., como discorrem *“é um prestador de serviços, presta serviços para o SUS. É um braço do sistema, porque nós recebemos os pacientes.”* (GF1)

De acordo com as fontes, outras formas fundamentais de fortalecimento incluem a ampliação da oferta de cuidado: a policlínica ajuda a desafogar as filas de espera das UBSs ao utilizar estagiários para atendimentos gratuitos, criando um fluxo onde o estudante ganha experiência e o paciente recebe assistência. A oferta de serviços que são escassos na rede básica, como nutrição e fisioterapia, complementa as lacunas do SUS no território. O relato reforça essa questão, *“contribui para o SUS, porque aqui seria gratuito. Então tudo o que não é gratuito não é SUS, e tudo que é gratuito é SUS. Então, sim, seria benéfico para o SUS....Desafogar a nossa fila de espera....Seria um benefício do SUS.”* (GF4)

A universidade pode fortalecer a rede de assistência do território prioritariamente através da formação de profissionais qualificados, proporcionando a base teórica e prática necessária para lidar com as demandas reais dos pacientes. Esse papel educativo vai além da graduação, incluindo a capacitação contínua de profissionais da ponta em temas específicos, *“abordar mais profundamente no próprio bacharelado, o que seja. Volto até antes, saúde mental é um assunto que não é nem abordado nem nas nossas escolas. Então, passa batido.”* (GF4)

Além disso, a universidade, a partir da policlínica, pode atuar na conscientização e "psicoeducação" da comunidade, ajudando a desmistificar preconceitos sobre a saúde mental e incentivando o gosto pela saúde pública entre os estudantes, como apontado, *"a psicoeducação em saúde mental - que a gente fala o tempo todo sobre isso - é necessária. É importante, não tem como."* (GF2)

O serviço é reconhecido na comunidade como uma referência na região, especialmente pela qualidade do acolhimento. Relatos indicam que "o paciente é tratado como rei", o que gera um forte vínculo e gratidão por parte dos usuários, muitos dos quais retornam apenas pelo acolhimento recebido. Essa característica é vista como um diferencial que resolve demandas e promove o bem-estar da população

vulnerável. Reafirmado em “a policlínica é referência na região... Todo dia a gente recebe ligação de pessoas que passaram aqui e falaram que a policlínica é... que resolve. Ai a gente, né? Eu acho que é referência... é referência da região, a policlínica.” (GF3) ou ainda “eu entrei aqui para ser auxiliar administrativo, e continuo até hoje. A primeira coisa que eu ouvi foi: “O paciente aqui dentro é rei, ele merece o melhor tratamento.” (GF3)

Felicetti (2023) destaca a importância desse tema ao discutir sobre o impacto que o estado emocional do sujeito tem no processo de recuperação e adesão ao tratamento, e como a escuta do profissional frente ao paciente, bem como o respeito pelas suas opiniões, vontade e limites possibilitam que o mesmo se sinta acolhido e motivado no enfrentamento das adversidades.

A estrutura da policlínica permite a atuação de uma equipe multi (fisioterapeutas, nutricionistas, enfermeiros, psicólogos), o que é considerado uma estratégia eficiente para promover a qualidade do cuidado. O recorte da fala abaixo mostra que a compreensão do trabalho em conjunto é uma estratégia eficiente no cuidado com o paciente. O que está de acordo com Pinho (2006), onde o trabalho em equipe surge como uma estratégia para promover a qualidade dos serviços, reconhecendo a necessidade de diferentes contribuições profissionais no cuidado ao paciente, destaque do trabalho multidisciplinar. A fala reflete a discussão “acho que poderia ter em conjunto nós, fisioterapeutas, com a psicologia para uma palestra de educação na dor.” (GF5)

A policlínica pode promover uma formação onde alunos de diferentes áreas (psicologia, nutrição, fisioterapia) aprendam a trabalhar em conjunto, superando a fragmentação do cuidado. Isso permite que, no futuro, esses profissionais saibam identificar demandas de saúde mental mesmo atuando em outras especialidades.

*“Muitas vezes a saúde é muito segmentada, né. sendo que o sujeito ele é composto das diversas variáveis, né. E se você, se a gente separa só por uma, eu, por exemplo, como fisioterapeuta, não vou me importar nunca com a saúde mental do paciente. Então, quando eu falo profissionais capacitados além dos psicólogos, psiquiatras e afins, falta informação, falta capacitação para nós, profissionais de outras áreas.” (GF4)*

Nesse sentido, a policlínica pode funcionar como um cenário privilegiado para o desenvolvimento de competências técnicas, éticas e humanísticas, permitindo que estudantes vivenciem práticas interdisciplinares e tenham contato direto com as necessidades reais da população. O ambiente universitário favorece a formação de profissionais comprometidos com os princípios do SUS, preparando-os para atuar na rede pública com uma visão mais crítica e articulada.

Apesar das fragilidades, os dados quantitativos revelam estabilidade institucional (66,7% atuam há mais de cinco anos), o que pode favorecer processos estruturados de educação permanente. A policlínica

realiza mais de 4 mil atendimentos mensais, consolidando-se como referência regional. Qualitativamente, o atendimento humanizado é reiterado. A universidade pode atuar como dispositivo indutor fortalecendo formação interprofissional e integração com a rede, e a policlínica pode ser um braço de suporte do sistema público, oferecendo mão de obra qualificada e serviços especializados que a rede básica muitas vezes não consegue suprir sozinha.

Reconhece-se como limitação do estudo o fato de ter sido realizado em um único serviço, o que restringe a generalização dos resultados para outros contextos institucionais. Entretanto, os achados oferecem elementos relevantes para a compreensão dos desafios enfrentados por serviços-escola inseridos em redes públicas de saúde. Pesquisas futuras podem ampliar a análise para outras policlínicas universitárias e cenários de integração ensino–serviço, permitindo aprofundar a compreensão sobre os processos de organização do cuidado em saúde mental e suas interfaces com a formação profissional.

#### **4. Conclusões**

Os resultados deste estudo mostram que a atenção à saúde mental no contexto da policlínica universitária analisada se constitui em um campo marcado por tensões. Embora os profissionais reconheçam discursivamente a natureza multifatorial do sofrimento psíquico e sua relação com determinantes sociais e contextuais, a prática cotidiana permanece orientada por diagnósticos tradicionais e pelo encaminhamento para especialistas em saúde mental.

Outro aspecto relevante diz respeito à fragmentação institucional e aos limites da integração entre os diferentes atores envolvidos no cuidado. A coexistência de distintas lógicas de gestão produz desafios na organização dos processos de trabalho e na construção de fluxos integrados. Somam-se a esse cenário a insegurança profissional no manejo de situações de sofrimento psíquico, a escassez de capacitações específicas e o desconhecimento dos fluxos da rede de atenção psicossocial.

Apesar dessas fragilidades, o estudo identifica importantes potencialidades, como a estabilidade da equipe, o reconhecimento comunitário do serviço e a inserção da policlínica no ambiente universitário configuram condições favoráveis para o desenvolvimento de processos estruturados de educação permanente e de formação interprofissional. Nesse sentido, as policlínicas universitárias podem atuar como espaços estratégicos de inovação no campo da saúde mental, contribuindo para a formação de profissionais preparados para atuar em redes territoriais de cuidado e para a construção de práticas alinhadas aos princípios da clínica ampliada e da atenção psicossocial.

Para tal, os resultados também apontam para a necessidade de fortalecer estratégias de educação permanente voltadas à saúde mental, ampliando a capacidade das equipes multiprofissionais de reconhecer, acolher e manejar situações de sofrimento psíquico em diferentes níveis de complexidade. A incorporação de práticas interprofissionais, o desenvolvimento de estratégias de apoio matricial e o aprimoramento da articulação com os serviços da RAPS podem contribuir para reduzir a fragmentação do cuidado e promover respostas mais integradas às necessidades dos usuários.

Do ponto de vista das políticas públicas e da formação em saúde, os achados reforçam a importância de consolidar a integração ensino–serviço como estratégia para o fortalecimento do SUS. A universidade, ao articular ensino, pesquisa e extensão, possui potencial para atuar como agente indutor de transformações nas práticas assistenciais, promovendo processos formativos que valorizem o cuidado integral, o trabalho em equipe e a compreensão ampliada dos determinantes sociais da saúde mental.

Em síntese, os resultados indicam que, embora as policlínicas universitárias apresentem potencial significativo para contribuir com o fortalecimento da atenção psicossocial no território, a consolidação desse papel depende do investimento contínuo em processos formativos, na institucionalização de práticas interprofissionais e no fortalecimento da articulação com a rede pública de saúde. Tais iniciativas são fundamentais para avançar na construção de modelos de cuidado em saúde mental mais integrados, territoriais e comprometidos com os princípios da reforma psiquiátrica e da promoção da saúde.

## 5. Referências

ALCÂNTARA, V. P.; VIEIRA, C. A. L.; ALVES, S. V. **Perspectivas acerca do conceito de saúde mental: análise das produções científicas brasileiras.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 351-361, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022271.22562019>. Acesso em: 18 fev. 2026.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. p. 83.

AMBROZIO, A. M. de C.; FONSECA, G. A. L.; RICOMINI NUNES, C. J. R. **A promoção da saúde do trabalhador na atenção primária à saúde.** *Health Residencies Journal*, v. 5, n. 26, 2024. DOI: 10.51723/hrj.v5i26.919. Disponível em: <https://doi.org/10.51723/hrj.v5i26.919> Acesso em: 18 fev. 2026.

ANDRADE, E. A. de; SILVA, S. R. da; SPANHOL, L. L.; GONÇALVES, S. G. **A importância da gestão acadêmica para a construção de uma universidade promotora da saúde.** *Cuadernos de Educación y Desarrollo - QUALIS A4*, [S. l.], v. 16, n. 6, p. e4674, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/cuadv16n6-204>. Acesso em: 13 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede de Atenção Psicossocial (RAPS): diretrizes para organização do cuidado**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps>. Acesso em: 13 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-mental>. Acesso em: 5 mai. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_promocao\\_saude.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf). Acesso em: 12 mar. 2026.

FELICETTI, F. B. **O impacto da humanização nos serviços de saúde: uma revisão integrativa da literatura**. 2023. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Gestão em Saúde). Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, 13 dez. 2023. Disponível em: <https://repositorio.ufcspa.edu.br/items/602c894a-224f-491a-aa89-376b6c919425>. Acesso em: 8 fev. 2026.

FORTE, F. D. S.; et al. **Educação Interprofissional e o Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde/Rede Cegonha: potencializando mudanças na formação acadêmica**. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 20, n. 58, p. 789-796, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/BMWCvXgn84VMFW5447JjfbN/?lang=pt>. Acesso em: 5 fev. 2026.

GORSKI, N.; SILVA, R. F. **Centro Universitário Adventista de São Paulo – Campus São Paulo**. ESDA – Encyclopedia of Seventh-day Adventists, 10 junho 2021. Disponível em: <https://encyclopedia.adventist.org/article?id=8GGU&lang=pt&utm>. Acesso em: 26 out. 2025.

GLINK, Julia Catiusse; ANDRADE, Elisabete Agrela. Percepção de saúde mental de graduandos de cursos da área da saúde. **Lifestyle Journal**, v. 7, n. 2, p. 65-73, 2020. Disponível em <https://doi.org/10.19141/2237-3756.lifestyle.v7.n2.p65-73> Acesso em: 26 out. 2025.

LOURAU, René. **A análise institucional**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

MOIMAZ, Suzely Adas Saliba et al. Saúde da Família: o desafio de uma atenção coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 965-972, 2011. <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/saude-da-familia-o-desafio-de-uma-atencao-coletiva/2497?id=2497> Acesso em: 26 out. 2025.

NASCIMENTO, L. A. DO .; LEÃO, A.. Estigma social e estigma internalizado: a voz das pessoas com transtorno mental e os enfrentamentos necessários. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 26, n. 1, p. 103–121, jan. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702019000100007> Acesso em: 26 out. 2025.

PINHO, M. C. G. **Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz**. Ciências & Cognição, v. 8, 2006. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/cc/v8/v8a09.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2026.

SALDANHA, O. M. F. L. et al. **Clínica-escola: apoio institucional inovador às práticas de gestão e atenção na saúde como parte da integração ensino-serviço.** *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 18, p. 1053–1062, 2014. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0446> Acesso em: 9 mar. 2026.

SANTOS, A. N. S. et al. **Prevenção ou medicalização? Os desafios da atenção primária à saúde (APS) na era do rastreio populacional e da gestão de risco.** Aracê, [S. l.], v. 7, n. 3, p. 15130-15161, 2025. DOI: <https://doi.org/10.56238/arev7n3-287>. Disponível em: <https://periodicos.newsciencepubl.com/arace/article/view/4127>. Acesso em: 18 fev. 2026.

UNGLERT, C. V. de S.; ROSENBERG, C. P.; JUNQUEIRA, C. B. **Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de geografia em saúde pública.** *Revista de Saúde Pública, São Paulo*, v. 21, p. 439-446, 1987. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/fY6jQdVdTG7TpGrQGxDrmXc/?lang=pt>. Acesso em: 31 jan. 2026.

TONG, A.; Sainsbury, P.; Craig, J. **Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups.** *International Journal for Quality in Health Care*, v. 19, n. 6, p. 349–357, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>. Acesso em: 10 mar. 2026.

VAN DER WAL, T.; HART, A. **Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement: Guidelines for Reporting Observational Studies.** *PLoS Medicine*, v. 4, n. 10, p. e296, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0040296>. Acesso em: 10 mar. 2026.

Recebido em: 18/03/2026

Aceito em: 30/04/2026

Endereço para correspondência:

Nome: Elisabete Agrela de Andrade

E-mail: [elisabeteagrela1@gmail.com](mailto:elisabeteagrela1@gmail.com)



Esta obra está licenciada sob uma [Licença Creative Commons Attribution 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)