

PLANTÃO PSICOLÓGICO

UM RETRATO DE AÇÕES

MAÍRA BONAFÉ SEI
E COLABORADORES



Clínica Psicológica
Universidade Estadual de Londrina

Maíra Bonafé Sei
(Organizadora)

Plantão psicológico: um retrato de ações

Clínica Psicológica da UEL
Londrina
2021

Plantão psicológico: um retrato de ações

ISBN 978-65-994588-4-2

**Catálogo elaborado pela Divisão de Processos Técnicos da
Biblioteca Central da Universidade Estadual de Londrina**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

P713 Plantão psicológico [livro eletrônico] : um retrato de ações
/ Maíra Bonafé Sei (organizadora). – Londrina : Clínica
Psicológica da UEL, 2021.

1 Livro digital.

Vários autores.

Inclui bibliografia.

Disponível em: [http://www.uel.br/clinicapsicologica/
pages/publicacoes.php](http://www.uel.br/clinicapsicologica/pages/publicacoes.php)

ISBN 978-65-994588-4-2

1. Psicologia. 2. Intervenção (Psicologia). 3. Plantão
psicológico. I. Sei, Maíra Bonafé. II. Universidade Esta-
dual de Londrina. Clínica Psicológica.

CDU 159.9

Bibliotecária: Solange Gara Portello – CRB-9/1520

O conteúdo dos capítulos é de responsabilidade de seus autores.

Editora Clínica Psicológica da UEL

Revisão e organização Maíra Bonafé Sei

Capa Ingrid Cavanha Gabriel

**Logotipo do plantão
psicológico** Felipe Antonio Machado

Comitê Editorial

Os capítulos desta obra foram avaliados pelos seguintes membros do Comitê Editorial:

Dra. Aline Spaciari Matioli / Instituto Federal do Paraná/IFPR

Dra. Amanda Lays Monteiro Inácio / Faculdade Tecnológica do Vale do Ivaí/FATEC

Dr. Fabiano Koich Miguel / Universidade Federal de São Carlos

Dr. Hernani Pereira dos Santos / Pontifícia Universidade Católica do Paraná/PUCPR

Ms. Ricardo da Silva Franco / Faculdades Integradas de Ourinhos/UniFio

Sumário

Apresentação	6
Maíra Bonafé Sei	
Plantão psicológico: conceito, histórico e práticas desenvolvidas	7
Maíra Bonafé Sei	
A prática do plantão psicológico: perspectivas teóricas e diálogos possíveis	22
Maria Lúcia Mantovanelli Ortolan, Maíra Bonafé Sei	
Plantão psicológico: um olhar a partir da psicanálise winnicottiana	42
Maíra Bonafé Sei, Gabriel Candido Paiva	
Plantão psicológico on-line: ações da Clínica Psicológica da UEL frente à pandemia da COVID-19	58
Mariany Puerta Pereira, Felipe Antonio Machado, Maíra Bonafé Sei	
Perfil dos usuários de plantão psicológico de um serviço-escola de Psicologia no período de 2015 a 2016	75
Maria Lúcia Mantovanelli Ortolan, Maíra Bonafé Sei	
Plantão psicológico na terceira idade: considerações e ilustrações clínicas	96
Felipe Antonio Machado, Natália Pereira da Silva, Ingrid Cavanha Gabriel, Maíra Bonafé Sei	
O sofrimento psíquico na universidade e o plantão psicológico	115
Mariany Puerta Pereira, Felipe Antonio Machado, Maicon Ian Santos Pardim, Rodrigo Boschilia Gallo, Maíra Bonafé Sei	
Sobre os autores	131



Apresentação

Maíra Bonafé Sei

A organização de um livro referente à prática do plantão psicológico realizado na Clínica Psicológica da UEL se configurava como um projeto antigo, mas que só agora pôde ser operacionalizado. Essa modalidade de intervenção psicológica tem sido oferecida desde 2015, por meio de projetos de extensão, com atendimentos realizados presencialmente e, com a pandemia da COVID-19, também de forma *on-line*.

A proposta do plantão psicológico visou, por um lado, disponibilizar à população um espaço de escuta mais próximo ao momento no qual a pessoa necessita do atendimento, diferentemente da psicoterapia individual, onde usualmente há um tempo de espera entre a solicitação do atendimento e o início do processo psicoterapêutico. Por outro lado, os discentes envolvidos no projeto puderam se qualificar para o desenvolvimento de uma modalidade clínica não contemplada pela grade curricular do curso de graduação em Psicologia.

Os capítulos que compõem a obra retratam desde levantamento para caracterização da população atendida, questões teóricas que permeiam as ações, além de relatos de experiência a partir do atendimento de populações específicas, como os idosos e estudantes universitários. Buscou-se, assim, apresentar, inspirar e, quiçá, instrumentalizar colegas psicólogos para a proposição de atividades similares, fomentando o papel da Psicologia na promoção da qualidade de vida da população.

Desejamos a todos uma ótima leitura!



Plantão psicológico: conceito, histórico e práticas desenvolvidas

Maíra Bonafé Sei

Conceito e histórico do plantão psicológico

O plantão psicológico se configura como uma intervenção psicológica breve, de caráter pontual, que almeja disponibilizar um espaço de escuta e acolhimento de forma mais próxima ao momento em que a pessoa que busca esse atendimento precisa. Neste sentido, Mahfoud (1987) argumenta que os profissionais envolvidos na oferta do plantão psicológico "se mantêm à disposição de quaisquer pessoas que deles necessitem, em períodos de tempo previamente determinados e ininterruptos" (p. 75).

Compreende-se, assim, que o plantão psicológico carrega certa complexidade. Observa-se que ele demanda ajustes da instituição que oferece tal tipo de serviço, no que se refere à organização, disponibilização de espaço físico e recursos humanos, do profissional que o realiza, que deve estar aberto ao inesperado, e da pessoa que busca o atendimento, ao atribuir ao plantão psicológico uma confiança, entendendo que por meio dele poderá ter espaço para expor suas necessidades (Mahfoud, 1987).

Autores discorrem sobre as diferenças entre o plantão psicológico, entrevista de triagem tradicional, triagem interventiva (Almeida, 2009; Chammas, 2009; Rocha, 2011). Acerca do tema, observa-se que o plantão psicológico se mostra como um encontro de caráter interventivo, que é, ele próprio, um espaço de acolhimento. Diferentemente, na entrevista de triagem tradicional tem-se uma perspectiva centrada na coleta de informações sobre a pessoa que solicita atendimento, com o intuito de identificar a queixa e efetuar um encaminhamento pertinente, tendo-se em vista as modalidades interventivas disponíveis em cada contexto (Chammas, 2009).

Por outro lado, quando se pensa na triagem interventiva ou, de forma semelhante, o psicodiagnóstico colaborativo/interventivo, percebe-se que ela guarda certas semelhanças com o plantão psicológico, haja vista o caráter interventivo de ambas práticas, que podem resultar em uma resolução da problemática apresentada por quem busca tais atendimentos, sem a necessidade de encaminhamentos posteriores (Yehia, 2004; Chammas, 2009). Conforme indica Rocha (2011), “a triagem interventiva caminha por trilhas semelhantes ao plantão, abrindo-se para conhecer a pessoa que procura ajuda e fortalecendo o caráter terapêutico dessa intervenção, considerando, até mesmo, a possibilidade de ser suficiente para o cliente naquele momento” (p. 132).

A prática do plantão psicológico no Brasil foi iniciada na década de 1960, em São Paulo, no Serviço de Aconselhamento Psicológico do Instituto de Psicologia da USP. Posteriormente, na década de 1980, um plantão de psicólogos passou a ser disponibilizado no Centro de Desenvolvimento da Pessoa, do Instituto Sedes Sapientiae. A atividade realizada visava o atendimento imediato e sem agendamento anterior, com um limite de até três sessões (Mota & Goto, 2009). Nota-se que, se inicialmente o plantão psicológico esteve vinculado a abordagens teóricas de base humanista, com atendimentos realizados em serviços vinculados a instituições de ensino, com o passar do tempo outras perspectivas se apropriaram desse tipo de intervenção clínica, bem como os contextos nos quais o plantão psicológico ocorria também se diversificaram.

Quanto ao histórico do plantão psicológico na Clínica Psicológica da Universidade Estadual de Londrina (UEL), ressalta-se que ele passou a compor o rol de práticas clínicas do serviço no ano de 2015, por meio de um projeto de extensão. Neste sentido, se configura como uma prática não obrigatória para a formação do discente de Psicologia, haja vista que atuam como colaboradores do projeto de extensão apenas os estudantes que apresentam interesse no desenvolvimento desta prática, diferentemente dos estágios curriculares obrigatórios. Neste mesmo sentido, entende-se que se configura como uma prática complementar no serviço-

escola de Psicologia em questão (Ortolan & Sei, 2016), não se configurando como uma porta de entrada para os demais tipos de atendimento oferecidos no local, tal como proposto em outros espaços (Eisenlohr, 1999).

O plantão psicológico, realizado sem agendamento prévio, era inicialmente oferecido com frequência semanal, ao longo da quarta-feira, no horário comercial. Conforme a equipe de plantonistas, composta por estudantes de Psicologia e psicólogos graduados, foi aumentando, pôde-se ampliar os horários de atendimento, com plantões psicológicos diários no horário das 12h às 14h, intervalo de almoço na universidade. Entendia-se que a comunidade interna poderia mais facilmente acessar o serviço nesse período, além de se poder contar com maior disponibilidade dos plantonistas, usualmente discentes do curso de graduação em Psicologia e que no período das 12h às 14h não estariam em aula e outras atividades acadêmicas obrigatórias.

A supervisão pauta-se no referencial psicanalítico e ocorre de forma indireta, ou seja, o supervisor não acompanha as sessões e nem está disponível para discussão de casos ao longo do período em que o atendimento é oferecido pela Clínica Psicológica da UEL, como ocorre em outras instituições de ensino. A supervisão é realizada por meio de um encontro grupal, com frequência semanal, quando os casos atendidos são discutidos pela equipe de plantonistas, em parceria com um docente-supervisor.

O encontro grupal de discussão configura-se como uma estratégia de ensino-aprendizagem adotada pela coordenação do projeto, haja vista que os colaboradores ingressam no projeto de extensão inicialmente no papel de ouvintes e só após um tempo, a partir da participação e comprometimento com as atividades, são convidados a atuar como plantonistas. Assim, é possível aprender por meio da experiência dos demais colegas, adquirindo habilidades e competências para o manejo de situações diversas, lembrando que o plantão psicológico usualmente propõe um encontro com o inesperado. Por outro lado, a escuta do material clínico permite um conhecimento dos casos atendidos, algo importante no caso de uma mesma pessoa retornar para novas sessões. Adota-se, em consonância com o proposto por outros

serviços similares, o limite de três encontros, que na Clínica Psicológica da UEL não são nem agendados e nem sempre realizados pelo mesmo plantonista.

Panorama sobre práticas de plantão psicológico no contexto nacional

Diferentes são os cenários nos quais o plantão psicológico tem se inserido no Brasil e variadas são as estratégias para se efetivar tal oferta. Sua oferta inicial esteve vinculada a um serviço-escola de Psicologia, tipo de local no qual tal prática se faz bem presente, com recentes relatos de experiência acerca da implementação (Bittencourt, Santos, & Costa, 2019; Mendes & Naves, 2021), pesquisa (Barbosa & Casarini, 2021) e avaliação (Nunes & Morato, 2020) da prática em instituições diversas. Busca-se, assim, apresentar um panorama sobre as práticas descritas na literatura, com foco na diversidade encontrada, seja de contextos, abordagens teóricas, populações e instituições.

O plantão psicológico é uma prática que tem sido presente em contextos vinculados à Justiça. Assim, tem-se notícias desse tipo de intervenção em serviços de assistência judiciária (Mozena & Cury, 2010), delegacias da mulher (Silva & Bini, 2021; Farinha & Souza, 2016; Vizzotto, Heleno, Bonfim, & Arias, 2012), penitenciárias (Guedes, 2006) e instituições para cumprimento de medidas socioeducativas para adolescentes autores de atos infracionais (Aun, Morato, Noguchi, & Nunes, 2006).

Quanto ao plantão psicológico no Serviço de Assistência Judiciária, serviço de extensão ligado à Faculdade de Direito da PUC-Campinas, tinha-se uma oferta de tal atendimento duas vezes na semana, por quatro horas, nos mesmos dias em que ocorriam as triagens para a assistência jurídica. O plantão psicológico era divulgado por meio de cartaz na sala de espera e de folheto explicativo entregue quando a senha para a assistência jurídica era retirada. A atividade, embasada na Abordagem Centrada na Pessoa, acontecia na biblioteca, sem duração fixa, variando entre 50 a 80 minutos, podendo-se agendar um ou dois retornos (Mozena & Cury, 2010).

Sobre a Delegacia da Mulher, tem-se o relato de Farinha e Souza (2016), que propuseram o plantão psicológico, empreendido a partir de uma visão fenomenológica-existencial e sócio-histórica, como via de ressignificar a vivência da violência. A equipe era composta por uma psicóloga, duas docentes no papel de supervisoras acadêmicas e seis estudantes de Psicologia a partir do sétimo período de graduação, que se organizavam em três duplas de atendimento. Os plantões psicológicos aconteciam em quatro dias da semana, com duração de quatro horas, sendo que cada pessoa poderia participar de um máximo de três atendimentos. Apesar de ter sido uma intervenção destinada a homens, mulheres, crianças, adolescentes e idosos, percebeu-se que as mulheres e as crianças foram o público que mais usufruiu desse tipo de escuta (Farinha & Souza, 2016).

Já Vizzotto et al. (2012) disponibilizaram plantões psicológicos na delegacia da mulher, a partir da perspectiva da entrevista psicodinâmica. Realizaram, assim, entrevistas clínicas psicodiagnósticas, ao longo de duas horas, ofertando uma possibilidade de retorno, de maneira que fosse possível levantar hipóteses clínicas e efetuar um encaminhamento do caso. Os responsáveis pelos atendimentos eram estagiários do quinto ano de graduação em Psicologia, vinculados a um estágio na área de Psicologia comunitária e da saúde. Os atendimentos destinavam-se não apenas para adultos, como também para crianças, sendo que no caso das últimas fazia-se uso de desenhos e do Desenho-Estória, entendendo-se que esses recursos contribuíam para a aproximação com o infante, além de apresentar indicativos diagnósticos. Em tais situações, os responsáveis eram ouvidos primeiramente e, só então, a criança era atendida sozinha (Vizzotto et al., 2012).

Um retrato do atendimento a adolescentes no cenário da Justiça foi feito por Aun, Morato, Noguchi e Nunes (2006), que discutiram sobre intervenções clínicas ofertadas a adolescentes e funcionários de seis unidades de internação da Fundação de Bem-Estar do Menor (FEBEM/SP), instituição que se destinava à execução de medidas socioeducativas para adolescentes que haviam cometido atos infracionais. A atividade foi realizada ao longo de três anos e partiu de uma perspectiva fenomenológica-

existencial. Os atendimentos aconteciam no pátio da instituição, haja vista ser um espaço que ficava ocioso quando as atividades educativas diárias eram finalizadas. Os psicólogos plantonistas ficavam disponíveis em dias e horários preestabelecidos, buscando-se, entretanto, respeitar as demais atividades programadas na instituição (Aun et al. 2006).

O plantão psicológico realizado no sistema prisional feminino foi apresentado por Guedes (2006), por meio da proposta de aconselhamento psicológico. Tal prática era composta por atendimentos individuais, de aproximadamente 50 minutos de duração, ao longo das manhãs de cinco dias na semana, com capacidade de escuta de três mulheres por turno. Havia a garantia de anonimato e sigilo, de maneira que as sessões ocorriam individualmente, em local privado, sem a presença de outras detentas, agentes penitenciários e/ou policiais. Diferentes plantonistas poderiam atender uma mesma pessoa, sendo que em metade dos casos foram realizados retornos, sem que eles se configurassem como um processo de psicoterapia. Os temas elencados pelas mulheres se centraram no cotidiano prisional, em questões relativas à maternidade e às relações familiares, além das vivências amorosas e relações de gênero (Guedes, 2006).

Gonçalves, Farinha e Goto (2016) relatam uma experiência de plantão psicológico em Unidade Básica de Saúde (UBS), viabilizado por meio de um estágio na área de Psicologia Clínica. Os encontros não tinham uma duração especificada anteriormente, algo que era acordado entre plantonista e a pessoa atendida, assim como se haveria um retorno ao plantão. Caso fosse indicada a psicoterapia, a pessoa era encaminhada para um serviço-escola do município no qual a UBS estava localizada. Os casos eram discutidos em encontros semanais de supervisão, embasados na abordagem fenomenológica-existencial. O público feminino foi maioria, com pessoas entre 10 e 80 anos de idade, queixando-se principalmente de depressão, questões familiares e luto (Gonçalves, Farinha, & Goto, 2016).

O atendimento psicológico por meio do plantão foi realizado em um CRAS de Poços de Caldas-MG (Mota & Goto, 2009). Entretanto, os atendimentos eram agendados após entrevista com a

assistente social. A equipe contava com quatro estagiários de Psicologia que poderiam atender até três pessoas por semana, sendo que aqueles atendidos tinham direito a no máximo três atendimentos de aproximadamente 50 minutos. Poderiam se ausentar do atendimento uma vez, sendo que ao faltar na sessão agendada por duas vezes seguidas, o caso era finalizado. Percebeu-se que as demandas centravam-se em questões conjugais, problemas relacionados à educação ou ao relacionamento afetivo com os filhos, situações vinculadas ao uso de drogas e alcoolismo, gravidez precoce, além de demandas concernentes às doenças sexualmente transmissíveis. Almejava-se, por um lado, reduzir tensões e angústia, além de se ofertar uma orientação, instrumentalizando o indivíduo para escolhas futuras (Mota & Goto, 2009).

Apesar do público alvo do plantão psicológico retratado ser composto majoritariamente por adultos, Campos e Cury (2009) apontam para uma experiência de ludoterapia centrada na criança, proposta em uma creche junto a crianças de três a seis anos. Argumentam que a prática assemelhava-se ao plantão psicológico, haja vista que a profissional se posicionava semanalmente à sombra da árvore, local escolhido pelos infantes, à espera daqueles que desejassem partilhar algo com ela.

Crianças, adolescentes e suas famílias eram o público alvo dos plantões psicológicos realizados na ONG Movimento Comunitário Estrela Nova, buscando-se contemplar a dinâmica familiar. Com isso, “atendimentos de familiares podem ocorrer conjuntamente, separadamente pelo mesmo profissional ou separadamente por profissionais diferentes” (Rizzi, Baggio, Albano, & Loiola, 2014, p. 132). Os plantões, que se embasavam na psicanálise, aconteciam semanalmente aos sábados, com revezamento da equipe e sem se delimitar um montante máximo de retornos. Mensalmente os profissionais se reuniam para discutir os atendimentos, promovendo uma sustentação do trabalho efetuado. Por meio da experiência notaram tanto a potência dos encontros, quanto os limites quando se viam face à necessidade de encaminhamentos para um tipo de atenção não passível de ser ofertado na própria ONG (Rizzi, Baggio, Albano, & Loiola, 2014).

Já os idosos foram o público do plantão psicológico realizado por Ramos (2012) que atuou em uma instituição de longa permanência para idosos, na cidade de Campinas, interior de São Paulo. A plantonista ficava disponível por quatro horas, semanalmente e os interessados buscavam-na espontaneamente. Os atendimentos, que tiveram duração de 25 minutos a uma hora e meia, estavam embasados na Abordagem Centrada na Pessoa. Entre os meses de abril a dezembro, dez pessoas dentre os dezoito residentes solicitaram o atendimento. Desse montante, sete participaram apenas uma vez e os três demais foram atendidos novamente após o primeiro encontro, com queixas relativas a segredos da vida prévios ao momento de institucionalização, brigas familiares, insatisfação com a instituição, dentre outros (Ramos, 2012).

O terreiro de umbanda se mostra como um cenário bem diferente dos demais espaços nos quais o plantão psicológico ocorreu. A intervenção, pautada na Abordagem Centrada na Pessoa, ocorreu em um terreiro da região periférica de um município do interior paulista. O plantão psicológico era realizado semanalmente, sem agendamento prévio, propondo a escuta de indivíduos em sofrimento e que precisassem de um apoio urgente. Tratava-se de um local no qual haviam sido realizadas pesquisas de graduação e pós-graduação em Psicologia, com a comunidade já conhecendo os pesquisadores e questionando-os sobre a possibilidade de oferta de um atendimento psicológico. Compreendeu-se que o plantão psicológico seria uma prestação de serviço àqueles que haviam colaborado com as investigações realizadas até então no terreiro (Scorsolini-Comin, 2014).

Pandemia da COVID-19 e o plantão psicológico *on-line*: práticas no cenário brasileiro

A pandemia da COVID-19 demandou uma adaptação da atenção psicológica, com a transposição do *setting* presencial para atendimentos realizados por meio das tecnologias da informação e comunicação (TICs). Na Clínica Psicológica da UEL, tal situação também se fez presente, haja vista que as atividades presenciais

desenvolvidas junto ao público usuário do serviço foram suspensas em março de 2020. Com isso, o plantão psicológico passou a ser realizado de forma *on-line*, com agendamentos prévios, por meio de formulário eletrônico, e atendimentos preferencialmente por meio do *Google Meet* (Paiva, Carnauba, Sei, & Ortolan, 2020).

Por meio de levantamento da literatura recente, percebe-se que outros serviços fizeram propostas similares. Barcellos, Ferreira, Santos e Rota Júnior (2020) apresentam a prática do plantão psicológico *on-line* organizada por um grupo de psicólogas mineiras, voluntárias, com prática clínica embasada na Logoterapia e Análise Existencial. Os atendimentos foram inicialmente realizados de segunda-feira a sábado, reorganizando-se posteriormente para acontecer de segunda a sexta-feira, com possibilidade de horários nos períodos da manhã, tarde e noite. Por se tratar de uma intervenção *on-line*, foi criado um perfil no Instagram, por meio do qual as ações eram divulgadas e o contato com a equipe poderia ser realizado, somando-se à comunicação também realizada por e-mail. Os atendimentos tinham duração de 35 a 45 minutos, sendo que a pessoa poderia “permanecer nos retornos ao plantão por até quatro encontros, podendo haver prorrogação, a depender da avaliação de cada caso” (Barcellos et al., 2020, p. 8).

Pereira, Trajano, Caversan, Moreira e Tibiriçá (2021) descrevem a organização para oferta do plantão psicológico especificamente para discentes da Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG), campus Divinópolis. As intervenções foram realizadas por docentes do curso de Psicologia da instituição, após levantamento de necessidade efetuado pelo Diretório Acadêmico. Os profissionais indicavam a disponibilidade de horário e os interessados eram contatados por e-mail, informando a queixa, disponibilidade de horário e profissional com o qual desejavam ser atendidos, tendo havido uma diversidade de plataformas utilizadas para a realização dos plantões psicológicos (Pereira et al. 2021).

A atuação do projeto PSI CO-VIDA da Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP), que propunha plantões psicológicos *on-line* referenciados na perspectiva cognitivo-comportamental, focalizou inicialmente os estudantes da universidade e

posteriormente foi aberto aos interessados da comunidade em geral. Os atendimentos contavam com uma média de 30 minutos, realizados pelo *Google Meet*, por meio de um protocolo composto por quatro etapas, quais sejam: 1) acolhimento, quando era feita a apresentação do profissional, do cliente e da proposta de atendimento, 2) escuta e intervenção, com escuta e abordagem ativas e empáticas, 3) psicoeducação, quando eram fornecidas informações sobre COVID-19 e autocuidado, 4) encerramento, momento no qual era dado um feedback, indicação de técnicas de meditação e relaxamento e outras orientações para o cuidado de si (Medeiros et al., 2021).

Diferentemente, Alves et al. (2021) discorrem sobre o plantão psicológico *on-line* cujo foco era o atendimento a famílias, intitulado “Projeto Escutando Famílias”, empreendido por meio da atuação de nove psicólogas voluntárias, pautadas na perspectiva da Abordagem Centrada na Pessoa. O projeto visava atender pais e famílias de estudantes de escolas públicas que apresentassem uma demanda pelo atendimento em questão e não que fossem encaminhadas por instituições de atendimento a essa população, entendendo-se que “o atendimento em Plantão Psicológico se sustenta na busca de ajuda psicológica no momento em que a pessoa se sente mobilizada para suas questões e não necessariamente no momento em que é encaminhada para tanto” (Alves et al., 2021, p. 73). Para os atendimentos, que tinham duração de 80 minutos, foram utilizadas plataformas diversas tais como *WhatsApp*, *Google Meet*, *Skype*, *Hangouts* e ligação telefônica. O foco era a família, então notou-se a necessidade de se esclarecer que era necessário que os familiares estivessem presentes, não se configurando como atendimentos individuais de crianças e adolescentes, algo que era informado por uma das profissionais vinculadas ao projeto. A despeito disso, alguns atendimentos individuais ocorreram apontando para “duas das características próprias do plantão psicológico, que são a plasticidade e a disponibilidade para o desconhecido” (Alves et al., 2021, p. 75).

Considerações finais

Considera-se que o plantão psicológico se mostra como uma prática clínica versátil, que pode ser empreendida em variados contextos e diferentes populações. Tem a vantagem de se configurar como uma intervenção clínica que propõe escuta e acolhimento, especialmente em situações de crise, minimizando agravos futuros. É pertinente para oferta em cenários institucionais e permite o esclarecimento da demanda e resoluções de questões diversas, sem a necessidade de encaminhamentos posteriores, ressaltando o valor social e a importância de compor a formação em Psicologia no país.

Referências

- Almeida, F. M. (2009). Plantão Psicológico: de um resgate histórico a uma abordagem biográfica. In J. O. B. Santos, & M. C. Rocha (Orgs.), *Serviço de Aconselhamento Psicológico: 40 anos de história* (pp. 29-37). São Paulo: SAP/IPUSP.
- Alves, V. P., Assis, M. S., Freitas, F. B., Lazarin, T. C., Lopes, M. C., Saboia, R. P., ... Santos, S. D. (2021). Escutando famílias à luz da abordagem centrada na pessoa: plantão psicológico on-line em tempos de pandemia. *Revista Espacio ECP*, 2(1), 65- 83.
- Aun, H. A., Morato, H. T. P., Noguchi, N. F. C., & Nunes, A. P. (2006). Transgressão e juventude encarcerada: outras versões a partir do plantão psicológico em unidades de internação da FEBEM/SP. *Imaginário*, 12(12), 35-53. Recuperado em 03 nov 2021, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-666X2006000100003&lng=pt&tlng=pt
- Barbosa, F., & Casarini, K. A. (2021). Intervenções em plantão psicológico humanista-fenomenológico: pesquisa em serviço-escola. *Psicologia em Estudo*, 26, 1-16. <https://doi.org/10.4025/psicolestud.v26i0.46700>
- Barcellos, A. A. C. G., Ferreira, M. L. L., Santos, M. A. M., & Rota Júnior, C. (2020). Plantão Psicológico Online em Tempos de Pandemia: Um

relato de Experiência. *Revista Unimontes Científica*, 22(2), 1-15.
<https://doi.org/10.46551/ruc.v22n2a10>

Bittencourt, H. B., Santos, G. L., & Costa, Z. L. S. (2019). Projeto piloto: o plantão psicológico. *Diaphora*, 8(1), 71-76. Recuperado em 03 nov 2021, de <http://www.sprgs.org.br/diaphora/ojs/index.php/diaphora/article/view/175/173>

Campos, A. P. S., & Cury, V. E. (2009). Atenção psicológica clínica: encontros terapêuticos com crianças em uma creche. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 19(42), 115-121.
<https://doi.org/10.1590/S0103-863X2009000100014>

Chammas, D. (2009). *Triagem estendida: um modo de recepção de clientes em uma clínica-escola de Psicologia*. (Dissertação de Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
<https://doi.org/10.11606/D.47.2010.tde-08032010-151628>

Eisenlohr, M. G. (1999). Serviço de Aconselhamento Psicológico do IPUSP: breve histórico de sua criação e mudanças ocorridas na década de 90. In H. T. P. Moratto (org), *Aconselhamento Psicológico centrado na pessoa: Novos desafios* (pp. 135-143). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Farinha, M. G., & Souza, T. M. C. (2016). Plantão psicológico na delegacia da mulher: experiência de atendimento sócio-clínico. *Revista da SPAGESP*, 17(1), 65-79. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702016000100007&lng=pt&tlng=pt

Gonçalves, L. O., Farinha, M. G., & Goto, T. A. (2016). Plantão psicológico em unidade básica de saúde: atendimento em abordagem humanista-fenomenológica. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 22(2), 225-232. Recuperado em 26 de outubro de 2021, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672016000200015&lng=pt&tlng=pt

- Guedes, M. A. (2006). Intervenções psicossociais no sistema carcerário feminino. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 26(4), 558-569. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932006000400004>
- Mahfoud, M. (1987). A Vivência de um Desafio: Plantão Psicológico. In R. Rosemberg (org), *Aconselhamento Psicológico Centrado na Pessoa* (p. 75-83). São Paulo: EPU.
- Medeiros, A. G. A. P., Vieira, O. A. G., Beraldo, E. M. M., Santos, F. L. C., Silveira, E. G., Lima Filho, L. E., & Santana, S. M. (2021). Plantão psicológico cognitivo-comportamental na pandemia da CoViD-19. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 17(1), 58-65.
- Mendes, J. A. A., & Naves, A. R. C. X. (2021). Implementação do plantão-psicológico no serviço-escola de psicologia: relato de experiência. *Diaphora*, 10(1), 76-82. <https://doi.org/10.29327/217869.10.1-11>
- Mota, S. T. & Goto, T. A. (2009). Plantão psicológico no CRAS em Poços de Caldas. *Fractal: Revista de Psicologia*, 21(3), 521-529. <https://doi.org/10.1590/S1984-02922009000300007>
- Mozena, H., & Cury, V. E. (2010). Plantão psicológico em um serviço de assistência judiciária. *Memorandum: Memória e História em Psicologia*, 19, 65-78. Recuperado de <https://periodicos.ufmg.br/index.php/memorandum/article/view/6574/4151>
- Nunes, A. P., & Morato, H. T. P. (2020). O estágio de atendimento nos anos iniciais: experiência com plantão psicológico. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 26(1), 2-12. <https://dx.doi.org/10.18065/RAG.2020v26n1.1>
- Ortolan, M. L. M., & Sei, M. B. (2016). Plantão psicológico no serviço-escola de psicologia da Universidade Estadual de Londrina. *Revista Brasileira de Extensão Universitária*, 7(1), 29-35. <https://doi.org/10.36661/2358-0399.2016v7i1.3079>
- Paiva, G. C., Carnauba, L. C. O., Sei, M. B., & Ortolan, M. L. M. (2020). Plantão Psicológico on-line: experiências e reflexões em tempos de COVID-19. In. A. K. C. Nascimento, & M. B. Sei (Orgs), *Intervenções psicológicas on-line: reflexões e retrato de ações* (pp. 98-115).

Londrina: Clínica Psicológica da UEL. Recuperado em 31 out 2021, de

<http://www.uel.br/clinicapsicologica/pages/arquivos/Livro%20-%20Intervencoes%20psicologicas%20on-line%20-%20reflexoes%20e%20retrato%20de%20acoes%20on-line.pdf>

Pereira, M. M., Trajano, A. R. C., Caversan, H. A. C., Moreira, S. P., & Tibiriçá, V. A. (2021). Plantão psicológico: a prática do acolhimento on-line durante a pandemia da COVID-19. *Revista de Extensão da UPE*, 6(número especial), 39-51. Recuperado em 3 nov 2021, de <https://www.revistaextensao.upe.br/index.php/reupe/article/view/96/18>

Ramos, M. T. (2012). *Plantão psicológico em instituição de longa permanência para idosos: um estudo fenomenológico*. (Dissertação de Mestrado). Centro de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas. Recuperado em 26 de outubro de 2021, de <http://tede.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br:8080/jspui/bitstream/tede/288/1/Maisa%20Tordin%20Ramos.pdf>

Rizzi, H. J., Baggio, J. L. V., Albano, L. C., & Loiola, N. L. O plantão psicológico com crianças: contribuições A partir da escuta analítica NA comunidade. *Anais do II Colóquio de Psicanálise com Crianças*, 131. Recuperado de http://www.sedes.org.br/Departamentos/Psicanalise_crianca/colquio2014/images/Anais_III_Coloquio_2014.pdf#page=131

Rocha, M. C. (2011). Plantão psicológico e triagem: aproximações e distanciamentos. *Revista do NUFEN*, 3(1), 119-134. Recuperado em 20 de maio de 2020, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912011000100007&lng=pt&tlng=pt

Scorsolini-Comin, F. (2014). Atenção psicológica e umbanda: Experiência de cuidado e acolhimento em saúde mental. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 14(3), 773-794. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812014000300005&lng=pt&tlng=pt

Silva, A. M. B, & Bini, M. C. N. (2021). Percepções sobre o plantão psicológico em uma Delegacia de Defesa da Mulher. *Psicologia USP*, 32, e200201. <https://doi.org/10.1590/0103-6564e200201>.

Vizzotto, M. M., Heleno, M. G. V., Bonfim, T. E., & Arias, G. S. (2012). Os atendimentos em delegacias da mulher e as técnicas de intervenção utilizadas com crianças e adultos. *Psicólogo Informação*, 16(16), 191-197. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-88092012000200010&lng=pt&tlng=pt

Yehia, G. Y. (2004). Interlocuções entre o plantão psicológico e o psicodiagnóstico colaborativo. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 21(1), 65-72. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2004000100006>



A prática do plantão psicológico: perspectivas teóricas e diálogos possíveis

**Maria Lúcia Mantovanelli Ortolan
Maíra Bonafé Sei**

O campo da saúde mental tem tido cada vez mais ênfase na medida em que, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), uma em cada 10 pessoas precisa de cuidados de saúde mental em algum momento da vida (WHO, 2018). O bem estar psíquico da população é uma temática considerada de importância pública (Campigotto, et al. 2008), principalmente ao se considerar as perspectivas de que a depressão se configuraria, em 2020, como a segunda maior causa de incapacidade em saúde (Stopa et al., 2015).

Neste sentido, estratégias de ampliação do acesso aos serviços de saúde mental se fazem necessárias. O plantão psicológico pode ser considerado uma modalidade de atendimento que contribui para o acolhimento das demandas de urgência, caracterizando-se como um serviço de atenção psicológica à comunidade (Bittencourt, Santos, & Costa, 2019).

O plantão psicológico apresenta-se como um espaço de acolhimento da experiência do sujeito em momento de crise, objetivando a clarificação da demanda presente no sofrimento trazido (Ortolan & Sei, 2016a). A prática desta modalidade clínica frutifica reflexões a respeito da Psicologia e da Psicanálise nos espaços públicos e universitários, dos *settings* clínicos tradicionais e da clínica ampliada.

A Universidade Estadual de Londrina (UEL), desde 2015, por meio da Clínica Psicológica da UEL, oferta o serviço de plantão psicológico, como um projeto de extensão do curso de Psicologia, atendendo a comunidade interna e externa à universidade (Ortolan & Sei, 2016b). As modalidades clínicas em Psicologia ofertadas em serviços públicos refletem a possibilidade da clínica ser estendida a contextos sociais, demonstrando a necessidade de reinvenção das

práticas psicológicas para que possam comportar a periferia e seus sofrimentos, assim como sustenta a crítica aos modos de vida alienantes.

A potencialidade do serviço de plantão psicológico

Figueiredo (1995) defende que a Psicologia tem apenas uma prática, a clínica, ressaltando que clínica comporta a dimensão do se inclinar ao outro. O que a Psicologia pode ser de múltipla refere-se às suas modalidades e, entende-se que o plantão psicológico se encaixa em uma delas. Tendo em vista esta modalidade, há algumas funções de sua caracterização que dizem da potencialidade do serviço, tais como a função catártica, encaminhativa e de retificação subjetiva.

A função catártica

Em uma pesquisa de avaliação do serviço de plantão psicológico, ao indagar aos participantes sobre a experiência de atendimento, a catarse foi um dos fenômenos identificados como efeito do encontro entre usuário e plantonista (Ortolan & Sei, 2019). Mediante a técnicas do Psicodrama, Vieira (2019) também identificou que o espaço de plantão psicológico pode proporcionar uma catarse de integração, ou seja, “o sujeito pode reordenar e reintegrar elementos dispersos, ganhando uma sensação de força e alívio” (p. 207). Já na experiência de plantão psicológico com população em situação de rua, Vieira e Romagnoli (2019) entendem que o espaço clínico é um encontro com a alteridade e, a partir disso, alguns elementos clínicos são possíveis, tais como a catarse e a ressignificação do sofrimento.

Catarse é um termo grego que significa purificação, sendo utilizado por Aristóteles para designar o efeito produzido no espectador pela tragédia (Laplanche & Pontalis, 1973/2001). O termo ganha um uso psicanalítico com Breuer e Freud em 1895 ao estudarem a histeria e os tratamentos para tal neurose. O método catártico consistia em uma terapêutica na qual o efeito seria uma catarse, uma descarga adequada dos afetos patogênicos, na qual o

paciente invocaria e até reviveria os acontecimentos traumáticos. Destarte, historicamente o método catártico se definia a partir dos tratamentos sob hipnose (Laplanche & Pontalis, 1973/2001).

Com a evolução e refinamento da técnica psicanalítica, Freud abandona a hipnose e o método catártico para atuar por meio da técnica psicanalítica de fato, a associação livre. Mas nem por isso a catarse deixa de ser uma das dimensões da psicoterapia psicanalítica, na medida em que a perlaboração e a simbolização pela linguagem têm valor catártico, haja vista que é na palavra que se substitui o ato, ab-reagindo o afeto quase da mesma maneira (Breuer & Freud, 1895/1990).

Neste sentido, entender o plantão psicológico na sua função catártica diz da importância de um espaço para a fala e escuta. Como é posto por Lacan (1958/1998), fazendo uma analogia entre plantonista e analista, a função catártica ocorre na medida em que o plantonista está na posição “a quem se fala e a quem se fala livremente [...] simplesmente toma o caminho de ouvir e não de auscultar a resistência, a tensão [...] o que escuta é por ouvir” (p. 622). Permite-se, assim, uma posição de escuta ativa, proporcionando o alívio catártico.

A função encaminhativa

A história da saúde pública no Brasil, principalmente no que concerne à saúde mental, esteve vinculada ao assistencialismo e à caridade das instituições religiosas, ao se tratar dos pobres e, aos ricos, uma saúde mercantilizada (Ramos & Netto, 2017). Em relação à estruturação e efetivação das políticas públicas de saúde, foi só com a Reforma Sanitária, na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), resultando na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição de 1988 que a saúde pública brasileira se organiza.

Já a lógica de cuidado em saúde mental no Brasil pôde ser constituída legislativamente a partir da Reforma Psiquiátrica, por meio da Lei Federal nº 10.216, Lei Paulo Delgado (Brasil, 2001), que tem como pressuposto a desinstitucionalização dos pacientes

psiquiátricos e a consolidação de bases territoriais do cuidado em saúde mental. Neste sentido, o modelo psicossocial substitui o modelo manicomial e se compõe por ações de criação de uma rede de serviços em território, de base comunitária e não asilares. Preconiza-se, assim, o atendimento por equipe multiprofissional, com atuação interdisciplinar, no sentido de fortalecer a reintegração sociocultural das pessoas em sofrimento mental (Costa et al., 2016).

Esta nova lógica é comportada pela Rede de Atenção Psicossocial (RAP), instituída em 2011 e republicada em 2013, que tem como público alvo as pessoas em sofrimento psíquico, com transtornos mentais e necessidades em relação ao uso abusivo de álcool e outras drogas (Brasil, 2014). Dentre os serviços que compõem a RAP, estão: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) modalidades adulto, álcool e drogas e infanto-juvenil, Unidade Básica de Saúde (UBS), Consultório de Rua, Centros de Convivência, Serviços Residenciais Terapêuticos, dentre outros (Brasil, 2011).

É curioso observar que, formalmente, os Serviços-Escola de Psicologia (SEP) das instituições de ensino superior não estão inseridos como pontos da RAP. Uma discussão muito interessante sobre a realidade e movimento da rede de cuidado em saúde, agregando, assim, os SEPs, foi feita por Ortolan, Victrio e Sei (2018), ressaltando a utilização do serviço do plantão psicológico da UEL e outros projetos de extensão subsidiados pelo SEP por meio dos mais variados encaminhamentos de transtornos mentais leves e moderados advindos da atenção primária à saúde e dos serviços ambulatoriais do município de Londrina e região, entendo, então, que os SEPs constituem a rede de saúde mental do município.

A potencialidade do plantão psicológico como integrante e articulador da rede de saúde mental e de assistência social do município não é prerrogativa apenas do serviço da UEL. Em uma reflexão a partir da caracterização dos usuários do serviço de plantão psicológico oferecido por uma universidade também do interior do Paraná, observa-se que “o funcionamento do Plantão Psicológico estende as ações da universidade à cidade, dispensa seus usuários de filas de espera e oferece atendimento imediato,

integrando a rede de saúde mental” (Risczik, Strassburg, & Fernandes, 2019).

A articulação entre as atividades extensionistas da universidade, no caso como oferta do plantão psicológico, e as políticas públicas de saúde mental do município também é encontrada no estado de São Paulo, como mostra o estudo de Vicentin et al. (2019). Ao narrarem a experiência de estágio em Psicologia no núcleo de intervenções clínico-institucionais, a prática de plantão psicológico poderia ser ofertada também nos serviços da rede do município, em especial nas UBS.

A função de retificação subjetiva

A reflexão feita aqui nesta seção trata-se de uma aproximação da Psicanálise lacaniana, especialmente, com a prática de plantão psicológico. A discussão das possibilidades, alcances e limites da Psicanálise na intersecção com as instituições já é algo bem maciço na literatura (Rosário & Kyrillos Neto, 2015). Afunilando a reflexão para a Psicanálise como pressuposto teórico na modalidade de plantão psicológico entende-se que se trata de um repensar os *settings* tradicionais da psicanálise, podendo-se enquadrar como uma Psicanálise Aplicada (Lacan, 1964/1971).

A possibilidade de ter a Psicanálise como subsídio teórico para uma prática de plantão psicológico não é algo tão novo, considerando que Freud (1919/1976) já sabia da frutificidade de sua teoria e técnica, argumentando que seria possível o trabalho do psicanalista nas instituições, sendo que um dos desafios seria “adaptar a técnica às novas condições” (p. 180). É a partir desta fala freudiana que se subsidia o fato de que uma Psicanálise na instituição, em modalidades de atendimentos institucionais, não se caracteriza pela alteração, abandono ou deturpação dos preceitos da clínica psicanalítica (Guirado, 2006; Soares, 2005), mas sim adaptação.

Neste sentido, ao considerar que o objetivo do atendimento de plantão psicológico visa a clarificação da demanda e possível apaziguamento do sofrimento narrado pelo sujeito, a Psicanálise

enquanto arcaçou teórico e técnico deve oferecer ferramentas e caminhos para tal feito. Uma das técnicas psicanalíticas possíveis de se exercer na modalidade de plantão psicológico, por exemplo, é a escuta psicanalítica, como apontado por Daher, Ortolan, Sei e Victrio (2017).

Seguindo esta perspectiva, Kobori (2013) enfatiza que, ao se trabalhar com a Psicanálise aplicada, reconhece-se a existência e insistência dos fenômenos trabalhados pela teoria freudiana, tais como inconsciente, transferência, associação livre e resistência, justificando-se, assim, a pertinência da técnica psicanalítica ao escutar estes fenômenos.

A função de retificação subjetiva do plantão psicológico, como uma possibilidade nos atendimentos, de modo geral, trata-se de entender a experiência psicoterapêutica em plantão como semelhante, ou prévia, a uma das experiências analíticas: a retificação subjetiva. Segundo Nasio (1999), o tratamento analítico se dá em diferentes fases, sendo que, em algum momento das primeiras entrevistas, dá-se início ao processo analítico de fato, a partir da retificação subjetiva, momento no qual a relação que o sujeito mantém com seu sintoma é identificada pelo analista e, por meio da interpretação, sabida pelo sujeito.

A partir desta definição do momento de retificação subjetiva em um processo analítico, é possível a aproximação com uma das funções do plantão psicológico, a clarificação da demanda. Clarificar uma demanda consiste, então, em identificar a demanda implícita para além da queixa explícita trazida pelo sujeito (Nasio, 1999). Neste sentido, os processos identificados em uma fase de retificação subjetiva em uma análise psicanalítica se assemelham ao que pode acontecer em um atendimento de plantão psicológico pautado pelo norteador teórico da psicanálise: ambas as modalidades, nas suas devidas proporções, principalmente cronológicas e aprofundamento, dão subsídio para que o sujeito produza um saber sobre seu sofrimento, saber este no qual é sabido da sua responsabilidade naquilo de que se queixa.

O plantonista e suas competências

A modalidade de plantão psicológico, inspirada nas *walk-in clinics* (Mozena, 2009), inicia-se no Brasil no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, em 1960, fundamentado na Abordagem Centrada na Pessoa (ACP) de Carl Rogers (Schmidt, 2006). Por esse caráter pioneiro da modalidade balizada pelo pressuposto teórico da ACP, entende-se que muito desta literatura é válida para refletir e construir a prática de plantão psicológico. Todavia, Scorsolini-Comin (2015) observa que, dentre os diversos contextos e metodologias empregadas na modalidade de plantão psicológico e mesmo a ACP ter sido a teoria fundadora de seus pressupostos clínicos, a maior expressão da produção científica sobre plantão psicológico envolve a abordagem fenomenológico-existencial, demonstrando, assim, a pertinência da fenomenologia na construção dessa prática.

Neste sentido, ao se caracterizar a prática de plantão psicológico e, a partir disto, esboçar competências e ferramentas ao profissional plantonista, é importante considerar, então, as teorias e técnicas da ACP, da Fenomenologia e, como já demonstrado ao longo deste capítulo, da Psicanálise, tendo em vista a possibilidade de intersecção com a modalidade de plantão psicológico.

Contribuições da Abordagem Centrada na Pessoa para a formação do plantonista

Alguns pressupostos históricos, epistemológicos e conceituais a respeito da ACP são importantes para entender como, a partir desta teoria, pode-se vislumbrar competências necessárias para a prática de plantão psicológico. A ACP inicia-se com os trabalhos de Carl Ransom Rogers (1902-1987), psicólogo clínico eleito presidente da *American Psychological Association* (APA) em 1946. Rogers desde 1927 desenvolveu a clínica, pesquisas e estudos diagnósticos com crianças, adultos, pais e estudantes, experiência esta que possibilitou a criação da ACP. Era também um estudioso da teologia e psiquiatria (Souza, 2019).

De modo geral, a ACP recebeu influências do funcionalismo americano, da *gestalt*, das teorias do *self*, psicanálise e do existencialismo. Caracteriza-se pelo entendimento de que há uma potencialidade de desenvolvimento e crescimento no ser humano, que, se dispor de condições básicas específicas, tais como relações compreensivas e empáticas, essa potência é alcançada (Souza, 2019).

Estudiosos e comentadores de Rogers (Gomes, Holanda, Gauer, Rio, & Sul, 2004) atribuem didaticamente três fases ao pensamento rogeriano: a primeira fase é técnica, dedicada às regras de atendimentos não diretivos; a segunda fase é caracterizada pelo estudo das atitudes terapêuticas, baseadas na autenticidade, aceitação calorosa e compreensão empática; e a terceira fase relaciona-se à investigação do processo terapêutico. Neste sentido, os pressupostos teóricos mais pertinentes extraídos da ACP para se pensar a formação do plantonista apontam para a aposta na autonomia do sujeito e a atitude de autenticidade do terapeuta.

Ao atender um usuário no plantão psicológico, apostar em sua autonomia é, antes de tudo, entender que aquele encontro não se configura como uma anamnese tradicional. Há a necessidade de compreender simpaticamente o relato, caracterizando-se como uma postura de respeito àquela história, consequentemente à autonomia da pessoa e seu protagonismo (Souto & Pereira, 2011). Por isto a importância de se esmiuçar o relato, mas sem ser inconveniente e sem desconsiderar os percalços narrativos que estão implicados naquela exposição acerca do sofrimento do sujeito.

Entendendo que aquele encontro entre plantonista e usuário é um lócus propício para acolhimento da emergência psíquica, promover uma atmosfera de compreensão é essencial. Rogers (1942/1974) entendeu que esta atmosfera terapêutica poderia ser criada por meio de atitudes facilitadoras por parte do psicoterapeuta, aqui no caso, plantonista, tais como a autenticidade, imprescindível para que possa haver transformações psicoterapêuticas.

A atitude de autenticidade no plantonista deve se caracterizar como uma confiança em seus próprios sentimentos, sendo condizente com a sua experiência naquele encontro, na medida em que ela é entendida como parte da relação terapeuta-cliente (Moreira, 2010). Esta é uma atitude importante e subsidiadora de mudanças para o sujeito, pois há “um esforço para explorar dois mundos fenomênicos, fazendo-os interatuar em benefício do cliente através da criação de novos significados a partir do espaço experienciado por ambos” (Moreira, 2010, p. 540).

Contribuições da Fenomenologia Existencial

A Fenomenologia Existencial no cenário brasileiro, de modo geral, ainda goza de pouco espaço acadêmico, havendo modificações desta realidade a partir das traduções de originais de Husserl, todavia ainda circunscrito no âmbito da Filosofia e não da Psicologia (Holanda, 2016). As relações entre Psicologia e Fenomenologia e suas consequentes vertentes são trabalhadas exaustivamente por Dastur e Cabestan (2015). É interessante destacar que os autores trazem uma perspectiva importante de articulação entre a Fenomenologia heideggeriana e a Psicanálise, denominada Daseinsanálise.

A fim de destacar as contribuições teóricas da Fenomenologia para a formação do plantonista, a Daseinsanálise traz uma reorientação da ciência, um convite para não mais se compreender a experiência por meio de modelos teóricos universalizantes, em uma aposta no exercício de reflexão atenta sobre a experiência concretamente (Braga, Mosqueira, & Moratto, 2012).

Talvez a contribuição mais significativa da Fenomenologia Existencial em intersecção com a Psicanálise seja em relação à visão do ser humano: um existente, uma abertura do ser, chamado de *Dasein*: “o homem não é um coisa no sentido de um ente presente à vista (*Vorhanden*), mas um *Dasein*, um existente, um ser que é em seu ser abertura ao ser” (Dastur & Cabestan, 2015, p. 11).

A questão é quais implicações clínicas e de manejo se tem com esta concepção de homem. A partir do momento que este é um atravessamento na prática do plantonista, a pergunta norteadora do encontro terapêutico é “Por que não?”. Entendendo que o ser é um ser abertura ao ser, remete-se ao campo das possibilidades. O sofrimento, nesta perspectiva, advém de um ser de abertura, em algum grau e por algum motivo, impossibilitado.

Neste sentido, uma estratégia adotada pelo plantonista no encontro terapêutico de plantão psicológico com o paciente é identificar as possibilidades de abertura, possibilidades estas autênticas (relacionadas ao desejo, interpretando psicanaliticamente). De modo geral, uma maneira de ordenar a abertura, de colocá-la em perspectiva é por meio do projeto de sentido (*Entwurf*), que é “aquilo que retira o ser-aí de sua indeterminação originária, articulando um campo de sentido e um foco fenomenológico por meio do que se dá o descerramento de mundo e a autoconstituição de sua ipseidade” (Assis, 2018, p. 22).

A noção de projeto de sentido atrelada à prática clínica, principalmente na modalidade de plantão psicológico é de grande valia para caracterizar esta prática, tendo em vista que também se trata, em algum sentido, de uma clarificação de demandas. O plantonista no atendimento poder vislumbrar com o paciente as possibilidade existenciais frente aos impedimentos e impossibilidades cotidianas parece ser algo essencial para o devir deste encontro: “projetar sentidos retira o ser-aí da condição de jogado, como se o ser-aí estivesse unicamente à mercê das condições causais que o mundo fático apresenta, e dá a ele um ‘direcionamento’ existencial” (Assis, 2018, p. 68).

Contribuições da Psicanálise

A Psicanálise pode ser considerada uma subversão importante do saber científico vigente da época (Gomes & Reis, 2019). A teoria psicanalítica começa a ganhar um estatuto importante em meados de 1880 com os escritos de Breuer e Freud sobre a histeria e a hipnose. E, a partir disto, sistematiza-se a disciplina, a técnica e o método psicanalíticos (Freud, 1923/1969),

baseados em pressupostos teóricos tais como o inconsciente, a repressão, o estatuto importante da sexualidade na etiologia dos sofrimentos psíquicos e o complexo de Édipo.

Ao longo dos anos, o progresso da Psicanálise possibilitou sua entrada nas instituições, consequenciando um leque de modalidades de exercê-la. Esta fertilidade se dá pelo fato de que é possível entender a Psicanálise como uma ética, uma atitude (Figueiredo, 1995).

Alguns pressupostos teóricos e técnicos da Psicanálise freudiana e lacaniana podem contribuir para a construção de posicionamentos, estratégias e ferramentas da posição de plantonista. Um deles é a consideração de que o sujeito é um ser atravessado pela linguagem. Nas palavras freudianas: "Nós psiquiatras não podemos escapar à suspeita de que melhor entenderíamos e traduziríamos a língua dos sonhos se soubéssemos mais sobre o desenvolvimento da linguagem" (Freud, 1901/1976b, p. 146). E nas palavras lacanianas: "A psicanálise devia ser a ciência da linguagem habitada pelo sujeito" (Lacan, 1955-56/1988, p. 276).

A partir do momento que se considera a premissa lacaniana de que o inconsciente se estrutura como linguagem, saber escutar o outro é imprescindível. O plantonista deve estar aberto, em atenção flutuante, para que possa escutar a cadeia de significantes que enlaçam o sofrimento e a demanda trazida no atendimento e, consequentemente, possa se escutar o desejo e seus impedimentos. Uma escuta atenta aos troços da narrativa e da fala do sujeito tem a possibilidade de, via ato analítico - um eco, um corte, um sublinhado - fazer se reordenar o gozo sintomático, almejando novas significações com menos carga de sofrimento para o sujeito.

Ainda sobre o sujeito atravessado pela linguagem, o encontro que acontece entre plantonista e paciente, em sua emergência psíquica pode se configurar como um espaço para a nomeação - fazendo uma analogia a um dos objetivos do plantão psicológico, que é clarificar a demanda. É por meio do incentivo à associação livre - "fale-me mais sobre isso" - que o plantonista terá a oportunidade de acolher o resgate de histórias não contadas, não

ouvidas. Isto, por si só, já proporciona uma renomeação das lacunas simbólicas que latejam no sofrimento do sujeito. No encontro do plantão psicológico, no qual o sujeito endereça seu sofrimento emergencial ao plantonista, há a possibilidade de nomeação da própria ferida (Borela & Medeiros, 2019).

Outra premissa freudiana que serve de competência ao plantonista é a clássica frase de Freud (1905/1996a) dita à Dora, indagando-lhe qual era a responsabilidade dela na desordem da qual se queixava. De alguma maneira, é um ponto semelhante ao que a ACP tem a demonstrar quando enfatiza sobre a autonomia do sujeito. A Psicanálise vem dizer que esse sujeito também é um sujeito de escolha quando sofre, ou melhor, por isto é que sofre. Se o plantonista puder escutar isso e saber operar e manejar esta responsabilidade do sujeito perante a seu sofrimento, o encontro terapêutico adquire uma potente possibilidade de libertação e mudança: é só quando o sujeito pode entender que é responsável pelo sua sofrimento, não o atribuindo ao Outro é que pode fazer algo a respeito do que lhe acomete. É apostando que o sujeito tem alguma relação direta com aquilo que traz como sofrimento que o plantonista pode vislumbrar um cuidado libertador, emancipatório e não assistencial e mantenedor do sintoma alienante.

E, por fim, fazendo um enlace entre os pontos psicanalíticos trazidos aqui para contribuir na formação do plantonista, tem-se uma atitude ética que deve ser incorporada pelo plantonista que pretende fazer seu trabalho pela baliza da psicanálise: o enigma da Esfinge. Freud, ao se interessar pelo mito do Rei Édipo, e, posteriormente, sistematizar o complexo de Édipo, depara-se com uma passagem muito importante: “Decifra-me ou te devoro”, era o misterioso ultimato da esfinge de Tebas. Trata-se de algo tão central na obra freudiana que ele se torna a representação da Psicanálise (Quinet, 2015).

Em primeira instância, Freud (1905/1996b) interpretou o enigma da esfinge como o enigma da criança frente à sua origem e principalmente uma questão sobre o seu lugar em relação ao desejo do Outro (Quinet, 2015). Em um aprofundamento e continuação da interpretação psicanalítica do enigma da esfinge, Lacan (1972/2003) entende que o enigma em questão passa pela

pergunta do desejo: *Che vuoi?* Neste sentido, o plantonista deve ter condições de poder localizar em sua escuta o enigma do desejo do paciente: ou se decifra os caminhos do desejo ou o sintoma devorar-lhe-á.

Considerações finais

A contemporaneidade se presentifica em seu atravessamento nas produções subjetivas dos sujeitos, como pontua Melman (2003), quando discorre sobre o esvaziamento do simbólico em nosso tempo atual, caracterizando-o como uma mutação cultural operante em um esvaziamento da autoridade e das referências simbólicas e históricas. Neste sentido, o sujeito contemporâneo sofre pela sua atual condição de dificuldade em aderir às trocas simbólicas, mantendo-se cada vez mais em uma atividade autoerótica e solitária, e, conseqüentemente, comprometendo o laço social (Danziato, 2009).

Sem o anteparo da alteridade mediante aos laços sociais satisfatórios, o sujeito contemporâneo se queixa da carência de doação de sentido para si, seu corpo, seus sofrimentos e sua vida. A proposta de escuta incutida na modalidade de plantão psicológico como acolhimento das urgências psicológicas é sensível a este novo tipo de (não) falar e saber da própria dor. Isto considerado, entende-se que o plantonista se preocupa, principalmente, com um tempo anterior às práticas de cuidado do sujeito. Ele está atento a auxiliar o sujeito a saber, nomear e se responsabilizar por aquilo, em si, que precisa de cuidado. Nesta medida, compreende-se a importância de uma prática de plantão psicológico que priorize o resgate da autonomia do sujeito, retomando um protagonismo em suas produções simbólicas e subjetivas tão esvaziadas de sentido e, assim, dar subsídios para que um caminho de desalienação de si se inicie.

Pelo caráter de potencialidade e versatilidade da modalidade de plantão psicológico, entende-se esta como uma forma de inserção da Psicologia no público, no social e no político. Tal motivo evidencia a importância na teoria e prática do plantão psicológico, sendo ela cada vez mais incorporada,

sistematicamente, às formações acadêmicas e profissionais do estudante de Psicologia. Neste sentido, este capítulo, tendo como objetivo discorrer sobre a prática do plantão psicológico a partir de diferentes perspectivas teóricas, almejou indicar novas formas de se fazer Psicologia, resistindo criativamente aos imperativos do sistema contemporâneo na produção de novos jeitos de ser e estar no mundo.

Referências

Assis, A. S. (2018). *Historicidade e clínica: contribuições para o método fenomenológico-hermenêutico na Psicologia*. (Tese de Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. Recuperado de https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-01042019-100523/publico/assis_do.pdf

Borela, E. C., & Medeiros, M. P. (2019). Ditadura civil-militar e processos de nomeação da dor: quando a arte produz suturas no real. *Psicanálise & Barroco*, 17(2), 213-244. <https://doi.org/10.9789/1679-9887.2019.v17i2.213-244>

Braga, T. B. M., Mosqueira, S. M., & Morato, H. T. P. (2012). Cartografia clínica em plantão psicológico: investigação interventiva num projeto de atenção psicológica em distrito policial. *Temas em Psicologia*, 20(2), 555-570. <http://dx.doi.org/10.9788/TP2012.2-20>

Bittencourt, H. B., Santos, G. L., & Costa, Z.L. S. (2019). Projeto piloto: o plantão psicológico. *Diaphora*, 8(1), 71-76. Recuperado em 31 out 2021, de <http://www.sprgs.org.br/diaphora/ojs/index.php/diaphora/article/view/175/173>

Brasil. (2001). *Lei n o 10.216, de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF. Caderno Oficial 8 – Saúde Mental. Recuperado em 31

out 2021, de
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm

Brasil. (2011). *Resolução nº 5, de 15 de março de 2011*. Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia. Brasília. Recuperado em 31 out 2021, de http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=7692-rces005-11-pdf&Itemid=30192

Brasil. (2014). *Portaria nº 2.840, de 29 de dezembro de 2014*. Cria o Programa de Desinstitucionalização integrante do componente Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e institui o respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. Brasília, DF. Recuperado em 2 nov 2021, de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2840_2_9_12_2014.html

Breuer, J., & Freud, S. (1990). Estudos sobre a histeria. In S. Freud. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão, Trad., Vol. 2). Rio de Janeiro: Imago. (Obra originalmente publicada em 1895).

Campigotto, K. F., Teixeira, J. J. V., Cano, F. G., Sanches, A. C. C., Cano, M. F. F., & Guimarães, D. S. L. (2008). Detecção de risco de interações entre fármacos antidepressivos e associados prescritos a pacientes adultos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35(1), 1-5. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832008000100001>

Costa, J. P. et al. (2016). A reforma psiquiátrica e seus desdobramentos: representações sociais dos profissionais e usuários da atenção psicossocial. *Psicologia e Saber social*, 5(1), 35-45. <http://dx.doi.org/10.12957/psi.saber.soc.2016.15855>

Daher, A. C. B., Ortolan, M. L. M., Sei, M. B., & Victrio, K. C. (2017). Plantão psicológico a partir de uma escuta psicanalítica. *Semina: Ciências Sociais e Humanas*, 38(2), 147-158. <http://dx.doi.org/10.5433/1679-0383.2017v38n2p147>

Danziato, L. (2009). As dimensões do corpo e a topologia cultural. *Aletheia*, 29, 129-141. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n29/n29a11.pdf>

Dastur, F., & Cabestan P. (2015). *Daseinsanálise: Fenomenologia e Psicanálise*. 1 ed. Rio de Janeiro: Via Verita.

Figueiredo, L. C. M. (1995). *Revisitando as psicologias: Da epistemologia à ética das práticas e discursos psicológicos*. Petrópolis: Vozes.

Freud, S. (1969). Dois verbetes de enciclopédia. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad., Vol. 18). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicado em 1923).

Freud, S. (1976a). Linhas de progresso na terapia analítica. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (pp. 169 - 182). (J. Salomão, Trad., Vol. 17). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1919).

Freud, S. (1976b). A significação antitética das palavras primitivas. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (pp.137-146). (J. Salomão, Trad., Vol. 11). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1910).

Freud, S. (1996a). Fragmento de uma análise de histeria (Caso Dora). In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad., Vol. 7). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1905).

Freud, S. (1996b). *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (pp. 339-343). (J. Salomão, trad., Vol. 7). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicado em 1905).

Gomes, A. K. S., & Reis, M. E. B. T. (2019). A formação do psicoterapeuta-aprendiz em clínica psicanalítica nas universidades do Brasil. *Quaderns de Psicologia*, 21(3), 1-14. <http://dx.doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1536>

Gomes, W. B., Holanda, A. F., Gauer, G., Rio, W. B. G. F., & Sul, G. (2004). *Psicologia humanista no Brasil. História da psicologia no Brasil do século XX*. São Paulo: EPU.

Guirado, M. (2006). A psicanálise dentro dos muros de instituições para jovens em conflito com a lei. *Boletim de Psicologia*, 56(124), 53-66.

Holanda, A. F. (2016). Fenomenologia e Psicologia no Brasil: aspectos históricos. *Estudos de Psicologia*, 33(3), 383-394. <https://doi.org/10.1590/1982-02752016000300002>

Kobori, E. T. (2013). Algumas considerações sobre o termo Psicanálise Aplicada e o Método Psicanalítico na análise da Cultura. *Revista de Psicologia da UNESP*, 12(2), 73-81. Recuperado em 31 out 2021, de <https://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/619>

Lacan, J. (1971). Ato de fundação. In J. Lacan, *Outros Escritos* (pp. 235-264). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Obra publicada originalmente em 1964).

Lacan, J. (1988). *O seminário: livro 3. As psicoses*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Obra publicada originalmente em 1955-56).

Lacan, J. (1998). A direção do tratamento e os princípios de seu poder. In J Lacan, *Escritos* (pp. 591-652). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Original publicado em 1958).

Lacan, J. (2003). O aturditado. In J. Lacan, *Outros Escritos*. (pp. 448-497). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Obra publicada originalmente em 1972).

Laplanche, J. & Pontalis, J-B. (2001). *Vocabulário da Psicanálise*. 4 ed. São Paulo: Martins Fontes. (Obra publicada originalmente em 1973).

Melman, C. (2003). *O Homem sem gravidade. Gozar a qualquer preço*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

Moreira, V. (2010). Revisitando as fases da abordagem centrada na pessoa. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 27(4), 537-544. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2010000400011>

Mozena, H. (2009). *Plantão psicológico: um estudo fenomenológico em um serviço de assistência judiciária*. (Dissertação de Mestrado).

Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.

Nasio, J. D. (1999). *Como trabalha um psicanalista?*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Ortolan, M. L. M., & Sei, M. B. (2016a). Tornar-se plantonista e psicanalista: a experiência de uma estudante de psicanálise no plantão psicológico da UEL. *Revista da Extensão UFRGS*, 12, 36-42. Recuperado em 31 out 2021, de https://www.ufrgs.br/prorext/wp-content/uploads/2016/07/EXT_RevExt_N12_Web.pdf

Ortolan, M. L. M., & Sei, M. B. (2016b). Plantão psicológico no serviço-escola de psicologia da Universidade Estadual de Londrina. *Revista Brasileira de Extensão Universitária*, 7(1), 29-35. <https://doi.org/10.36661/2358-0399.2016v7i1.3079>

Ortolan, M. L. M., & Sei, M. B. (2019). Avaliação do plantão psicológico de um serviço-escola de Psicologia. *Interação em Psicologia*, 23(2), 104-113. <http://dx.doi.org/10.5380/psi.v23i02.56248>

Ortolan, M. L. M., Sei, M. B., & Victrio, K. C. (2018). Serviço-escola de Psicologia e potencialidades dos projetos de extensão: construção de políticas públicas em saúde mental. *Revista Brasileira de Tecnologias Sociais*, 5(1), 78-85. <https://doi.org/10.14210/rbts.v5n1.p78-85>

Quinet, A. (2015). *Édipo ao pé da letra*: fragmentos da tragédia e psicanálise. 1 ed. Rio de Janeiro: Zahar.

Ramos, E. M. B., & Netto, E. B. de M. (2017). Histórico do sistema normativo de saúde no Brasil: uma análise da construção do ordenamento jurídico da saúde pós-1988. *Revista Debates*, 11(1), 43-66. <https://doi.org/10.22456/1982-5269.71740>

Risczik, J. A., Strassburg, S. C. B., & Fernandes, A. V. (2019). Reflexões sobre o plantão de atendimento psicológico a partir da caracterização de usuários/as e demandas. *Em Extensão*, 18(2), 4-18. <https://doi.org/10.14393/REE-v18n22019-48365>

Rogers, C. R. (1974). *Psicoterapia e consulta psicológica*. São Paulo: Martins Fontes. (Originalmente publicado em 1942).

Rosário, A. B., & Kyrillos Neto, F. (2015). Plantão psicológico em uma clínica-escola de psicologia: saúde pública e Psicanálise. *A Peste: Revista de Psicanálise e Sociedade e Filosofia*, 7(1), 37-48. <https://doi.org/10.5546/peste.v7i1.30463>.

Schmidt, M. L. S. (2006). Continuidade e ruptura: Interpretação da história do Serviço de Aconselhamento Psicológico do Instituto de Psicologia da USP. *Mnemosine*, 2(2), 1-19. Recuperado em 31 out 2021, de <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/view/41405>

Scorsolini-Comin, F. (2015). Plantão psicológico e o cuidado na urgência: panorama de pesquisas e intervenções. *Psico-USF*, 20(1), 163-173. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-82712015200115>

Soares, J. M. (2007). *Possibilidades e limites do tratamento psicanalítico da psicose infantil em instituições de saúde mental*. (Dissertação de Mestrado). Programa de Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.

Souto, B. G. A., & Pereira, S. M. S. F. (2011). História clínica centrada no sujeito: estratégia para um melhor cuidado em saúde. *Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde*, 36(3), 176-81. <https://doi.org/10.7322/abcs.v36i3.58>

Souza, T. L. (2019). *A transformação do self em psicoterapia centrada na pessoa*. (Monografia de Graduação em Psicologia). Faculdade de Ciências da Educação e Saúde, Centro Universitário de Brasília, Brasília.

Stopa, S. R., Maltal, D. C., Oliveira, M. M., Lopes, C. S., Menezes, P. R., & Kinoshita, R. T.. (2015). Prevalência do autorrelato de depressão no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 18(suppl2), 170-180. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500060015>

Vicentin, M. C. G., Rosa, E. Z., El Id, K., Sereno, D., Kahhale, E. M. S. P., Gomes, J. A., & Gonçalves, M. D. G. M. (2019). Saúde mental em rede:

o curso de Psicologia na articulação entre a universidade e o Sistema Único de Saúde. *Psicologia Revista*, 28, 624-649. <https://doi.org/10.23925/2594-3871.2019v28i3p624-649>

Vieira, E. D. (2019). Novas direções para o plantão psicológico: o psicodrama como referencial. *Revista Brasileira de Psicodrama*, 27(2), 199-211. <https://doi.org/10.15329/2318-0498.20190023>

Vieira, E. D., & Romagnoli, R. C. (2019). Acolhimento psicológico com sujeitos marginalizados: tensões entre o tradicional e o instituinte. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 71(1), 112-127. <http://dx.doi.org/10.36482/1809-5267.ARBP2019v71i1p.112-127>

World Health Organization (2018). *Mental Health Atlas 2017*. Geneva: WHO. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272735/9789241514019eng.pdf?ua=1>



Plantão psicológico: um olhar a partir da psicanálise winnicottiana

**Maíra Bonafé Sei
Gabriel Candido Paiva**

Plantão psicológico e psicanálise winnicottiana

O plantão psicológico se configura como um tipo de intervenção clínica, geralmente pontual e breve, que pretende oferecer um espaço de escuta e acolhimento mais próximo do momento no qual a pessoa sente necessidade, sem ter que haver uma espera por vagas para atendimento como frequentemente ocorre em instituições como serviços-escola de Psicologia, Unidades Básicas de Saúde e similares. A prática pode ser embasada em diferentes aportes teóricos, mas seu histórico no Brasil está vinculado à abordagem centrada na pessoa (Eisenlohr, 1999), observando-se, de forma mais frequente, relatos de intervenções pautadas em perspectivas humanistas.

De forma menos intensa, pode-se, no país, encontrar relatos de práticas que partem do referencial psicanalítico (Rosario & Kyrillos Neto, 2015, Daher, Ortolan, Sei, & Victrio, 2017). Entretanto, nota-se que as experiências fundamentadas na psicanálise guardam um distanciamento da perspectiva winnicottiana, com considerações delineadas a partir do olhar de outros teóricos e, com isso, acredita-se ser pertinente discutir como o plantão psicológico pode ser entendido e conduzido tendo em vista as considerações de D. W. Winnicott e, de forma mais específica, com a proposta da consulta terapêutica.

Neste sentido, lembra-se que Winnicott foi um psicanalista inglês, graduado em medicina e atuante na área de pediatria, junto ao Paddington Green Children's Hospital. Observa-se, assim, que sua formação e as experiências como médico assistente ao longo de quatro décadas no referido hospital contribuíram para o desenvolvimento de sua teoria no campo psicanalítico. A partir de

sua formação, conseguia distinguir quando havia um fator físico do qual poderia derivar problemáticas emocionais ou, por outro lado, quando não havia um distúrbio físico, apontando para questões de ordem psicológica na criança ou família. Com isso, de uma atuação centrada na pediatria passa, após início de sua análise com James Strachey, “para uma psiquiatria infantil de orientação analítica” (Dias, 2002, p. 113).

Tendo em vista o percurso trilhado por Winnicott, percebe-se que ele foi um psicanalista aberto a adaptações na prática realizada, compreendendo que cabia ao profissional oferecer aquilo que era mais adequado à pessoa naquele momento. Neste sentido, acabou por realizar mudanças no setting analítico, como pode ser observado no atendimento de Margaret Little (Little, 1992, Naffah Neto, 2008), e em sua prática profissional, ao realizar uma análise sob demanda no caso da Piggie (Winnicott, 1987), ao discorrer sobre a consulta terapêutica (Winnicott, 1965a/1994, 1984) ou propor um jogo do rabisco com as crianças, estratégia de comunicação frequentemente usada nas consultas terapêuticas (Winnicott, 1964-1968/1994).

Argumentava que como psicanalistas podemos fazer a análise tradicional ou outra intervenção mais pertinente no momento, indicando que “há casos em que uma mudança sintomática rápida é preferível a uma cura psicanalítica” (Winnicott, 1965a/1994, p. 244). Isso também parece ir ao encontro com o pressuposto de sua teoria que postula uma tendência inata do ser humano ao amadurecimento emocional, desde que haja um ambiente disponível e relações favoráveis para tal (Winnicott, 1990). Relaciona-se essa ideia com a própria disponibilidade de um plantão psicológico como este ambiente possivelmente favorável e disponível num momento de crise, o qual acolhe e busca favorecer condições para que este amadurecimento emocional possa voltar à sua marcha.

Compreendia que na atuação como psicanalista tenta-se fazer o máximo possível enquanto que em sua prática como psiquiatra infantil se perguntava “qual é o mínimo que se precisa fazer?” (Winnicott, 1965b/1994, p. 261). A consulta terapêutica se insere nesse campo do mínimo que se pode fazer e, acerca desse

posicionamento, pode-se lembrar do trabalho de Winnicott no hospital, onde atendia pessoas que apresentavam dificuldades para o deslocamento até o local, dentre outras questões que impediam a entrada em um tratamento psicanalítico a longo prazo com sessões frequentes. Neste sentido, Lins (2006) aponta para a preocupação de Winnicott com os fatores socioeconômicos e familiares que implicam na possibilidade de se obter algum tipo de resultado terapêutico.

No que se refere especificamente à consulta terapêutica, Winnicott situa que esta modalidade interventiva é composta por uma sequência de uma a três entrevistas. Com isso, o psicoterapeuta acaba por se manter como um objeto subjetivo, haja vista que faz um ajuste à ideia preconcebida do paciente, diferentemente do que ocorre ao longo de um processo analítico efetivamente, quando a partir de uma idealização inicial da pessoa do analista acaba-se por percebê-lo como um objeto objetivamente percebido, diferente das projeções feitas. Winnicott (1965a/1994) defendia que, “se um *setting* profissional correto é fornecido, o paciente, isto é, a criança (ou adulto) que se acha em sofrimento, trará a aflição para a entrevista sob uma forma ou outra” (p. 246).

Tem-se, assim, uma adaptação mais ativa do profissional às expectativas e necessidades da pessoa atendida, havendo uma comunicação acerca deste entendimento nas situações nas quais se compreende que essa verbalização, por parte do profissional, é necessária (Lescovar, 2004). Almeja-se

favorecer (por meio da experiência de surpreender-se) ao paciente uma integração de seus aspectos dissociados e/ou não vividos e a realização concomitante de seu diagnóstico (e conseqüente compreensão do melhor procedimento a ser adotado) (Lescovar, 2004, p. 47).

Por outro lado, Winnicott (1984) também alertou para os riscos envolvidos nas meras tentativas de imitação da proposta de consultas terapêuticas por ele apresentada. Considerando a singularidade de cada encontro, terapeuta e paciente, no tempo limitado de escuta dos conteúdos manifestados, desenham uma situação ímpar que impede que qualquer tipo de imitação de uma

técnica seja recomendada. A singularidade que se apresenta nos casos e a prerrogativa de adaptação à necessidade de cada indivíduo exigem do profissional mais que tão somente o conhecimento técnico da prática. Acerca destas questões, Lins (2006, p. 12) sintetiza a prática das consultas terapêuticas a partir da palavra “flexibilidade”, sinalizando os atributos que devem estar internalizados à quem se dedica a oferecer tal tipo de atendimento.

Em suma, não se definiu uma técnica pré estabelecida devido a tais peculiaridades, o que ocasionalmente poderia interferir, inclusive, na capacidade criativa de ambos os envolvidos no processo. Entretanto, isso não significa uma prática insustentável teoricamente. Winnicott afirma que carregava consigo sua teoria e suas elaborações em cada atendimento realizado. Neste sentido, sua teoria do amadurecimento emocional auxilia a compreender e poder manejar necessidades específicas de cada etapa do desenvolvimento humano, além de fornecer um horizonte teórico sobre o qual se torna possível um trabalho, embora seja breve, com cada paciente em questão (Winnicott, 1984).

Winnicott (1963/1983) propôs que o ser humano passa por alguns estágios em seu processo de desenvolvimento. Ele vai, assim, da dependência absoluta, quando há uma dependência completa da mãe, que entraria em um estado de “preocupação materna primária”, e ambiente, passando pela dependência relativa, quando reconhece-se a presença do ambiente externo. A etapa seguinte é denominada rumo à independência, que se configuraria como o momento final, entendendo-se que o indivíduo nunca é completamente independente, havendo uma interdependência entre ambiente e pessoa.

Este percurso é caracterizado por tendências à integração, à personalização e à realização ou início das relações objetais. Tem-se, desta forma, um processo de habitar o próprio corpo, estabelecendo uma relação entre mente e corpo, de forma a poder se relacionar com o ambiente externo (Winnicott, 1960/1983). Observa-se, então, que para se desenvolver o potencial herdado, o bebê deve contar com o acolhimento do ambiente, com aquilo que é intitulado por Winnicott (1960/1983) como *holding*, “utilizado

aqui para significar não apenas o segurar físico de um lactente, mas também a provisão ambiental total anterior ao conceito de *viver com*” (p. 44, itálico do autor).

Winnicott (1984) também apresentava preocupação com o entorno imediato de seus pacientes atendidos por meio das consultas terapêuticas, tendo em vista que mesmo que realizasse intervenções profundas, o retorno para um ambiente que não estivesse atento às condições para o desenvolvimento saudável, iria empobrecer as possibilidades de integração. Sabendo da complexidade de certas relações e de como elas podem se sustentar de forma a não favorecer a integração e o amadurecimento, ele buscava intervenções também dentro do âmbito familiar. Realizava isso por meio de orientações diretas e também fazendo com que compreendessem os sentidos amplos do sofrimento humano. Acredita-se que essa preocupação também pode ser encontrada no âmbito do plantão psicológico, dado que uma das suas principais funções relaciona-se ao encaminhamento final. Caso se note a necessidade, a abertura e a possibilidade, diferentes formas de encaminhamento são elaboradas junto com a pessoa para que ela possa continuar por si própria a experiência que brevemente foi compartilhada no encontro. Os encaminhamentos envolvem desde o convite ao início de um atendimento psicoterapêutico até a orientar descritivamente a busca de ajuda em serviços públicos que contemplem algum tipo de atendimento que forneça condições para a pessoa permanecer em cuidado de seu próprio sofrimento. Busca-se favorecer a possibilidade de criar o cuidar de si (Figueiredo, 2007).

Salienta-se a importância de se ter em vista a comunicação profunda e significativa como forma de se trabalhar e se orientar em direção ao conteúdo conflitivo apresentado, a fim de poder se deixar revelar ao plantonista e ao paciente um novo conhecimento sobre aquele sofrimento. O próprio ambiente e a postura profissional são capazes de suscitar essa comunicação profunda. Estando aberto ao conteúdo trazido pelo paciente, a interpretação classicamente psicanalítica não desempenha papel central neste tipo de atendimento, haja vista a importância de privilegiar o estabelecimento de uma relação interpessoal que traga

possibilidades de se entender o que se passa com a pessoa naquele momento específico. O relevante é poder fornecer condições para que a pessoa possa se expressar de maneira significativa numa relação, afastando-se de outras formas de expressão que encontrou em seus ambientes prévios. Aí reside a possibilidade de acessar conteúdos os quais anteriormente não eram pensados e, conseqüentemente, hipotetiza-se serem causadores de angústia e ansiedades das mais diferentes formas.

[...] se é dada a oportunidade de maneira adequada e profissional para uma criança ou para um adulto, no tempo limitado do contato profissional, o cliente trará e exporá (embora de início apenas como uma tentativa) o problema predominante ou o conflito emocional ou a espécie de tensão que aparece nesse momento da vida do cliente (Winnicott, 1984, p. 15).

A questão levantada é de se fazer uso do material gradualmente trazido pelo próprio paciente no atendimento e da experiência transcorrida pela dupla. Este material vai além das palavras verbalizadas e também inclui a intenção que perpassa a comunicação feita pelo paciente ao terapeuta, além das reações do terapeuta ao que o paciente relata. Pode-se dizer de separações insuportáveis, falhas ambientais precoces ou ansiedades persecutórias importantes, por exemplo. Tendo em vista que a teoria winnicottiana presume uma trajetória de desenvolvimento, o qual pode vir a ser congelado caso não haja um ambiente suficientemente bom para pôr em movimento tal desenvolvimento, sustenta-se a ideia de que o plantão psicológico na perspectiva winnicottiana possa vir a ser um espaço para se entender de quais necessidades ambientais o paciente se refere enquanto fala sobre o que lhe trouxe até o atendimento. Aqui reside a importância antes citada da adaptação às necessidades do paciente e do conhecimento sobre a teoria do amadurecimento emocional.

Lins (2006) discorre acerca da importância da teoria do brincar na perspectiva winnicottiana, principalmente no que relaciona à atividade do brincar com a capacidade criativa. Entende-se que a observação da capacidade criativa do paciente se torna importante no contexto do plantão psicológico, pois

possibilita abrir caminhos para o que já pode estar sendo criado e que, no contexto de um único encontro, pode ser efetivamente criado, experimentado e compartilhado na relação. A forma pela qual a pessoa lida com as questões que estão lhe afligindo pode ser ampliada se levado em consideração o aspecto criativo que há nos gestos dela. Faz parte também deste processo o reconhecimento e espelhamento da pessoa sobre si mesma, por parte do plantonista, para que possa ter a possibilidade de construir um outro modo de pensar sobre si própria.

As experiências anteriores de cuidado que a pessoa já recebeu se mostram importantes nesta breve modalidade de atendimento, haja vista que em parte elas determinam se haverá algum depósito de esperança na consulta. Não faz parte do procedimento estimular e sustentar uma relação transferencial duradoura. Acerca do tema, nota-se que o plantonista pode ser alvo de retaliações, testes ou até de identificações profundas que revelam conteúdos importantes da pessoa. Também é importante lembrar de que mesmo as expressões de doença revelam a parte saudável do paciente trabalhando em prol de algum amadurecimento (Lins, 2006).

Levanta-se também o apontamento acerca dos casos nos quais o atendimento consegue contemplar apenas pequenas parcelas de diferentes compreensões da vida emocional da pessoa. Trata-se de casos onde o sofrimento é de longa data e inclui uma alta carga de questões. Mesmo neste contexto abrem-se possibilidades, a partir das comunicações realizadas no encontro, para se entender algumas questões e, principalmente, apontar para a necessidade de se aprofundar nelas dentro de um processo psicoterápico. Sendo assim, o plantão psicológico funciona então como um vislumbre inicial de como tais questões podem vir a ser entendidas, de como elas afetam a pessoa na sua totalidade e abrir caminho para um sentido inédito que antes não era oportunizado ou concebido como possível.

Almeja-se a possibilidade de oferecer um espaço no qual a pessoa possa se apresentar tal qual como se sente naquele momento específico que lhe fez procurar o atendimento. Sem critérios escolhidos e não perseguindo uma cura específica, embora

se saiba que exista algum grau de sofrimento, instaura-se uma experiência de cuidado que fornece condições para que a pessoa possa ser olhada e, acima de tudo, poder se olhar.

Figueiredo (2007), utilizando-se de alguns conceitos winnicottianos em conjunto com os de outros autores da psicanálise, descreve importantes características e levanta profícuas reflexões para aqueles que exercem uma tarefa que envolva alguma modalidade de relação e de cuidado humano, tal como acontece no plantão psicológico. Este agente cuidador estaria imbuído da possibilidade de poder promover algum sentido à existência da pessoa que o encontra, na tentativa de fazer frente à falta de sentido que pode acarretar em sofrimento psíquico, seja pelos mais variados motivos e circunstâncias. Entretanto, para a assunção deste sentido, algumas capacidades tornam-se necessárias numa relação de cuidado.

As faces deste cuidado englobam importantes funções. A primeira diz respeito ao acolhimento e a receber o que a pessoa carrega consigo para que seja possível uma experiência de sustentação e possibilitar alguma transformação a partir do que foi sustentado. Em seguida, o reconhecimento e espelhamento do que a pessoa diz e transmite para que possa ser valorizado e elencado aquilo de único que existe naquela experiência, naquela pessoa, naquele momento. Por último, a interpelação como forma de convocar a pessoa a poder tentar criar algo a partir do que está enfrentando. Preferencialmente na ausência da interferência excessiva do agente cuidador para que a pessoa possa criar por si própria. Simultaneamente a esses três eixos, encontra-se a necessidade de moderação da postura do agente de cuidados. Ora envolve saber quando se implicar, para que a pessoa possa se reconhecer, e quando se ausentar, para que a pessoa possa criar (Figueiredo, 2007).

Propõe-se uma alusão ao jogo do rabisco, ferramenta utilizada por Winnicott nas consultas terapêuticas, com a ferramenta de um plantonista amparado por essa teoria: a comunicação, a adaptação, a abertura ao que é trazido ao encontro e o acolhimento. Entende-se que tais funções são primordiais para que a experiência do encontro entre plantonista e paciente

favoreça a possibilidade da integração de algum conteúdo. Assim como a estratégia winnicottiana de abertura para uma comunicação significativa, pretende-se promover um espaço desobstruído para que o paciente possa desenhar seu conflito e assim, na relação que acontece no encontro, possivelmente enxergar novas formas de compreender seu sofrimento.

Sendo assim, nota-se a possibilidade de aproximação entre a prática desenvolvida caracterizada como plantão psicológico e a prática clínica referenciada na psicanálise winnicottiana, com ênfase para a ideia de consultas terapêuticas, haja vista que elas se apresentam como intervenções de caráter mais pontual, com o profissional ocupando o lugar de objeto subjetivo. De maneira a se ilustrar tais articulações, passa-se a discorrer sobre um caso clínico atendido na modalidade de plantão psicológico.

Ilustração clínica

Sônia, 24 anos, recém saída de um emprego o qual lhe ocupava boa parte do tempo. Saiu do emprego, pois o tempo de contrato havia terminado, ou seja, tratava-se de um desligamento já esperado. A relação com este trabalho gradualmente foi revelando aspectos importantes de Sônia e de como se relacionava consigo mesma e com os outros. Disse muito sobre o medo do desemprego e isso desembocou no entendimento de que, diante da ausência daquilo que antes lhe era muito importante, surgiu um grande desânimo para fazer as tarefas cotidianas. Isso foi experimentado, inclusive, com Sônia permanecendo na cama durante alguns dias sem dela sair. Isso se tornou uma preocupação maior para ela somente depois que algumas pessoas próximas apontaram que ela parecia precisar de ajuda psicológica. Enquanto se punha a falar, foi possível notar o montante de tempo que ocupava para cuidar de coisas referentes aos outros, questão a qual já estava começando a ser incômoda para ela. Seu ofício, inclusive, reiterava tal forma de relacionamento com os outros e lhe permitia fazer isso através de diversos meios. Seu namorado, sua mãe e pessoas importantes, que estavam na sua cidade natal, eram envolvidos nessa dinâmica.

Diante disso, refletiu-se se seu desânimo se configuraria como uma espécie de protesto contra o que não suportava mais fazer. Ao relatar a grande quantidade de coisas que realizava no trabalho, inclusive reorganizando algumas funções e trabalhando além do necessário, se deu conta do quanto isso estava presente há bastante tempo. Sem contar com ajuda de outras pessoas ao seu redor, já que seus vínculos mais significativos encontravam-se distantes geograficamente, ela constantemente retornava para sua cidade buscando um "refúgio" (sic). Neste momento, foi possível comunicar a ela a prevalência do cuidado como forma de comunicação dela com os outros.

Abrindo espaço para entender como se desenvolveu essa modalidade de defesa contra alguma desintegração, a paciente relatou como se deu a separação dos pais e o quanto ela sentiu que precisava ir atrás por conta própria das coisas, entretanto cuidando, constantemente, do outro em demasia. Aponta-se que esta compreensão foi possível de ser criada pela própria paciente enquanto dizia sobre sua situação atual. Além disso, relatava a expectativa sempre presente de algum retorno em relação a todas as coisas que ela fazia. O atendimento possibilitou o resgate acerca do fato daquele protesto contemporâneo se vincular a um conflito antigo não integrado: como havia se dado a separação dos pais e como ela havia reagido a tal acontecimento. Trabalhou-se, também, o entorno dela para se refletir acerca das possibilidades de continuar pensando sobre esses aspectos de sua vida psíquica, sabendo que o desânimo não refletia uma espécie de incapacidade, mas sim um desconforto relacionado a questões mais profundas e quase como que esperadas para serem escutadas por ela mesma. A dificuldade em criar o próprio refúgio e sempre precisar retornar para sua cidade natal revelou a localização do conflito.

Entende-se que foi aberta a possibilidade de uma nova compreensão da queixa inicial a partir da investigação dos aspectos conflitivos baseados na teoria do amadurecimento, do quanto de sofrimento psíquico que se presentifica a partir de algumas questões presentes no desenvolvimento. No que se refere à relação interpessoal, foi possível produzir um novo significado e auxiliá-la a entender o que estava em jogo, ou seja, o cuidado, convidando-a

a permanecer nessa ampliação dos significados daquilo que estava enfrentando.

Diferente das consultas terapêuticas descritas por Winnicott (1984), nas quais o público alvo eram crianças geralmente trazidas pelos pais, no plantão psicológico da Clínica Psicológica da UEL a busca acontece espontaneamente ou via encaminhamento externo, geralmente. Outro ponto interessante a ser ressaltado é que se torna possível escutar as questões conflitivas a partir do encontro com um adulto, embora a forma pela qual os conflitos são comunicados difere na sua natureza. Além disso, tais conflitos podem ser resultado de uma longa jornada experimentando formas antigas de defesas.

No relato deste caso fica nítido o retorno de conflitos anteriormente não integrados, relativos à períodos anteriores do desenvolvimento que atuam sobre o problema atual, impedindo a pessoa de experimentar outras formas de poder se defender, pensar ou criar. Acerca dessa questão, Winnicott (1984) argumenta que a rigidez das defesas sinaliza o grau de sofrimento e patologia presentes, além de manter a pessoa num círculo vicioso do qual dificilmente consegue escapar caso não haja um ambiente ou uma relação que possibilite o pensar sobre si numa outra perspectiva. Pode-se ponderar, então, que o plantão psicológico se apresentou como um espaço para que fosse possível iniciar um processo de reflexão sobre a própria história.

Discussão do caso

A partir da disponibilidade de um *setting* profissional, favorável e disponível, dentro do qual entende-se que o conteúdo trazido irá revelar doses das dificuldades enfrentadas pela paciente, notou-se que gradualmente o conflito foi sendo exposto na relação. Neste momento, torna-se importante apontar a capacidade do plantonista de estar disponível para adaptar-se às necessidades do paciente como possibilidade de criar um espaço no qual ele possa falar sobre si próprio livremente e se expressar da maneira como puder, de forma que se inaugure uma possibilidade de se pensar francamente numa relação sobre as

próprias questões. Esta adaptação perpassa a obrigatoriedade de não se aplicar técnicas previamente estabelecidas ou conhecimentos prévios em cima da fala do paciente, mas sim estar disponível para que algo seja criado na relação.

No jogo do rabisco, Winnicott (1984) abre espaço para a criança se expressar a partir do delineamento conjunto de desenhos. Ou seja, há uma contribuição inicial dele para que a criança possa vir a se expressar, não sendo uma comunicação unilateral. Com Sônia, pode-se pensar algo semelhante quando várias intervenções do plantonista foram no sentido de perguntar como era, para ela, tal experiência descrita. A abertura que essas perguntas trouxeram possibilitaram compreensões importantes em torno das dificuldades em relação a separar-se da sua cidade natal e, sobretudo, do “refúgio” que somente lá ela encontrava.

Inicialmente, apresentou como estava se sentindo e a partir disso foi possível revelar a dificuldade presente: o cuidado excessivo dela para com os outros que pareceu revelar uma necessidade de querer ser cuidada pelo entorno. Visando a comunicação significativa, o plantonista passou a reunir os elementos presentes na fala de Sônia: perda de um lugar e função importantes, sinalização de pessoas de seu entorno sobre o estado dela (o que já indica uma dificuldade em cuidar de si própria) e seu sintoma final (permanecer na cama). Um ambiente favorável ao cuidado, a partir do acolhimento por meio do reconhecimento do que ela estava enfrentando como algo difícil que a estava paralisando e sabendo que isso poderia ser traduzido em questões do desenvolvimento, até permitiu que ela não precisasse se colocar na posição de cuidar do plantonista, assim ficando livre deste cargo numa relação inédita e poder olhar para si mesma através do que o plantonista estava retomando como primordial na sua fala, tendo em vista um entendimento da teoria do amadurecimento. Diante de perdas importantes inerentes ao processo de desenvolvimento, os conflitos dos pais podem acentuar a forma não satisfatória pela qual a criança encontra uma saída para seu conflito, fazendo com que ela se identifique também com o conflito dos pais.

Houve, ademais, a verbalização do entendimento, por parte do profissional, do que estava sendo comunicado: parecia que a

atitude de cuidar tomava bastante tempo dela e era a única forma dela usar sua própria energia. A partir de Winnicott (1984), entende-se que alcançar a comunicação significativa dentro da relação contribui com o andamento do processo de desenvolvimento ao passo que permite ao paciente se reconhecer dentro da dificuldade e passar a procurar outros meios para escapar do círculo no qual se encontrava.

Ao falar sobre a expectativa de retorno dos cuidados, revelou-se uma questão importante: ela cuidava para ser cuidada. Aqui entende-se que o *setting* fornecido auxiliou a chegar nessa compreensão, uma vez que o plantonista encorajou-a a seguir adiante nas ideias entendendo que havia algum sentido no que ela estava dizendo e enfrentando na realidade, tentando se adaptar como objeto subjetivo dela para que ela pudesse projetar o que estava dentro dela no plantonista.

Considerações finais

O plantão psicológico se apresenta como um tipo de intervenção clínica relevante, especialmente para serviços públicos de saúde, que usualmente apresentam uma demanda da população superior à capacidade de atendimento. Variados são os referenciais teóricos que podem embasar a prática do plantão psicológico, tais como abordagem centrada na pessoa, fenomenológico-existencial, psicologia analítica e psicanálise.

Optou-se, ao longo deste texto, por discorrer sobre a atuação do plantão psicológico referenciado na psicanálise winnicottiana, haja vista a compreensão da aproximação entre a proposta das consultas terapêuticas feita por Winnicott e o plantão psicológico. Tal autor, sinaliza, igualmente, que o psicanalista pode fazer outra coisa que não apenas a psicanálise nos moldes tradicionais, adaptando-se à necessidade do contexto ou da pessoa em atendimento.

Ilustrou-se tais considerações por meio da apresentação de uma situação clínica, discorrendo sobre um caso que aponta para a importância que o ambiente desempenha para um

desenvolvimento emocional saudável e sinaliza para a função que o plantonista pode desempenhar. Pensa-se que o profissional pode oferecer aquilo que não foi ofertado anteriormente pela família, destacando-se aqui o *holding*, com uma espera pelo processo do outro, bem como o papel de espelho refletindo de forma menos distorcida aquilo que a pessoa apresenta acerca de si. Tem-se uma prática não centrada na intervenção feita pelo analista, mas aquela encontrada pela pessoa, dentro de sua capacidade de compreensão, de maneira a não se configurar como uma nova invasão, promovendo a saúde do público atendido.

Referências

- Daher, A. C. B., Ortolan, M. L. M., Sei, M. B., & Victrio, K. C. (2017). Plantão psicológico a partir de uma escuta psicanalítica. *Semina: Ciências Sociais e Humanas*, 38(2), 147-158. <http://dx.doi.org/10.5433/1679-0383.2017v38n2p147>
- Dias, E. O. (2002). A trajetória intelectual de Winnicott. *Natureza humana*, 4(1), 111-156. Recuperado em 26 de maio de 2020, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24302002000100004&lng=pt&tlng=pt
- Eisenlohr, M. G. (1999). Serviço de Aconselhamento Psicológico do IPUSP: breve histórico de sua criação e mudanças ocorridas na década de 90. In H. T. P. Moratto (org), *Aconselhamento Psicológico centrado na pessoa: Novos desafios* (pp. 135-143). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Figueiredo, L. C. (2007). A metapsicologia do cuidado. *Psychê*, 11(21), 13-30. Recuperado em 30 de agosto de 2020, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382007000200002&lng=pt&tlng=pt
- Lescovar, G. Z. (2004). As consultas terapêuticas e a psicanálise de D. W. Winnicott. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 21(2), 43-61. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2004000200004>
- Little, M. I. (1992). *Ansiedades Psíquicas e prevenção: registro pessoal de uma análise com Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago.

Naffah Neto, A. (2008). O caso Margaret Little: Winnicott e as bordas da psicanálise. *Jornal de Psicanálise*, 41(75), 107-121. Recuperado em 26 de maio de 2020, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352008000200008&lng=pt&tlng=pt

Rosario, A. B., & Kyrillos Neto, F. (2015). Plantão Psicológico em uma Clínica-Escola de Psicologia: saúde pública e psicanálise. *A PESTE: Revista de Psicanálise e Sociedade e Filosofia*, 7(1). Recuperado de <https://revistas.pucsp.br/apeste/article/download/30463/21074>

Winnicott, D. W. (1983). Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In *O ambiente e os processo de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 79-87). Porto Alegre: ArtMed. (Original publicado em 1963).

Winnicott, D. W. (1983). Teoria do relacionamento paterno-infantil. In *O ambiente e os processo de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 38-54). Porto Alegre: ArtMed. (Original publicado em 1960).

Winnicott, D. W. (1984). *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*. Rio de Janeiro: Imago.

Winnicott, D. W. (1990). *Natureza Humana*. Rio de Janeiro: Imago.

Winnicott, D. W. (1994). O jogo do rabisco. In C. Winnicott, R. Shepherd, & M. Davis (orgs), *Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott* (pp. 230-243). Porto Alegre: Artmed. (Original publicado em 1964-1968).

Winnicott, D. W. (1994). O valor da consulta terapêutica. In C. Winnicott, R. Shepherd, & M. Davis (orgs), *Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott* (pp. 244-248). Porto Alegre: Artmed. (Original publicado em 1965a).

Winnicott, D. W. (1994). Um caso de psiquiatria infantil que ilustra a reação retardada à perda. In C. Winnicott, R. Shepherd, & M. Davis (orgs), *Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott* (pp. 260-282). Porto Alegre: Artmed. (Original publicado em 1965b).

Winnicott, D. W. (1987). *The Piggle: relato do tratamento psicanalítico de uma menina*. Rio de Janeiro: Imago.



Plantão psicológico on-line: ações da Clínica Psicológica da UEL frente à pandemia da COVID-19

**Mariany Puerta Pereira
Felipe Antonio Machado
Maíra Bonafé Sei**

Intervenções psicológicas *on-line*: questões gerais e o cenário pandêmico

As intervenções psicológicas *on-line* se configuravam como um tipo de ação regulamentada pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), que inicialmente estipulou um número máximo de 20 sessões e designava o serviço oferecido como “orientações psicológicas” (CFP, 2012). Por meio de nova resolução, passou a não mais indicar um montante de encontros, além de permitir a realização de consultas psicológicas de forma mais ampla (CFP, 2018).

Para a oferta de serviços psicológicos *on-line*, há a necessidade de cadastro, por parte do profissional, em uma plataforma do CFP designada Cadastro e-Psi. No preenchimento do cadastro, o psicólogo responde a questões concernentes aos tipos de atendimentos prestados, plataformas e dispositivos utilizados e vias de segurança em relação a tais equipamentos. A pessoa deveria aguardar a aprovação do cadastro antes de iniciar a oferta das intervenções *on-line*.

Com a pandemia da COVID-19 (SARS-COV-2), houve uma flexibilização das normas, permitindo o atendimento *on-line* de pessoas em situação de urgência e emergência, ou situações de violação de direitos e violência, haja vista a maior necessidade de uso das Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) na atenção psicológica. Entretanto, manteve-se a necessidade de cadastro do profissional no e-Psi, que não precisaria aguardar a aprovação do cadastro para realizar os atendimentos.

Compreende-se que os profissionais de saúde desempenham papel primordial no combate à pandemia do COVID-19. Neste sentido, em decorrência do distanciamento social requerido ao longo da pandemia, entende-se que os psicólogos e demais profissionais de saúde mental podem exercer papel central no combate ao aumento considerável de queixas relacionadas ao sofrimento psíquico (Caetano, 2020). Frente à importância do atendimento psicológico e da necessidade do distanciamento social prescrito como um dos principais cuidados para a contenção do COVID-19, os atendimentos psicológicos *on-line* ganharam grande importância (Viana, 2020).

A partir desse cenário, a Sociedade Brasileira de Psicologia (SBP) divulgou diversas resoluções indicando orientações para a prática de intervenções psicológicas *on-line*. Destarte, visando a melhoria do atendimento a SBP divulgou documentos como: “Orientações técnicas para o trabalho de psicólogas e psicólogos no contexto da crise COVID-19” e “Tópico 5 - atendimento *on-line*, voluntário e presencial e hospitalar durante a COVID-19” que prescreve:

Os psicólogos devem priorizar ao máximo os atendimentos na modalidade *on-line*, resguardando as condições de sigilo, privacidade e segurança das informações. Deve-se suspender os atendimentos presenciais em casos eletivos, uma vez que o trânsito de profissionais e pacientes/clientes pode ser um vetor de proliferação do vírus. As consultas *on-line*, principalmente por meio de vídeo, oferecem uma alternativa viável para oferecer serviços psicológicos à distância (Peuker & Almondes, 2020, p. 3).

Para a transposição das sessões presenciais para o enquadre *on-line*, é interessante pensar que não somente o profissional deve se adequar, como também a própria pessoa em atendimento, verificando se tem-se à disposição equipamento e conexão de internet suficiente para as chamadas, além de lugar privativo para as sessões. Por outro lado, permite-se que pessoas com dificuldades para o deslocamento, mas com acesso à internet, usufruam de um espaço de escuta psicológica. Tendo em vista tais considerações, objetiva-se apresentar a experiência do plantão

psicológico *on-line* ofertado pela Clínica Psicológica da UEL em decorrência da pandemia da COVID-19.

Plantão psicológico: da prática presencial ao enquadre on-line

O plantão psicológico realizado pela Clínica Psicológica da Universidade Estadual de Londrina (UEL) foi uma das atividades que passou por adaptações advindas da suspensão das atividades presenciais na universidade. Tal tipo de atendimento se configurava como uma prática clínica realizada presencialmente na Clínica Psicológica da UEL desde 2015, por meio de um projeto de extensão. No início era ofertado uma vez por semana, às quartas-feiras. Posteriormente, com o aumento da equipe, passou a ser realizado às quartas-feiras das 8h às 18h e nos demais dias da semana das 12h às 14h. Os interessados no atendimento deveriam se dirigir ao local no dia e horário em que o plantão psicológico ocorria, sem um agendamento prévio e se configurando como um atendimento de encontro único, sem continuidade posterior.

Em decorrência do cenário pandêmico, a Clínica Psicológica da UEL suspendeu, em março de 2020, o atendimento presencial, tendo-se optado pela disponibilização do plantão psicológico de forma *on-line*, por meio das TICs, a partir de abril do mesmo ano. Entretanto, para tal, foram realizadas algumas adaptações, propondo uma inscrição prévia por meio de formulário eletrônico. Em tal documento, os interessados passaram a indicar o horário no qual poderiam participar do atendimento agendado, além de fornecer previamente os dados que compunham a ficha do plantão psicológico, que antes era completamente preenchida pelo plantonista. Além disso, o plantão psicológico voltou a ocorrer apenas uma vez na semana, nas quartas-feiras, com as inscrições sendo abertas no dia anterior.

A despeito das sessões ocorrerem de forma *on-line*, estabeleceu-se como critério a residência em Londrina e região, exceto no caso de discentes da UEL, que poderiam estar residindo em outra cidade/Estado, desde que mantido o vínculo de estudante junto à universidade. Restringiu-se os atendimentos aos adultos,

diferentemente do plantão psicológico presencial, quando se fazia o atendimento de adolescentes a partir de 16 anos.

Para a realização do atendimento, optou-se pelo uso do *Google Meet*, haja vista ser a plataforma disponibilizada pela universidade para aulas, supervisões e atendimentos, com funcionalidades acessíveis a partir do e-mail institucional. Em situações excepcionais, fez-se uso da videochamada do *WhatsApp*, possível no caso da assessora especial e de um dos estagiários da Clínica Psicológica da UEL, em decorrência de tais colaboradores contarem com uma conta do *WhatsApp Business*, com números de telefones fixos do serviço, instalada nos dispositivos pessoais preservando-se assim os números pessoais de telefone celular dos plantonistas.

Foi inserida, no formulário de inscrição, uma questão referente à disponibilidade de horários do inscrito frente aos horários para agendamento do plantão psicológico. Assim, buscando-se respeitar a indicação da pessoa, fazia-se a distribuição das inscrições entre os plantonistas disponíveis naquela semana. O horário era agendado no *Google Meet* usando o e-mail indicado na ficha de inscrição, solicitando-se que um e-mail de convite para a atividade fosse enviado aos participantes do encontro. Além disso, enviava-se uma mensagem por *WhatsApp* e também por e-mail para confirmação do atendimento, apontando-se o horário em que o plantão psicológico aconteceria e instruções para o melhor andamento da sessão, quais sejam: uso de fones de ouvido, estar com a bateria do dispositivo carregada, posicionar-se em um local privado, tranquilo e com bom acesso à internet.

Experiências clínicas e considerações sobre a prática

Universitários em meio à pandemia

O ingresso no ensino superior, para muitos jovens, é a concretização de um sonho almejado ao longo dos anos. Entretanto, ingressar na universidade promove uma transição que traz potenciais repercussões para o desenvolvimento psicológico dos jovens estudantes (Teixeira et al., 2008). A transição confronta os

alunos com uma série de novos e complexos desafios em diferentes áreas da sua vida.

Almeida e Soares (2003) categorizam os principais desafios em quatro domínios, sendo eles: (1) acadêmico, que se refere à mudança do ensino e das exigências acadêmicas, demandando adaptações ao novo ritmo de aprendizado; (2) social, diz respeito ao delineamento de padrões de relacionamentos interpessoais em relação à família, professores e com os novos colegas; (3) pessoal, que decorre do estabelecimento de um forte senso de identidade, visando o incremento da autoestima, de um maior conhecimento sobre si próprio e do aprimoramento pessoal da visão sobre o mundo; e (4) vocacional/institucional, que refere-se ao desenvolvimento de identidade vocacional, especificamente, a implementação e o comprometimento de certos objetivos.

Relacionando os pontos descritos acima, com o contexto pandêmico, podemos observar que, praticamente, todos eles podem sofrer alterações devido ao atual contexto. Focando no domínio social, alguns autores (Souza & Souza, 2014) corroboram que os espaços físicos escolares podem contribuir para o desenvolvimento social e acadêmico dos alunos.

Considerando as alterações de rotinas e hábitos a que os estudantes universitários foram submetidos, como por exemplo, a suspensão das aulas devido ao decreto do estado de emergência, foram desencadeadas dificuldades de adaptação e estados emocionais menos positivos. Um estudo realizado por Maia e Dias (2020) apresentou resultados que confirmam um aumento significativo de perturbação psicológica (ansiedade, depressão e estresse) entre os estudantes universitários no período pandêmico comparado com períodos normais. Outro ponto destacado pelo mesmo estudo indica que o aumento dos casos positivos do COVID-19 geraram níveis de ansiedade, depressão e estresse entre os estudantes universitários, mesmo estes não sendo um grupo de maior risco em termos de letalidade.

Outro aspecto a se considerar é a crescente utilização da internet. Sem dúvidas essa conexão virtual pode amenizar a falta de sociabilidade presencial. Porém, se caso for usada de forma

excessiva e não apenas para meios básicos de socialização, é possível que se torne um fator ansiogênico. Pode-se tornar um fator ansiogênico, também, se utilizada para maior circulação/exposição nas mídias sociais durante o período da pandemia (Mota et al., 2021).

A implementação do Ensino Remoto foi uma das estratégias adotadas pelas instituições de ensino, pois se baseia no prosseguimento de atividades educacionais sem a necessidade de presença física ou aglomeração de pessoas. Para o pleno desenvolvimento desta forma de ensino, necessita que docentes e discentes tenham acesso a aparelhos eletrônicos e, principalmente, acesso à internet (Silva et al., 2021). A implementação dessa modalidade de ensino, como pode-se observar, demanda que os estudantes utilizem ainda mais a internet.

Ao pensar sobre o uso da internet em tempos de pandemia, não se pode desconsiderar a influência do ambiente virtual na saúde mental, para além dos fatores ambientais gerais, tendo em vista que a sociabilidade digital se tornou necessária não só para lidar com o distanciamento físico, mas também tem sido utilizada para atividades de educação, trabalho ou lazer.

Avaliar os fenômenos envolvidos na pandemia da COVID-19 nos possibilita, dentro de um contexto universitário, pensar sobre a saúde mental, o uso da internet e as estratégias de enfrentamento adotadas pelos estudantes. Ao longo das atividades executadas pelo plantão psicológico *on-line*, foi possível observar um tema em comum entre as queixas apresentadas pelos estudantes universitários: os efeitos do distanciamento social.

Foi recorrente a aparição de discursos relacionados à frustração de estarem vivenciando a vida acadêmica de forma *on-line* e distante do ambiente universitário, frente às expectativas de se relacionar com outros estudantes e participar dos eventos sociais que o ambiente da universidade proporciona. Diante das dificuldades que a readaptação para a modalidade virtual de ensino trouxeram, apresentamos o caso de um rapaz que está no terceiro ano de seu curso, Daniel (nome fictício):

Relata sobre uma crise de ansiedade que aconteceu durante a pandemia. Acredita que foi decorrente de um acúmulo de situações, desde a frustração do ensino remoto quanto a quantidade de coisas que possui para entregar do trabalho. Comenta que fica muito desanimado em pensar nas aulas *on-line*. Quando a pandemia começou, voltou para sua cidade natal, onde morava com a mãe. O paciente tem mantido o isolamento pela maior parte do tempo, por conta de sua mãe estar trabalhando na linha de frente contra a COVID-19. Se sente muito culpado de ver as pessoas em estabelecimentos e ambientes públicos. Acha que tem se cobrado demais em relação a isso, mas considera que está fazendo o certo em se manter no distanciamento social. Tem realizado tentativas de flexibilização por meio de caminhadas e corridas na rua, mas não se sente confortável pela quantidade de pessoas nas ruas da cidade.

O discurso de Daniel traz vários dos elementos mencionados, principalmente a dificuldade de se relacionar com o ensino remoto e os efeitos do distanciamento social. O isolamento para o paciente acabou sendo mais agravado, já que teve que retornar para sua cidade natal durante a pandemia, colocando também uma distância geográfica entre ele, o ambiente da universidade e os colegas de sala. Ainda soma-se o fato de sua mãe estar trabalhando na linha de frente contra a COVID-19, o que a coloca em posição de maior susceptibilidade de contrair a doença, e, por consequência, também Daniel, já que está em contato diário com ela. Com a baixa possibilidade de vida social e uma sobrecarga de trabalhos, o paciente teve um agravamento de seu quadro de ansiedade, que já vinha de antes da pandemia.

O encaminhamento para Daniel foi a psicoterapia individual *on-line*, pois haviam outras questões a serem trabalhadas além dos efeitos do isolamento social e foi a saída encontrada para o caso. Realizar encaminhamentos é uma das dificuldades em atender pacientes que estão em cidades que fazem parte da região, porém não estão tão próximas de Londrina. Isso acarreta em uma limitação nas indicações de serviços que os plantonistas podem fazer. O indivíduo estar na cidade de sua universidade, facilitaria o

acesso para serviços de psicologia, ainda mais em uma cidade como Londrina, que possui diversas instituições que oferecem o curso de Psicologia e possuem clínicas-escola.

O plantão psicológico acaba sendo de grande importância para amparar o corpo estudantil da instituição, já que muitos destes tiveram o acesso ao atendimento psicológico dificultado por terem retornado à suas cidades de origem, que em diversos casos são pequenas e escassas de profissionais de Psicologia.

Acolhendo os lutos causados pela pandemia

Na pandemia da COVID-19, as medidas de proteção adotadas para conter o aumento dos número de infectados e para evitar o esgotamento do sistema de saúde, ocasionou uma mudança brusca de rotinas e costumes. As medidas restritivas adotadas, como por exemplo, o *lockdown*, acarretaram no fechamento das atividades presenciais em universidades e escolas, restrições a viagens, isolamento de casos suspeitos e distanciamento social para toda a população. Tais medidas afetaram a sociedade não só no âmbito socioeconômico, mas também no psicológico (Weir, 2020).

A partir disso, é perceptível como a pandemia causou uma série de danos para os sujeitos, não só relacionadas à morte de entes queridos, mas também perdas significativas, como por exemplo, prejuízos no senso de segurança, nas rotinas, nas liberdades pessoais, perdas de empregos, projetos, residências, relacionamentos e até da segurança financeira. As pessoas foram submetidas a diversas mudanças repentinas, ocasionando processos de luto relacionados a elementos que pertenciam às suas vidas antes do contexto pandêmico.

O luto é um processo interno suscitado a partir da perda de alguém ou de algo significativo para o sujeito. O luto o sensibiliza pois rompe laços afetivos que foram construídos sob o apego e, mesmo que doloroso por incluir a percepção de perda, é um processo fundamental que visa representar e acomodar esta perda.

Segundo Bonanno (2019), o sujeito não sofre apenas pela perda em si, mas também pela forma como ela o afeta.

No luto, há uma dedicação exclusiva à experiência da perda, o que diminui as possibilidades de novos investimentos, deixando o mundo externo menos apelativo ao interesse do indivíduo. Este processo é essencial para que essa ausência do objeto encontre lugar de representação, para que a libido investida possa se desprender e procurar novos investimentos (Dourado, Sousa, & Santos, 2012). A vivência da perda é central para o restabelecimento do indivíduo frente às novas oportunidades de vinculação.

Como se sabe, no luto, o apoio social pode ser fundamental para que esse processo seja enfrentado de forma adequada e envolvendo menos sofrimento, seja em intensidade ou tempo decorrido (Zunzunegui, 2004). Porém, em um período como o atual, onde o distanciamento físico e social implica diretamente em manter-nos vivos, encontra-se um problema de duas faces, visto que lidar com o luto de forma solitária, gera a vivência de outro luto. Decorre uma violação pela impossibilidade de ritualizar a morte e pela dificuldade de afastar-se dela, já que a ameaça viral é universal.

Como apresentado anteriormente, a pandemia ocasionou variadas perdas para os indivíduos, fazendo com que passassem pelo processo de luto por motivos diferentes. Ao longo das intervenções realizadas pelo plantão psicológico, diversas vezes o luto foi o tema principal do atendimento, como no caso de Roberta (nome fictício), uma mulher que procurou o plantão por estar vivenciando o luto pela perda da mãe por conta da COVID-19:

Relata como tudo aconteceu de forma repentina. A mãe começou a apresentar sintomas no início do final de semana e receberam a notícia de seu falecimento na terça. Fica em dúvida sobre a causa da morte, pois não teve sintomas clássicos de COVID e considera que sua mãe já era bem “doentinha” (sic). Diz que as pessoas falam “ainda bem que descansou” (sic) por conta do estado de saúde, mas não gosta de ouvir isso, pois queria que a mãe estivesse viva. Se demonstrou preocupada em relação às suas atitudes frente

ao luto. Sente que perdeu o gosto pelas coisas e que anda instável com o seu humor e tem a insegurança de ser um peso para seus familiares. Aponta que tem dias que está se sentindo bem, porém começa a chorar inesperadamente. Sua maior preocupação é que esse sentimento nunca mais passe. Em diversos momentos, a paciente repetia a frase "não me arrependo de nada" (sic).

Foi possível perceber o abatimento da paciente em relação à morte da mãe, porém o que chama a atenção é o fato de ela repetir diversas vezes o fato de "não se arrepender de nada" (sic). Pensando no contexto de uma pandemia, na qual o vírus se transmite pelo contato com outras pessoas, há uma probabilidade da paciente estar experienciando sentimentos de culpa em relação à morte da mãe, por ter se encontrado pessoalmente com ela durante as medidas de isolamento social. Como aponta Dantas et al. (2021), a culpa ganha lugar pela condição de transmissão da doença, mas principalmente pelo discurso político atual que atribui responsabilidade ao indivíduo pela propagação da contaminação. Entretanto, o que cabe ao plantão nesse caso é o suporte e o encaminhamento, considerando que há uma visível negação sobre essa culpa e que a configuração do atendimento não favorece um contorno para algumas questões mais profundas que podem ser desestabilizadoras para o paciente, necessitando de um acompanhamento prolongado para um trabalho mais efetivo.

No caso de Maria (nome fictício), o luto não foi decorrente a perda de algum ente querido, mas foi devido ao encerramentos das atividades da sua própria empresa em razão do *lockdown* imposto como medida protetiva:

Apresenta queixas de desânimo e dificuldade em levantar-se da cama. Não tem sentido energia para conseguir se dedicar ao dia a dia desde o início da pandemia. Indica sempre ter sido uma pessoa ativa, que continuamente trabalhou e teve sua independência financeira. Decidiu montar um negócio próprio que consistia em eventos e planejamento de festas. Porém, com o advento da pandemia, teve que deixar a ideia de lado por tempo indeterminado. Não tem previsão para o retorno dessa atividade em que

“depositou todas suas fichas” (sic). Se sente impossibilitada de realizar várias coisas por conta da situação financeira atual, deixando-a mais desanimada ainda.

Em ambos os casos descritos, mesmo que as suas respectivas perdas sejam tão distintas, pode-se observar que o mundo externo perdeu o investimento. É essencial nesses casos que o indivíduo consiga passar pelo processo de luto tendo o apoio social de familiares e amigos, respeitando as medidas de proteção, e realize acompanhamento psicológico para que a ausência do objeto perdido encontre um lugar de representação e que os laços afetivos vinculados ao objeto possa ser restabelecido diante das novas oportunidades de vinculação.

O papel do plantão nessas situações se configura como uma escuta diferenciada e não afetada pelo luto, como não acontece no caso das pessoas e familiares próximos ao paciente, já que podem também estar experienciando o processo de luto do mesmo objeto. Está dentro das capacidades do plantão o acolhimento do indivíduo, o auxílio para que se dê um nome a perda e o reivindique, para que se tenha uma expectativa de elaboração ou de reconhecimento dos aspectos positivos da vida, apesar da perda, pois são estratégias favoráveis para o processo de elaboração e enfrentamento do luto.

A dificuldades que o isolamento social trouxe para relações familiares

O convívio social se apresenta como um dos principais aspectos que tem sido afetado pelo isolamento. Esse mesmo aspecto tem gerado altos índices de estresse no ambiente doméstico, variando entre pouco estresse e muito estresse (Bezerra et al., 2020).

Uma pesquisa realizada por Bezerra et al. (2020) destaca que os entrevistados que afirmaram estar vivenciando situações de estresse familiar são maioria entre os indivíduos que têm convivido com uma quantidade maior de pessoas na residência. Esses mesmos entrevistados apontaram estar sofrendo mudanças na

qualidade de sono, seja dormindo mais ou dormindo menos. Os aspectos de alterações no sono e estresse familiar podem ser correlacionados, gerando um possível impacto na saúde mental decorrente do isolamento.

Outro ponto importante apresentado, pela mesma pesquisa, é que o estresse no ambiente doméstico também parece influenciar na permanência ou não em isolamento social por tempo prolongado. Ou seja, indivíduos que vivenciam estresse domiciliar estão suscetíveis a não mais aderir a principal ferramenta de prevenção para a proliferação da COVID-19.

No contexto atual, tem sido comum relatos de pessoas com algum grau de estresse em função da situação do isolamento social. O confinamento desencadeou diversas consequências entre os indivíduos, como por exemplo, a perda da rotina habitual e a redução do contato social e físico com o meio social, se restringindo na maioria das vezes ao convívio com os familiares com quem residem. Podendo causar tédio, frustração e uma sensação de isolamento em relação ao resto do mundo.

É necessário considerar que esse maior convívio com os membros da família pode se configurar como fonte de sofrimento psíquico, principalmente por tais relações nem sempre serem saudáveis. Como no caso do estudante Jorge (nome fictício), onde podemos observar um alto grau de estresse por conta do isolamento social e, decorrentemente, por estar convivendo mais com a família:

Jorge iniciou relatando sobre sua relação complicada com a família. Diz que a família o considera a “ovelha negra” (sic). Conta que os pais fazem comentários violentos com ele. Sente que não pode ser quem é dentro de casa, pois sempre recebe críticas duras. Teve uma briga com o irmão e desde então estava tendo pensamento suicidas. Relatou que após conseguir evitar a agressão do irmão, o imobilizando, passou a agredi-lo e só parou depois que viu sangue no rosto do menino. Completou dizendo que na hora seu pensamento era “eu vou matar esse moleque” (sic). Indicou que tem se sentido culpado e que isso foi além de uma reação comum.

Após um tempo no atendimento, J. entendeu que acabou usando o irmão de depositário para tudo que vinha suportando nos últimos anos.

No caso de Jorge, algumas das queixas relatadas não estavam intimamente relacionadas com a pandemia e o isolamento social, mas por conta do atual contexto foram agravadas e se tornaram emergenciais. O encaminhamento para a psicoterapia individual foi a saída encontrada para o caso, pois a psicoterapia poderia ser um lugar para ele expressar os sentimentos que vinha guardando há tempos. Por ser estudante, foi encaminhado para os serviços ofertados pela própria instituição e para profissionais vinculados a ela.

Pensa-se, assim, que o caráter emergencial do plantão, que disponibiliza um espaço para a fala livre do indivíduo e oferta uma escuta especializada, é retratado como um importante dispositivo que permite ao indivíduo reconhecer e se posicionar diante da sua própria história, possibilitando que o mesmo consiga enxergar a situação além do conflito angustiante apresentado como emergencial (Ortolan & Sei, 2019). O atendimento nesses casos permite que o indivíduo reflita sobre a sua própria história e também sobre a sua queixa, podendo perceber a necessidade de realizar o acompanhamento psicológico.

Considerações finais

A propagação em massa do SARS-COV-2, vírus responsável pela COVID-19, por apresentar um alto índice de transmissibilidade tem potencial para esgotar os recursos da saúde pública e levar pessoas positivadas ao óbito. Esses aspectos corroboram para que a atual pandemia seja, sem sombra de dúvidas, o maior desafio enfrentado pela sociedade no século XXI.

O plantão psicológico *on-line* disponibilizou – e disponibiliza – acolhimento e escuta especializada para a comunidade que reside em Londrina e região e para discentes da UEL que residem em Londrina ou outra cidade/Estado ao longo da pandemia. Possibilitou o amparo de membros da comunidade interna e

externa à universidade, mesmo que à distância, nos atendimentos mediados pelas TICs.

Levando em consideração as medidas protetivas adotadas para prevenção e controle da disseminação do vírus que, como foi exposto ao longo do texto, afetaram e afetam os indivíduos nos diversos âmbitos de suas vidas, surge a necessidade de desenvolver ações preventivas promocionais e assistenciais em saúde mental. Entende-se que o plantão psicológico *on-line* da Clínica Psicológica da UEL se apresentou como uma possível via de atenção em saúde mental. Entretanto, tendo em vista os possíveis efeitos psicológicos que podem decorrer desta pandemia, é pertinente a proposições de ações complementares visando minimizar tais efeitos e assegurar aos indivíduos o acesso aos serviços psicológicos apropriados.

Referências

Almeida, L. S., & Soares, A. P. (2003). Os estudantes universitários: sucesso escolar e desenvolvimento psicossocial. In E. Mercuri & S. A. J. Polydoro (Orgs.), *Estudante universitário: características e experiências de formação* (pp. 15-40). Taubaté: Cabral.

Bezerra, A. C. V. et al. (2020). Fatores associados ao comportamento da população durante o isolamento social na pandemia de COVID-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(supl 1), 2411-2421. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10792020>

Bonanno, G. A. (2019). *O outro lado da tristeza: o que a nova ciência do luto nos diz sobre a vida após a perda*. (2ª edição) Nova Iorque: Basic Books.

Caetano, R. et al. (2020). Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(5). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00088920>.

Conselho Federal de Psicologia – CFP. (2012). *Resolução nº 11, de 21 de junho de 2012*. Brasília/DF: CFP. Recuperado de https://site.cfp.org.br/wpcontent/uploads/2012/07/Resoluxo_CFP_nx_011-12.pdf.

Conselho Federal de Psicologia – CFP. (2018). *Resolução nº 11, de 11 de maio de 2018*. Brasília/DF: CFP. Recuperado de <https://site.cfp.org.br/wpcontent/uploads/2018/05/RESOLU%C3%87%C3%83ON%C2%BA-11-DE-11-DE-MAIO-DE-2018.pdf>.

Dantas, C. R. et al. (2020). O luto nos tempos da COVID-19: desafios do cuidado durante a pandemia. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 23(3), 509-533. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/1415-4714.2020v23n3p509.5>

Dourado M. C. N., Sousa, M. F. B., & Santos, R. L. (2012). Ensinando psicoterapia com idosos: desafios e impasses. *Revista Brasileira de Psicoterapia* 14(1), 92-102. Recuperado em 29 de julho de 2020, de http://rbp.celg.org.br/detalhe_artigo.asp?id=84

Maia, B. R., & Dias, P. C. (2020). Ansiedade, depressão e estresse em estudantes universitários: o impacto da COVID-19. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 37, e200067. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200067>

Matias T. et al. (2020). Human needs in COVID-19 isolation. *Journal of Health Psychology*, 25(7), 871–882. <https://doi.org/10.1177/1359105320925149>

Mota, D. C. B., et al. (2021) Saúde mental e uso de internet por estudantes universitários: estratégia de enfrentamento no contexto da COVID-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(6), 2159-2170. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.44142020>

Peuker, A. C., & Almondes, K. M. (2020). *Recomendações para o exercício profissional presencial e on-line da psicologia frente à pandemia de COVID-19*. Sociedade Brasileira de Psicologia (SBP), p. 9. Recuperado de https://www.sbsonline.org.br/arquivos/To%CC%81pico_5_Tudo_em_um_documento_s%C3%B3_atendimento_online_volunt%C3%A1rio_presencial_e_hospitalar_durante_a_COVID-19.pdf.

Ortolan, M. L. M., & Sei, M. B. (2019). Avaliação do plantão psicológico de um serviço-escola de Psicologia. *Interação em Psicologia*, 23(2). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.5380/psi.v23i02.56248>

Silva, P. H. S., et al. (2021) Educação remota na continuidade da formação médica em tempos de pandemia: viabilidade e percepções. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 45(1), e044. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v45.1-20200459>

Sociedade Brasileira de Psicologia - SBP. (2020). *Tópico 1- Orientações técnicas para o trabalho de psicólogas e psicólogos no contexto da crise COVID-19*. Ribeirão Preto, SP. Recuperado de https://www.sbponline.org.br/arquivos/To%CC%81pico_1_Trabalha_como_psic%C3%B3logo_mas_tem_d%C3%BAvidas_sobre_como_pode_ajudar_indiv%C3%ADduos_grupos_fam%C3%ADlias_institui%C3%A7oes_e_sociedade_na_pandemia_A_SBP_reuniu_informa%C3%A7%C3%B5es_t%C3%A9cnicas_atualizadas_para_contribuir_com_a_pr%C3%A1tica_prof.pdf.

Sociedade Brasileira de Psicologia - SBP. (2020). *Enfrentamento COVID-19*. Ribeirão Preto, SP. Recuperado de <http://www.sbponline.org.br/enfrentamento-covid19>.

Souza, B. B. D., & Souza, M. B. D. (2014). A importância do espaço físico escolar no ensino e na aprendizagem. *Seminário Internacional Demandas Sociais e Políticas Públicas na Sociedade Contemporânea*, (11). Recuperado de: <https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/sidspp/article/view/11835>

Teixeira, M. A. P. et al. (2008). Adaptação à universidade em jovens calouros. *Psicologia Escolar e Educacional*, 12(1), 185-202. <https://doi.org/10.1590/S1413-85572008000100013>

Viana, D. M. (2020). Atendimento psicológico online no contexto da pandemia de COVID-19. *Cadernos ESP-Revista Científica da Escola de Saúde Pública do Ceará*, 14(1), 74-79. Recuperado de <https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/399/215>.

Weir, K. (2020). *Luto e COVID-19: Lamentando nossas vidas passadas*. Recuperado de: <http://www.apa.org/news/apa/2020/grief-covid-19>

Zunzunegui, M. V. et al. (2004) Social networks and self-rated health in two French-speaking Canadian community dwelling

populations over 65. *Social Science & Medicine*, 58(10), 2069-2081.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.08.005>



Perfil dos usuários de plantão psicológico de um serviço-escola de Psicologia no período de 2015 a 2016

**Maria Lúcia Mantovanelli Ortolan
Maíra Bonafé Sei**

O plantão psicológico é um espaço de escuta e acolhimento da experiência trazida pelo sujeito, em encontros únicos, no momento da crise do usuário e com o intuito de clarificar sua demanda. De acordo com o levantamento histórico do plantão psicológico no Brasil (CFP, 1994; Santos, 1999; Perfeito & Melo, 2004; Schmidt, 2006; Furigo et al., 2008; Mozena, 2009; Rocha, 2011; Vieira & Boris, 2012), ressalta-se que o plantão psicológico começou a ser oferecido no final da década de 1960, no Instituto de Psicologia da USP, em São Paulo e suas produções científicas são consideradas referências metodológicas para a implementação do serviço psicológico em esquema de plantão (Scorsolini-Comin, 2014).

Entende-se que o plantão psicológico empreendido nos serviços-escola de Psicologia tem, além de outras proposições, um caráter profissionalizante, uma vez que o estudante teria acesso às múltiplas modalidades de se fazer uma clínica em Psicologia (Cimino, Leite, & Siqueira, 2016). Tal intervenção clínica almeja igualmente favorecer uma integração com a comunidade externa (Ortolan & Sei, 2016), demonstrando uma responsabilidade social que compete à universidade. Assim, a implementação de um plantão psicológico no cenário acadêmico se faz necessária ao se pensar em práticas de formação de psicólogo, de investigação científica e de atendimento à comunidade.

O objetivo do plantão psicológico também é de se configurar como um serviço que integra ativamente a Rede de Atenção à Saúde Mental e de Assistência Social. A questão da articulação do plantão psicológico com a rede se faz forte no momento em que o psicólogo ganha espaço nas políticas públicas (Vieira & Boris, 2012),

demandando o preparo desse profissional para o tipo de mercado que lhe solicita. O plantonista tem oportunidade de conhecer e fazer parte das políticas públicas, uma vez que ele é convocado a buscar alternativas de encaminhamento para as mais variadas questões trazidas pelos usuários.

Diante deste panorama, intenta-se, com esta investigação, caracterizar, por meio de um levantamento documental, os usuários do plantão psicológico de uma universidade pública. Para tanto, foram identificados os dados sócio demográficos dos usuários do serviço, tipo de comunidade desses usuários (interna ou externa à universidade), além de mapeamento do território dos usuários. Foram investigadas, adicionalmente, as informações clínicas gerais do usuário, definindo o tipo de queixa apresentada pelo usuário e os encaminhamentos feitos a partir do atendimento.

Sabe-se da importância e dificuldade da criação de um sistema de informação eficaz nos serviços públicos de saúde (Nogueira, Santos, Cavagna, Braga, & Andrade, 2014). Acredita-se que um sistema de informação acerca do plantão psicológico propicia um repensar as práticas que se empreende, possibilitando modificações e/ou *feedbacks* que garantam a eficiência do serviço. Além disso, ainda se conhece e analisa a realidade da população que procura o serviço, ajudando a efetivar práticas e intervenções mais direcionadas. O mapeamento do território dos usuários permite o estabelecimento de atuação em conjunto em determinados bairros por meio das UBS, CRAS, CREAS e CAPS das respectivas regiões. Deste modo, caracterizar os usuários do serviço de plantão psicológico contribui para um trabalho mais ativo na rede de saúde mental e assistência social.

O estudo de perfil de clientela de um serviço de saúde, especificamente saúde mental, busca atender demandas de qualificação e singularização do serviço (OMS, 1993). Estudos como estes são importantes para a problematização e adequações nas práticas clínicas que estão em vigência na atualidade, além de contribuir para a programação e planejamento em saúde mental (APA, 2000; Couto, Duarte & Delgado, 2008). Há também uma relevância dos estudos de perfil para a questão das sintomatologias dos sujeitos, para se fazer uma descrição das demandas e poder,

assim, ajudar a criar ou realocar dispositivos eficazes para a construção de uma rede de assistência social e saúde mental (Teixeira & Jucá, 2014).

A produção e discussão de dados sobre os serviços públicos de saúde são uma estratégia poderosa e necessária para uma avaliação contínua da atividade exercida e posterior aperfeiçoamento. Deste modo, é a atitude epidemiológica desta pesquisa que a torna relevante conceitual e praticamente (Saraceno, Asioli, & Gianni, 1994). Nesta linha, a articulação desta pesquisa com os conhecimentos práticos da Psicologia se faz presente, acentuada pelo fato do serviço analisado estar vinculado a uma universidade pública. Os serviços-escola de Psicologia, por meio da atuação de estagiários, disponibilizam uma atenção psicológica à comunidade (Enéas, Faleiros, & Andrade, 2000; Löhr & Silves, 2006) e são um locus para aprimoramento das práticas clínicas já existentes. Observa-se que os estudos de perfil de clientela promovem uma avaliação de resolutividade do serviço, com identificação das necessidades da população e, assim, adequação das intervenções ou criação de novas estratégias de atendimento (Andrade & Castanho, 2014).

Método

Trata-se de uma pesquisa de levantamento, de caráter documental, efetuado por meio da consulta às fichas de atendimento do plantão psicológico.

Participantes

Participaram desta pesquisa, indiretamente, 107 usuários, haja vista ter sido efetuado a consulta às fichas de atendimento. Os usuários eram de ambos os gêneros, de faixa etária entre 17 a 79 anos, atendidos entre fevereiro de 2015 a abril de 2016. Como critério de exclusão das fichas, 20 delas estavam inutilizadas para esta pesquisa, devido a rasuras, falta de preenchimento de dados ou ilegibilidade da letra do plantonista.

Instrumentos

O instrumento utilizado foi a própria ficha de atendimento do plantão psicológico, preenchida pelo plantonista no momento do atendimento com os usuários. A partir de tal documento conseguiu-se acessar as seguintes informações (a) dados sócio demográficos - gênero, idade, estado civil, escolaridade e religião, (b) identificação da comunidade - interna ou externa à universidade, (c) mapeamento do território dos usuários, (d) informações clínicas gerais - tais como presença de sintomas físicos, histórico médico, uso de medicamentos e realização de psicoterapia, (e) tipo de queixa do usuário e (f) encaminhamentos feitos no atendimento.

Procedimentos

Coleta de dados

Os dados foram coletados por meio da consulta a 107 fichas de atendimentos realizados no Plantão Psicológico entre fevereiro/2015 e abril/2016. Foram excluídas 20 fichas em decorrência do não preenchimento completo das informações solicitadas. As fichas foram digitalizadas, para melhor visualização e manejo das informações.

Análise de dados

Fez-se um levantamento gráfico das variáveis quantitativas, com análise dos registros e criação de categorias para os dados qualitativos relativos ao tipo de demanda e encaminhamento efetuado. Para a análise dos relatos de atendimento, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo, que consiste em um montante de técnicas de análise das comunicações, utilizando procedimentos sistemáticos e objetivos para descrição do conteúdo dos discursos, tais como pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação (Bardin, 2011).

Resultados

Foram atendidas 127 pessoas no plantão entre fevereiro de 2015 até abril de 2016. Esta pesquisa contou com um total de 107 participantes, uma vez que 20 fichas foram desconsideradas em decorrência da incompletude dos dados. Tomando-se apenas como base o tamanho da comunidade interna à universidade (24 mil pessoas contabilizadas em 2009) na qual o plantão psicológico funciona, pode-se inferir que a quantidade de atendimentos realizados foi modesta. No ano de 2015, foram atendidos 82 casos e 25 usuários já haviam procurado o plantão nos primeiros meses de 2016. Todavia, há de se levar em conta que nos meses de maio e junho de 2015 a universidade estava em um período de greve, com a clínica psicológica tendo adotado um regime de funcionamento parcial.

Os resultados obtidos na identificação da comunidade junto a qual os usuários pertenciam apontam que aproximadamente 67% dos usuários eram da comunidade externa à universidade. Dentre esses, 21,5% advinham da região norte da cidade e 18,7% da região sul. O serviço também recebeu usuários da região leste (12%), oeste (15%), central (17%), rural (1%) e 15% dos usuários são de outras cidades da região metropolitana, em um raio de aproximadamente 60 km.

Observou-se que a maioria (57%) dos usuários do plantão foram mulheres. Referente à faixa etária, 5,6% dos usuários tinham 17 anos, 45% tinham de 18 a 29 anos, 16% de 30 a 39 anos, e a mesma porcentagem de usuários com 40 a 49 anos, 12% tinham idade entre 50 a 59 anos, 3,6% entre 60 a 69 anos e 1,8% dos usuários estavam na faixa etária de 70 a 79 anos. Sobre a escolaridade dos usuários, 25% estavam cursando o ensino superior, 25% dos usuários completaram apenas o ensino médio, 16,82% não haviam finalizado-o e 10,28% contavam com ensino superior completo.

Sobre a religião das pessoas atendidas, 43% dos usuários eram católicos, 33,6% indicaram não ter religião alguma, 19,6% eram evangélicos e 3,8% eram espíritas. A maioria era solteira

(55,14%), enquanto 30,84% indicaram ser casados, 9,34% divorciados e 4,68% viúvos.

O CAPS III foi o equipamento que mais encaminhou usuários para o plantão psicológico, contabilizando 28% dos usuários, ressaltando-se, contudo, que em 61,7% das fichas analisadas o plantonista não documentou qual a origem do encaminhamento ou se a pessoa havia buscado o atendimento por iniciativa própria. A respeito da origem do usuário, 4,74% dos participantes do plantão psicológico o procuraram por conta própria, 1% foram encaminhados pelo núcleo de acessibilidade da universidade e a mesma porcentagem veio encaminhada de escolas. Ainda, 1,85% advieram dos sistemas de saúde da universidade, como o serviço de assistência à saúde da comunidade interna à universidade, o Hospital das Clínicas e o Hospital Universitário e 1,85% dos usuários chegaram até o plantão por encaminhamentos recebidos em UBS.

Em relação aos encaminhamentos, 82,24% das pessoas receberam algum tipo de encaminhamento ao término do atendimento. A inscrição na lista de espera pela psicoterapia individual foi o encaminhamento sugerido em 39,1% dos casos, seguido pelo encaminhamento para psicólogos e psiquiatras particulares, de planos de saúde do usuário ou conveniados com o serviço-escola em 18% dos casos.

O Grupo de Dinâmicas, atividade criada com a finalidade de promover um acolhimento à população diante da espera pela psicoterapia individual, foi o terceiro serviço que mais recebeu encaminhamentos (17,3%), seguido do CAPS III, com 6,4% dos encaminhamentos. Além desses serviços, 3,2% dos encaminhamentos foram para outros projetos da universidade, tais como projetos para atendimento de fobia social, depressão, infertilidade, etc. Outros encaminhamentos foram dados pelos plantonistas aos usuários do plantão psicológico, além dos citados aqui, tais como: orientação para falar com o colegiado do curso (2,56%), neurologista (0,64%) e o serviço de assistência à saúde da comunidade interna à universidade (3,21%).

Sobre as informações clínicas gerais dos usuários, 60% apresentavam algum sintoma físico, 58% estavam fazendo uso de alguma medicação e 49% estavam fazendo tratamento médico de alguma especialidade. Investigou-se, igualmente, o histórico de tentativas e/ou ideias suicidas e 18% dos usuários já tinham pensado ou tentado se matar. Sobre o histórico de psicoterapia, 38% dos usuários mencionaram ter feito acompanhamento psicoterápico alguma vez na vida.

Os principais sintomas físicos que os usuários apresentavam na época do atendimento foram categorizados em 25 sintomas diferentes. Os três mais citados foram insônia (20%), dor de cabeça (12%) e taquicardia (7,25%). Os outros sintomas citados pelos usuários foram: tremores (6,35%), falta de apetite (5,43%), cansaço (5,43%), dor no peito (4,53%), tontura (3,62%), falta de ar (3,62%), dor de estômago (3,62%), ânsia de vômito (3,62%), dor em todo o corpo (2,72%), formigamento e dormência no corpo (2,72%), dermatite/coceira (2,72%), visão turva (2,72%), sudorese (2,72%), dor nas costas (1,8%), choro compulsivo (1,8%), agitação motora (1,8%), esquecimentos (1,8%), zumbido (1,8%), dores no joelho (0,98%), diarreia (0,98%), boca seca (0,98%) e febre (0,98%).

Dentre os casos em que os usuários estavam em tratamento médico, foram identificadas 13 especialidades médicas diferentes. O tratamento psiquiátrico foi a especialidade mais citada entre os usuários (55,76%), seguida da clínica geral (11,54%) e da cardiologia, com 9,62%. A ortopedia e a ginecologia foram citadas em 3,86% dos casos, cada uma. As outras áreas médicas citadas foram: pneumologia, obstetrícia, infectologia, neurologia, hematologia, urologia, fisioterapia e dermatologia (cada uma com 1,92% dos casos).

A respeito da medicalização nesses usuários, 58% estavam fazendo uso de alguma medicação na época do atendimento, tendo-se identificado 41 tipos de medicamentos. Os antidepressivos foram os mais citados: Fluoxetina (11,23%), Clonazepam (8,43%), Sertralina (7,49%), Amitriptilina (6,56%), Diazepam (4,69%). Além desses, o Lítio e a Paroxetina foram, cada um, citados em 2,81% dos casos. Já a Risperidona, Carbamazepina, Levozine,

Topiramato, Ácido Valproico, Haloperidol e Imipramina eram utilizados, cada um, por 1,87% dos usuários. Os demais medicamentos foram citados em 0,93% dos casos, cada medicamento (Iamotrigina, Citalopram, Escitalopram, Antirretrovirais, Metilfenidato, Imidazopiridinas, Atenolol, Propionato de Clobetasol, Buspirona, Cilostazol, Clomipramina, Alprazolam, Amiodarona, Buscopan, Hadol, Pantoprazol, Clomipramina, Losartana, Pasalix, Amiodarona, Insulina, Risperidona, Fenitoína, Lamotrigina, Levamisol e Venlafaxina). Além das medicações citadas, constatou-se que 20% dos usuários faziam uso de medicações, não tendo sido possível, entretanto, identificá-las.

Quanto às queixas, foram identificadas 149 queixas, as quais foram enquadradas em 31 categorias. Ao analisar os registros dos relatos de atendimento entendeu-se que um usuário poderia ter mais de uma queixa. A depressão foi citada em 12% dos atendimentos, ansiedade em 10%, seguidos de luto e brigas no casamento, com 7,4% das menções. Dificuldades acadêmicas (6,7%), término de namoro (5,36%) e problemas de relacionamento com os pais (5,36%) também foram queixas que tiveram uma alta taxa de menção.

As outras categorias de queixas são: síndrome do pânico (4,69%), problemas referentes ao trabalho (4%), crises de agressividade (3,35%) e crises de ciúmes (3,35%), processo de divórcio (2,68%), fobia social (2,68%), transtorno obsessivo compulsivo (2,68%), problemas no namoro (2,68%), perda de emprego (2%), questões com a sexualidade (2%), problemas financeiros (2%), problemas de relacionamento com os filhos (2%), estresse (1,34%), alcoolismo (1,34%), casos de traição (1,34%), transtorno bipolar (1,34%) e medo da morte (1,34%). Outras queixas tiveram menos de 1% das menções (*bullying*, ninfomania, gravidez psicológica, alucinações visuais e auditivas, problemas de memória, problemas de relacionamento fraterno e uso abusivo de drogas).

Discussão

Os usuários do plantão estavam, em sua maioria (67%), vinculados à comunidade externa, o que revela um funcionamento, em certo âmbito, da rede de saúde e da efetividade da divulgação e propagação do funcionamento do serviço, por se ter atingido a população de fora da universidade. Todavia, pode-se pensar que o número reduzido de usuários da comunidade interna indica uma dificuldade de se trabalhar com a saúde mental desta população, especificamente os servidores da universidade.

Sobre o gênero dos usuários do plantão, a predominância de mulheres na composição é corroborado em outro estudo de caracterização da clientela de serviços-escola de Psicologia (Enéas et al., 2000). A cultura vigente no Brasil, marcada por um patriarcado, modela os sujeitos pelas relações de gênero (Peres, Santos, & Coelho, 2004), desta forma, as mulheres são incentivadas a externalizar seus sentimentos - ou seja, há uma legitimidade cultural de que elas podem procurar ajuda de um psicólogo, - enquanto os homens são ensinados culturalmente a ocultar seus conflitos psíquicos, sustentando uma posição de resistência ao pedido de ajuda para um psicólogo, por exemplo.

Em termos de faixa etária, os dados mostram que a clientela do plantão se constitui por jovens, de 18 a 29 anos. Tendo em vista que 25% dos usuários estão cursando o ensino superior, problematiza-se, também, o quanto o ambiente universitário pode ser patogênico. Silva, Corradi-Webster, Donato, Hayashida e Siqueira (2014) encontraram sintomas depressivos e ansiosos em um número expressivo de universitários. Pinho (2016) discorre sobre o perfil da clientela de um programa de atendimento psicológico a estudantes universitários e aponta para a importância que este tipo de oferta desempenha para esta população. Esses estudos só evidenciam a necessidade e a urgência de projetos políticos pedagógicos que almejem o bem-estar dessa população, criando espaços e serviços que promovam, com qualidade e constância, saúde mental, diagnóstico e tratamento desses usuários específicos.

Quanto à religião dos usuários, têm-se uma prevalência dos usuários católicos, em consonância com a maioria da população do município (segundo o Censo do IBGE, feito em 2010, a cidade tinha aproximadamente 61% de habitantes que se diziam católicos). O intercâmbio entre os temas saúde mental e religião tem sido estudado, principalmente na área de validação de instrumentos psicológicos (Gonçalves, Santos, Chaves, & Pillon, 2016). Alguns estudos (Murakami & Campos, 2012; Taunay, et al., 2012) demonstram que a religião e a espiritualidade são recursos terapêuticos potentes. Há um consenso nas pesquisas de que o sujeito, em busca de algum tipo de alívio para o seu sofrimento, em uma maneira de dar sentido ao que lhe acomete, pode recorrer às experiências religiosas, principalmente nas populações de nível socioeconômico baixo (Dalgarrondo, 2007).

As variáveis estado civil e saúde mental levantadas no estudo são correlacionadas em algumas pesquisas recentes (Vidal, Gontijo, & Lima, 2013; Rebelo, Cardoso, & Melo 2014), entendendo-se que o estado civil do sujeito interfere em seu bem-estar (Scorsolini-Comin, Fontaine, Barroso, & Santos, 2016). Estudos de caracterização da população psiquiátrica também investigaram as correlações entre o estado civil dos pacientes e sua condição psicológica. Pereira et al. (2012) indicaram que 60% dos usuários dos serviços de saúde mental de um município no estado de São Paulo eram solteiros, enquanto 28% eram casados, 8% separados e 3% viúvos. Nesta mesma linha de pesquisa, ao fazer um levantamento dos usuários psiquiátricos nos hospitais públicos do estado da Bahia, Rebelo et al. (2014) observaram uma predominância de solteiros (76%).

A caracterização dos usuários também engloba o mapeamento do território do qual este usuário advém. O mapeamento da região dos usuários e o levantamento dos encaminhamentos recebidos pelo plantão psicológico são importantes, pois assim se cria um sistema de informação a respeito de onde esse usuário se encontra e como a rede pode funcionar no sentido a facilitar o acesso à saúde mental desse sujeito.

Tendo como norte a perspectiva de rede, contatou-se que o plantão psicológico precisa engajar-se mais na sua condição de articulador da rede, pois 39,1% dos encaminhamentos feitos pelos plantonistas são para a lista de espera da psicoterapia individual do próprio serviço-escola junto ao qual o plantão psicológico está vinculado. O fato o Grupo de Dinâmicas ter sido o terceiro serviço que mais recebeu encaminhamentos mostra a articulação existente entre os projetos da universidade, compreendendo-se que tal indicação configura-se como uma aposta nas intervenções ditas não ortodoxas, uma vez que os plantonistas parecem entender que um dispositivo grupal pode ser promotor de saúde psíquica tanto quanto a psicoterapia individual.

Como dito anteriormente, os três sintomas físicos mais citados foram insônia (aproximadamente 20%), dor de cabeça (12%) e taquicardia (7,25%). A insônia e outras sintomáticas foram consideradas indicadores de Transtornos Mentais Comuns ou ainda de Distúrbios Psíquicos Menor (Jansen, et al., 2011). Segundo estes autores, comumente estes transtornos ou distúrbios estão presentes em um perfil de população parecido com o desta pesquisa, qual seja, indivíduos com baixa classe socioeconômica, em vulnerabilidade social (baixa escolaridade e baixa renda), o que corroboraria a presença acentuada dos sintomas descritos. As queixas somáticas como um todo geralmente indicam um desequilíbrio do funcionamento normal do sujeito, devendo ser esses sintomas, como a insônia e a taquicardia, por exemplo, tratados como problema de saúde pública, uma vez que são queixas levadas aos serviços de saúde e que provocam absenteísmo no trabalho (Coutinho, Almeida-Filho, & Mari, 1999).

Estes usuários também estavam fazendo algum tratamento médico na época do atendimento no plantão psicológico. A alta taxa de usuários que faziam tratamento médico com psiquiatras pode ser entendida como decorrente do alto índice de encaminhamentos que o serviço recebe do CAPS III. Após a reforma psiquiátrica, introduziu-se um modelo de Atenção Psicossocial que visava, além de tudo, efetivar práticas na atenção à saúde mental que fossem transdisciplinares e multiprofissionais (Pereira & Costa-Rosa, 2012). Todavia, sabe-se que há um engessamento ainda no modelo

hospitalocêntrico-medicamentoso, sendo que esta pesquisa faz referência a isso, pela alta frequência de usuários fazendo uso de medicação e em tratamento médico.

Observa-se que o acesso à psiquiatria e à medicação psiquiátrica é muito mais fácil que o acesso à psicoterapia pela rede pública de saúde, fato que suscita discussões. A porta de entrada dos psicólogos no SUS atrelou-se com a reforma sanitária e psiquiátrica e assim a Psicologia pode integrar seu saber-fazer na saúde pública (Dimenstein, 1998). Há estudos (Lisboa, 2014) que entendem que há uma dificuldade da inserção da psicologia no SUS decorrente da reprodução do modelo biomédico. O próprio Conselho Federal de Psicologia evidenciou o domínio desse modelo, o que provoca desagregação dos sujeitos (CFP, 2011), na medida em que o modelo vigente não engloba o ser psicossocial, não dando espaço para a Psicologia assim como dá para a psiquiatria.

Além do tratamento médico, a maioria dos usuários fazia uso de medicação. O uso dos medicamentos antidepressivos pela população tem sido bastante discutido, principalmente dentro das unidades públicas de saúde. Com o objetivo de avaliar o uso de medicamentos antidepressivos em pacientes diagnosticados com depressão na cidade de São Paulo, Peluffo (2014) conclui que a política pública em saúde mental no Brasil conquistou um espaço de democratização do acesso aos medicamentos psiquiátricos, principalmente. Todavia, tais políticas se mostram ainda insuficientes uma vez que priorizam o tratamento medicamentoso dos transtornos mentais.

Os dados referentes ao uso dos medicamentos antidepressivos juntamente com os relatos dos atendimentos feitos por meio do plantão psicológico indicam que a atenção básica em saúde vem contribuindo para a medicalização psiquiátrica da população. Há vários relatos de pacientes que ilustram a prática diária de médicos clínicos gerais, atendendo em Unidades Básicas de Saúde (UBS), que fazem prescrição de medicamentos psiquiátricos, principalmente antidepressivos como a Fluoxetona e o Clonazepam. Deste modo, faz-se necessário pensar a respeito das implicações da reforma psiquiátrica juntamente com as

questões antimanicomiais uma vez que a população usuária dos serviços de saúde mental está descentralizada, chegando uma queixa específica para a Atenção Básica.

Além das medicações citadas, constatou-se que aproximadamente 20% dos usuários que utilizavam alguma medicação, mas não sabiam informar o nome delas, algo que pode denunciar uma realidade em relação à medicalização compulsória da sociedade. A medicalização da população é um tema pertinente a ser discutido pois, segundo Fonte (2013), grande parte dos usuários dos serviços da rede de saúde já esperam, e até querem, que os médicos lhe receitem alguma medicação, considerando isso como sinônimo de um bom atendimento. Esta cultura da medicalização imediata dos sofrimentos apresentados pelo paciente é acentuada de maneira que, em alguns casos atendidos no plantão, o usuário solicitava que o plantonista prescrevesse algum remédio. Interpreta-se aqui a questão da medicalização compulsória e o quanto a imagem do psicólogo está atrelada à figura do médico, fato este já debatido por Oliveira e Menezes (2013).

Analisando as queixas dos usuários do serviço de plantão, foram identificadas 31 categorias de queixas distintas, o que indica que há uma heterogeneidade nas queixas dos usuários do plantão. Esta heterogeneidade pode ser interpretada como um encontro com o inesperado, característica essa que Braga, Mosqueira e Morato (2012) defendem como principal do serviço de plantão psicológico. Já na análise das queixas mais citadas, a depressão e a ansiedade aparecem como as principais.

A depressão e a ansiedade são diagnósticos, na maioria das vezes, já prontos e trazidos pelos próprios pacientes, sendo relevante problematizar o quanto essas nomenclaturas podem ocultar outras questões do sujeito. Um dos objetivos de caracterizar as queixas dos usuários do serviço de plantão psicológico é entender qual é o perfil e as necessidades do sujeito que procura o serviço e assim poder construir um atendimento mais personalizado e adaptado às necessidades singulares do usuário. Deste modo, é pertinente a questão: que depressão é essa? Que ansiedade é essa?

A depressão não só é a maior demanda dos usuários do plantão da universidade como também é responsável por preencher os consultórios na atualidade, sendo um estado psíquico estudado por muitos autores, principalmente da Psicologia. O estado depressivo pode ser considerado como um fracasso da autonomia (Laskoski, et al., 2013), em comparação à perversão, entendida como uma autonomia em excesso, elevada ao delírio. A depressão se caracterizaria como uma sintomática generalizada que aponta uma espécie de fracasso. Nesta análise da depressão, o que o depressivo buscaria nos consultórios, e no plantão psicológico, seria “a felicidade prometida e injustamente não concedida” (Laskoski, et al., 2013, p. 20), felicidade esta prometida pela pós-modernidade, tanto pelas práticas mais “científicas” até as religiosas.

A ansiedade também é analisada na perspectiva social, da pós-modernidade e nas implicações que o sistema capitalista e globalizado dos anos 2000 no sujeito usuário dos sistemas de saúde mental. A virtualização das relações, propiciada pelas tecnologias em comunicação, é um fator discutido como desencadeador dos quadros ansiosos atualmente (Barbosa, et al., 2013). Desta maneira, questiona-se em qual sociedade está inserido o usuário do plantão psicológico e quais os modos de subjetividade e sofrimento que a atualidade está propiciando a esse sujeito. Uma vez feitas essas discussões, o lugar da Psicologia e dos psicólogos deve ser repensado, colocando em questão os desafios, alcances e limites da profissão na contemporaneidade.

Os resultados indicaram, no geral, que o perfil do usuário do plantão psicológico é composto por sua maioria de mulheres, entre 18 e 29 anos e ensino médio completo, oriundos da comunidade externa à universidade (região norte da cidade), encaminhados pelo CAPS III, apresentando insônia, fazendo uso de fluoxetina e trazendo como principal queixa a depressão. Levando em consideração o contexto histórico, social, econômico e político, este perfil de usuário dá um norte ao serviço de plantão psicológico e o instiga a investir para melhor atender às demandas desta população. Percebe-se que a busca emergencial pela ajuda psicológica parte de um nicho feminino, jovem e pobre. Estas são

classes de minorias subjugadas há séculos no Brasil, podendo-se, a princípio, pensar que o plantão psicológico estaria oferecendo um lugar de acolhimento e de voz a essas minorias.

Com o objetivo de caracterizar os usuários do plantão psicológico, esta pesquisa apresentou a importância em se fazer um trabalho em rede quando se trata de saúde mental e assistência social, principalmente no âmbito público. Além disso, esta investigação trouxe alguns apontamentos pertinentes a problematizações sobre as queixas dos usuários, como a depressão e ansiedade sendo sintomáticas da pós-modernidade, além de discutir sobre a medicalização da população.

Com este estudo, entende-se que a caracterização dos usuários do plantão psicológico, e de qualquer serviço de saúde mental, na verdade, é importante para que se comece a pensar a manutenção de um sistema de informação sobre esses atendimentos que enriqueça análises posteriores e favoreça decisão e planejamento dos gestores, dos profissionais envolvidos e de futuras organizações que queiram adotar o mesmo tipo de serviço.

Desta maneira, recomenda-se o aprimoramento desse sistema de registro de informações. No caso desta pesquisa, os resultados e análises destes indicaram que mudanças na forma da coleta de dados do usuário seriam pertinentes, por exemplo, reestruturando a ficha de atendimento do plantão psicológico (introduzir itens pertinentes à ocupação do usuário, a região em que habita e a queixa específica que mobiliza a busca pela intervenção), bem como investindo na capacitação da equipe de plantonistas.

Referências

Andrade, M. S. D., & Castanho, M. I. S. (2014). Caracterização do perfil de clientela de clínica-escola de psicopedagogia. *Revista Psicopedagogia*, 31(95), 101-108. Recuperado em 02 nov 2021, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862014000200003&lng=pt&tlng=pt

APA - Associação Americana de Psiquiatria (2000). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM IV-*. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.

Barbosa, A. M. F. D. C., Furtado, A. M., Franco, A. L. D. M., Berino, C. G. D. S., Pereira, C. R., Arreguy, M. E., & Barros, M. J. D. (2013). As novas tecnologias de comunicação: questões para a clínica psicanalítica. *Cadernos de psicanálise*, 35(29), 59-75. Recuperado em 02 nov 2021, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-62952013000200004&lng=pt&tlng=pt

Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Braga, T. B. M., Mosqueira, S. M., & Morato, H. T. P. (2012). Cartografia clínica em plantão psicológico: investigação interventiva num projeto de atenção psicológica em distrito policial. *Temas em Psicologia*, 20(2), 555-570. <http://dx.doi.org/10.9788/TP2012.2-20>

Cimino, A. P. N., Leite, D. D. F. D. C., & Siqueira, C. (2016). Psicologia e saúde pública: cartografia das modalidades de prática psicológica nas policlínicas. *Revista Psicologia e Saúde*, 8(1), 14-23. <http://dx.doi.org/10.20435/2177093X2016103>

CFP – Conselho Federal de Psicologia (1994). *Psicólogo brasileiro. Práticas emergentes e desafios para a formação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

CFP - Conselho Federal de Psicologia. (2011). *Contribuições do Conselho Federal de Psicologia para a constituição da Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde a partir do Decreto 7.508/2011*.

Coutinho, E. S. F., Almeida-Filho, N., & Mari, J. (1999). Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultado de um estudo transversal em três áreas urbanas do Brasil. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 26(5), 246-256.

Couto, V., Duarte, S., & Delgado, P. (2008) A saúde mental infantil na saúde pública brasileira. Situação atual e desafios. *Revista*

Brasileira de Psiquiatria, 30(4), 390-8.
<https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000400015>

Dalgallarrondo, P. (2007). Estudos sobre religião e saúde mental realizados no Brasil: histórico e perspectivas atuais. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(1), 25-33. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000700005>

Dimenstein, M. (1998). O psicólogo nas unidades básicas de saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 3, 53-81. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X1998000100004>

Enéas, M. L. E., Faleiros, J. C., & Andrade, S. A. C. (2000). Uso de psicoterapias breves em clínica-escola: caracterização do procedimento em adultos. *Psicologia: Teoria & Prática*, 2(2) 9-30. Recuperado em 02 nov 2021, de [https://www.mackenzie.br/fileadmin/OLD/47/Editora/Revista Psicologia/Teoria e Pratica Volume 2 - Numero 2/art1.pdf](https://www.mackenzie.br/fileadmin/OLD/47/Editora/Revista_Psicologia/Teoria e Pratica Volume 2 - Numero 2/art1.pdf)

Fonte, E. M. M. D. (2013). Da Institucionalização da loucura à reforma psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. *Estudos de Sociologia*, 1(18). Recuperado em 02 nov 2021, de <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revsocio/article/view/235235/28258>

Furigo, R. C. P. L., Sampedro, K. M., Zanelato, L. S., Foloni, R. F., Ballalai, R. C., & Ormod, T. (2008). Plantão psicológico: uma prática que se consolida. *Boletim de Psicologia*, 58(129), 185-192. Recuperado em 02 nov 2021, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432008000200006&lng=pt&tlng=pt

Gonçalves, A. M. S., Santos, M. A., Chaves, E. C. L., & Pillon, S. C. (2016). Adaptação transcultural e validação da versão brasileira da Treatment Spirituality/Religiosity Scale. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(2), 235-241. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690205i>

Jansen, K., Mondin, T. C., Ores, L. C., Souza, L. D. M., Konradt, C. E., Pinheiro, R. T., & Silva, R. A. (2011). Transtornos mentais comuns e

qualidade de vida em jovens: uma amostra populacional de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(3), 440-448. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000300005>

Laskoski, P. B., Gastaud, M. B., Goi, J. D., Bassols, A. M. S., Machado, D., Costa, C. P. D., & Eizirik, C. L. (2013). A hipermodernidade e a clínica psicanalítica. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 15(2), 14-24. Recuperado em 02 nov 2021, de http://rbp.celg.org.br/detalhe_artigo.asp?id=118

Lisboa, A. C. (2014). Psicologia e SUS: desafios, contribuições e perspectivas. [online]. Recuperado em 16 jul 2016, de <https://psicologado.com/atuuacao/psicologia-da-saude/psicologia-e-sus-desafios-contribuicoes-e-perspectivas>.

Löhr, S. S., & Silveiras, E. F. M. (2006). Clínica-escola: integração da formação acadêmica com as necessidades da comunidade. In E. F. M. Silveiras (org.), *Atendimento psicológico em clínicas-escola* (pp. 11-22). Campinas: Alínea.

Mozena, H. (2009). *Plantão psicológico: um estudo fenomenológico em um serviço de assistência judiciária*. (Dissertação de Mestrado) Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.

Murakami, R., & Campos, C. J. G. (2012). Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(2), 361-36. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000200024>

Nogueira, C., Santos, S. D. A. S., Cavagna, V. M., Braga, A. L. D. S., & Andrade, M. (2014). Sistema de informação da atenção básica: revisão integrativa de literatura. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental*, 6(1), 27-37. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2014.v6i1.27-37>

Oliveira, I. C. V., & Menezes, A. C. S. (2013). Avaliação dos contextos de atuação, atribuições e mercado profissional: opinião da população sobre a Psicologia e o Psicólogo. *Psicologia Revista*, 22(1), 119-139. Recuperado em 02 nov 2021, de <https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/16661>

OMS - Organização Mundial da Saúde. (2001) *Relatório sobre a saúde no mundo 2001. Saúde mental: Nova concepção, nova esperança*. Genebra. Organização mundial da saúde. Recuperado em 17 nov 2016, de <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006020>

Ortolan, M. L. M., & Sei, M. B. (2016). Plantão psicológico no serviço-escola de Psicologia da Universidade Estadual de Londrina. *Revista Brasileira de Extensão Universitária*, 7(1), 29-35. <https://doi.org/10.36661/2358-0399.2016v7i1.3079>

Peluffo, M. P. (2014). *Uso de antidepressivos pela população da cidade de São Paulo*. (Dissertação de Mestrado) Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências Sociais Aplicadas e Saúde, Universidade Católica de Santos, Santos.

Pereira, E. C., & Costa-Rosa, A. (2012). Problematizando a Reforma Psiquiátrica na atualidade: a saúde mental como campo da práxis. *Saúde e Sociedade*, 21(4), 1035-1043. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000400020>

Pereira, M. O., Souza, J. D. M., Costa, A. M., Vargas, D., Oliveira, M. A. F. D., & Moura, W. N. D. (2012). Perfil dos usuários de serviços de Saúde Mental do município de Lorena-São Paulo. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(1), 48-54. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000100009>

Peres, R. S., Santos, M. A., & Coelho, H. M. B. (2004). Perfil da clientela de um programa de pronto-atendimento psicológico a estudantes universitários. *Psicologia em Estudo*, 9(1), 47-54. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722004000100007>

Perfeito, H. C. C. S., & Melo, S. A. (2004). Evolução dos processos de triagem psicológica em uma clínica-escola. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 21(1), p. 33-42. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2004000100003>

Pinho, R. (2016). Caracterização da clientela de um programa de atendimento psicológico a estudantes universitários. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 6(1), 114-130.

Rebello, A. R., Cardoso, E. & Melo, A. (2014). Características sociodemográficas da população psiquiátrica internada nos hospitais do Sistema Único de Saúde do Estado da Bahia. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 29(1), 43-56. Recuperado em 02 nov 2021, de

<https://rbps.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/1205/pdf/531>

Rocha, M. C. (2011). Plantão psicológico e triagem: aproximações e distanciamentos. *Revista do NUFEN*, 3(1), p. 119-134. Recuperado em 02 nov 2021, de

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912011000100007&lng=pt&tlng=pt

Santos, B. S. (1999). Da ideia de universidade à universidade de ideias. In B. S. Santos (Org.), *Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade* (pp. 547-600). São Paulo: Cortez.

<https://doi.org/10.2307/j.ctvt6rkm6.25>

Schmidt, M. L. S. (2006). Continuidade e ruptura: Interpretação da história do Serviço de Aconselhamento Psicológico do Instituto de Psicologia da USP. *Mnemosine*, 2(2). Recuperado em 02 nov 2021, de

<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/view/41405/28674>

Scorsolini-Comin, F. (2014). Plantão psicológico centrado na pessoa: intervenção etnopsicológica em terreiro de Umbanda. *Temas em Psicologia*, 22(4), 885-899.

<http://dx.doi.org/10.9788/TP2014.4-16>

Scorsolini-Comin, F., Fontaine, A. M. G. V., Barroso, S. M., & Santos, M. A. (2016). Fatores associados ao Bem-Estar Subjetivo em pessoas casadas e solteiras. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 33(2), 313-324.

<https://doi.org/10.1590/1982-02752016000200013>

Silva, B. P., Corradi-Webster, C. M., Donato, E. C. S. G., Hayashida, M., & Siqueira, M. M. (2014). Transtornos mentais comuns e consumo de bebida alcoólica e tabaco entre estudantes de enfermagem de uma universidade pública na Amazônia Ocidental brasileira. *SMAD*.

Revista Eletrônica Saúde Mental, Álcool e Drogas, 10(2), 93-100.
<https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v10i2p93-100>

Saraceno, B., Asioli, F., & Gianni, T. (1994). *Manual de saúde mental*. São Paulo: Hucitec.

Taunay, T. C. D., Gondim, F. D. A. A., Macêdo, D. S., Moreira-Almeida, A., Gurgel, L. D. A., Andrade, L. M. S., & Carvalho, A. F. (2012). Validação da versão brasileira da escala de religiosidade de Duke (DUREL). *Revista de Psiquiatria Clínica*, 39(4), 130-5.
<https://doi.org/10.1590/S0101-60832012000400003>

Teixeira, R. M., & Jucá, V. J. S. (2014). Caracterização dos usuários de um centro de atenção psicossocial infantojuvenil do município de Salvador (BA). *Revista de Psicologia*, 5(2), 70-84. Recuperado em 02 nov 2021, de <http://www.periodicos.ufc.br/psicologiaufc/article/view/1477>

Vidal, C. E. L., Gontijo, E. C. D. M., & Lima, L. A. (2013). Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 29(1), 175-187. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000100020>

Vieira, E. M., & Boris, G. D. J. B. (2012). O plantão psicológico como possibilidade de interlocução da psicologia clínica com as políticas públicas. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 12(3), 883-896. Recuperado em 02 nov 2021, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812012000300010&lng=pt&tlng=pt



Plantão psicológico na terceira idade: considerações e ilustrações clínicas

**Felipe Antonio Machado
Natália Pereira da Silva
Ingrid Cavanha Gabriel
Maíra Bonafé Sei**

A terceira idade e seu lugar

Decorrente do advento de novas tecnologias, o avanço da medicina e a redução da taxa de natalidade, a população idosa passou a crescer, gerando uma mudança da pirâmide demográfica do país. Neste sentido, de acordo com projeções populacionais do IBGE (2020), em 2048 a população com mais de 60 anos será equivalente a um quarto da população total. Atualmente no Brasil, a população com mais de 60 anos é equivalente a 13% da população total, sendo assim 28 milhões de pessoas dentro dessa faixa etária.

Segundo Rebelo (2007), o processo de envelhecimento é natural e contínuo, com início no nascimento e seu término na morte. Durante o processo de envelhecimento, ocorrem mudanças físicas, biológicas e intelectuais, as quais farão parte do processo de percepção do sujeito no mundo. Assim, o conceito de velhice é visto como plural, devido à maneira que o sujeito se vê e se percebe no mundo, portanto cada indivíduo possui a sua concepção enquanto sujeito idoso.

Entretanto, culturalmente, o termo envelhecimento é associado à velhice, a qual é vista ao lado de características negativas, ligando o sujeito idoso à fragilidade, dependência, infantilidade, assexualidade e como um sujeito já esquecido pelo seu contexto. Segundo Beauvoir (1990, p. 35), “é uma surpresa, um assombro, perceber-se velho. O espelho mostra o que os outros percebem, mas a pessoa reluta em aceitar a mudança em si própria. Dessa forma, velho é sempre o outro”.

Altman (2011) sinaliza que essas mudanças significativas podem causar medo, inseguranças e tensão, que se revelam por meio de comportamentos rígidos, conservadores e, por vezes, não adaptados. Ainda assim, a transição de vida coloca o sujeito “perante o risco e a oportunidade de mudança, não se devendo atribuir à velhice um risco acrescido” (Rebelo, 2007, p. 544).

Com o advento da maturidade, é possível se acumular ganhos por parte da aprendizagem processada em anos anteriores durante a evolução de seu envelhecimento, ainda que o sujeito carregue consigo algumas perdas, seja no que se refere à capacidade física e motora, como também às perdas sociais e afetivas. Assim, não é de se negar que, nessa fase, a vida seja marcada pela necessidade do sujeito de se adequar à nova realidade ao se deparar com “perdas e trabalho de luto, adaptação à reforma, adaptação à uma situação de doença crônica pessoal e/ou familiar, medo de ficar física e emocionalmente dependente, medo da morte” (Rebelo, 2007, p. 548).

Tendo isso em vista, o atendimento psicológico para essa faixa etária se torna de extrema importância, para que, por meio das intervenções psicológicas, o sujeito esteja mais apto a lidar com sua nova realidade e suas novas demandas.

A psicoterapia na terceira idade

Por considerável período de tempo, acreditou-se que pessoas idosas eram inaptas para a psicoterapia, havendo, nos dias atuais, ainda algumas objeções em relação ao atendimento. Freud, inclusive, afirmou que a Psicanálise era inviável para pessoas que atingiam a idade adulta avançada, por acreditar que a grande quantidade de material psíquico adquirido durante a vida demandaria tempo excessivo para ser trabalhado (Freud, 1905/2016). Porém, para alguns autores, essa resistência de Freud em relação aos idosos derivou de suas próprias angústias com o seu processo de envelhecimento e de uma crença de que teria uma morte precoce (Rebelo, 2007; Reis Filho & Santos, 2007).

Rebello (2007) argumenta que houve afastamento de ambos, terapeutas e idosos. Os profissionais, por se respaldarem em supostos enrijecimentos das estruturas psíquicas e diminuição na capacidade cognitiva ligados ao envelhecimento, não julgaram a população da terceira idade como elegível à psicoterapia. Muitos avaliam o tratamento ser impossibilitado devido à uma adesividade libidinal atribuída à terceira idade, algo caracterizado por uma inércia psíquica, dificultando o desinvestimento da libido de alguns objetos e atrapalhando a capacidade de simbolizar (Reis Filho & Santos, 2007). Já os idosos, que se desenvolveram em um contexto social que mostrava certa oposição à prática psicológica, possuem considerável resistência para buscar os serviços de Psicologia (Rebello, 2007).

Entretanto, por conta do envelhecimento acentuado da população mundial, a psicoterapia com idosos passou por diversos avanços, tornando a psicanálise uma alternativa para atuação clínica dentro das especificidades desse público (Silva, Lôbo & Marinho, 2013). Reis Filho e Santos (2007) afirmam que a idade avançada não seria um impeditivo para o processo de análise devido à psicanálise ter como objeto de estudo o inconsciente, o qual não envelhece. A atuação psicodinâmica busca validar as demandas dos idosos, apoiando-se nas peculiaridades de seu momento de vida, principalmente nas dinâmicas de transferência e contratransferência (Brasil, Barcelos, Arrais, & Cárdenas, 2013).

A psicoterapia suscita ao idoso a emersão de conteúdos mnésicos, com os quais este realiza associações e conexões por meio do trabalho com o contexto simbólico acessado pela imersão na vida psíquica, algo que permitiria uma unificação e resignificação de tais aspectos, demonstrando a capacidade transformadora da psique. O processo é viabilizado pela transferência, na qual, dentro das características da clínica com idosos, o terapeuta é colocado na posição de um filho, um neto ou alguém que ocupe um lugar de grande afetividade na vida deste indivíduo (Reis Filho & Santos, 2007).

Referente à contratransferência, o terapeuta é posto de frente com suas maiores inseguranças relacionadas com o envelhecimento e a morte, e, também o de seus pais e outros que

são objetos de amor (Reis Filho & Santos, 2007). Esse atravessar de conteúdos gerados mobiliza o profissional para aspectos que vão além do envelhecer, colocando-o face a dúvidas em relação a sua capacidade de intervenção, seus desejos, suas fantasias de onipotência e/ou impotência e ansiedades advindas de certos atendimentos, podendo gerar obstáculos para a evolução do tratamento.

É importante que o profissional reconheça crenças e atitudes que possam servir de empecilhos para o progresso do paciente, sendo necessário buscar entender suas origens e trabalhá-las, tanto em psicoterapia individual quanto em supervisões clínicas, evitando situações contratransferenciais (Dourado, Sousa, & Santos, 2012). O trabalho em supervisões clínicas permite que dificuldades sejam elaboradas e, conseqüentemente, garante um melhor preparo do profissional, tanto no campo do trabalho quanto pessoal, possibilitando união entre teoria e prática e a formação de uma identidade de atuação consistente (Dourado et al., 2012).

Além das supervisões clínicas, é necessário que o psicólogo busque ampliar seu conhecimento sobre as teorias de desenvolvimento, se apropriando dos aspectos sociais e psicológicos do envelhecimento e de possibilidades de intervenção, tendo em mente que variáveis da experiência de vida (gênero, etnia, situação socioeconômica, habitação em zona urbana ou rural, desenvolvimento de incapacidades, entre outras) afetam como o indivíduo enfrenta essa fase. É necessário um aprofundamento na realidade do que é ser um idoso nos momentos atuais, buscando compreensão sobre as dificuldades que esse status acarreta ao cotidiano.

Segundo Dourado et al. (2012), a maior característica da clínica com idosos é o trabalho com o luto, decorrente de perdas advindas da passagem do tempo. O sujeito vivencia o fim de sua juventude, com o declínio das vitalidade e produtividade, algo que produz sentimentos relacionados à inutilidade e à desvalorização, indicando a introjeção do discurso social que valoriza o novo e que descarta o velho (Reis Filho & Santos, 2007). Também enfrentam mudanças na estrutura familiar e o falecimento de pessoas

queridas, evidenciando como o trabalho com essa população se direciona em uma readaptação à nova realidade (Wheelock, 1997). Porém, essa tarefa de ressignificação pode se mostrar bem mais penosa na velhice, devido à exacerbada quantidade de perdas narcísicas (Dourado et al., 2012).

No processo de luto, o indivíduo encontra-se dedicado à vivência das perdas, com baixa possibilidade de investimento libidinal em novos objetos. Trata-se de um movimento que tem por intuito a retirada da energia investida no objeto que deixou de existir, para que novas conexões possam ocorrer (Dourado et al., 2012). O processo abre portas para que o sujeito se restabeleça frente aos seus desejos, os quais não deixam de existir quando se envelhece (Brasil et al., 2013).

O plantão psicológico com idosos

O plantão psicológico é concebido como um espaço de escuta e acolhimento do sujeito em um grau de sofrimento intenso. Caracteriza-se por um atendimento pontual e breve, que se diferencia do atendimento psicoterapêutico tradicional. O plantonista se atenta para aquilo que o paciente apresenta de mais urgente promovendo oportunidades de reflexão, além da construção de um encaminhamento para que sejam fornecidas possibilidades de prosseguir trabalhando com a queixa inicialmente referida.

Com esta configuração de atendimento, o plantonista se depara com o sofrimento psíquico em diversas etapas do desenvolvimento humano, a partir de atendimentos com adolescentes, adultos e idosos. Cada faixa etária com suas particularidades e singularidades.

Ao se pensar no plantão psicológico com idosos, deve-se levar em consideração diversos fatores que abarcam este momento da vida, visto que estes fatores estarão presentes nos atendimentos. De acordo com Duarte (2008), a velhice é abordada na atualidade como um fenômeno complexo que envolve aspectos emocionais, sociais, biológicos e econômicos.

Acerca da experiência de plantão psicológico na terceira idade, pode-se mencionar o trabalho de Ferreira e Borges (2019) que discorrem sobre uma experiência de estágio que propôs o atendimento psicológico em instituição de longa permanência para idosos, incluindo o atendimento grupal, o acompanhamento terapêutico e o plantão psicológico. Observaram que as demandas mais frequentes nesta modalidade de intervenções estavam vinculadas a angústias referentes à medicação, percebendo haver uma falta de comunicação clara entre equipe e paciente.

A instituição de longa permanência para idosos também foi o cenário escolhido por Ramos (2012) para realização de plantões psicológicos, ao longo de oito meses, com atendimento referenciado na Abordagem Centrada na Pessoa. A instituição contava com dezoito moradores, dos quais dez participaram espontaneamente dos atendimentos, que não tinham um tempo estabelecido e tiveram duração de vinte e cinco minutos a uma hora e meia. Percebeu, por meio da intervenção proposta, que as pessoas atendidas puderam “ressignificar a experiência de ser um idoso institucionalizado” (p. 102), resgatando a potencialidade nesta fase da vida, compreendendo que o plantão psicológico se mostrou como uma experiência benéfica para o público em questão.

Ilustrações clínicas

Tendo em vista tais apontamentos sobre o atendimento psicológicos na terceira idade, seja por meio da psicoterapia, seja por meio do plantão psicológico, passa-se a pensar nas possibilidades, nos desafios e possíveis encaminhamentos realizados a partir do atendimento com idosos, fazendo uso de vinhetas clínicas advindas de plantões psicológicos com idosos realizados na Clínica Psicológica da Universidade Estadual de Londrina. Tais atendimentos são gratuitos, destinados a maiores de 16 anos e realizados sem agendamento prévio.

A seguir será apresentado um caso em que a condição da paciente apontava para limitações cognitivas, questão que dificultava reflexões sobre seu momento atual:

Maria, 84 anos, chegou ao plantão psicológico, acompanhada da neta e mostrava a perna amputada, dizendo que tinha vindo para a consulta refazer o curativo. Questionou sobre medicações e se os pontos não iriam ser limpos. A neta dizia para a avó que não estava no médico, e que era para ela conversar sobre o que estava sentindo. A avó pedia para ir embora, dizia que já era tarde. A neta então comentou que a avó não aceitava a amputação, não conseguia dormir e que antes era uma pessoa muito ativa e independente. Foi perguntado à senhora se gostaria de comentar algo em relação à fala da neta. Então relatou sobre a saudade que tinha de ir à igreja e dizia que os filhos já eram todos casados e sentia falta da companhia deles. Insistiu novamente em ir embora. Maria demonstrava grande dificuldade na fala, dificultando a compreensão.

No caso apresentado, Maria pensava que estava em uma consulta médica, fato que implicou em dificuldades para abordar questões de ordem psíquica e não tanto biológica. A família havia indicado o plantão psicológico devido às queixas expressas pela neta. Durante o atendimento, Maria mencionou alguns fatores sobre sua história de vida, porém exibiu uma dificuldade de reflexão acerca dessas problemáticas, além de limitações na fala e grande preocupação em ir embora, de maneira que foi realizado o encerramento do atendimento.

Por meio da fala, percebeu-se que houve uma perda da autonomia. Ela era uma pessoa ativa, saudável, porém havia começado a manifestar alguns problemas de saúde, que geravam limitações. Após a finalização da sessão, o encaminhamento realizado estava mais direcionado a possíveis redes de apoio. Foi indicado a procura pela UBS da região para que pudessem realizar um acompanhamento mais próximo. Também se referiu ao acolhimento e suporte que poderia dar dado aos familiares, deixando o serviço disponível para quando quisessem comparecer.

Outro tema perceptível nos atendimentos com os idosos refere-se às modificações na dinâmica familiar. Em diversos casos atendidos no serviço, percebeu-se que era necessária uma reorganização do paciente após alguns acontecimentos, como por

exemplo, a saída dos filhos de casa, os términos de relacionamentos, a aposentadoria ou até mesmo as perdas que ocorriam neste momento da vida. Esses fatores poderiam trazer um desajuste e gerar um sofrimento psíquico. Serão apresentados dois casos que ilustram situações similares aos fatores sinalizados acima:

Wilson, 61 anos, contou uma história de muitos lutos. Já havia perdido muitos empregos e foi mandado embora de casa pela esposa, algo que lhe causou muito sofrimento. Não tinha mais ânimo para continuar e falou que precisava de ajuda para seguir em frente. Atualmente estava morando com a filha, mas sentia que estava sendo um peso para ela.

Cláudio, 70 anos, relatou um forte sentimento de tristeza, após o falecimento da esposa, com quem havia sido casado por 30 anos. Seus filhos se mudaram de casa e de cidade após este fato. Cláudio também apresentou pensamentos suicidas.

Por meio dos relatos de Wilson e Cláudio, percebe-se que as perdas mais presentes são concernentes às pessoas e vínculos estabelecidos, fato que produz grande sofrimento. Neste sentido, Campos, Rezende, Ferreira, Vargas e Gonçalves (2017) apontam que um idoso que vive sozinho tem maior risco quanto à solidão, ao isolamento social e à depressão. Com isso, pensa-se ser de extrema importância um olhar atento para estes dois casos.

Na situação de Cláudio, cabe observar as possíveis redes de apoio que podem ser acionadas, verificando se há contato com algum parente próximo ou amigo, além de identificar se existe alguma vinculação com algum serviço de saúde. Essas estratégias são necessárias no plantão psicológico para se realizar um encaminhamento adequado e identificar os principais riscos envolvidos. Cláudio mencionou que estava tendo pensamentos suicidas, sendo que esta fala também merece atenção.

Serviços como CRAS (Centro de Referência de Assistência Social) e CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social), que atuam junto a pessoas em situação de risco social, se mostram como equipamentos para os quais Wilson e Cláudio

poderiam ser encaminhados. Além disso, outra ação pertinente seria a vinculação com a UBS (Unidade Básica de Saúde) da região para avaliação e atenção à saúde do idoso. Por fim, aponta-se para a potência dos Centro de Convivência de idosos que realizam diversas atividades que contribuem para o processo de envelhecimento saudável, o desenvolvimento da autonomia e sociabilidade. Cada encaminhamento deve ser ponderado tendo em vista os serviços disponíveis em cada município.

Por meio dos relatos dos atendimento com os idosos, é possível observar que o processo de envelhecimento ocasiona diversas mudanças que vão além das questões orgânicas. É comum que ocorram perdas no âmbito social, financeiro e familiar, gerando consequências para a vida do indivíduo. Acerca do tema, será apresentado um caso no qual tais questões foram presentes e trouxeram repercussões significativas:

Adolfo, 66 anos, chegou ao plantão psicológico muito comovido, chorando alto e falando sem parar, sendo muito difícil entender sua fala. Logo no início deu pra perceber que estava alcoolizado. Disse que depois que perdeu a esposa e a família, caiu em depressão. Em depressão, pensando em se matar, um amigo o levou para sair e a partir daí, ‘caiu nas bebidas’. Atualmente estava em um relacionamento, e chorando, dizia que a família dela já o havia roubado. Voltava a falar do passado, da infância no sítio, numa fala desorganizada, contando que já tinha tido um emprego no qual era bem sucedido, que ajudava as pessoas e que era uma pessoa boa.

A partir da fala de Adolfo, é possível inferir uma dificuldade da aceitação do seu envelhecimento, na qual apresenta algumas atitudes relacionadas à juventude, inclusive, em diversos momentos do atendimento fazia um retorno à essa época da vida. Para Barboza, Silva, Lino, Silva e Cordeiro (2015, p. 1), “a aposentadoria, perda de parentes e amigos, internações hospitalares, despontam algumas situações estressantes que podem levar a quadros de abuso de álcool e outras drogas na terceira idade”. Adolfo relata que iniciou o consumo do álcool após a perda da mulher e da família, fato que evidentemente foi muito

marcante em sua vida. Diante desta situação, entende-se que um encaminhamento viável seria para o Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas, (CAPS AD), serviço especializado para atender esse tipo de demanda.

Outro caso que será apresentado relaciona-se à perda da autonomia financeira, de dificuldades no relacionamento com as filhas e a esposa, onde após a aposentadoria, a pessoa em questão tornou-se dependente financeiramente da família:

Aparecido, 61 anos, foi encaminhado pela UBS ao plantão psicológico, devido à presença dos seguintes sintomas: dermatite nas pernas e queixas de dores por todo o corpo. Relatou que sua filha mais velha, que morava com ele, não o respeitava, constantemente o agredia verbalmente e controlava todo o dinheiro que o pai recebia de aposentadoria. Revelou que essa situação havia se iniciado logo após a sua aposentadoria, 10 anos atrás, e que como passou a ficar mais tempo em casa com a família, as brigas com a filha pioraram; e os desentendimentos o incomodaram mais. Durante o atendimento, Aparecido questionava a plantonista frequentemente solicitando que ela indicasse se a atitude da filha, de desacatar o pai, estava correta. Apontava, durante a sessão, que o relacionamento com a esposa não estava bom, que não tinham relações sexuais havia muito tempo, devido às inseguranças da mulher com o próprio corpo, mas que nunca foi uma questão para ele. Mais ainda, se queixou, com grande insatisfação, que nos episódios em que ocorriam brigas com sua filha mais velha, sua esposa nunca o havia defendido, mesmo relatando que sempre havia sido um marido exemplar e nunca tendo deixado faltar nada a ela.

Inicialmente, pode-se ponderar que, em decorrência de Aparecido ter chegado ao plantão psicológico por meio de um encaminhamento da UBS que frequentava, a causa dos adoecimentos em seu corpo poderiam estar vinculados a problemas de ordem emocional. Pode-se refletir sobre o sofrimento do idoso frente ao novo arranjo familiar estabelecido,

haja vista que a figura de pai e homem de família não era mais respeitada frente às filhas.

Aparecido apontou que passou a ser desvalorizado quando havia se aposentado, fato que possivelmente o destituiu de uma posição mais ativa em sua família, como de homem que trabalha e que traz o sustento de casa. Portanto, agora havia se tornado passivo frente às situações com as filhas e a esposa. Ao longo da sessão, o insistente questionamento de Aparecido para a psicóloga, ao buscar saber se a atitude da filha em desacatar o pai estaria correta, mostra a incerteza do idoso sobre sua nova realidade, ao ponto em que nem o paciente saberia dizer que a atitude da filha era correta ou não. Além disso, Aparecido também apresentou questões concernentes à sexualidade, com a falta de relações sexuais com sua esposa se configurando como uma das causas de seu relacionamento não estar bem, devido às inseguranças da mulher frente a seu corpo. Percebe-se, assim, a necessidade de encaminhamentos mais efetivos como por exemplo, informar sobre a existência de serviços como a psicoterapia de casal e família ofertados no mesmo serviço no qual o plantão psicológico é realizado, assim como a possibilidade de acionar os serviços de assistência social em decorrência dos direitos infringidos do idoso.

No caso de Gilberto, é possível ver uma somatória de tendências ao isolamento social, algo que pode ser exacerbado pela propensão ao isolamento, característica da terceira idade:

Gilberto, 76 anos, chegou ao plantão psicológico relatando que tinha uma espécie de ansiedade que nunca passava. Carismático e sorridente, pôs-se a falar tranquilamente. Estava fazendo uso de algumas medicações há um tempo, mas não sentia mais efeito algum. As idas frequentes aos prontos socorros por causa de um desconforto no estômago já indicavam a presença de outros incômodos: estava se questionando o que ainda poderia fazer da vida depois de tudo que já havia feito, da forma como fez. Utilizou-se do atendimento para compartilhar alguns prazeres que encontrou no caminho, assim como os desprazeres que sempre o acompanharam. Sua história era marcada por repetidas interrupções nos relacionamentos, seja com a

família, amigos ou esposa. Nessas interrupções, sempre se reconhecia como alguém que não gostava muito do contato com as outras pessoas e sempre havia sido mais ‘calado’. Isso repercutia principalmente com sua esposa e seus filhos, que diziam estar cansados de tentar ajudá-lo, justamente por seu perfil mais introspectivo e de pouco falar. Em oposição a isso, durante o atendimento conseguiu falar sobre suas experiências acompanhado das interrogações do plantonista.

Nota-se grande busca por um sentido de vida, apontando para uma provável dificuldade na adaptação à nova realidade, a qual já não era mais a mesma de anteriormente. A contribuição que o plantão psicológico refere-se à reflexão sobre os caminhos que poderiam ser tomados para que tais demandas fossem atendidas. Com isso, observou-se a demanda por uma vinculação, que desencadeou o encaminhamento para um trabalho em grupo. Compreende-se que as intervenções psicológicas grupais podem proporcionar ao paciente o contato com outros indivíduos do seu grupo social, colocando-o de frente a diferentes formas de vivenciar o mesmo fenômeno, o que possibilita o desenvolvimento de formas mais adaptadas de enfrentamento e a descoberta de interesses que contribuam para um realinhamento com o sentido de vida que estava em busca.

Atendimento *on-line* a pacientes idosos

Durante a pandemia COVID-19, o plantão psicológico iniciou os atendimentos de forma remota, abrangendo a população maior de 18 anos residente da cidade de Londrina e região, por meio da plataforma de videoconferências, *Google Meet*. Em alguns poucos casos, foi utilizado o *Whatsapp*. As inscrições eram realizadas por meio de um formulário de inscrição um dia antes dos atendimentos, que aconteciam nas quartas-feiras, no período vespertino. Dentro deste cenário, alguns idosos se inscreveram para o atendimento, discorrendo sobre questões próprias da terceira idade, discutidas a partir de dois casos.

Sabe-se que diversos idosos apresentam dificuldades e limitações referentes aos recursos tecnológicos, sendo que a inserção do idoso no meio digital possibilita o contato com novas experiências e vivências. Muitos necessitam do auxílio de pessoas próximas, frequentemente familiares, para facilitar o acesso às tecnologias. A dificuldade de acesso técnico ficou evidente na baixíssima proporção de inscritos acima dos 60 anos em comparação com as outras faixas etárias, com apenas três casos entre os 152 atendimentos realizados ao longo do ano de 2020. Considera-se que, além das limitações tecnológicas, mostra-se como uma população que não possui afinidade com serviços de Psicologia em geral, destarte, o enquadre *on-line* apenas acentua uma tendência já apresentada.

Foram selecionados dois casos para ilustrar a prática com idosos na modalidade *on-line*. O primeiro caso apresentado diz respeito a uma idosa de 69 anos, aqui intitulada como Carmem. A filha realizou a inscrição para o plantão e deu o suporte tecnológico necessário nos primeiros momentos do atendimento. Carmem começou relatando que tinha medo de diversas coisas após a morte do filho, sendo acompanhada pelo serviço de psiquiatria e fazendo uso de variadas medicações. Aponta para uma dependência da filha, por confiar apenas nela e não conseguir sair de casa:

Começou a ficar com muito medo, (sair sozinha, ficar sozinha em casa, dormir à noite) depois que seu filho morreu há um ano. Passou a sentir coisas estranhas. Seu filho teria 45 anos. Ele fazia tratamento com psiquiatra desde os dezessete anos, ‘tinha problemas na cabeça’ (sic), era muito agressivo. Ele adoeceu quando estava internado em um hospital psiquiátrico. Um dia ligaram para ela ir visitá-lo porque ele estava doente, disseram que estava com uma gripe forte. Ao notar que não estava bem, quis tirá-lo de lá para levá-lo a um hospital geral, mas não deixaram retirá-lo da instituição. No dia seguinte, ligaram na sua casa dizendo que seu filho tinha sido levado para um hospital geral e de lá foi encaminhado novamente para outro hospital geral. Neste hospital, foi entubado e em cinco dias veio a óbito. Depois disso, ficou muito inconformada com a

situação. Passou a não dormir de tanto medo. Hoje não sai de casa mais, só confia na filha. Tem outro filho que mora com ela, 'ele bebe muito' (sic). Quando chega em casa bêbado, grita e briga com as pessoas da casa e com os vizinhos, demonstrando muita agressividade, mas com ela não. As duas filhas restantes moram em outra cidade. Atualmente não tem vontade de fazer as coisas em casa, quer ficar mais deitada, sente-se desanimada. Foi ao psiquiatra particular e está tomando medicação (sua filha que a levou). Não quis ir ao CAPS porque descreve que lá é um lugar marcado.

No caso de Carmen, fica explícito o distanciamento mencionado que os idosos possuem em relação à Psicologia e aos serviços de saúde mental, quando menciona que não buscou o serviço público por ser um lugar "marcado" (sic), demonstrando como possui uma visão estigmatizada do local. Como o plantão oferece o atendimento de forma remota, tais desconfortos que poderiam ser gerados pelo ambiente clínico tradicional são minimizados.

Enquanto queixa, é possível notar que Carmen está vivenciando um luto preocupante, causador de diversos medos. Talvez a morte precoce de seu filho a tenha colocado frente à sua própria finitude e a ideia de estar rodeada de pessoas que despertam desconfiança diante de um possível adoecimento lhe causa severas angústias. Hipoteticamente, é uma possibilidade, porém tais questões seriam melhor trabalhadas em psicoterapia individual. O que o serviço pôde oferecer nesse caso foi a escuta e o acolhimento. Tentou-se encaminhá-la para psicoterapia, mas a paciente não demonstrou interesse em receber acompanhamento psicológico. A alternativa encontrada foi orientá-la em dar continuidade ao tratamento psiquiátrico, para que não houvesse um desamparo profissional frente a um quadro de luto agravado.

No segundo caso relatado, o paciente também necessitou de auxílio técnico para fazer uso do serviço. Sua filha preencheu o formulário de inscrição e foi à sua casa no dia anterior ao atendimento, para que pudesse dar as orientações necessárias que possibilitaram a realização do atendimento. Odair teve dificuldades

para utilizar o *Google Meet*, de maneira que a filha questionou a equipe se a sessão poderia ser realizada por *Whatsapp*, pois facilitaria o acesso para Odair. Tal fato evidencia que a equipe profissional precisa ter alternativas diante da solicitação quanto às adaptações, com a compreensão de que algumas ferramentas acabam sendo mais complexas para certos grupos, prejudicando o acesso ao serviço. A busca pelo plantão psicológico foi decorrente do fato da esposa tê-lo deixado, demonstrando que estava enlutado por conta do fim do casamento:

Odair, 78 anos, apresentou queixas relacionadas ao desânimo e tristeza porque sua esposa havia deixado-o depois de vinte e cinco anos de casamento. Fazia uns quinze dias que ela havia ido embora após uma discussão que os dois tiveram. Ambos falaram um para o outro coisas desagradáveis. Ele havia ido atrás dela, porém de forma alguma ela quis voltar. Foi para a casa de um dos filhos. Na semana anterior, a ex-mulher esteve em sua casa e levou o que quis embora. A ama muito e é difícil aceitar a separação. Ela foi seu segundo casamento, não aceito por seus filhos e irmãos, que acabaram se afastando dele. No momento, tinha um irmão que conversava com ele e sua filha que morava na mesma cidade, o restante residia em outro local. Segundo ele, trabalhou a vida inteira e fez de tudo para 'dar do bom e do melhor' a ela. Não entende porque sua esposa o largou. De uns tempos para cá, vinham se desentendendo por conta dos filhos dela. Começou a trabalhar com cinco anos de idade, casou-se com dezessete anos. Seu primeiro casamento durou treze anos, finalizando com o falecimento de sua esposa, com quem teve quatro filhos. Está apegando-se a Deus para melhorar e indo três vezes por semana ao culto de sua igreja e os pastores de lá estão conversando e lhe dando conselhos. Queria desabafar e falar com alguém sobre como estava se sentindo porque não estava tendo com quem conversar.

Após o atendimento, o paciente compartilhou uma foto de si por meio de mensagem de *Whatsapp* para o número institucional da Clínica Psicológica para mostrar como estava se sentindo

melhor, como se estivesse enviando um recado para uma pessoa com quem possuía uma relação próxima, algo que pode ser considerado como evidência da transferência realizada com a plantonista. Com uma queixa bem pontual, não houve necessidade de se realizar um encaminhamento para Odair. Contudo, pensa-se que foi proporcionada uma experiência satisfatória para o paciente, o que pode contribuir para que ele busque assistência psicológica no futuro, caso necessite.

Percebe-se que as duas pessoas atendidas expuseram queixas de perdas, algo muito característico do momento de vida do idoso. Ambos estavam em momentos de readaptação, porém com formas de enfrentamento bem diferentes. Carmen demonstrou uma forma menos adaptada, evidenciando uma maior falta de recursos psíquicos para lidar com o luto. Como esta paciente não teve interesse em realizar psicoterapia, um encaminhamento possível seria deixar o serviço de plantão psicológico aberto para que ela retornasse quando achasse necessário, aumentando o leque de alternativas para possíveis situações de desamparo. A mesma oferta poderia ser feita a Odair, para que soubesse para onde recorrer em momentos de crise, já que o paciente não havia demonstrado interesse ou desejo de se engajar em um processo de psicoterapia.

Considerações finais

Apesar de no passado a psicoterapia com idosos não ser considerada como algo pertinente, indicando não haver uma plasticidade cerebral nesse momento de vida que favoreça as mudanças psicológicas, nota-se que tal compreensão foi se alterando com o passar dos anos, observando-se ser válida a oferta de atendimento psicológico a esse público. No que se refere ao plantão psicológico realizado no contexto da Clínica Psicológica da UEL, percebeu-se que essa intervenção contribuiu para a orientação da população atendida frente às possibilidades de redes de apoio que o idoso pode recorrer para buscar maior amparo quanto à sua queixa.

Contudo, o serviço também se mostrou como espaço de escuta para indivíduos que não possuíam interesse em iniciar um tratamento psicoterapêutico. Porém percebe-se que nessas situações é possível oferecer uma experiência positiva com a Psicologia, o que pode colaborar para uma quebra dos estigmas que o indivíduo, principalmente o idoso, possui com a área e volte a buscar atendimento caso sinta necessidade no futuro, apontando para a importância de um serviço como esse.

Referências

Altman, M. (2011). O envelhecimento à luz da psicanálise. *Jornal de Psicanálise*, 44(80), 193-206. Recuperado em 09 de junho de 2020, de

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352011000100016&lng=pt&tng=pt.

Beauvoir, S. (1990). *A velhice*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Brasil, K. T. R., Barcelos, M. A. R., Arrais, A. R., & Cárdenas, C. J. (2013) A clínica do envelhecimento: desafios e reflexões para a prática psicológica com idosos. *Aletheia*, 40, p.120-133. Recuperado em 13 de julho de 2020, de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=115028988011>.

Barboza, F. L. G., Silva, J. M., Lino, J. C. S., Silva, J. C., & Cordeiro, R. A. (2015). Dependência química em idosos e as implicações nas políticas em tempos de crise. *Anais do Congresso Internacional de Envelhecimento Humano*, p.1-6.

Campos, A. C. V., Rezende, G. P. de, Ferreira, E. F., Vargas, A. M. D., & Gonçalves, L. H. T. (2017). Funcionalidade familiar de idosos brasileiros residentes em comunidade. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30(4), 358-367. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700053>

Dourado M. C. N., Sousa, M. F. B., & Santos, R. L (2012). Ensinando psicoterapia com idosos: desafios e impasses. *Revista Brasileira de Psicoterapia* 14(1), 92-102. Recuperado em 29 de julho de 2020, de http://rbp.celg.org.br/detalhe_artigo.asp?id=84

Duarte, L. F. (2008). *Um serviço de atenção psicológica a terceira idade: à procura da demanda*. (Dissertação de Mestrado) Programa de Pós-Graduação em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Ferreira, A. M. S., & Borges, E. (2019). Encontros-a fala, a escuta e o fazer-alterando o cotidiano de idosos institucionalizados. *Revista Longevidade*, 1(2), 38-44. Recuperado em 18 de maio de 2020, de <http://revistalongevidade.com.br/index.php/revistaportal/article/download/773/834>.

Freud, S. (1905/2016) Psicoterapia. In: S. Freud, *Obras Completas*, v. 6 – *três ensaios sobre a teoria da sexualidade, análise fragmentária de uma histeria ("o caso Dora") e outros textos (1901-1905)*. São Paulo, Companhia das Letras.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. (2020). *Censo 2020*. Recuperado de: <https://censo2020.ibge.gov.br/2012-agencia-de-noticias/noticias/24036-idosos-indicam-caminhos-para-uma-melhor-idade.html>.

Ramos, M. T. (2012). *Plantão psicológico em instituição de longa permanência para idosos: um estudo fenomenológico*. (Mestrado em Psicologia). Centro de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas. Recuperado em 18 de maio de 2020, de <http://tede.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br:8080/jspui/handle/tede/288>.

Rebelo, H. (2007). Psicoterapia na idade adulta avançada. *Análise Psicológica*, 25(4), 543-557. Recuperado em 18 de maio de 2020, de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312007000400001&lng=pt&tlng=pt.

Reis Filho, J. T., & Santos, G. C. (2007). O desafio da clínica psicanalítica com idosos. *Psicologia Clínica*, 19(2), 45-55. <https://doi.org/10.1590/S0103-56652007000200004>.

Silva, M. P., Lôbo, M., & Marinho, R. S. (2013). Psicoterapia breve psicodinâmica com idoso: uma possibilidade para a qualidade de vida. *Psicologia.pt: o portal dos psicólogos*. Recuperado em 31 ou 2021, de <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0747.pdf>.

Wheelock, I. (1997). Psychodynamic Psychotherapy with the older adult: challenges facing the patient and the therapist. *American Journal of Psychotherapy*, 51(3), 431-444. Recuperado em 16 de julho de 2020, de <https://psychotherapy.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.psychotherapy.1997.51.3.431>.



O sofrimento psíquico na universidade e o plantão psicológico

**Mariany Puerta Pereira
Felipe Antonio Machado
Maicon Ian Santos Pardim
Rodrigo Boschilia Gallo
Maíra Bonafé Sei**

Aspectos do sofrimento psíquico de universitários

Como se escolhe as profissões? Por que se conecta a certas teorias, matérias e conhecimentos? O que faz o indivíduo pensar em seguir determinada carreira profissional? Será que tais escolhas estão relacionadas com os pais? Com os avós? São questões muito interessantes e, com elas, pode-se pensar nos componentes que atuam para que, no final da adolescência, sejam sustentadas as predileções que tocam a esfera profissional. Afinal de contas, é justamente nesse período que são realizadas as escolhas profissionais.

Entretanto, este é um período permeado por diversas dificuldades, com indecisões se manifestando a todo momento. As múltiplas opções conectadas às premissas referentes ao modo pelo qual o ordenamento social se dispõe certamente influenciam na tomada de decisão. Entende-se que o campo social apresenta uma série de exigências, que estão incluídas em molduras normativas e fundam, estruturam e concebem os caminhos pelos quais escolhemos nossas carreiras (Andrade et al., 2014). Além disso, é necessário incluir igualmente nesse tempo de decisões profissionais, aquilo que se vincula com a dimensão do desejo, isto é, os ideais parentais e nossas identificações, os quais também se conectam tanto às esperanças quanto às condições dos sujeitos (Caixeta, 2011). Observa-se, então, como este é um momento delicado, que implica em se ver face a exigências sociais, ideais parentais, identificações, esperanças e, aquilo que há de mais singular, o desejo.

No que diz respeito ao ambiente acadêmico, adentra-se esse espaço portando anseios, os quais contêm ideais narcísicos que são estimulados em diversos âmbitos, dentre eles: familiar, escolar, universitário e social. O empenho para conquistá-los resulta em angústia, já que está posta uma impossibilidade entre tais ideais e sua plena realização. Tem-se uma frustração, que se articula à percepção, pelo sujeito, acerca de seus próprios limites, somado ao fato do contexto social estar repleto de adversidades quanto ao alcance das expectativas, algo que pode acarretar em sofrimento psíquico (Caixeta, 2011). Nota-se, assim, elementos que apontam para a universidade como possível produtora de mal-estar, isto é, angústias, sofrimentos e frustrações.

Percebe-se que o espaço institucional da universidade pode produzir, então, esse sofrimento psíquico, apreendido a partir de sintomas como “absenteísmo, depressão, dependência química, melancolia, fobias, isolamento” (Xavier, Nunes, & Santos, 2008, p. 428-429). Pode-se incluir, segundo Caixeta (2011), “cefaleia, tremor, dores estomacal e intestinal, ansiedade por antecipação, tensão, desconforto físico e emocional, timidez, baixa autoestima, agressividade” (Caixeta, 2011, p. 55). Compreende-se que o espaço acadêmico é constituído por um cotidiano que está intimamente associado à composição de identidades e desejos, além de conflitos e exclusões, fatores que nos revelam as ambivalências e vicissitudes que compõem a existência humana (Xavier et al., 2008).

O sofrimento psíquico pode ser definido como “um conjunto de condições psicológicas, desencadeadas por situações reais, simbólicas ou imaginárias, que geram mal estar” (Caixeta, 2011, p. 59-60) e evidenciado por meio dos sintomas, sejam eles de cunho emocional ou relacional. Quanto às vivências de sofrimento no contexto universitário, elas podem ser classificadas em duas categorias: objetivas e subjetivas. As objetivas vinculam-se aos parâmetros educativos e sociais, tal como os procedimentos de ensino-aprendizagem, a avaliação quanto ao desempenho e a reprovação. Já as subjetivas correspondem aos aspectos pessoais e singulares que tocam o sujeito, marcam e são captadas enquanto

expressão do sofrimento, seja ele relacionado à timidez, baixa autoestima ou ansiedade (Caixeta, 2011).

Possibilidades de enfrentamento

A inserção na universidade e a transposição para uma vida universitária se configuram como um acontecimento na vida de um indivíduo que podem gerar problemas psicológicos e elevação dos níveis de sofrimento, desorganizando psiquicamente o sujeito. É pertinente refletir, então, acerca das estratégias e mecanismos que permitam a escuta e acolhimento desses indivíduos.

Na pesquisa de Teixeira et al. (2008), percebeu-se a importância que um contexto acadêmico bem estruturado em termos de informação e apoio tem para uma boa adaptação no início e decorrer do curso de graduação. Outro ponto levantado, concernente às redes de apoio, é que a recepção e a integração com os demais estudantes são fatores que auxiliam para a adaptação e manutenção universitária mais tranquila, na medida em que as interações interpessoais são fortalecidas, fazendo com que a busca e o recebimento de apoio sejam mais fáceis.

É no espaço coletivo que os indivíduos partilham suas expectativas e, no caso dos universitários, não é diferente. A partir do contato social, eles se apropriam dos mitos ou estruturas narrativas próprias de cada curso. Para Teixeira et al. (2008), são as explicações do tipo "no início é assim mesmo" ou "depois do segundo ano melhora" que auxiliam o universitário a dar sentido ao seu percurso na graduação, e assim, lidar também com as suas dificuldades que se apresentarão. Em consonância com esses pontos, pode-se observar que a importância da interação com os colegas não se restringe ao aspecto afetivo ou de amizade, mas a inserção social também possibilita ao estudante construir um sentido unificado acerca das suas experiências no curso, ajudando-o a desenvolver estratégias de ajustamento na universidade.

O estudo de Lima e Padilha (2020) apresenta dados obtidos por meio de uma experiência de recepção universitária desenvolvida com os calouros de Psicologia, a partir do Estágio

Básico do 6º período do curso de Psicologia da Universidade do Vale do Itajaí, que visou o acolhimento dos recém-chegados. O estágio, além de acolher, buscou trabalhar com os estudantes aspectos de identidade de grupo, integrá-los uns com os outros, com os estagiários e também com o espaço físico da universidade. Visou, ainda, a integração com a instituição, esclarecer as dúvidas sobre diversas questões do âmbito acadêmico e trazer-lhes esclarecimentos e formas de encarar esse novo mundo de possibilidades que o ensino superior oferece.

Com base nos resultados deste estudo, percebeu-se que incentivar a integração social dos estudantes facilita o crescimento pessoal, o que faz que seus medos e angústias sejam ouvidos e compartilhados. Apontam, igualmente, que o trabalho com os discentes pode ser considerado de extrema importância ao curso de Psicologia, por uma questão de compatibilidade com a profissão em questão, pois acolher faz parte dessa profissão, em qualquer contexto e espaço.

Como indicado por Fior e Mercuri (2003), outro fator que influencia para o surgimento ou não do sofrimento no universitário é a relação professor-aluno. Os professores interessados no aprendizado dos estudantes, os incentivam para tal e funcionam como estímulo para vinculação ao curso, por outro lado, os professores desinteressados fomentam o desengajamento dos discentes. Simultaneamente à relação professor-aluno, as atividades extracurriculares que podem ser realizadas também contribuem, na medida em que possibilitam aos estudantes se integrarem ainda mais à dinâmica do curso, conhecendo outros colegas e professores, tendo ainda a oportunidade de explorar aspectos da formação não contemplados na sala de aula (Fior & Mercuri, 2003).

O plantão psicológico na universidade

Em decorrência das problemáticas que circundam o viver de cada sujeito dentro do contexto universitário, torna-se necessário pensar em propostas institucionais que façam frente a essas demandas surgidas na universidade. Com isso, o plantão

psicológico é visto no cenário universitário como uma alternativa, proposto como uma estratégia e um dispositivo institucional do campo psi capaz de acolher parte dessa demanda do sofrimento psíquico na academia.

O plantão psicológico tem sua inscrição no contexto universitário como uma via de intervenção psicológica, instrumentalizado por atendimentos individuais, com caráter pontual e centrado naquilo que o discurso do sujeito que o procura coloca como demanda. O plantão psicológico tem seu enfoque em casos de urgência e emergência psicológica. Com isso, sua proposta centra-se na oferta de um espaço de escuta e acolhimento para o sofrimento - interpretado pelo plantonista como demanda subjetiva - possibilitando que a pessoa atendida seja capaz de ser ouvida e acolhida. O indivíduo em atendimento partilha seu sofrimento com o plantonista, que o direciona para que ele próprio seja capaz de reorganizar a sua posição subjetiva pela verbalização do sofrimento por meio do discurso transmitido pela fala e estruturado pela linguagem. Sendo assim, o sofrimento desorganizado tem a possibilidade de ser ressignificado e encontrar um destino.

Tassinari e Durange (2011) definem o plantão psicológico como um tipo de atendimento que possui a sua própria especificidade e funcionalidade dentro dos tipos de serviços oferecidos pela clínica psicológica. É um atendimento imediato de sessão única com duração de 50 minutos que visa receber qualquer pessoa em que seu sofrimento configure um caso de urgência e, se o plantonista entender como necessário, realiza o encaminhamento dessa pessoa para outros serviços de psicologia, de atenção à saúde em geral ou demais tipos de encaminhamentos pertinentes a cada caso. O plantonista, por meio de uma escuta sensível e empática, vai auxiliar a pessoa a buscar alternativas ainda não exploradas, que podem propiciar uma nova interpretação para a narrativa de sofrimento trazida como demanda para o plantão psicológico. É válido ressaltar que o retorno ao plantão psicológico e encaminhamentos para outros serviços são decisões conjuntas do plantonista e da pessoa em atendimento.

Tendo em vista o modelo e a prática do plantão psicológico no serviço-escola do curso de Psicologia, é correto afirmar que o interesse da mesma não se orienta com o intuito de vir a substituir a prática clássica da psicoterapia e demais tipos de intervenção psicológica. Ele é entendido como uma diferente ferramenta da clínica psicológica, desenvolvida para dar suporte e sustentação às demais práticas clínicas, direcionando sua atuação aos casos de emergência psicológica.

Algo que é comum na maioria dos serviços-escola dos cursos de Psicologia é a extensa fila de espera existente, tornando difícil a oferta de atendimento psicológico para todas as pessoas que procuram o serviço. Pondera-se que muitos casos de urgência, de pessoas em crise, não têm a possibilidade de aguardar o atendimento em um momento futuro, distante daquele no qual ocorreu sua crise, observando-se que seu sofrimento, se não acolhido e ressignificado, pode se agravar (Rosário & Kyrillos Neto, 2015). Então, tempo para a espera se mostra como algo que esses sujeitos não possuem.

O processo psicoterapêutico, como seu nome indica, se mostra como algo que demanda um tempo para ser empreendido, gerando a necessidade de uma espera, seja para o paciente em relação às mudanças concernentes à queixa que motiva a busca pelo atendimento, seja quanto à abertura de vagas para novos interessados. Tem-se limitações referentes ao espaço físico e número de salas, disponibilidade de indivíduos capacitados para realizar os atendimentos e de profissionais para supervisão das sessões. Portanto, o plantão psicológico pode ser pensado como um modelo alternativo por se adaptar à parte dessas limitações e, assim, facilitar o acesso à atenção em saúde mental.

Neste sentido, Pan, Zonta e Tovar (2015) apresentam a experiência da prática denominada como plantão institucional, realizada pelo Centro de Assessoria e Pesquisa em Psicologia e Educação na Universidade Federal do Paraná. Indicam que o acolhimento psicológico foi realizado a partir da ótica das Entrevistas de Acolhimento, inicialmente ofertado por meio de estágio da área de Psicologia Educacional e depois delineado como um projeto de ensino, pesquisa e extensão. Entre junho de 2013 a

dezembro de 2014 foram atendidos 279 estudantes, dentre os quais foram selecionados 27 destes sujeitos para a participação em uma pesquisa de avaliação do atendimento realizado. Por meio deste contato, notaram que muitos participantes apontaram como positivo o fato de terem sido atendidos por outro estudante da universidade, implicando em menor tensão, entendendo que os plantonistas partiriam de um ponto de vista similar. Valorizaram a agilidade no atendimento, com resolução das questões na própria entrevista de acolhimento, sem necessidade, em muitos casos, de encaminhamento para outros serviços.

Ainda de acordo com Pan et al. (2015), outro ponto interessante a ser levantado é o fato de os plantonistas que ofereciam atendimentos pelo plantão psicológico aos universitários da Universidade Federal do Paraná serem estudantes do curso de Psicologia, fazendo deles, também, estudantes daquela instituição de ensino. Diante disso, estabelece-se uma relação de proximidade entre as duas partes do atendimento, já que o estudante ali identificado na posição de plantonista ainda possui a vivência do cotidiano universitário, ocupando posições semelhantes na hierarquia universitária, enquanto discente, compartilhando um certo estranhamento e distanciamento do discurso institucional da universidade. Sendo assim, o estudante-plantonista é capaz de reconhecer, legitimar, como também oferecer uma leitura diferente da situação, apresentada como demandas pelo universitário que procura ajuda.

Nesta lógica, os estudantes que foram atendidos pelo plantão psicológico ainda apontam a atitude/conduta profundamente acolhedora dos plantonistas que realizavam atendimentos. Descrevem que nos atendimentos oferecidos pelos plantonistas existia uma enorme valorização da pessoa que estava ali buscando atendimento, um sentimento de reconhecimento perante as angústias, demandas e sofrimentos. Ademais, os estudantes que buscavam o serviço do plantão psicológico se sentiam, em certa medida, auxiliando os estudantes-plantonistas em sua formação, como uma forma de contribuição e retribuição ao atendimento prestado por eles. Para os plantonistas, os atendimentos se configuravam como um exercício de aprendizado

teórico, ou seja, podiam colocar em prática o conhecimento teórico aprendido durante as aulas e supervisões (Pan et al., 2015).

Ainda sobre o plantão psicológico oferecido aos estudantes universitários, Souza Amaral, Lopes, Migliorini e Coelho (2015) discorrem sobre a prática empreendida na Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, campus Assis (UNESP-Assis). Indicam que este tipo de intervenção passou a ser realizada após a busca dos discentes pelo acolhimento psicológico. Os atendimentos foram realizados por estudantes de Psicologia do 4º e 5º ano, organizando plantões diários, com sessões de 50 minutos. Notaram maior presença do público feminino e de estudantes do 1º ano de graduação, podendo-se refletir sobre os impactos que a entrada da pessoa na universidade pode gerar.

O período da pandemia implicou na necessidade de ajustes nos dispositivos clínicos, com várias intervenções clínicas passando a ser oferecidas de forma *on-line*. Bezerra, Moura e Dutra (2021) descrevem o plantão psicológico realizado na Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Trata-se de uma intervenção oferecida presencialmente desde 2011 e que, com a pandemia da COVID-19, passou a ser realizada na modalidade *on-line*, por meio de preenchimento de formulário eletrônico e atendimento via *Skype*. O público feminino foi responsável pela maior parte do público atendimento, com ênfase para discentes do curso de Ciência e Tecnologia, seguidos pela Enfermagem e Ciências Biológicas, com queixas de ansiedade, dificuldades acadêmicas, conflitos familiares, cobranças por produtividade e problemas concernentes a relacionamentos amorosos (Bezerra, Moura, & Dutra, 2021). Apesar de nem todas as queixas se relacionarem à universidade, observou-se a existência de problemáticas relativas às questões institucionais.

Na Universidade Estadual de Londrina, o plantão psicológico era oferecido, na modalidade presencial, diariamente no horário do almoço da comunidade acadêmica, das 12h às 14h, e das 8h às 18h na quarta-feira. Não era necessário agendamento prévio, bastando a pessoa se dirigir à Clínica Psicológica no período em que os atendimentos eram oferecidos, em tempo hábil para a realização da sessão. Na modalidade *on-line*, proposta com a

pandemia da COVID-19, restringiu-se a residentes em Londrina e região, com atendimentos efetuados nas quartas-feiras, das 12h às 18h, com necessidade de inscrição prévia efetuada no dia anterior, por meio de formulário eletrônico. Os discentes da universidade, entretanto, poderiam estar residindo em outras regiões, desde que mantendo o vínculo com a instituição de ensino, haja vista que as aulas estavam ocorrendo de forma *on-line*, não demandando que os estudantes estivessem morando em Londrina. Os atendimentos do plantão psicológico *on-line* ocorriam por meio do *Google Meet*, mesma plataforma usada para as aulas e supervisões na universidade, e o agendamento era informado por meio de mensagem de e-mail e pelo *WhatsApp* institucional (Paiva, Caruba, Sei, & Ortolan, 2020).

Ilustrações Clínicas

A partir desse panorama, objetiva-se discorrer sobre casos de estudantes universitários atendidos por meio do plantão psicológico, com questões concernentes ao sofrimento psíquico no contexto acadêmico. Sobre tal tema, percebeu-se que foi recorrente a aparição de discursos relacionados à frustração da vida acadêmica, preocupação frente à quantidade excessiva de atividades, dificuldade nas relações interpessoais e alto nível de estresse decorrente da graduação. Serão apresentadas ilustrações clínicas relativas a plantões psicológicos, para exemplificar tais aspectos e relacionar com a literatura sobre o tema.

Caso 1: Heloísa (nome fictício), 20 anos, afirmou que estava tendo crises nas três semanas anteriores, quando se sentia abandonada ou quando lidava com frustrações em relação à faculdade. Afirmou que o curso era muito difícil, com carga horária muito alta. Pensa que não poderia reprovar por não ser justo com seus pais, que moram em outra cidade e, com a reprovação, teriam que sustentá-la um ano a mais. Sente-se triste por não ter voltado para sua cidade há muito tempo. Indicou que era difícil pela cobrança da faculdade e também por dinheiro.

Caso 2: Nayara (nome fictício), 20 anos, queixou-se de autocobrança e cobrança dos professores. Afirmou que tinha “professores arrogantes”, o que a levava a se sentir mal. Indicou que não tinha tempo para fazer nada para si. Procurou o plantão psicológico sem saber muito como funcionava, mas disse querer iniciar tratamento psicológico. Disse que às vezes se percebia “em surto”. Ao ser questionada sobre o que seria esse surto, falou que era quando chorava incontrolavelmente diante de alguma situação que não conseguia lidar, como fazer algum trabalho acadêmico. Relatou que não tinha mais horário para nada além da faculdade e que se sentia estressada o tempo todo.

Caso 3: Daniela (nome fictício), 19 anos, foi indicada a procurar o plantão a partir de um atendimento realizado no ambulatório do hospital vinculado à universidade. Chegou lá sentindo muita dor no peito e dificuldade para respirar, porém, ao chegar no plantão já estava se sentindo melhor. Os sintomas começaram no dia anterior, contudo, ela não conseguiu citar uma situação específica relacionada ao que estava sentido, tendo apenas citado que possuía muitos trabalhos acumulados. Referiu uma preocupação por procrastinar. Disse que só estudava e sentia que deveria realizar suas tarefas de forma mais organizada e não deixar tudo para última hora, todavia, sempre acabava achando outra coisa pra fazer.

Caso 4: Fernanda (nome fictício), 23 anos, disse que procurou atendimento por não estar conseguindo estudar. Relatou também problemas com a questão financeira e problemas de relacionamento. Disse que não conseguia se concentrar, pois não sabia se estava seguindo o rumo que gostaria em sua vida. Faz uma pós em licenciatura e outra em saúde mental, sendo que a primeira ocorria por meio do ensino a distância.

É fato que estudantes universitários acometidos pelos diversos sintomas descritos acima estão vivenciando uma experiência de grandes mudanças. Entendemos que os sintomas apresentados, apreendidos a partir da produção sintomática, estão

relacionados com “as representações pulsionais recalçadas e os afetos que se articulam, inconscientemente à posição do sujeito frente à castração e ao desejo do Outro” (Caixeta, 2011, p. 76-77). Diante disso, pode-se traçar observações acerca da angústia, afinal de contas, tal afeto está intrinsecamente conectado às vivências de sofrimento psíquico e, no caso do ambiente acadêmico, não poderia ser de outra forma.

Em todos os casos, fica evidente a forma como a universidade exerce algum tipo de angústia sob o indivíduo. Obviamente nenhum caso é igual ao outro, mas não se pode negar os aspectos em comum entre eles, tais como a queixa do excesso de trabalhos, ampla carga horária e incertezas quanto à própria capacidade de finalizar a graduação.

No caso de Heloísa, observa-se sua frustração frente às exigências do curso e o receio de não conseguir cumpri-las. Identifica-se adicionalmente a preocupação com a família que, além de estar distante, a sustenta morando em outra cidade. As consequências que teria caso falhasse no curso também se evidenciam como um ponto importante em seu discurso.

Casos como o de Heloísa, de discentes que se encontram em cidade diferente da família, são recorrentes no serviço-escola. O fato de não ter uma rede de apoio próximo e estar em uma cidade desconhecida, junto às preocupações eminentes da própria graduação, pode, evidentemente, produzir ansiedades no sujeito. Questões que tocam tanto o âmbito narcísico quanto o campo dos ideais sociais vão somar na composição da angústia (Caixeta, 2011).

Tanto para Heloísa, quanto para Fernanda, a questão financeira se caracteriza como um dos elementos que causam empecilhos e problemas para a continuação dos estudos universitários. A relevância deste tema para o ambiente universitário está entrelaçado e influencia na manutenção da graduação, haja vista envolver aspectos concernentes à alimentação, aquisição de materiais, pagamento de transporte e diversas outras demandas. Segundo Castro (2017) e Guimarães, Moraes, Barboza e Mesquita (2020), os problemas financeiros são

fatores que podem gerar ansiedade, expectativas, aflições e situações de enfrentamentos para o estudante universitário.

No caso de Nayara e de Daniela, percebe-se o excesso de trabalhos acadêmicos e a ampla carga horária. Especificamente, no caso de Nayara, nota-se como a relação com os professores pode ser um estímulo a mais para mais aflições. Os professores ocupam uma posição de detentores do saber e, com isso, o vínculo com eles passa a portar atributos demasiadamente relevantes, o que atualiza sentimentos de êxtase e fracasso perante o olhar daquele que sabe, daquele que tem posse do saber (Xavier et al., 2008). Angústias derivadas das relações aluno e professor também são percebidas no caso de Breno:

Caso 5: Breno (nome fictício), 28 anos, relatou sofrimento em virtude das cobranças e exigências realizadas por parte do orientador do mestrado. Tais questões aparecem até mesmo em pesadelos. Possui dificuldade em dormir "desde sempre" (sic), pois não consegue parar de pensar em situações do passado e do futuro. Com relação ao futuro, Breno pensa a respeito de onde estará: se estará fazendo doutorado ou não, se estará trabalhando ou não. Com relação ao passado, cria situações hipotéticas: como seria se não tivesse vindo estudar na cidade; como seria se não tivesse escolhido esse orientador. Se questiona se seria mais feliz ou não. Se queixa de dores de cabeça que aumentam conforme as datas de entrega dos trabalhos e das reuniões com o orientador se aproximam.

Além dos problemas com seu orientador de mestrado, Breno externaliza preocupações com o futuro acadêmico e profissional, algo muito comum nos momentos de finalização de um curso. O questionamento sobre o que fazer no futuro tem relação estreita com as relações familiares e sociais, visto a expectativa de espera sucesso profissional e financeiro em relação àqueles que possuem curso superior. Freud (1915/2010) aponta que, ao longo do desenvolvimento, os indivíduos são atravessados por expectativas parentais e culturais que, quando introjetadas, formam ideias que guiam a vida do indivíduo. Porém, tais modelos norteadores podem ser grandes geradores de sofrimento caso não

sejam satisfeitos, pois possuem estreita relação com perdas narcísicas. Ou seja, não atender às expectativas do outro gera culpa por remeter ao medo de ser punido ou, até mesmo, não ser mais amado. Em consonância com o tema, pensando sobre a questão de ser amado, atender ou não as expectativas e, conseqüentemente, o medo da solidão e a perspectiva de pertencimento ou não ao grupo, pode-se narrar os receios referidos por Igor.

Caso 6: Igor (nome fictício), 23 anos, chegou relatando sobre o fato de não conseguir conversar com novas pessoas. Tem medo de no fim de sua graduação, ficar sozinho e 'sem amigos'. Disse que pensa nisso o tempo todo. Tem medo de ficar sozinho, mas também não gosta de estar rodeado por pessoas 'diferentes' (sic). Diz que se sente na obrigação de "dar atenção", mas não consegue.

Acredita-se que, a partir dos casos, é possível identificar a entrada e permanência na universidade como desafios constantes, na medida em que o conhecimento envolve aspectos cognitivos, sociais, físicos e emocionais. Compreende-se o espaço do acadêmico enquanto local no qual há ambivalências e vicissitudes, permeado por identidades, desejos, conflitos e exclusões, os quais dizem de um núcleo subjetivo que não é ouvido. Nota-se que o estudante incluído no espaço universitário, por um lado, pode reprimir certas manifestações subjetivas e de ordem inconsciente e, por outro, apresentar sofrimentos frente à rotina da academia e ao rigor científico. O plantão psicológico trabalha com aquilo que diz respeito ao sofrimento psíquico e, com isso, ser uma ferramenta para iluminar tal situação e favorecer que o sujeito se reconheça na sua história e perceba a fonte do seu sofrimento.

Considerações finais

Considera-se que o plantão psicológico junto aos estudantes universitários se mostrou como uma prática clínica interessante para esse público, por situar-se no próprio espaço da universidade, com oferta de horários que oportuniza a solicitação desse atendimento por parte dos discentes. Notou-se que as queixas elencadas pelas pessoas atendidas guardavam semelhanças com os

dados trazidos pela literatura, sinalizando o sofrimento psíquico que pode existir na (e em decorrência da) universidade. Assim, contar com um espaço de escuta, mesmo que de caráter breve e pontual, pode se configurar como um acolhimento dado pela instituição frente aos desafios que ela mesma propõe, cabendo a continuidade de tal tipo de oferta nos serviços-escola de Psicologia.

Referências

Andrade, A. S., Tiraboschi, G. A., Antunes, N. A., Viana, P. V. B. A., Zanoto, P. A., & Curilla, R. T. (2016). Vivências Acadêmicas e Sofrimento Psíquico de Estudantes de Psicologia. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 36(4), 831-846. <https://doi.org/10.1590/1982-3703004142015>

Andrade, J. B. C., Sampaio, J. J. C., Farias, L. M., Melo, L. P., Sousa, D. P., Mendonça, A. L. B., Moura Filho, F. F. A., & Cidrão, I. S. M. (2014). Contexto de formação e sofrimento psíquico de estudantes de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 38(2), 231-242. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022014000200010>

Bezerra, C. G., Moura, K. P., & Dutra, E. (2021). Plantão psicológico on-line a estudantes universitários durante a pandemia da COVID-19. *Revista do NUFEN: Phenomenology and Interdisciplinarity*, 13(2), 58-70. Recuperado em 31 out 2021, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912021000200006&lng=pt&tlng=pt.

Caixeta, S. P. (2011). *Sofrimento psíquico em estudantes universitários: um estudo exploratório*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Católica de Brasília, Brasília. Recuperado em 18 de maio de 2020, de <https://bdtd.ucb.br:8443/jspui/handle/123456789/1774>.

Castro, V. R. (2017). Reflexões sobre a saúde mental do estudante universitário: Estudo empírico com estudantes de uma instituição pública de Ensino Superior. *Revista Gestão em Foco*, 9, 380-399. Recuperado em 20 set. 2021, de http://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/06/043_saude_mental.pdf

Fior, C. A., & Mercuri, E. (2003). Formação universitária: o impacto das atividades não obrigatórias nas mudanças pessoais dos estudantes. In E. Mercuri, & S. A. J. Polydoro (Orgs.), *Estudante universitário: características e experiências de formação* (pp. 129-153). Taubaté: Cabral.

Freud, S. (2010). Introdução ao narcisismo (1914). In S. Freud, *Obras Completas, vol.12: Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos* (1914-1916). São Paulo: Companhia das Letras. (Original publicado em 1914).

Guimarães, C. C., Moraes, H. A. B., Barboza, M. E. S. & Mesquita, R. R. (2020). Saúde mental do estudante de Psicologia: Possíveis implicações para sua atuação profissional. *Revista Trabalho EnCena*, 5(1), 269-284. Recuperado de <https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/encena/article/view/7304/16863>

Lima, M. G., & Padilha, F. (2020). Acolhimento universitário aos calouros de psicologia: uma possibilidade de intervenção. *Revista de Psicologia da UNESP*, 19(2), 156-171. <http://dx.doi.org/10.5935/1984-9044.20200029>

Paiva, G. C., Carnauba, L. C. O., Sei, M. B., & Ortolan, M. L. M. (2020). Plantão Psicológico on-line: experiências e reflexões em tempos de COVID-19. In. A. K. C. Nascimento, & M. B. Sei (Orgs), *Intervenções psicológicas on-line: reflexões e retrato de ações* (pp. 98-115). Londrina: Clínica Psicológica da UEL. Recuperado em 31 out 2021, de <http://www.uel.br/clinicapsicologica/pages/arquivos/Livro%20-%20Intervencoes%20psicologicas%20on-line%20-%20reflexoes%20e%20retrato%20de%20acoes%20on-line.pdf>

Pan, M., Zonta, G. A., & Tovar, A. (2015). Plantão institucional: relato de experiência de uma intervenção psicológica na UFPR. *Psicologia em Estudo*, 20(4), 555-562. <https://doi.org/10.4025/psicolestud.v20i4.27594>

Rosário, A. B., & Kyrillos Neto, F. (2015). Plantão psicológico em uma clínica-escola de psicologia: saúde pública e psicanálise. A

Peste, 7(1), 37-48. Recuperado em 04 jun. 2020, de <http://revistas.pucsp.br/apeste/article/view/30463/21074>.

Souza, S. R. D., Amaral, H. U. D., Lopes, V. S. S., Migliorini, W. J. M., & Coelho, H. M. B. C. (2015). Considerações sobre o projeto de extensão de pronto atendimento psicológico a estudantes universitários–CPPA–UNESP–Assis. In *Congresso de extensão universitária da UNESP* (pp. 1-4). Universidade Estadual Paulista (UNESP). Recuperado em 18 de maio de 2020, de <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/142249/1/SSN2176-9761-2015-01-04-souza-amaral.pdf?sequence=1>.

Tassinari, M. A., & Durange, W. (2011). Plantão psicológico e sua inserção na contemporaneidade. *Revista do NUFEN*, 3(1), 41-64. Recuperado em 02 jun. 2020, http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912011000100004&lng=pt&nrm=iso.

Xavier, A., Nunes, A. I. B. L., & Santos, M. S. (2008). Subjetividade e sofrimento psíquico na formação do Sujeito na Universidade. *Revista Subjetividades*, 8(2), 427-451. Recuperado em 18 de maio de 2020, de <https://periodicos.unifor.br/rmes/article/view/13/3599>.

Sobre os autores

Sobre os autores

Felipe Antonio Machado

Graduando em Psicologia pelo Centro Universitário Filadélfia (UNIFIL), Estagiário da Clínica Psicológica da UEL. Atuou em projeto de extensão de Plantão Psicológico entre os anos de 2020 a 2021.

Gabriel Candido Paiva

Psicólogo clínico, atua na clínica particular. Graduado em Psicologia pelo Centro Universitário Filadélfia (UNIFIL) em 2018. Especialista em Psicanálise Winnicottiana pela mesma instituição. Atuou em projeto de extensão de Plantão Psicológico entre os anos 2017 a 2020.

Ingrid Cavanha Gabriel

Psicóloga graduada pela Universidade Estadual de Londrina. Atuou em projeto de extensão de Plantão Psicológico entre os anos de 2018 a 2021.

Maíra Bonafé Sei

Psicóloga, Mestrado, Doutorado e Pós-Doutorado em Psicologia Clínica pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Professora do Departamento de Psicologia e Psicanálise e Diretora da Clínica Psicológica da Universidade Estadual de Londrina (Gestões 2014-2018 e 2018-2022). E-mail: mairabonafe@gmail.com.

Maria Lúcia Mantovanelli Ortolan

Psicóloga, Especialista em Saúde da Família pela Universidade Estadual de Londrina (UEL), em Psicanálise e Contemporaneidade pela Faculdade Pitágoras, Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da UEL. Atua como psicóloga clínica em consultório particular.

Maicon Ian Santos Pardim

Graduando em Psicologia pela Universidade Estadual de Londrina (UEL). Atuou em projeto de extensão de Plantão Psicológico entre os anos de 2019 a 2020.

Mariany Puerta Pereira

Psicóloga graduada pela Universidade Estadual de Londrina (UEL). Atuou em projeto de extensão de Plantão Psicológico entre os anos de 2020 a 2021. Atua como psicóloga clínica.

Natália Pereira da Silva

Graduanda em Psicologia pela Universidade Estadual de Londrina (UEL). Atuou em projeto de extensão de Plantão Psicológico entre os anos de 2019 a 2021.

Rodrigo Boschilia Gallo

Graduando em Psicologia pela Universidade Estadual de Londrina (UEL). Atuou em projeto de extensão de Plantão Psicológico entre os anos de 2019 a 2021.

A OBRA

“PLANTÃO PSICOLÓGICO: UM RETRATO DE AÇÕES” É RESULTADO DE UM ESFORÇO COLETIVO DOS COLABORADORES DO PROJETO DE EXTENSÃO DO PLANTÃO PSICOLÓGICO, CUJAS AÇÕES TÊM SIDO DESENVOLVIDAS DESDE 2015 NA CLÍNICA PSICOLÓGICA DA UEL. SEUS CAPÍTULOS ILUSTRAM REFLEXÕES SUSCITADAS, INTERVENÇÕES PROPOSTAS E SITUAÇÕES CLÍNICAS VIVENCIADAS PELOS PLANTONISTAS AO LONGO DOS ANOS. VISA NÃO APENAS COMPARTILHAR UM CAMINHO, MAS TAMBÉM INSPIRAR COLEGAS PARA A PROPOSIÇÃO DE AÇÕES SEMELHANTES, POTENCIALIZANDO O PAPEL DA PSICOLOGIA CLÍNICA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL DA POPULAÇÃO.

