Cuidado integral em saúde mental de populações expostas à violência

Comprehensive mental health care for populations exposed to violence

Wedson Leal dos Santos
e-mail: wedsonleal2013@gmail.com

RESUMO

A saúde mental constitui um dos campos mais complexos e politicamente disputados das ciências da saúde no Brasil contemporâneo. Este artigo apresenta uma revisão integrativa da literatura sobre cuidado integral, humanização dos atendimentos e promoção do bem-estar psicológico, com recorte especial para os desafios enfrentados por profissionais em contextos de alta exposição ao sofrimento, com destaque para os trabalhadores de segurança pública. A revisão seguiu o protocolo PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), contemplando buscas nas bases SciELO, PubMed/MEDLINE, PsycINFO e BVS, no período de 2004–2026. Após um processo seletivo rigoroso, 47 publicações foram incluídas na síntese final. Reduções significativas na sintomatologia depressiva, em alguns casos, variando entre 40 e 50%. A aliança terapêutica apresenta maior contribuição relativa para os resultados do que as técnicas específicas empregadas, já o modelo biomédico, apesar de hegemônico, apresenta limitações estruturais graves quando aplicado ao sofrimento psíquico. O artigo também examina criticamente as barreiras institucionais à implementação do cuidado humanizado, em especial nas corporações policiais militares, onde a cultura de virilidade e o estigma produzem prevalências de TEPT, prevalência descritas na literatura variando entre aproximadamente 9% e 19%, sem a correspondente oferta de cuidado. Propõe-se um conjunto de intervenções práticas, que vai de protocolos de escuta qualificada a programas institucionais de saúde mental para profissionais de risco. Conclui-se que humanizar o cuidado não é opcional; é uma exigência epistemológica, ética e clínica de alta eficácia comprovada.

Palavras-chave: saúde mental; cuidado integral; humanização; bem-estar psicológico; segurança pública.

ABSTRACT

Mental health constitutes one of the most complex and politically contested fields within the health sciences in contemporary Brazil. This article presents an integrative literature review on comprehensive care, humanization of health services, and the promotion of psychological well-being, with a particular focus on the challenges faced by professionals in contexts of high exposure to suffering, especially public security workers. The review followed the PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) protocol, including searches in the SciELO, PubMed/MEDLINE, PsycINFO, and BVS databases, covering the period from 2004 to 2026. After a rigorous selection process, 47 publications were included in the final synthesis. Significant reductions in depressive symptomatology were observed, in some studies ranging from 40% to 50%. The therapeutic alliance shows a greater relative contribution to treatment outcomes than the specific techniques employed. At the same time, the biomedical model, despite its dominance, presents serious structural limitations when applied to psychological suffering. The article also critically examines institutional barriers to the implementation of humanized care, particularly within military police organizations, where a culture of virility and stigma is associated with the prevalence of post-traumatic stress disorder (PTSD), with rates described in the literature ranging approximately from 8% to 19%, without a corresponding provision of care. A set of practical interventions is proposed,

ranging from qualified listening protocols to institutional mental health programs for high-risk professionals. It is concluded that humanizing care is not optional; it is an epistemological, ethical, and clinically supported requirement.
Keywords: mental health; integral care; humanization; psychological well-being; public security.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do Tema

A saúde mental configura-se, na contemporaneidade, como um dos campos mais complexos e dinâmicos das ciências da saúde. Trata-se de um território marcado por profundas disputas epistemológicas e transformações históricas, onde diferentes racionalidades de cuidado coexistem e, não raramente, entram em tensão. Esse domínio não pode ser compreendido estritamente sob a ótica biomédica; afinal, o sofrimento psíquico manifesta-se na intersecção entre dimensões biológicas, subjetivas, sociais e culturais. Tal pluralidade exige abordagens que transcendam modelos explicativos unidimensionais e alcancem a integralidade do ser humano (AMARANTE, 2007).

Historicamente, o percurso do tratamento do sofrimento psíquico foi pautado pela lógica da anormalidade, segundo a qual o indivíduo era interpretado como uma ameaça à ordem social. Sob esse viés, consolidou-se o modelo asilar, cuja estratégia central baseava-se na segregação e no controle social de quem era rotulado como "louco". Esse paradigma acabou por reduzir o sujeito à sua patologia, desconsiderando sua singularidade e sua inserção no mundo, gerando marcas profundas tanto nas instituições quanto no imaginário coletivo sobre a loucura (AMARANTE, 2007; FOUCAULT, 1978).

Contudo, a partir da segunda metade do século XX, esse modelo segregador passou a ser amplamente questionado, o que impulsionou movimentos de Reforma Psiquiátrica que propuseram uma reestruturação ética e clínica das práticas em saúde mental. No cenário brasileiro, esse processo ganhou robustez nas décadas de 1980 e 1990, culminando na ascensão do modelo psicossocial, orientado pelos pilares da cidadania e da desinstitucionalização. A criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e a promulgação da Lei n.º 10.216/2001 tornaram-se marcos dessa transição, estabelecendo o cuidado em liberdade como um direito fundamental (BRASIL, 2001).

Apesar desses avanços, a consolidação desse novo modelo ainda enfrenta contradições estruturais. Na prática cotidiana, observa-se a coexistência de intervenções

fortemente influenciadas pelo paradigma biomédico e de propostas de cuidado integral, o que revela um campo em constante disputa entre a inovação e o conservadorismo. Somadas a isso, as pressões da vida contemporânea, como a precarização do trabalho e a fragilização dos laços sociais, têm fomentado novas formas de adoecimento, elevando a complexidade dos desafios impostos aos serviços de saúde (HAN, 2015; BAUMAN, 2004).

No plano epidemiológico, a gravidade do cenário é inequívoca. A Organização Mundial da Saúde aponta que mais de 280 milhões de pessoas sofrem de depressão em todo o mundo, sendo esta uma das maiores causas de incapacidade (OMS, 2022). No Brasil, indicadores do IBGE reforçam o aumento do sofrimento psíquico, agravado no pós-pandemia, especialmente entre categorias profissionais submetidas a alta carga emocional, como os trabalhadores da saúde e da segurança pública (IBGE, 2020).

Portanto, torna-se evidente que a resposta ao sofrimento mental não deve se restringir apenas à expansão da rede de serviços ou a protocolos padronizados. É imperativo avançar para modelos de cuidado que integrem evidências científicas sólidas a uma sensibilidade clínica aguçada. A saúde mental moderna exige, acima de tudo, o reconhecimento do sujeito em sua totalidade, promovendo práticas que unam efetividade, humanização e um compromisso inegociável com a dignidade humana (ENGEL, 1977; BRASIL, 2013).

1.2 Problematização

A problemática central deste estudo reside na persistente lacuna entre as diretrizes teóricas do cuidado integral e a sua aplicabilidade prática no cotidiano das instituições de saúde e segurança. Embora o arcabouço legal brasileiro preconize a humanização e a autonomia do sujeito, a realidade operacional revela a persistência de práticas fragmentadas, muitas vezes pautadas por uma lógica meramente curativista e medicamentosa. Esse cenário é agravado pela crescente patologização de questões sociais, em que o sofrimento psíquico é isolado de suas raízes históricas e tratado exclusivamente como um desajuste neuroquímico (DESVIAT, 1999).

No contexto das instituições de segurança pública, essa problemática assume contornos ainda mais críticos. A cultura organizacional dessas corporações, frequentemente alicerçada em pilares de virilidade inabalável e de contenção emocional, cria uma barreira invisível ao acesso ao cuidado. O estigma associado ao adoecimento mental leva o profissional a evitar buscar auxílio, temendo represálias administrativas ou

o julgamento de seus pares. Dessa forma, o silenciamento torna-se uma estratégia de sobrevivência, embora resulte no agravamento de quadros de estresse pós-traumático e de burnout (LANCETTI, 2015).

Outro ponto nodal da problematização refere-se à predominância das tecnologias duras em detrimento das tecnologias leves nas intervenções em saúde mental. Conforme discutido por Merhy (2002), a eficácia do cuidado não depende apenas de equipamentos ou protocolos rígidos, denominados tecnologias duras, mas sim do vínculo, do acolhimento e da escuta qualificada, que compõem as tecnologias leves. A carência desses elementos nas redes de atenção compromete a aliança terapêutica, reduz a eficácia do tratamento e perpetua ciclos de reinternações ou de abandono terapêutico.

Ademais, a desigualdade no acesso a recursos para a promoção do bem-estar psicológico revela uma vulnerabilidade institucional. Enquanto o modelo biomédico foca na remissão dos sintomas, negligencia-se a necessidade de transformar as condições de trabalho e as relações interpessoais que geram o adoecimento. Portanto, o desafio que se impõe não é apenas a oferta de serviços, mas a reconstrução da lógica do cuidado, migrando de uma postura reativa a uma estratégia preventiva e verdadeiramente integrada, capaz de acolher a subjetividade daqueles que lidam diariamente com a violência e a pressão social.

1.3 Justificativa

A relevância desta pesquisa fundamenta-se na necessidade urgente de romper o ciclo de invisibilidade do sofrimento psíquico em ambientes de alta criticidade. A justificativa deste estudo reside, primordialmente, no reconhecimento de que a eficácia das políticas de saúde mental depende da superação de modelos meramente paliativos. Ao investigar as intersecções entre o cuidado integral e as populações expostas à violência, este trabalho contribui para preencher uma lacuna teórica e prática sobre como sustentar o bem-estar em contextos de pressão extrema.

Sob a perspectiva clínica, a importância de uma abordagem humanizada é corroborada por evidências que apontam o vínculo interpessoal como o principal preditor de sucesso terapêutico. Conforme postulado na abordagem centrada na pessoa por ROGERS (1997), a criação de um ambiente de aceitação incondicional e empatia permite ao indivíduo recuperar sua autonomia e capacidade de crescimento. Portanto, justificar

um modelo de cuidado integral significa, na prática, defender uma assistência que valorize a experiência subjetiva do sujeito em detrimento da rotulação diagnóstica.

No âmbito social e institucional, o estudo justifica-se pelo impacto direto na eficiência das corporações de segurança pública e no sistema de saúde como um todo. O adoecimento mental de profissionais que atuam na linha de frente da sociedade não é um problema individual, mas um fenômeno coletivo que compromete a qualidade do serviço prestado à população. A promoção do bem-estar eudaimônico, que se concentra no desenvolvimento das potencialidades humanas e no propósito de vida, mostra-se essencial para reduzir as taxas de absenteísmo e os índices de suicídio ocupacional (RYAN; DECI, 2001).

Por fim, este artigo propõe-se a fornecer subsídios acadêmicos para a formulação de protocolos de intervenção que unam rigor científico e sensibilidade humana. Ao consolidar dados que comprovam a superioridade das abordagens integradas, a pesquisa oferece um roteiro estratégico para gestores e profissionais da psicologia que buscam implementar redes de cuidado mais resilientes e éticas. A entrega deste conhecimento à comunidade científica e profissional apresenta-se, portanto, como um compromisso com a transformação da realidade institucional e com a promoção da dignidade humana.

1.4 Objetivo Geral

Analisar, a partir de uma revisão integrativa da literatura, a relevância do cuidado integral na promoção da saúde mental e na humanização dos atendimentos em saúde, articulando fundamentos teóricos, evidências empíricas e implicações práticas, com especial atenção aos contextos institucionais marcados por elevada exposição ao sofrimento psíquico.

1.4.1 Objetivos Específicos

- Discutir os fundamentos teóricos que sustentam o conceito de cuidado integral em saúde, enfatizando suas bases epistemológicas e sua relação com os princípios estruturantes do Sistema Único de Saúde, especialmente no que se refere à integralidade, à equidade e à universalidade.
- Analisar criticamente as práticas de humanização dos atendimentos em saúde, considerando tanto os referenciais normativos quanto as evidências científicas

disponíveis, a fim de identificar tensões, limites e potencialidades na sua implementação em contextos reais de cuidado.

- Investigar as principais estratégias de promoção do bem-estar psicológico descritas na literatura, avaliando sua aplicabilidade em diferentes contextos institucionais, com ênfase em ambientes caracterizados por alta demanda emocional e exposição contínua a situações de estresse.
- Examinar as especificidades do sofrimento psíquico em profissionais de segurança pública, considerando os determinantes organizacionais, culturais e subjetivos que influenciam tanto a produção do adoecimento quanto as barreiras ao acesso ao cuidado.
- Propor, com base na integração entre evidências científicas e análise crítica, um conjunto de diretrizes e intervenções práticas voltadas ao fortalecimento do cuidado integral e da humanização dos atendimentos em saúde mental, especialmente em contextos institucionais complexos.

2 REFERENCIAL

2.1 Conceito de Saúde Mental

2.1.1 Definições Clássicas e Contemporâneas

O conceito de saúde mental surge como uma resposta às limitações do modelo biomédico, cuja ênfase na dimensão biológica do adoecimento não é suficiente para compreender a complexidade dos processos de saúde e doença. Nesse sentido, a integralidade propõe uma abordagem ampliada, que considera o sujeito em suas dimensões biológicas, psicológicas e sociais, reconhecendo a influência do contexto na produção do sofrimento (ENGEL, 1977; MATTOS, 2001).

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a integralidade é um dos princípios estruturantes, orientando tanto a organização dos serviços quanto as práticas profissionais. No entanto, sua efetivação ainda representa um desafio, pois exige a articulação entre diferentes níveis de atenção e a superação de práticas fragmentadas. Conforme destaca MATTOS (2001), a integralidade deve ser compreendida como uma prática concreta, construída no cotidiano dos serviços, a partir da relação entre profissionais e usuários.

Além disso, o cuidado integral envolve uma dimensão relacional que vai além da mera aplicação de procedimentos técnicos. Elementos como escuta qualificada, vínculo e reconhecimento da singularidade do sujeito são fundamentais para a efetividade das ações de saúde, especialmente no campo da saúde mental. Nesse contexto, MERHY (2002) destaca a importância das tecnologias leves, centradas na interação entre profissional e usuário, como componentes essenciais do processo de cuidado.

Por outro lado, a construção da integralidade está diretamente relacionada às condições institucionais em que o cuidado é produzido. Modelos de gestão baseados na produtividade e na especialização tendem a reforçar a fragmentação das práticas, dificultando a adoção de abordagens mais integradas. Assim, a integralidade não depende apenas da atuação individual dos profissionais, mas também de mudanças organizacionais e estruturais nos serviços de saúde (CECÍLIO, 2001; MERHY, 2002).

Por fim, a integralidade pode ser compreendida como um princípio que articula as dimensões técnicas, éticas e políticas do cuidado. Ao reconhecer o sujeito em sua totalidade e defender práticas mais inclusivas e contextualizadas, esse conceito contribui para a construção de um modelo de atenção à saúde mais equitativo e centrado nas necessidades reais da população (BRASIL, 2013).

2.1.2 Determinantes Sociais da Saúde Mental

A saúde mental é influenciada por um conjunto complexo de fatores que ultrapassam a dimensão individual, envolvendo determinantes sociais, econômicos, culturais e ambientais. Essa perspectiva amplia a compreensão do fenômeno ao reconhecer que o sofrimento psíquico não pode ser explicado apenas por aspectos biológicos, mas deve ser analisado em sua relação com as condições de vida e os contextos nos quais os indivíduos estão inseridos (OMS, 2014).

Entre os principais determinantes da saúde mental, destacam-se fatores como a desigualdade social, as condições de trabalho, o acesso a serviços de saúde, as redes de apoio social e a exposição a situações de violência. Esses elementos exercem influência direta tanto na proteção quanto no risco de desenvolvimento de transtornos mentais, evidenciando a necessidade de abordagens que integrem dimensões individuais e coletivas (LUND *et al*., 2018).

No contexto contemporâneo, transformações sociais associadas à intensificação do trabalho, à instabilidade econômica e à fragilização dos vínculos sociais têm contribuído

para o aumento dos quadros de sofrimento psíquico. Conforme analisa HAN (2015), a lógica do desempenho e da produtividade tende a gerar indivíduos mais vulneráveis ao esgotamento emocional, o que impacta diretamente os indicadores de saúde mental.

Além disso, é fundamental considerar que os determinantes da saúde mental não atuam isoladamente, mas de forma interdependente, produzindo efeitos cumulativos ao longo do tempo. Nesse sentido, a compreensão do adoecimento psíquico exige uma análise integrada, capaz de articular fatores estruturais e experiências subjetivas, contribuindo para o desenvolvimento de estratégias de intervenção mais eficazes e contextualizadas (MINAYO, 2014).

2.1.3 Sofrimento Psíquico na Contemporaneidade: Evidências e Especificidades

A compreensão do sofrimento psíquico na contemporaneidade exige a análise das transformações sociais que caracterizam o mundo atual. Nesse contexto, HAN (2015) descreve a emergência de uma "sociedade do cansaço", marcada não mais pela repressão externa, mas pela lógica do desempenho, da produtividade e da autoexploração. Essa dinâmica contribui para a formação de sujeitos mais vulneráveis ao esgotamento emocional, à sensação de insuficiência e à perda de sentido.

Como consequência, observa-se um aumento de quadros de sofrimento psíquico, frequentemente manifestados por sintomas como ansiedade, depressão, fadiga crônica e anedonia. Esses fenômenos estão diretamente relacionados às exigências sociais contemporâneas, especialmente às transformações nas formas de organização do trabalho e da vida cotidiana.

Nesse cenário, a OMS (2019) reconhece o burnout como um fenômeno ocupacional resultante do estresse crônico no trabalho não adequadamente gerenciado, conforme estabelecido na Classificação Internacional de Doenças (CID-11). Tal reconhecimento evidencia que o sofrimento psíquico está profundamente relacionado às condições de trabalho, deslocando a análise de uma perspectiva exclusivamente individual para uma abordagem mais ampla e contextual.

Além disso, as evidências contemporâneas indicam que o sofrimento psíquico deve ser compreendido como um fenômeno multifatorial, resultante da interação entre fatores individuais, sociais e organizacionais. Nesse sentido, a análise integrada desses elementos torna-se fundamental para o desenvolvimento de estratégias de cuidado mais eficazes e contextualizadas (MINAYO, 2014).

2.2 Cuidado Integral em Saúde

2.2.1 Fundamentos Normativos e Conceituais

O cuidado integral em saúde encontra sua base normativa na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), que instituíram o Sistema Único de Saúde (SUS) com base em três princípios doutrinários indissociáveis: universalidade, equidade e integralidade. Dentre esses, a integralidade assume papel central ao estabelecer que o cuidado deve considerar o indivíduo em sua totalidade biopsicossocial, superando abordagens restritas à dimensão patológica (BRASIL, 1990).

No campo conceitual, a integralidade tem sido amplamente discutida como um princípio que ultrapassa sua dimensão normativa e assume também um caráter crítico diante das limitações do modelo biomédico. Nesse sentido, identifica-se que a integralidade opera como uma crítica ao reducionismo biológico, à fragmentação das práticas de saúde e à dissociação entre ações assistenciais e de saúde pública (MATTOS, 2001).

Além disso, a literatura aponta para a existência de diferentes dimensões da integralidade no âmbito das práticas em saúde. Destaca-se a distinção entre uma integralidade focalizada, relacionada ao compromisso do profissional de reconhecer e responder às necessidades singulares do usuário, e uma integralidade ampliada, que envolve a articulação entre diferentes serviços e níveis de atenção. A efetivação do cuidado integral depende da integração dessas dimensões, uma vez que a ausência de qualquer uma delas tende a fragmentar o cuidado e comprometer seus resultados (CECÍLIO; MERHY, 2003).

2.2.2 Integralidade como Prática Clínica: Desafios e Contradições

A incorporação da integralidade no âmbito das práticas clínicas constitui um dos principais desafios para a efetivação dos princípios do Sistema Único de Saúde. Embora amplamente reconhecida no plano normativo, sua materialização no cotidiano dos serviços ainda se mostra limitada, o que evidencia um descompasso entre o que é proposto nas diretrizes e o que se concretiza na prática assistencial (MATTOS, 2001).

No contexto clínico, a integralidade exige a superação de abordagens centradas exclusivamente no diagnóstico e no tratamento de doenças, demandando uma atenção

ampliada que considere as múltiplas dimensões do sujeito. No entanto, a persistência do modelo biomédico, associada à forte especialização das práticas e à fragmentação do cuidado, dificulta a construção de intervenções integradas e centradas nas necessidades dos usuários (CECÍLIO, 2001).

Além disso, as condições institucionais em que o cuidado é produzido impõem limites significativos à operacionalização da integralidade. A sobrecarga de trabalho, a escassez de recursos e os modelos de gestão orientados pela produtividade tendem a reduzir o tempo destinado à escuta e ao vínculo, comprometendo a qualidade das relações terapêuticas e favorecendo práticas mais automatizadas e protocolares (MERHY, 2002).

Outro aspecto relevante diz respeito às contradições presentes no próprio processo de cuidado. Ao mesmo tempo em que se busca promover uma abordagem integral, observa-se a coexistência de práticas que reforçam a fragmentação e a descontinuidade da atenção. Essa tensão evidencia que a integralidade não se constitui como uma realidade consolidada, mas como um processo em construção, atravessado por disputas entre modelos, saberes e formas de organização do trabalho em saúde (CECÍLIO; MERHY, 2003).

Dessa forma, a efetivação da integralidade como prática clínica requer não apenas mudanças na atuação dos profissionais, mas também transformações estruturais nos serviços de saúde. Isso implica repensar modelos de gestão, fortalecer o trabalho em equipe e promover condições que viabilizem a construção de um cuidado mais articulado, contínuo e centrado no sujeito.

2.2.3 Superação do Modelo Biomédico: Mais que Discurso

A superação do modelo biomédico constitui um desafio central para a efetivação da integralidade no cuidado em saúde. Tradicionalmente centrado na doença e na dimensão biológica, esse modelo tende a fragmentar o cuidado e limitar a compreensão do processo saúde-doença (MATTOS, 2001). Embora tenha contribuído para avanços importantes, mostra-se insuficiente diante das demandas contemporâneas, especialmente no campo do sofrimento psíquico. A ênfase nos aspectos orgânicos desconsidera fatores sociais, culturais e subjetivos, restringindo o cuidado a intervenções pontuais (CECÍLIO, 2001).

Nesse contexto, propõe-se a ampliação do modelo de atenção, incorporando uma abordagem que integre dimensões biológicas, psicológicas e sociais. Essa perspectiva

orienta práticas mais contextualizadas e centradas nas necessidades dos usuários (MERHY, 2002). A consolidação dessa mudança depende de transformações nas práticas profissionais e na organização dos serviços, com valorização do trabalho em equipe, da escuta qualificada e da construção de vínculos (CECÍLIO; MERHY, 2003)

2.3 Humanização dos Atendimentos em Saúde

2.3.1 Política Nacional de Humanização: Avanços e Limites

A Política Nacional de Humanização (PNH), lançada pelo Ministério da Saúde em 2003, representou uma tentativa sistemática de traduzir em política pública os princípios éticos do cuidado integral. A PNH não propõe uma gentileza superficial, mas uma reconfiguração das relações entre profissionais, usuários e gestores, a partir de valores como autonomia, protagonismo dos sujeitos, corresponsabilidade, vínculos solidários e participação coletiva (BRASIL, 2004). Seus dispositivos centrais — acolhimento, clínica ampliada e projeto terapêutico singular — oferecem ferramentas concretas para transformar as práticas.

No entanto, a implementação da PNH revela contradições estruturais que merecem análise crítica. A política foi lançada com forte investimento simbólico e normativo, mas com financiamento insuficiente para sustentar as transformações necessárias na formação profissional, na reorganização dos serviços e na cultura organizacional das instituições. Estudos de avaliação da PNH indicam que sua penetração nos serviços é desigual e fragmentária, com ilhas de excelência convivendo com práticas desumanizantes no mesmo município ou no mesmo serviço (BRASIL, 2009). A humanização que não transforma as condições estruturais do trabalho tende a se reduzir à retórica.

2.3.2 Humanização como Ferramenta Clínica: Evidências

A evidência científica disponível é inequívoca: os atendimentos humanizados produzem melhores resultados em saúde. Pesquisas meta-analíticas demonstram, de forma consistente, que a empatia do profissional se correlaciona positivamente com a maioria dos estudos revisados, configurando-se como um dos preditores mais robustos de satisfação do usuário e de adesão ao tratamento (ELLIOTT *et al.*, 2011). A análise de

LEVINSON *et al*. (2000) demonstrou que médicos atentos às pistas emocionais dos pacientes apresentaram incidência de queixas por erro médico substancialmente menor do que a dos demais, o que transforma a humanização da obrigação ética em um imperativo de gestão de risco.

No campo específico da saúde mental, a dimensão relacional do cuidado é ainda mais determinante. WAMPOLD; IMEL. (2015), em meta-análise abrangendo mais de 200 ensaios clínicos randomizados, demonstraram que a aliança terapêutica apresenta magnitude de efeito 7 a 8 vezes superior à da técnica específica empregada na determinação dos resultados positivos em psicoterapia. Em outras palavras, os resultados sugerem que a qualidade da relação terapêutica desempenha um papel mais determinante do que a técnica isoladamente. Esse achado tem implicações práticas imediatas: investir na formação relacional dos profissionais de saúde mental é, rigorosamente, mais custo-efetivo do que investir na proliferação de técnicas.

2.3.3 Saúde Mental e Cuidado Integral em Profissionais de Segurança Pública: Desafios e Especificidades

A saúde mental dos profissionais de segurança pública constitui um campo que merece tratamento específico e aprofundado, tanto pela magnitude do problema quanto pela peculiaridade das barreiras culturais e institucionais que o cercam. O policial militar, em particular, opera em uma encruzilhada paradoxal: é simultaneamente agente de proteção da ordem pública e sujeito vulnerável a adoecimentos psíquicos graves, sem que essa vulnerabilidade seja reconhecida, nomeada ou acolhida institucionalmente.

A cultura policial historicamente construída em torno dos valores de virilidade, disciplina, controle emocional e impermeabilidade ao sofrimento cria uma barreira psicológica e institucional ao cuidado que vai muito além da falta de serviços. O policial que busca apoio psicológico arrisca sua reputação entre os pares, sua progressão funcional e sua própria identidade profissional, construída em torno de um ideal de invulnerabilidade que o sofrimento ameaça desfazer. Esse processo de silenciamento do sofrimento, sistematicamente incentivado pela cultura institucional, transforma condições tratáveis em quadros crônicos e graves.

Sob essa perspectiva, o desafio não é apenas criar serviços de saúde mental para policiais, mas também transformar a cultura que os impede de acessar os serviços existentes. Programas que integram a atenção psicológica à cultura e à rotina

institucional, em vez de oferecer cuidado externo e estigmatizado, demonstram maior eficácia na redução do sofrimento e na prevenção de comportamentos de risco (MINAYO; SOUZA, 2003). A mudança começa pela nomeação: quando a instituição nomeia o sofrimento, reconhece sua legitimidade e oferece cuidado sem punição, transforma a relação dos profissionais com a própria vulnerabilidade.

2.4 Promoção do Bem-Estar Psicológico

2.4.1 Conceito e Modelos

O bem-estar psicológico constitui um dos construtos mais investigados na psicologia contemporânea. Duas grandes tradições disputam o espaço conceitual: a hedonista, que identifica bem-estar com prazer e satisfação subjetiva com a vida; e a eudaimônica, que o associa ao florescimento humano e à vida com sentido (RYAN; DECI, 2001). O modelo multidimensional de RYFF (1989), de base eudaimônica, propõe seis dimensões constitutivas: autoaceitação, relações positivas com os outros, autonomia, domínio do ambiente, propósito de vida e crescimento pessoal, dimensões que transcendem a mera ausência de sintomatologia.

Para além das disputas conceituais, há consenso sobre elementos fundamentais: o bem-estar é multidimensional, dinâmico e influenciado tanto por fatores individuais quanto por condições contextuais; não é idêntico à ausência de sofrimento; pode coexistir com dificuldades e adversidades; e é, em alguma medida, cultivável por meio de práticas, intervenções e mudanças nas condições de vida. Esse último ponto tem implicações diretas para a prática clínica e para a formulação de políticas públicas.

2.4.2 Estratégias de Promoção: da Evidência à Prática

As intervenções psicossociais para promoção do bem-estar compõem um campo diversificado, que inclui terapias cognitivo-comportamentais, abordagens baseadas em mindfulness, intervenções comunitárias de fortalecimento de vínculos e práticas expressivas e corporais. A evidência disponível é consistente: intervenções estruturadas de promoção do bem-estar reduzem sintomas de ansiedade e depressão, aumentam a resiliência e o sentido de vida e melhoram os indicadores de funcionamento social e ocupacional (SELIGMAN, 2011). Estudos longitudinais demonstram que a qualidade das

relações sociais é um dos preditores mais robustos de saúde mental e de longevidade. O isolamento social aumenta o risco de morte prematura em 26%, um efeito comparável ao do tabagismo (HOLT-LUNSTAD *et al*., 2015).

No contexto institucional, programas de educação em saúde mental que informam a população sobre como reconhecer sofrimento psíquico e onde buscar ajuda têm demonstrado eficácia na redução do estigma e no fortalecimento do acesso ao cuidado. A escola, os serviços de atenção primária, as instituições de trabalho e os meios de comunicação são espaços privilegiados para esse tipo de intervenção, e sua subutilização no Brasil representa uma lacuna significativa na política pública.

2.4.3 Papel das Instituições: Ambientes Psicologicamente Seguros

As instituições desempenham um papel determinante na saúde mental de seus membros. EDMONDSON (1999), em estudo amplamente replicado, demonstrou que a segurança psicológica, a percepção de que é possível expressar dúvidas, erros e vulnerabilidades sem medo de punição, é o principal preditor de aprendizagem e desempenho em equipes de trabalho. Organizações que cultivam essa segurança apresentam menores índices de absenteísmo, rotatividade e adoecimento mental entre seus membros. Organizações que a suprimem, como frequentemente ocorre nas corporações policiais militares, pagam um custo silencioso, mas imenso, em sofrimento, erro e capacidade perdida.

A transformação da cultura organizacional não se decreta por portaria. Ela se constrói na qualidade das relações de liderança, na coerência entre valores proclamados e práticas efetivas, na existência de espaços formais de cuidado, supervisão clínica, apoio psicológico, grupos de suporte entre pares e na disposição da instituição de reconhecer o sofrimento de seus membros como dado relevante para sua missão. Instituições que cuidam de seus integrantes funcionam melhor.

3 MATERIAL E MÉTODO

3.1 Tipo de Estudo e Referencial Metodológico

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, conduzida com rigor metodológico ampliado e orientada pelas recomendações do checklist PRISMA 2009

(Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), adaptadas à natureza integrativa do estudo. Essa modalidade foi escolhida por permitir a síntese de evidências provenientes de diferentes delineamentos metodológicos quantitativos, qualitativos e mistos, o que possibilita uma compreensão abrangente e crítica do fenômeno investigado.

Diferentemente das revisões sistemáticas estritas, a revisão integrativa admite maior flexibilidade analítica, preservando a complexidade dos fenômenos em saúde mental e permitindo a articulação entre evidências empíricas, referenciais teóricos e implicações práticas. Ainda assim, foram adotados critérios rigorosos de transparência, rastreabilidade e reprodutibilidade na condução das etapas de busca, seleção, análise e síntese dos estudos.

3.2 Estratégia de Busca

A busca bibliográfica foi realizada entre os meses de janeiro e março de 2026, nas seguintes bases de dados eletrônicas:

•Scientific Electronic Library Online (SciELO)

•PubMed/MEDLINE

•PsycINFO

•Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)

•Google Scholar (utilizado de forma complementar para rastreamento de literatura cinzenta e identificação de estudos adicionais)

Foram utilizados descritores controlados e não controlados, combinados por operadores booleanos (AND/OR), em português e inglês, conforme a estratégia abaixo:

• “saúde mental” OR “mental health.”

• “cuidado integral” OR “integral care.”

• “humanização em saúde” OR “humanization in health”

• “bem-estar psicológico” OR “psychological well-being”

• “aliança terapêutica” OR “therapeutic alliance”

• “determinantes sociais da saúde mental” OR “social determinants of mental health”

• “saúde mental policial” OR “police mental health.”

Exemplo de string aplicada nas bases internacionais:

(“mental health” AND “integral care”) AND (“humanization” OR “therapeutic alliance”) AND (“psychological well-being”)

A estratégia de busca foi adaptada às especificidades de cada base, respeitando seus respectivos mecanismos de indexação.

3.3 Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram estabelecidos critérios previamente definidos para seleção dos estudos, com o objetivo de garantir consistência e relevância científica.

Critérios de inclusão:

•Publicações entre 2004 e 2026, com exceção de obras clássicas de referência teórica;

•Artigos originais, revisões sistemáticas, meta-análises, livros e documentos institucionais;

•Estudos publicados em português, inglês ou espanhol;

•Pesquisas com foco direto em saúde mental, cuidado integral, humanização dos atendimentos ou promoção do bem-estar psicológico;

•Estudos que apresentassem dados empíricos ou fundamentação teórica consistente.

Critérios de exclusão:

•Estudos duplicados (mantida a versão mais completa ou recente);

•Trabalhos sem relevância direta para os objetivos da pesquisa;

•Publicações sem rigor científico (ex.: opiniões sem fundamentação, textos não revisados por pares, materiais sem autoria identificada);

•Estudos com descrição metodológica insuficiente;

•Produções cujo acesso ao texto completo não foi possível.

3.4 Processo de Seleção dos Estudos

O processo de seleção seguiu as etapas recomendadas pelo protocolo PRISMA:

1. Identificação: levantamento inicial de 312 registros nas bases de dados
2. Remoção de duplicatas: exclusão de 58 registros repetidos;
3. Triagem: leitura de títulos e resumos dos 254 estudos restantes;
4. Elegibilidade: análise completa de 97 artigos potencialmente relevantes;
5. Inclusão: seleção final de 47 estudos que atenderam integralmente aos critérios estabelecidos.

O processo foi conduzido de forma sistemática, com registro das etapas e das justificativas para a exclusão dos estudos, garantindo transparência e rastreabilidade.

3.5 Avaliação da Qualidade Metodológica

Com o objetivo de aumentar o rigor da revisão, os estudos incluídos foram submetidos a uma avaliação qualitativa de sua consistência metodológica, considerando:

- Clareza dos objetivos;
- Adequação do delineamento metodológico;
- Coerência entre método e resultados;
- Robustez da análise de dados;
- Relevância das conclusões.

Para estudos quantitativos, foram considerados elementos como o tamanho amostral, o controle de variáveis e a validade interna. Para estudos qualitativos, foram analisados critérios como a profundidade interpretativa, a coerência analítica e a contextualização.

Embora não tenha sido aplicado um instrumento formal padronizado (como GRADE ou CASP), buscou-se assegurar a inclusão de estudos com qualidade científica compatível com os objetivos da revisão, priorizando evidências provenientes de revisões sistemáticas, meta-análises e estudos empíricos robustos.

3.6 Análise e Síntese dos Dados

Os dados extraídos dos estudos selecionados foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo temática, conforme proposta por Bardin (2016), estruturada em três etapas:

1. Pré-análise: leitura exploratória e organização do corpus;
2. Exploração do material: codificação e categorização dos conteúdos;
3. Tratamento e interpretação: síntese crítica dos achados.

As categorias temáticas foram definidas, com base nos objetivos do estudo:

- Conceitos e determinantes da saúde mental;
- Fundamentos e práticas do cuidado integral;
- Humanização dos atendimentos em saúde;
- Estratégias de promoção do bem-estar psicológico;

•Especificidades da saúde mental entre profissionais de segurança pública.

A síntese dos dados buscou integrar evidências quantitativas e qualitativas, articulando resultados empíricos com interpretações teóricas e implicações práticas.

3.7 Considerações Éticas

Por se tratar de uma revisão de literatura baseada em dados secundários de domínio público, este estudo não envolveu diretamente seres humanos, não sendo necessária a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme as diretrizes da Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Embora não tenha sido aplicado um instrumento formal padronizado, foram adotados critérios rigorosos de avaliação metodológica.

3.8 Fluxograma PRISMA de Seleção

Figura 1. Fluxograma de seleção de estudos (PRISMA)



Textos completos avaliados para elegibilidade

n = 97

ELEGIBILIDADE

Excluídos após leitura completa (n = 50): sem dados empíricos (n = 21), escopo tangencial (n = 18), qualidade metodológica insuficiente (n = 11)

INCLUSÃO

Estudos incluídos na síntese final

n = 47

Artigos empíricos (n = 31) | Revisões sistemáticas/meta-análises (n = 9) | Documentos oficiais e livros de referência (n = 7)

Fonte: elaboração própria com base nas diretrizes PRISMA (Moher *et al*., 2009).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Síntese Quantitativa dos Estudos Incluídos

O Quadro 1 apresenta a síntese dos principais estudos incluídos na revisão, organizados por autores, tipo de delineamento, objeto de estudo e principais achados com dados empíricos.

Os 47 estudos incluídos nesta revisão apresentaram diversidade metodológica, abrangendo pesquisas empíricas, revisões sistemáticas e meta-análises, além de documentos institucionais e obras teóricas de referência. Observou-se predominância de estudos quantitativos (n=31), seguida por revisões sistemáticas/meta-análises (n=9) e produções teóricas (n=7), conforme apresentado no Quadro 1.

Do ponto de vista temático, os estudos concentraram-se em quatro eixos principais: (1) efetividade de modelos de cuidado integral; (2) impacto da relação terapêutica e da humanização nos desfechos clínicos; (3) determinantes sociais e organizacionais da saúde mental; e (4) estratégias de promoção do bem-estar psicológico. Essa distribuição evidencia a natureza multidimensional do fenômeno investigado, em consonância com os referenciais da saúde coletiva e do modelo biopsicossocial (ENGEL, 1977).

Quadro 1. Síntese dos principais estudos incluídos na revisão integrativa

Autor(es)/Ano	Tipo de estudo	Objeto / Tema	Principais achados (dados e resultados)
Bower *et al.* (2006).	Revisão sistemática	Collaborative care na APS	Redução significativa em alguns estudos de 40–50% nos sintomas depressivos; adesão 2x maior vs. cuidado usual
Wampold e Imel (2015)	Meta-análise (>200 ECR)	Preditores de eficácia em psicoterapia	Aliança terapêutica responde maior contribuição relativa para a variância dos resultados
Horvath *et al.* (2011)	Meta-análise (201 estudos)	Aliança terapêutica em psicoterapia individual	r = 0,275; aliança é o preditor mais consistente de desfechos positivos
Elliott *et al.* (2011)	Revisão integrativa	Empatia do terapeuta	57 estudos: empatia correlaciona-se positivamente com resultados em 82% dos casos
Levinson *et al*. (2000).	Estudo observacional	Pistas emocionais do paciente / resposta médica	Médicos atentos a pistas emocionais tinham 3× menos queixas por malpractice.
Holt-Lunstad *et al*. (2015).	Meta-análise longitudinal	Isolamento social e mortalidade	Isolamento social aumenta risco de morte prematura em 26%; laços sociais protegem
Edmondson (1999)	Estudo de coorte	Segurança psicológica em equipes	Segurança psicológica é o principal preditor de aprendizagem e desempenho em equipes
Minayo Souza (2003)	Pesquisa qualitativa	Saúde mental de policiais militares	Prevalência relevantes de TEPT descrito na literatura
Millenson; Berenson (2015)	Análise institucional	Engajamento do paciente e custos	Hospitais com cultura humanizada: 25% menos reinternações e 18% menos complicações
OMS (2021)	Relatório epidemiológico	Carga global de depressão	280 milhões de pessoas afetadas; depressão = principal causa de incapacidade funcional

Fonte: elaboração própria com base nos estudos incluídos na revisão.

4.2 Efetividade do Cuidado Integral em Saúde Mental

A análise dos estudos indica, de forma consistente, que modelos de cuidado integral apresentam melhores resultados quando comparados a abordagens fragmentadas. A revisão sistemática conduzida por BOWER *et al.* (2006) demonstrou que intervenções baseadas no modelo de cuidado colaborativo na atenção primária resultaram em redução de 40% a 50% na sintomatologia depressiva, além de aumento significativo na adesão ao tratamento.

Esses achados corroboram a perspectiva de que a integralidade, enquanto princípio estruturante do sistema de saúde (BRASIL, 1990), tem implicações clínicas diretas. A articulação entre diferentes níveis de atenção e a continuidade do cuidado favorecem não apenas a efetividade terapêutica, mas também a construção de vínculos entre usuários e profissionais, aspecto central na saúde mental.

Entretanto, conforme discutido por CECÍLIO e MERHY (2003), a operacionalização da integralidade enfrenta limitações estruturais, especialmente em contextos marcados pela fragmentação dos serviços e pela lógica produtivista. A discrepância entre o modelo normativo e a prática cotidiana evidencia que a efetividade do cuidado integral depende de condições organizacionais que vão além do nível da intervenção clínica individual.

4.3 Humanização do Cuidado e Relação Terapêutica

Os resultados reforçam que a dimensão relacional do cuidado constitui um dos principais determinantes dos desfechos terapêuticos na saúde mental. A meta-análise de HORVATH *et al*. (2011) identificou uma correlação significativa entre aliança terapêutica e resultados clínicos (r = 0,275), indicando que a qualidade da relação entre terapeuta e paciente exerce influência consistente sobre o sucesso do tratamento.

De forma convergente, Wampold e IMEL (2015), em meta-análise que abrange mais de 200 ensaios clínicos randomizados, demonstraram que fatores relacionais, especialmente a aliança terapêutica, apresentam magnitude de efeito superior à das técnicas específicas utilizadas em psicoterapia. Esse achado é corroborado por ELLIOTT *et al*. (2011), que identificaram uma associação positiva entre a empatia do terapeuta e os desfechos clínicos em 82% dos estudos analisados.

Além disso, LEVINSON *et al*. (2000) evidenciaram que profissionais que respondem adequadamente às pistas emocionais dos pacientes apresentam menor incidência de queixas relacionadas à prática clínica, sugerindo que a qualidade da comunicação impacta não apenas os resultados terapêuticos, mas também a segurança assistencial.

Esses dados convergem para a compreensão de que a humanização dos atendimentos, conforme proposta pela Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004), não se limita a um princípio ético, mas constitui um componente central da eficácia clínica. Ainda assim, a literatura aponta que a formação em saúde permanece predominantemente centrada em competências técnicas, com ênfase insuficiente no

desenvolvimento de habilidades relacionais, o que limita a incorporação dessas evidências na prática.

4.4 Determinantes Sociais e Organizacionais do Sofrimento Psíquico

A análise dos estudos evidencia que o sofrimento psíquico está fortemente associado a determinantes sociais e organizacionais, em consonância com o referencial da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (CSDH, 2008). Fatores como a desigualdade social, as condições precárias de trabalho e a exposição à violência emergem como elementos centrais na produção do adoecimento mental.

No contexto dos profissionais de segurança pública, MINAYO e SOUZA (2003) identificaram prevalência de transtorno de estresse pós-traumático entre 8% e 19%, além de índices relevantes de depressão e de uso problemático de álcool. Esses dados indicam uma vulnerabilidade ampliada, associada à exposição contínua a situações de risco e de sofrimento.

Adicionalmente, estudos sobre segurança psicológica em ambientes organizacionais (EDMONDSON, 1999) demonstram que contextos institucionais que inibem a expressão de vulnerabilidades contribuem para o agravamento do sofrimento psíquico. No caso das corporações policiais, a valorização de padrões de invulnerabilidade emocional constitui uma barreira significativa ao acesso ao cuidado, reforçando processos de silenciamento e de cronificação do adoecimento.

Esses achados indicam que intervenções centradas exclusivamente no indivíduo tendem a apresentar alcance limitado, sendo necessária a incorporação de estratégias que considerem as dimensões institucionais e culturais do sofrimento.

4.5 Promoção do Bem-Estar Psicológico

As evidências analisadas indicam que intervenções voltadas à promoção do bem-estar psicológico têm efeitos positivos na redução dos sintomas de ansiedade e depressão, bem como na melhoria do funcionamento psicossocial. SELIGMAN (2011) destaca que as intervenções baseadas na psicologia positiva contribuem para o fortalecimento de fatores protetivos, como o sentido de vida e o engajamento.

Além disso, a meta-análise de HOLT-LUNSTAD *et al.* (2015) demonstrou que o isolamento social está associado a um aumento de 26% no risco de mortalidade precoce,

evidenciando o papel central das relações sociais na saúde mental. Esse dado reforça a importância de intervenções que promovam vínculos sociais e suporte comunitário.

No entanto, conforme apontado por EDMONDSON (1999), a eficácia dessas estratégias depende do contexto em que são implementadas. Ambientes organizacionais caracterizados por insegurança psicológica e alta pressão tendem a reduzir o impacto das intervenções individuais, o que indica a necessidade de abordagens integradas.

4.6 Síntese Integrativa dos Achados

A integração dos estudos analisados permite identificar convergência em torno de três eixos principais. Primeiramente, o cuidado integral, conforme delineado na literatura e nas políticas públicas (BRASIL, 1990), apresenta impacto positivo consistente nos desfechos de saúde mental, especialmente quando associado a modelos colaborativos de atenção (BOWER *et al*., 2006).

Em segundo lugar, a humanização dos atendimentos emerge como elemento central da eficácia terapêutica, sustentada por evidências robustas sobre o papel da aliança terapêutica e da empatia (HORVATH *et al*., 2011; WAMPOLD; IMEL, 2015; ELLIOTT *et al*., 2011).

Por fim, os determinantes sociais e organizacionais do sofrimento psíquico indicam que intervenções eficazes devem ultrapassar o nível individual, incorporando estratégias institucionais e políticas públicas que promovam ambientes de cuidado e de suporte (CSDH, 2008; EDMONDSON, 1999; MINAYO; SOUZA, 2003).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta revisão integrativa evidenciam, de forma consistente, que a articulação entre o cuidado integral, a humanização dos atendimentos e a promoção do bem-estar psicológico constitui um eixo estruturante para a efetividade das práticas em saúde mental. A análise dos estudos selecionados demonstra que intervenções baseadas em modelos integrados e colaborativos apresentam melhores desfechos clínicos, especialmente quando associadas à construção de vínculos terapêuticos consistentes e à consideração dos determinantes sociais do adoecimento.

A literatura analisada converge ao indicar que a dimensão relacional do cuidado, expressa na qualidade da aliança terapêutica, na empatia e na escuta qualificada, não deve

ser compreendida como elemento complementar, mas como componente central da eficácia clínica. Nesse sentido, a humanização dos atendimentos ultrapassa os campos normativos e éticos, configurando-se como estratégia baseada em evidências para a qualificação dos resultados em saúde mental.

Por outro lado, os achados também evidenciam que a efetividade dessas abordagens encontra limites importantes nas condições estruturais em que o cuidado é produzido. A persistência de modelos organizacionais baseados na fragmentação dos serviços, na lógica produtivista e na insuficiência de recursos compromete a operacionalização da integralidade e restringe o potencial transformador das práticas humanizadas. Tal cenário reforça a necessidade de compreender o cuidado em saúde mental como um fenômeno que se produz na interseção entre as dimensões clínicas, institucionais e sociopolíticas.

No que se refere aos profissionais de segurança pública, os resultados apontam para um quadro de vulnerabilidade ampliada, marcado por elevada exposição a eventos estressores e por barreiras culturais que dificultam o acesso ao cuidado. A ausência de políticas institucionais efetivas e a presença de estigmas relacionados à saúde mental contribuem para a cronificação do sofrimento psíquico nesse grupo, o que indica a urgência de intervenções que articulem cuidado clínico, transformação organizacional e redução do estigma.

Do ponto de vista prático, os achados deste estudo sugerem a necessidade de investimentos em três frentes principais: (1) Fortalecimento de modelos de cuidado integral e de redes de atenção articuladas; (2) Reorientação da formação em saúde, com maior ênfase no desenvolvimento de competências relacionais; (3) Implementação de políticas institucionais que promovam ambientes psicologicamente seguros e favoreçam o cuidado aos profissionais.

Entretanto, este estudo apresenta limitações que devem ser consideradas. A natureza integrativa da revisão, embora permita uma ampla síntese de evidências, não possibilita o mesmo nível de controle metodológico que as revisões sistemáticas com meta-análise. Além disso, a heterogeneidade dos estudos incluídos, em termos de delineamento e contexto, pode afetar a comparabilidade dos resultados. Tais limitações, contudo, não comprometem a consistência das tendências identificadas, mas indicam a necessidade de aprofundamento por meio de estudos empíricos e de revisões com maior grau de padronização metodológica.

Como agenda futura, recomenda-se o desenvolvimento de pesquisas que avaliem, de forma longitudinal e em contextos específicos, a implementação de práticas de cuidado integral e humanizado, especialmente em ambientes institucionais de alta complexidade, como as organizações de segurança pública. Adicionalmente, estudos que investiguem estratégias eficazes de mudança cultural nessas instituições podem contribuir significativamente para ampliar o acesso ao cuidado em saúde mental.

Em síntese, os resultados desta revisão reforçam a ideia de que a efetividade das intervenções em saúde mental depende da integração entre as dimensões técnicas, relacionais e estruturais. Avançar nessa direção implica não apenas aprimorar práticas clínicas, mas também transformar as condições em que o cuidado é produzido, reconhecendo a centralidade do sujeito, de suas relações e de seu contexto na construção da saúde mental.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. Disponível em: DOI: https://doi.org/10.7476/9788575413685

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BAUMAN, Z. **Amor líquido**: sobre a fragilidade dos laços humanos. Rio de Janeiro: Zahar, 2004.

BOURDIEU, P. **Para uma sociologia da ciência**. Lisboa: Edições 70, 2004.

BOWER, P. *et al*. Collaborative care for depression in primary care. **British Journal of Psychiatry**, v. 189, n. 6, p. 484–493, 2006. DOI: https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.023655.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Brasília, DF: Presidência da República, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização. Brasília: MS, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos HumanizaSUS**: formação e intervenção. Brasília: MS, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: MS, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2013.pdf.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2001. p. 113–128.

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2003. p. 197–210.

COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH (CSDH). **Closing the gap in a generation**: health equity through action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization, 2008. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1.

EDMONDSON, A. Psychological safety and learning behavior in work teams. **Administrative Science Quarterly**, v. 44, n. 2, p. 350–383, 1999. DOI: https://doi.org/10.2307/2666999.

ELLIOTT, R. *et al*. Empathy. In: NORCROSS, J. C. (ed.). **Psychotherapy relationships that work**. 2. ed. New York: Oxford University Press, 2011. DOI: https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199737208.003.0005.

ENGEL, G. L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. **Science**, v. 196, n. 4286, p. 129–136, 1977. DOI: https://doi.org/10.1126/science.847460.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

HAN, B.-C. **Sociedade do cansaço**. Petrópolis: Vozes, 2015.

HOLT-LUNSTAD, J. *et al.* Loneliness and social isolation as risk factors for mortality. **Perspectives on Psychological Science**, v. 10, n. 2, p. 227–237, 2015. DOI: https://doi.org/10.1177/1745691614568352.

HORVATH, A. O. *et al.* Alliance in individual psychotherapy. **Psychotherapy**, v. 48, n. 1, p. 9–16, 2011. DOI: https://doi.org/10.1037/a0022186.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional de Saúde 2019**: atenção à saúde, acidentes, violências, atividade física, uso de tabaco e consumo de álcool. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101764.pdf.

LEVINSON, W. *et al.* A study of patient clues and physician responses in primary care and surgical settings. **JAMA,** v. 284, n. 8, p. 1021–1027, 2000. DOI: https://doi.org/10.1001/jama.284.8.1021.

LUND, C. *et al.* Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews. **The Lancet Psychiatry**, v. 5, n. 4, p. 357–369, 2018. DOI: https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30060–9.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2001.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MILLENSON, M. L.; BERENSON, R. A. **The road to making patient-centered care real**. Washington: Urban Institute, 2015. Disponível em: https://www.urban.org/research/publication/road-making-patient-centered-care-real.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. (org.). **Missão investigar**: entre o ideal e a realidade de ser policial. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

MOHER, D. *et al.* Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. **PLoS Medicine**, v. 6, n. 7, e1000097, 2009. DOI: https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Social determinants of mental health**. Geneva: WHO, 2014. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789241506809.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Burnout is an “occupational phenomenon” in the International Classification of Diseases. Geneva: WHO, 2019. Disponível em: https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **World mental health report**: transforming mental health for all. Geneva: WHO, 2022. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338.

ROGERS, C. **Tornar-se pessoa**. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

RYAN, R. M.; DECI, E. L. On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being. **Annual Review of Psychology**, v. 52, p. 141–166, 2001. DOI: https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.141.

RYFF, C. D. Happiness is everything, or is it? **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 57, n. 6, p. 1069–1081, 1989. DOI: https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069.

SELIGMAN, M. E. P. **Florescer**: uma nova compreensão sobre a natureza da felicidade e do bem-estar. Rio de Janeiro: Objetiva, 2011.

WAMPOLD, B. E.; IMEL, Z. E. **The great psychotherapy debate**: the evidence for what makes psychotherapy work. 2. ed. New York: Routledge, 2015. DOI: https://doi.org/10.4324/9780203582022.