

**FACULDADE CAICOENSE SANTA TERESINHA  
CURSO DE BACHARELADO EM PSICOLOGIA**

**TAINARA DE MEDEIROS MAIA**

**ENTRE O ACOLHER E O CUIDAR: A EXPERIÊNCIA DO PLANTÃO  
PSICOLÓGICO NA ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA**

**CAICÓ/RN**

**2025**

TAINARA DE MEDEIROS MAIA

ENTRE O ACOLHER E O CUIDAR: A EXPERIÊNCIA DO PLANTÃO  
PSICOLÓGICO NA ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA

Monografia apresentada ao Colegiado do Curso de Bacharelado em Psicologia da Faculdade Caicoense Santa Teresinha, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Professor Orientador: Esp. Thiago Santos de Melo

CAICÓ/RN

2025

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
Faculdade Caicoense Santa Teresinha  
Biblioteca Profª. Suzana Lago Nobre

M217e MAIA, Tainara de Medeiros.

Entre o acolher e o cuidar: a experiência do plantão psicológico na abordagem centrada na pessoa. / Tainara de Medeiros Maia. – Caicó, RN, 2025.

46 f.

Orientador(a): Prof. Esp. Thiago Santos de Melo.

Monografia (Bacharelado em Psicologia) – Faculdade Caicoense Santa Teresinha. Curso de Graduação em Psicologia.

1. Plantão Psicológico - Monografia. 2. Abordagem Centrada na Pessoa - Monografia. 3. Acolhimento - Monografia. 4. Escuta - Monografia. I. Maia, Tainara de Medeiros. II. Faculdade Caicoense Santa Teresinha. III. Título.

RN/BU/FCST

CDU 159.9

TAINARA DE MEDEIROS MAIA

ENTRE O ACOLHER E O CUIDAR: A EXPERIÊNCIA DO PLANTÃO PSICOLÓGICO  
NA ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA

Monografia de graduação apresentada ao Colegiado do Curso de Bacharelado em Psicologia da Faculdade Caicoense Santa Teresinha (FCST), como requisito para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Aprovado em 11/12/2025.

---

Prof. Esp. Thiago Santos de Melo  
Faculdade Caicoense Santa Teresinha

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Dilma Felizardo Ferreira  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte/  
Escola Multicampi de Ciências Médicas (EMCM/UFRN)

---

Prof. Esp. Ismael Victor Araújo de Oliveira  
Faculdade Caicoense Santa Teresinha

Aos meus pais, Francisco Maia dos Santos e Maria Betânia de Medeiros, com todo o meu amor e gratidão. Por cada sacrifício silencioso, cada palavra de incentivo e por nunca deixarem de acreditar em mim, mesmo quando eu duvidei de mim mesma. Esta conquista é tão de vocês quanto minha, pois sem o apoio, o carinho e a força que sempre me deram, eu não teria chegado até aqui. Tudo o que sou e tudo o que alcancei carrega um pedacinho do amor imenso de vocês.

## AGRADECIMENTOS

Encerrar um ciclo acadêmico é, ao mesmo tempo, uma conquista e um processo de muitas aprendizagens. O caminho até aqui foi repleto de desafios, descobertas e momentos que exigiram dedicação, paciência e resiliência. Cada etapa, por mais difícil que tenha sido, contribuiu para o crescimento pessoal e profissional que este trabalho representa. Nada disso, porém, teria sido possível sem o apoio e a presença de pessoas especiais que, de diferentes formas, fizeram parte dessa trajetória.

Primeiramente a Deus, pela força e sabedoria concedidas em cada momento. Em meio às incertezas, encontrei na fé o equilíbrio necessário para seguir em frente e acreditar que todo esforço teria seu propósito.

Ao meu orientador, Professor Thiago Santos de Melo, registro minha profunda gratidão pela orientação, pela disponibilidade e pela confiança depositada em mim. Suas contribuições, comprometimento e clareza nas orientações foram essenciais para o desenvolvimento deste trabalho. À Professora Maria Dilma Felizardo Ferreira e ao Professor Ismael Victor Araújo de Oliveira, pelas contribuições valiosas. Suas observações e reflexões trouxeram novos olhares e enriqueceram profundamente esta pesquisa.

À minha mãe, Maria Betânia de Medeiros, que sempre esteve ao meu lado com amor, paciência e incentivo incondicional, o meu mais sincero agradecimento. Sua força e dedicação foram exemplos constantes e me inspiraram a seguir, mesmo nos momentos mais desafiadores. Ao meu pai, Francisco Maia dos Santos, por todo apoio e confiança e por me ensinar, com o exemplo, o valor do esforço e da perseverança. Ao meu namorado Gleiber Dias da Silva Júnior, por todo carinho, compreensão e suporte ao longo dessa caminhada. Sua presença constante, sua paciência e seu incentivo foram fundamentais, para que eu mantivesse o equilíbrio entre o acadêmico e o emocional. Obrigada por ser meu porto seguro.

Aos meus amigos Hannah Arendt, Camila Carol e Marcos Vinicius, pela amizade genuína, pelas conversas que trouxeram leveza aos dias mais intensos e pelas risadas que tornaram o percurso mais agradável. Por fim, estendo minha gratidão a todos que, de alguma forma, contribuíram para que este trabalho se tornasse possível. Cada gesto de apoio, cada palavra de incentivo e demonstração de carinho fizeram diferença e tornaram esta conquista ainda mais significativa. A todos, o meu mais sincero e profundo agradecimento.

“A palavra é o meu domínio sobre o mundo”.

Clarice Lispector

## RESUMO

O Plantão Psicológico configura-se, como dispositivo de cuidado em saúde mental que possibilita acolhimento imediato às demandas emergentes de sofrimento psíquico. Fundamentado na Abordagem Centrada na Pessoa, prioriza a escuta qualificada, a empatia, a aceitação incondicional, a congruência e a autenticidade na relação terapêutica. O presente trabalho tem por objetivo refletir sobre a experiência do Plantão Psicológico, enquanto espaço de cuidado humanizado, analisando as contribuições e potencialidades na promoção da saúde mental, à luz da Abordagem Centrada na Pessoa. O estudo caracteriza-se como relato de experiência, de natureza descritiva, desenvolvido a partir da vivência da autora em projeto de extensão universitária voltado ao atendimento de pessoas em lista de espera para atendimento psicológico pelo SUS, articulando observações práticas com referenciais teóricos obtidos por meio de revisão bibliográfica em bases científicas. Foram atendidos 38 usuários, totalizando 455 sessões, possibilitando a identificação de demandas recorrentes, tais como ansiedade, depressão, conflitos familiares, luto, relacionamento abusivo, abuso sexual, ideação suicida e tentativa de suicídio. Os resultados evidenciam que, mesmo em encontros breves, o Plantão Psicológico possibilita ao sujeito ampliar a autocompreensão, acessar recursos internos e ressignificar experiências de dor, constituindo-se como espaço de escuta genuína e transformação. Para além do impacto direto sobre os usuários atendidos, a experiência revelou-se, também, formativa para o futuro profissional, ao fortalecer posturas éticas, reflexivas e humanistas. Assim, o Plantão Psicológico reafirma a relevância da escuta como instrumento de cuidado e destaca-se como prática clínica e social essencial à promoção da saúde mental e ao fortalecimento de uma psicologia pautada na valorização da subjetividade humana.

**Palavras-chave:** Plantão Psicológico; Abordagem Centrada na Pessoa; Acolhimento; Escuta.

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição dos usuários atendidos por sexo.....	37
Gráfico 2 - Distribuição de usuários por sexo e faixa etária .....	37

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACP	Abordagem Centrada na Pessoa
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CRP	Conselho Regional de Psicologia
LCC	Ludoterapia Centrada na Criança
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
ONG	Organização Não Governamental
PePSIC	Periódicos Eletrônicos em Psicologia
RE	Relato de Experiência
SUS	Sistema Único de Saúde
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
USP	Universidade de São Paulo

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2 FUNDAMENTOS TEÓRICOS DO PLANTÃO PSICOLÓGICO E DA ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA .....</b>	<b>16</b>
<b>2.1 História, conceitos e princípios do Plantão Psicológico .....</b>	<b>16</b>
<b>2.2 Concepções da Abordagem Centrada na Pessoa .....</b>	<b>19</b>
<b>2.3 Plantão Psicológico na perspectiva centrada na pessoa .....</b>	<b>22</b>
<b>3 PLANTÃO PSICOLÓGICO COMO DISPOSITIVO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL .....</b>	<b>25</b>
<b>3.1 Promoção da saúde: da prevenção à construção da qualidade de vida.....</b>	<b>25</b>
<b>3.2 O Plantão Psicológico na perspectiva da Saúde Coletiva .....</b>	<b>26</b>
<b>3.3 O Plantão Psicológico como espaço de promoção da saúde mental .....</b>	<b>28</b>
<b>3.4 Dimensão formativa e social do Plantão Psicológico.....</b>	<b>30</b>
<b>4 RELATO E REFLEXÕES SOBRE A PRÁTICA NO PLANTÃO PSICOLÓGICO ..</b>	<b>32</b>
<b>4.1 Contextualização da experiência e gênese do projeto .....</b>	<b>32</b>
<b>4.2 Cenário de prática e organização dos fluxos de atendimento.....</b>	<b>33</b>
<b>4.3 Metodologia do Plantão Psicológico: blocos, <i>setting</i> e registros.....</b>	<b>34</b>
<b>4.4 Dimensão quantitativa e perfil dos atendimentos .....</b>	<b>36</b>
<b>4.5 Potências e limites do Plantão Psicológico no serviço .....</b>	<b>39</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>41</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>43</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A clínica da urgência psicológica encontrou a principal expressão nos atendimentos dos Serviços de Plantão Psicológico, tipo de atendimento psicológico realizado em uma ou mais consultas, desenvolvido em diversos locais ou contextos, como saúde, ambiente escolar, ambiente jurídico etc. (Tassinari, 2010). Esse atendimento tem por objetivo acolher qualquer pessoa no momento exato da necessidade dela, auxiliando-a a compreender melhor a própria urgência, oferecendo escuta qualificada e, se necessário, encaminhá-la a outros serviços (Doescher; Henriques, 2012).

Para Rosenthal (1999), a escuta qualificada, advinda do Plantão Psicológico, tem poder transformador. Esse se alicerça na confiança e no desenvolvimento das potencialidades da pessoa que ali se apresenta, na criação de um espaço facilitador e na presença genuína do plantonista. Mesmo em um único encontro, torna-se possível à pessoa escutar a si mesma e encontrar caminhos de autodireção em tempos de dor ou de urgência emocional.

Esse acolhimento, pautado pelos princípios da Abordagem Centrada na Pessoa (ACP), possibilita que a pessoa compreenda melhor sua situação, reconheça seus recursos internos e amplie o cuidado consigo mesma, promovendo saúde e bem-estar. (Tassinari; Durange, 2019). Além disso, entende-se que o Plantão Psicológico é uma potente aplicação da ACP, sustentada pelas atitudes de consideração positiva incondicional, compreensão empática, congruência e autenticidade. Tais atitudes favorecem a criação de um ambiente facilitador, que possibilita à pessoa, mesmo em um único encontro, alcançar maior clareza sobre sua demanda e sobre a forma como se percebe em determinada situação (Tassinari; Durange, 2019).

A presente monografia propõe compreender e refletir sobre a experiência do Plantão Psicológico fundamentado na ACP. O estudo pretende contribuir para o campo da Psicologia Humanista, em especial para a prática do Plantão Psicológico, ampliando a compreensão acerca da potência desta como espaço de acolhimento e evidenciando a relevância para promoção da saúde mental dos indivíduos atendidos.

Dentre as inúmeras possibilidades de temáticas para produzir este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), o interesse da autora por esta temática surgiu durante a graduação em Psicologia, quando foi selecionada para participar de um Projeto de Extensão realizado de 2022 a 2025. Nesse âmbito, teve a oportunidade de realizar plantões psicológicos, experiência que possibilitou vislumbrar o quanto essa prática pode, mesmo em um único encontro, auxiliar e oferecer sentido a quem atravessa momentos críticos, bem como compreender o potencial de apoio e ressignificação em situações de crise.

Esse percurso encontrou fundamentação e direção na ACP, abordagem com a qual a autora estabeleceu maior afinidade pela forma de acolher o indivíduo em sua integralidade e reconhecer o valor de suas percepções subjetivas. Tal compreensão consolidou-se não apenas como escolha de pesquisa, mas também como um posicionamento ético e profissional. As atividades extensionistas foram acompanhadas pela supervisão da coordenação do projeto, o que proporcionou aprofundamento teórico e prático, especialmente no campo da ACP, que orientava o trabalho dos extensionistas.

A escolha do Plantão Psicológico como objeto de estudo justifica-se pela sua relevância social e clínica, destacando-se como um dispositivo emergencial que respeita o tempo e as necessidades do sujeito, ao abrir possibilidades de ressignificação e reorganização interna a partir de um espaço de escuta humanizada.

Compreender uma experiência que ocorre no entre, entre o acolher e o cuidar, entre o profissional e a pessoa atendida, entre o instante e a continuidade que aquele momento pode abrir, implica olhar para o Plantão Psicológico como um dispositivo que articula acolhimento, escuta e cuidado em saúde mental. Evidenciando, a importância de práticas clínicas que respeitem a singularidade de cada sujeito e apostem na relação como espaço de transformação. Desta forma, a pergunta norteadora que guiou esta pesquisa foi: de que forma o Plantão Psicológico, à luz da Abordagem Centrada na Pessoa, contribuiu para o cuidado em saúde mental?

Nessa perspectiva, este estudo teve como objetivo geral refletir sobre a prática do Plantão Psicológico, a partir da perspectiva da Abordagem Centrada na Pessoa. E, como objetivos específicos: compreender os fundamentos teóricos do Plantão Psicológico e relação com a ACP; refletir sobre a experiência vivida no Plantão Psicológico; explorar a potencialidade do Plantão Psicológico como dispositivo de promoção da saúde mental.

A proposta metodológica desta monografia trata-se de estudo descritivo, do tipo Relato de Experiência (RE), modalidade que permite articular vivências práticas com reflexões teóricas, possibilitando a produção de saberes, a partir da experiência vivida, nesse caso, no contexto do Plantão Psicológico. Conforme destacam Daltro e Faria (2019, p. 230), “a potência narrativa chega como um modo de contar e de legitimar discursos sobre as singularidades como narrativas científicas competentes”.

Lüdke e Cruz (2010) acrescentam que o relato de experiência representa recurso para sistematizar e analisar as aprendizagens construídas a partir da prática, favorecendo a compreensão de processos subjetivos e contextuais que emergem na atuação profissional.

Assim, narrar a própria experiência torna-se forma de elaborar o vivido e produzir conhecimento a partir dele.

Nesse sentido, o ato de narrar adquire substancialidade e demonstra a potência contida naquilo que nos atravessa e possibilita afetações outras — movimentações teóricas, coletivas e práticas que tanto são políticas quanto éticas. Como apontam Daltro e Faria (2019, p. 235), o RE: “[...] está compreendido como um trabalho de linguagem, uma construção que não objetiva propor a última palavra, mas que tem caráter de síntese provisória, aberta à análise e à permanente produção de saberes novos e transversais”.

Outrossim, este relato de experiência se fundamenta nos princípios e nas epistemologias da Abordagem Centrada na Pessoa, desenvolvidos por Carl Rogers, buscando compreender os efeitos psicoterapêuticos do Plantão Psicológico e a contribuição para promoção de saúde dos usuários. A experiência da pesquisadora no Plantão Psicológico foi considerada como campo vivencial, sendo analisada a partir da subjetividade que emergiu na relação entre plantonista e pessoa atendida. A perspectiva da ACP possibilita descrever e interpretar dimensões como acolhimento e cuidado que surgem nesses encontros, sem a pretensão de generalizar resultados, mas buscando compreensões contextualizadas e singulares da experiência.

Para a fundamentação teórica desta prática, realizou-se revisão da literatura, contemplando livros, artigos científicos, monografias e trabalhos disponíveis em plataformas digitais, como SciELO, BVS e PePSic, bem como em revistas científicas. O levantamento incluiu produções publicadas entre 1956 e 2025, priorizando estudos que abordassem, de forma articulada, o Plantão Psicológico e a ACP.

Destaca-se que foi identificada escassez de produções recentes que contemplassem simultaneamente essas duas temáticas, o que exigiu a ampliação do recorte temporal. Tais referências foram mantidas por se tratarem de autores basilares, cujas contribuições clássicas são fundamentais para a compreensão da ACP, do Plantão Psicológico, da promoção da saúde e das bases histórico-conceituais da clínica psicológica, permanecendo atuais e amplamente reconhecidas na literatura científica. Paralelamente, foram priorizados artigos com produções mais recentes, especialmente entre 2010 e 2025, a fim de assegurar atualização teórica do estudo.

Nos relatos experienciados pela autora em questão, não houve menção aos participantes dos plantões, sendo utilizadas informações sucintas sobre as mudanças perceptíveis nas pessoas em contexto geral, percebido pela autora. Além disso, para fins legais da pesquisa, foi solicitada à direção da instituição em que o estudo foi desenvolvido a assinatura

da Carta de Anuência, documento formal emitido pelo pesquisador à instituição ou local onde a pesquisa será realizada. Após a assinatura, a instituição comprova a autorização, para que o estudo aconteça (Universidade Federal do Amazonas, 2019).

Ademais, todos os procedimentos foram conduzidos com base nas diretrizes éticas estabelecidas pelo Conselho Regional de Psicologia (CRP) e pelo Comitê de Ética da instituição de ensino, com atenção especial à preservação do sigilo e da confidencialidade das informações compartilhadas nos atendimentos.

Do ponto de vista estrutural, esta pesquisa está organizada em seções para favorecer a compreensão. Tem-se a Introdução, seguida do Capítulo 1 que tem como objetivo explicar os fundamentos teóricos do Plantão Psicológico e da ACP, abordando conceitos essenciais, história e princípios que orientam a prática clínica nesse contexto. O Capítulo 2 reflete acerca da experiência do Plantão Psicológico vivenciada pela autora, enquanto estagiária/extensionista, considerando os aprendizados, desafios e a importância dessa prática para formação profissional. O Capítulo 3 busca explorar a potencialidade do Plantão Psicológico, como dispositivo de promoção da saúde mental, destacando a contribuição para o acolhimento, a escuta terapêutica e o cuidado integral dos usuários e de que forma isso os beneficia.

## 2 FUNDAMENTOS TEÓRICOS DO PLANTÃO PSICOLÓGICO E DA ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA

### 2.1 História, conceitos e princípios do Plantão Psicológico

O Plantão Psicológico surgiu no Brasil ao final dos anos 1960, inspirado no modelo das *walk-in clinics*, existentes nos Estados Unidos, cujo objetivo era prestar pronto atendimento psicológico à população. No Brasil, o primeiro serviço de Plantão de que se tem registro foi implantado em São Paulo, no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP), pela Dra. Rachel Lea Rosemberg (1931–1987), dentro do Serviço de Aconselhamento Psicológico (SAP). O atendimento se configurava como recepção diferenciada das pessoas que buscavam inscrição para atendimento regular em aconselhamento psicológico (Durange; Cordeiro, 2013).

Ademais, o contexto histórico em que o Plantão Psicológico surgiu é fundamental para compreender a relevância deste. Nas décadas de 1960 e 1970, o Brasil vivia intensas transformações sociais, políticas e culturais, o período foi marcado pelo regime militar, pela repressão política e pelo aumento das desigualdades sociais, fatores que impactaram diretamente a saúde mental da população. Além disso, nas universidades brasileiras, especialmente nos cursos de Psicologia recém-criados, crescia a demanda por formas de atuação que dialogassem com a realidade social e se distanciassem de uma prática clínica restrita a consultórios privados (Tassinari, 1999).

Nesse contexto, o Plantão Psicológico apresentou-se como proposta inovadora, ao estabelecer maior proximidade com a comunidade e ao responder, de maneira flexível, às demandas emergentes. Essa prática rompe com a lógica tradicional de que o atendimento psicológico deve estar necessariamente vinculado a um processo psicoterápico contínuo, de longa duração e estruturado (Tassinari, 1999).

Apesar da forte influência do modelo médico — no qual os aspectos sociais e culturais tendem a ocupar posição secundária — observa-se, na prática psicológica contemporânea, crescente demanda por investigações, pesquisas e desenvolvimento de estratégias voltadas à promoção da saúde. Essas considerações evidenciam a necessidade de reformulações não apenas no âmbito da atuação profissional do psicólogo, como também, de modo mais abrangente, na revisão conceitual que envolve a compreensão das relações interpessoais e da saúde psicológica (Tassinari, 1999).

Ainda, na década de 1970, os estagiários de Psicologia da USP passaram a desenvolver atividades de plantão no SAP, com a finalidade de atender ao público que procurava o serviço. Essa experiência constituiu alternativa de acesso imediato, sendo posteriormente estruturada como modalidade própria de intervenção. Em 1980, o Instituto Sedes Sapientiae formalizou um serviço de Plantão Psicológico, constituindo o primeiro grupo de coordenação e supervisão, formado por doze plantonistas e uma supervisora (Mahfoud, 2013; Rosenthal, 1999).

Essa equipe organizava-se em subgrupos que se alternavam entre atendimentos e supervisões, com encontros regulares às segundas e quintas-feiras. As supervisões também tinham caráter de urgência e podiam ocorrer durante os atendimentos, que, em média, duravam de uma a duas horas, mas poderiam ser estendidos, caso não houvesse fila de espera. O grupo pioneiro atuou de agosto a dezembro de 1980, deixando como legado reflexões e estratégias para solidificar a prática (Rosenthal, 1999).

Embora os atendimentos de urgência para as pessoas que chegavam ao serviço ocorressem desde a década de 1970, e, em meados da década de 1980, começou a sistematização do conhecimento e a estruturação de um serviço com base nas experiências de atendimentos que exigiam da equipe de trabalho características incomuns à prática institucional clínica de psicoterapia. Dessa forma, o processo vivido pela pessoa no plantão não seria necessariamente uma etapa institucional (triagem, entrevista inicial etc.) para outro serviço de atendimento, mas seria o serviço em si (Mahfoud, 2013; Rosenthal, 1999).

Uma das principais características do Plantão Psicológico é a flexibilidade, tanto em relação aos contextos em que pode ser inserido quanto à forma de organização. Trata-se de atendimento que pode ocorrer em uma ou mais consultas, com tempo de duração e possibilidade de retorno definidos conjuntamente entre cliente e plantonista, de acordo com as necessidades que emergem no processo (Tassinari, 2003). Nessa relação, o cliente é convidado a perceber as possibilidades de escolha e decisão quanto aos caminhos a seguir (Baptista; Noguchi; Calil, 2006).

O serviço é oferecido por psicólogos que permanecem disponíveis em dias, locais e horários preestabelecidos, podendo ocorrer em múltiplos contextos: como escolas, clínicas-escola de cursos de Psicologia, hospitais, instituições da área jurídica e esportiva, clínicas psicológicas privadas, entre outros espaços abertos à comunidade (Souza; Souza, 2011).

Talmon (1990, apud Souza, 2013) realizou pesquisa com 200 clientes e constatou que 78% deles, ao desistirem da psicoterapia por faltas ou desligamentos, afirmaram que não retornaram porque se sentiram satisfeitos nos primeiros encontros. Esse dado mostra que, muitas vezes, número reduzido de sessões, ou até mesmo um único atendimento, pode ser

suficiente para provocar mudanças significativas, oferecendo ao cliente um processo inicial de organização interna que lhe permite prosseguir sem acompanhamento contínuo. Isso corrobora a eficiência do Plantão Psicológico como modalidade de cuidado.

No que se refere ao papel do plantonista, o serviço tem como proposta oferecer escuta atenta, esclarecedora e facilitadora (Bezerra, 2014). Não se trata de aplicar técnicas previamente estabelecidas a problemas específicos, mas de adotar postura fenomenológica, na qual o sentido é restituído ao cliente, a partir da própria experiência.

Assim, quando o cliente se apropria da própria experiência e reconhece os significados dessa demanda, abre-se a possibilidade de transformação. É o que destaca Alvim (2012, p. 1008), ao afirmar que a produção de sentido é questão central na clínica, compreendida “como um campo de experiência com o outro que faz brotar sentidos a partir da expressão e do diálogo”.

Para Rosenthal (1999), a escuta atenciosa, proporcionada pelo Plantão Psicológico, tem poder transformador, alicerçado na confiança, na valorização das potencialidades do cliente e na criação de um ambiente facilitador.

As diversas experiências de Plantão Psicológico em instituições distintas têm demonstrado a grande contribuição para o campo da Psicologia da Saúde, em razão da plasticidade teórica e prática. Por se constituir como serviço de promoção da saúde, o plantão amplia a atuação para além do âmbito clínico tradicional, alinhando-se a uma abordagem integral do cuidado, especialmente quando desenvolvido a partir da Abordagem Centrada na Pessoa. Como observa Cautela Jr. (2012, p. 97-114): “O plantão psicológico conseguiu colocar-se aberto à demanda da clientela e trabalhar no sentido de potencializar os recursos desta. Pelas suas características e referencial teórico, conseguiu ser eficiente frente à heterogeneidade da população, uma vez que centra-se na experiência do cliente”.

O Plantão Psicológico, na perspectiva da Psicologia da Saúde, transcende a clínica tradicional, configurando-se como prática voltada para os três níveis de atenção em saúde: primária (básica), secundária (especializada) e terciária (alta complexidade).

Nessa dimensão, o trabalho oferece naturalmente promoção e educação para a saúde, intervindo com a população e a vida cotidiana antes que haja riscos ou se instale algum problema mais crítico (Ex.: Escolas, Comunidades, Hospitais, Empresas etc.) (Durange; Cordeiro, 2013).

Cury (2012, p.146–147) ilustra essa potencialidade em relato de experiência na clínica-escola, por meio do seguinte depoimento/vivência de um dos alunos-plantonistas:

Muitas vezes, o motivo da procura do Plantão Psicológico não se refere apenas a angústias ou medos, mas sim, pessoas que vêm em busca de um espaço para se expressar, alguém para ouvi-las, ou mesmo, uma busca para outras alternativas, como por exemplo: solução para problemas de familiares ou terceiros, encaminhamento para outros profissionais etc.

Essas evidências apontam para a força do Plantão Psicológico como prática que não se restringe às questões emocionais, mas se abre a múltiplas dimensões da vida do cliente, e que o afetam da mesma maneira. Assim, aspectos jurídicos, médicos, escolares, econômicos, sociais, comunitários, familiares ou espirituais possuem o mesmo significado (cuidado) para o plantonista, sendo merecedoras de uma escuta diferenciada, atenta e interessada.

O enfoque preventivo do plantão, baseado no acolhimento e na humanização do cuidado, encontra consonância com os princípios doutrinários do SUS. O acolhimento, enquanto dispositivo tecnológico que acontece nos micros espaços das relações entre profissionais de saúde e usuários, torna-se presente na prática do plantão, visto que a escuta, o vínculo e a responsabilização fazem parte do processo de cuidado. Já a humanização do cuidado alude à capacidade empática e dialógica do profissional para construção de sentidos na relação com o usuário, característica inerente do plantão psicológico e da diretriz do SUS (Amorim; Andrade; Branco, 2015).

Diante do exposto, pode-se afirmar que o plantão psicológico se configura enquanto estratégia da clínica ampliada, visto que realiza acolhimento, garante acessibilidade ao serviço de saúde mental, focaliza a prevenção e atua junto à comunidade, além de valorizar o trabalho interdisciplinar. Essa perspectiva coloca a doença em suspensão para acessar a experiência da pessoa em contextos familiares e sociais. Isso significa nova concepção sobre o processo saúde-doença e nova prática clínica na saúde coletiva, visto que busca superar a clínica tradicional centrada na doença (Amorim; Andrade; Branco, 2015).

## **2.2 Concepções da Abordagem Centrada na Pessoa**

Na década de 1940, Carl Rogers apresentou nova perspectiva para o atendimento clínico, fundamentada em abordagem não diretiva. Para Rogers (1980/2021, p. 54), esse modelo compreendia-se que o ser humano dispunha de recursos internos para a própria transformação: “Os indivíduos possuem dentro de si vastos recursos para autocompreensão e modificação de seus autoconceitos, de suas atitudes e de seu comportamento autônomo”.

Inicialmente, essa proposta recebeu a denominação de Terapia Centrada no Cliente. Contudo, após modificações metodológicas, em 1976, consolidou-se como Abordagem

Centrada na Pessoa (ACP), consolidou-se como perspectiva teórica vinculada ao movimento humanista, o qual passou a ser reconhecido como a terceira força da Psicologia, em contraposição ao behaviorismo e à psicanálise (Carrenho; Tassinari; Pinto, 2010).

A mudança de nomenclatura esteve associada também a uma alteração na concepção de ser humano. O termo “paciente” — associado à ideia de doença — foi substituído por “pessoa” ou “cliente”, de acordo com a visão humanista defendida por Rogers. Nesta perspectiva, o indivíduo é considerado saudável, dotado de capacidade de autocompreensão e, portanto, não necessita de cura, mas de apoio para identificar as ameaças que o impedem de alcançar funcionamento pleno. Em síntese, trata-se de compreender o sujeito como capaz de conduzir o próprio processo de mudança, desde que se encontre em contexto que favoreça esse movimento, configurando-se como cliente em busca de um serviço (Carrenho, Tassinari; Pinto, 2010).

Nesse sentido, Rogers (1980, p. 23) destacou três atitudes fundamentais que devem nortear a prática do terapeuta: empatia, aceitação incondicional e congruência. Essas atitudes constituem postura pessoal do profissional na relação, sustentada na valorização da experiência subjetiva do cliente. Como afirma o autor: “[...] autenticidade do terapeuta é fundamental numa relação que é, deste modo, sobretudo humana”.

Além disso, Rogers definiu seis condições básicas para que o processo terapêutico seja efetivo: (1) a presença de duas pessoas em contato psicológico; (2) o cliente em estado de incongruência; (3) o terapeuta congruente na relação; (4) a expressão de consideração positiva incondicional; (5) a escuta empática, compreendida pelo cliente; e (6) a percepção, ainda que mínima, dessas atitudes pelo cliente (Rogers, 2009).

Assim, para que as mudanças ocorram, o cliente que se encontra em estado incongruente, necessita de espaço que lhe ofereça ambiente acolhedor, assim como o papel do terapeuta deve ser baseado no que Rogers denominou das três atitudes facilitadoras que fundamentam a abordagem: a consideração positiva incondicional, a empatia e a congruência (Tambara; Freire, 1999).

Além disso, é importante salientar que cada indivíduo experiencia a terapia de forma singular. Da mesma forma que os atendimentos realizados pela psicanálise, pela Gestalt-terapia ou pela terapia cognitivo-comportamental possibilitam vivências diferenciadas, a ACP também promove experiência única na relação terapeuta-cliente, em que objetivo, quando alcançado, é o crescimento do sujeito que se encontra em incongruência (Rogers, 2003).

Rogers (2003, p. 19) ressalta que, independentemente da abordagem psicoterapêutica, o papel do terapeuta é de suma importância na relação terapêutica: “Aquilo que faz, as atitudes

que assume, a concepção de base sobre o seu papel, tudo isso exerce uma forte influência na terapia”.

Com relação à conduta do terapeuta da ACP, compete a ele assumir postura não diretiva, desempenhando a função de facilitador no processo terapêutico. O conceito da não diretividade surgiu a partir da prática clínica de Rogers com crianças, no final da década de 1930, e apoiava-se na noção de que o ser humano possui impulso natural para o crescimento e a autorrealização. Essa postura fornece maior destaque às vivências emocionais do cliente, em comparação aos aspectos intelectuais, valoriza o momento presente em vez do passado, e a ênfase recai sobre a própria pessoa, não sobre problemas específicos. Além disso, a relação terapêutica é compreendida como espaço de desenvolvimento e transformação (Holanda, 1998).

Como destaca Wood (1994), o psicoterapeuta renuncia ao papel de especialista, para estabelecer relação mais pessoal com o cliente, conduzindo as sessões de acordo com a direção proposta por este. Ou seja, é o cliente quem conduz o processo, e não o psicoterapeuta, que, intervindo minimamente, pretende não dirigir a sessão, deixando que o primeiro o faça. Dessa forma, o cliente encontra ambiente que potencializa a autonomia, visto que as intervenções não se orientam por modelos exploratórios ou interpretativos, nem tampouco pela devolução de soluções prontas (Hoch, 2001).

O terapeuta rogeriano evita direcionamentos ou reações de reprovação que possam interferir nas escolhas do cliente. Para tanto, é imprescindível que o profissional seja autêntico, assegurando a congruência entre a comunicação verbal e não verbal. Ainda que não concorde com todas as atitudes do cliente, deve manter a aceitação incondicional da pessoa, condição essencial para o desenvolvimento de uma identidade integrada (Eremie; Ubulom, 2016).

Acerca da eficácia da relação terapêutica, de acordo com Rogers, reside justamente na distinção das demais relações estabelecidas pelo cliente. O espaço terapêutico deve possibilitar ao indivíduo ser e se expressar livremente, sendo reconhecido e aceito pelo terapeuta. Neste sentido, Tambara e Freire (1999, p. 40) afirmam que: “independentemente dos valores morais do terapeuta, ele deve reconhecer e aceitar plenamente todos os sentimentos e atitudes expressos pelo cliente [...]”.

No *setting* terapêutico, a demanda apresentada pelo cliente deve ser considerada e validada. A relação intersubjetiva entre terapeuta e cliente se constrói a partir das percepções e atitudes do profissional, permitindo que as intervenções ocorram de maneira espontânea (Moreira, 2010). Conforme descrevem os autores Eremie e Ubulom (2016, p. 49), essas intervenções: “[...] criam principalmente uma atmosfera permissiva e não permissiva, aceitação e esclarecimento, reflexão de sentimentos, empatia, consideração positiva e autenticidade”.

Rogers (1977) acrescenta, ainda, que não existe uma realidade objetiva. Para o autor, a realidade é percebida, sentida e vivenciada, de acordo com o mundo interno de cada pessoa (Dutra, 2016). Desta forma, é imprescindível que o terapeuta busque vivenciar o mundo subjetivo do cliente, por meio daquilo que este compartilha em sessão. Ao fazê-lo, pode utilizar essa vivência como instrumento facilitador, devolvendo ao cliente a percepção de si mesmo, de modo a favorecer experiência de liberdade e valorização pessoal, ampliando, assim, o campo perceptivo (Tambara; Freire, 1999).

### **2.3 Plantão Psicológico na perspectiva centrada na pessoa**

O Plantão Psicológico, enquanto proposta de trabalho terapêutico vinculada à ACP, foi definido por Tassinari e Durange (2012) como atendimento fundamentado em encontro radical, de curta duração, estabelecido entre a pessoa do terapeuta e o cliente. Nesta perspectiva, a função primordial do terapeuta é possibilitar que o indivíduo entre em contato com o próprio fluxo vivencial, favorecendo, para isso, a compreensão e a tomada de consciência de si mesmo. Esse atendimento, pela característica imediata e centrada no aqui-e-agora, busca oferecer ao sujeito espaço de acolhimento em situações emergenciais ou de sofrimento intenso, proporcionando-lhe a oportunidade de ressignificar as experiências e acessar recursos internos, muitas vezes, não reconhecidos. Esse processo ocorre por meio das condições de facilitação descritas por Carl Rogers, conhecidas como autenticidade, aceitação incondicional e compreensão empática.

Rogers (1977), ao refletir sobre a prática clínica, propôs essas atitudes ou condições por reconhecer que, quando presentes, poderiam favorecer o crescimento pessoal, estimular mudanças significativas e ampliar a autonomia do indivíduo. O autor ressaltou que uma relação que promove o crescimento e, por extensão, a liberdade para ser, exige determinadas atitudes que não apenas favorecem o processo terapêutico, mas também se estendem ao processo de aprendizagem, contribuindo para que a pessoa possa se apropriar da própria existência e conduzir a vida de maneira mais autêntica. Isso significa que o impacto dessas atitudes ultrapassa o setting clínico, alcançando a vida cotidiana do cliente e influenciando as relações interpessoais, a maneira de lidar com conflitos e a abertura para novas experiências.

A primeira dessas atitudes, a autenticidade ou congruência, refere-se à capacidade do psicoterapeuta de se mostrar como realmente é na relação com o cliente. Essa postura exclui qualquer tipo de fachada, máscara ou aparência forçada. Trata-se de apresentar os sentimentos de forma aberta, honesta e coerente, comunicando-os de maneira adequada, quando necessário.

Ao assumir essa postura, o terapeuta revela-se congruente, demonstrando coerência entre o que sente, o que pensa e o que expressa. Em outras palavras, essa atitude implica não fazer além do que se pode, reconhecendo também os próprios limites pessoais (Fontgalland; Moreira, 2012).

Essa congruência é considerada fundamental, para que a relação terapêutica se mantenha genuína, já que o cliente tende a perceber com clareza quando há incongruência no terapeuta, o que pode comprometer a confiança e a profundidade do encontro. Em contrapartida, quando há discrepância entre a experiência interna e a expressão externa, o terapeuta torna-se incongruente, o que se refere à incoerência entre o que se sente e o que é comunicado (Rogers, 1977).

A segunda atitude, denominada aceitação positiva ou consideração positiva incondicional, traduz-se em postura abrangente e conseqüente de uma atitude autêntica voltada ao crescimento do cliente. Aceitar, nesse contexto, significa valorizar o cliente integralmente, sem julgamentos, críticas ou avaliações que o classifiquem como certo ou errado. Essa aceitação, quando vivida de forma genuína, possibilita que o cliente se sinta respeitado em singularidade, favorecendo processos de autoexploração e fortalecimento da autoestima (Rogers, 1977).

Ao adotar essa postura, o terapeuta cria base de confiança essencial, na qual o cliente se sente acolhido e confortável para ser quem realmente é, sem medo de reprovação. Paralelamente, essa atitude também exige que o terapeuta seja capaz de aceitar a si mesmo, reconhecendo limitações e potencialidades (Rogers, 1977; Fontgalland; Moreira, 2012).

A terceira atitude, a empatia, é considerada uma das mais importantes tanto para o terapeuta quanto para o plantonista. Empatia implica perceber e vivenciar os sentimentos do cliente de forma profunda, aproximando-se do mundo interno e procurando compreender como ele se sente e como percebe a própria realidade. No contexto do Plantão Psicológico, essa atitude adquire ainda mais relevância, pois o tempo reduzido da intervenção exige que o terapeuta se conecte rapidamente à vivência do cliente, oferecendo-lhe experiência de escuta diferenciada e transformadora (Rogers, 1977).

Ao aceitar o cliente como ele é, o terapeuta consegue apreender a vivência interior e devolvê-la de maneira compreensiva, o que cria as condições necessárias, para que a mudança ocorra. Trata-se de aproximação cuidadosa e respeitosa, que permite que o cliente se sinta verdadeiramente compreendido (Rogers, 1977).

Rogers (1977) destacou, ainda, que, quando essas atitudes estão presentes, o movimento terapêutico torna-se mais eficaz do que a simples aplicação de técnicas ou conhecimentos teóricos. Em sua concepção, essas condições deveriam constituir o modo de ser

do terapeuta, desafiando-o a assumir-se como pessoa em relação ao outro, em vez de restringir a atuação ao papel de técnico. Assim, a autenticidade, a aceitação incondicional e a empatia não se limitam a recursos metodológicos, mas configuram modo de estar na relação terapêutica. Essa concepção evidencia que a prática clínica na ACP não se reduz a protocolos fixos, mas se fundamenta na qualidade da presença do terapeuta, que se torna o principal recurso de intervenção.

Com base nesses pressupostos, o plantonista, ao realizar o atendimento, é convocado a propor escuta que favoreça no cliente a elaboração da própria demanda. Esse tipo de escuta possibilita que o indivíduo se perceba em realidade concreta, aproxime-se da experiência pessoal e, a partir de então, conduza-se a uma tomada de decisão mais consciente e alinhada consigo mesmo (Mahfoud, 2013).

Essa escuta, muitas vezes chamada de autêntica, profunda ou ativa, constitui o próprio ambiente terapêutico do Plantão Psicológico. Por meio dela, o cliente busca o plantonista com a expectativa de ser acolhido, compreendido e de poder refletir sobre a própria vivência, em espaço cuja experiência é valorizada e reconhecida (Mahfoud, 2013).

### **3 PLANTÃO PSICOLÓGICO COMO DISPOSITIVO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL**

#### **3.1 Promoção da saúde: da prevenção à construção da qualidade de vida**

A promoção da saúde, conforme tem sido compreendida nas últimas duas décadas, constitui estratégia relevante e promissora para enfrentar os múltiplos problemas que afetam a saúde das populações e os respectivos contextos sociais neste final de século. Ao partir de visão ampliada do processo saúde-doença e dos determinantes, busca articular saberes técnicos e populares, bem como mobilizar recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para resolução (Buss, 2000).

Passados pouco mais de dez anos da divulgação da Carta de Ottawa, considerada um dos documentos fundadores da promoção da saúde moderna, o conceito passou a ser associado a um conjunto de valores fundamentais: qualidade de vida, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, entre outros. Também, relaciona-se a uma combinação de estratégias: ações governamentais (políticas públicas saudáveis), mobilização comunitária (reforço da ação coletiva), atuação dos indivíduos (desenvolvimento de competências pessoais), reorganização do sistema de saúde e estabelecimento de parcerias intersetoriais (WHO, 1986).

Em outras palavras, trata-se de proposta de responsabilização tanto pelos problemas quanto pelas soluções. A promoção da saúde tem sido interpretada, de um lado, como reação ao crescente processo de medicalização da vida social e, de outro, como resposta integradora de diferentes recursos técnicos e perspectivas ideológicas. Embora inicialmente tenha sido utilizada para caracterizar nível de atenção da medicina preventiva, a expressão passou a assumir, mais recentemente, sentido político e técnico, envolvendo o processo saúde-doença-cuidado (Leavell; Clark, 1976),

Sigerist (1956, apud Rosen, 1979) foi um dos pioneiros a empregar o termo, ao definir as quatro tarefas essenciais da medicina: promoção da saúde, prevenção de doenças, recuperação dos enfermos e reabilitação. Para ele, a saúde se promove oferecendo condições de vida dignas, boas condições de trabalho, acesso à educação, cultura física, lazer e descanso, o que exigiria o esforço conjunto de políticos, sindicatos, empresários, educadores e médicos. A estes últimos, como especialistas, caberia estabelecer normas e padrões de referência.

Leavell e Clark (1976), ao desenvolverem o modelo da história natural da doença, também utilizaram o conceito de promoção da saúde, considerando três níveis de prevenção.

Dentro dessas fases, existiriam ao menos cinco estágios distintos, nos quais poderiam ser aplicadas medidas preventivas, a depender do conhecimento disponível sobre cada enfermidade. A prevenção primária, situada no período de pré-patogênese, envolve ações voltadas à melhoria da saúde geral, por meio da proteção contra agentes patológicos ou pela criação de barreiras frente aos fatores ambientais.

A educação em saúde é considerada essencial nesse processo. Os autores destacam que os procedimentos voltados à promoção incluem: adequada nutrição em diferentes fases do desenvolvimento humano; condições para o desenvolvimento integral da personalidade, com orientação e educação aos pais em atividades individuais e coletivas; educação sexual e aconselhamento pré-nupcial; habitação adequada; lazer e condições favoráveis no ambiente familiar e laboral. Além disso, a orientação preventiva em exames periódicos e o aconselhamento médico estendido à família fazem parte dos componentes fundamentais da promoção da saúde.

A Carta de Ottawa conceitua promoção da saúde como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo (WHO, 1986). Assim, enquadra-se entre os conceitos mais amplos da área, reforçando a responsabilidade e os direitos individuais e coletivos em relação à própria saúde.

### **3.2 O Plantão Psicológico na perspectiva da Saúde Coletiva**

Impulsionada pela Reforma Psiquiátrica Brasileira e pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a Psicologia passou, sobretudo a partir da década de 1980, a integrar o campo da Saúde Coletiva, por meio da atuação nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e demais dispositivos que compõem a rede psicossocial. Essa inserção implicou transformações significativas tanto na formação quanto na prática profissional dos psicólogos, especialmente no que se refere à organização curricular dos cursos de graduação, que passaram a contemplar disciplinas voltadas à área da Saúde Coletiva (Ferreira Neto, 2011).

A integralidade, nesse contexto, é compreendida como o entendimento de que o ser humano não deve ser reduzido a partes isoladas, mas reconhecido em complexidade, com múltiplas demandas objetivas e subjetivas, que precisam ser atendidas por meio de uma rede de serviços articulada intra e intersetorialmente (Brasil, 2009a). Sob essa ótica, o plantão

psicológico possibilita integrar aspectos subjetivos da experiência do usuário no processo de cuidado, favorecendo intervenções em saúde mental, no âmbito da atenção básica.

Dessa forma, o plantão psicológico consolida-se como estratégia da clínica ampliada, pois promove acolhimento, garante maior acesso aos serviços de saúde mental, prioriza ações preventivas e estabelece relações com a comunidade, além de valorizar práticas interdisciplinares. Essa perspectiva desloca o foco da doença para a experiência singular da pessoa em contextos sociais e familiares. Trata-se, portanto, de nova compreensão do processo saúde-doença e prática clínica diferenciada, que rompe com o modelo tradicional centrado na patologia (Amorim; Andrade; Castelo Branco, 2015).

A clínica ampliada consiste no uso de saberes e nas práticas de saúde situados socioculturalmente e aplicados de modo técnico, de forma a oferecer respostas singulares às necessidades apresentadas pelos usuários, com forte ênfase na intersubjetividade das ações, cujo objetivo fundamental é criar vínculos com a comunidade, reconhecendo a relevância das narrativas e adotando escuta atenta, sustentada por postura ética e humanizada (Favoreto, 2006). Assim como o plantão, a clínica ampliada compreende que os indivíduos não podem ser reduzidos a manifestações sintomatológicas, pois são atravessados por dimensões históricas, sociais, culturais e psíquicas. Isso significa que ambos os dispositivos buscam estabelecer pactos entre profissionais e usuários, promovendo autonomia e participação ativa daquele que vivencia o sofrimento (Amorim; Andrade; Castelo Branco, 2015).

Portanto, o plantão psicológico contribui para implementação de práticas ampliadas, capazes de reduzir a fragmentação excessiva do processo de trabalho em saúde, priorizando a escuta qualificada e a construção de vínculos com usuários e comunidades. Mais do que uma reconfiguração do cuidado, tanto o plantão quanto a clínica ampliada representam compromisso ético, baseado na humanização das práticas e na efetivação da cidadania, promovendo melhores condições de vida para a população (Amorim; Andrade; Castelo Branco, 2015).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é regido por princípios que asseguram a efetivação do direito constitucional à saúde. Entre eles, destacam-se a universalidade, que garante acesso igualitário a toda a população; a integralidade, que prevê a atenção contínua e articulada em diferentes níveis de complexidade; e a equidade, voltada para diminuição das desigualdades sociais e regionais, por meio da oferta de serviços adaptados às necessidades específicas. Além disso, a descentralização administrativa e a participação social se constituem em eixos organizativos, por meio da gestão compartilhada entre União, estados e municípios, bem como da atuação de conselhos e conferências de saúde como instâncias de controle democrático (Brasil, 1990).

A disseminação da prática do plantão psicológico foi favorecida pela consolidação da Reforma Psiquiátrica e pelos princípios do SUS, o que permitiu ampliar a inserção da Psicologia nas políticas públicas. O plantão, nesse cenário, surge como alternativa para atender, de modo mais efetivo, às demandas de saúde mental, ampliando a capacidade de resposta, através de atendimentos no território ou encaminhamentos adequados, conforme o grau de complexidade (Amorim; Andrade; Castelo Branco, 2015).

Enquanto prática recente no contexto da atenção básica, o plantão psicológico tem como foco a promoção da saúde e a prevenção do agravamento ou surgimento de transtornos mentais, contribuindo para redução da incidência e prevalência. Além de garantir maior acesso da população aos serviços psicológicos, essa modalidade de atendimento se alinha ao caráter preventivo e humanizador do SUS (Amorim; Andrade; Castelo Branco, 2015).

O acolhimento, entendido como tecnologia que se realiza nos encontros cotidianos entre profissionais e usuários, é parte essencial do plantão, já que envolve escuta, vínculo e responsabilização no processo de cuidado. A humanização, por sua vez, refere-se à postura empática e dialógica do psicólogo na construção de sentidos junto ao usuário, constituindo aspecto central tanto do plantão psicológico quanto das diretrizes do SUS (Gomes; Ribeiro, 2015).

### **3.3 O Plantão Psicológico como espaço de promoção da saúde mental**

Durante o período de extensão, observou-se que indivíduos que apresentavam sintomas leves ou se encontravam nos estágios iniciais de sofrimento psíquico, ao procurarem atendimento psicológico, acabaram evoluindo para quadros mais graves em razão do tempo de espera. Neste sentido, o plantão psicológico surgiu como alternativa para atenuar o agravamento do sofrimento mental desses sujeitos.

Quando os pacientes chegavam em estado avançado de comprometimento psíquico, a intervenção demandava maior tempo e dedicação do que o previsto inicialmente para o plantão. Apesar disso, apenas uma pequena parcela necessitou de encaminhamento para psicoterapia, pois esse espaço de escuta, muitas vezes, era o que o paciente necessitava.

Ao narrar a própria história, o paciente entrava em contato, no sentido fenomenológico de ser afetado pela experiência, com vivências e emoções. O ambiente clínico, nesse processo, possibilitava a reflexão e a reelaboração das questões pessoais. O sofrimento humano, por sua vez, podia apresentar-se como fator limitante das possibilidades existenciais, manifestando-se

por meio de angústia, sensação de vazio, medo e até mesmo pela dificuldade de expressão, quando a dor se torna intensa a ponto de impedir a fala (Najmanovich, 1996).

O estabelecimento de *rapport* com os pacientes mostrou-se bastante positivo, uma vez que a maioria conseguia falar sobre si. Embora alguns apresentassem dificuldade inicial em expor os problemas, o acolhimento e a postura empática do plantonista transformavam o *setting* terapêutico em espaço seguro. Com o tempo, esses pacientes conseguiam se abrir, não apenas para falar das dificuldades, como também para buscar soluções. Muitos se mostraram engajados no processo, embora alguns não tenham conseguido avançar.

De acordo com Sapienza (2004), o paciente não procura um encontro psicológico com problemas meramente intelectuais, mas com questões relacionadas à vida e aos sentimentos que a permeiam: abandono, angústia, ansiedade, medo, frustração, tédio, tristeza, entre outros. Assim, um encontro psicológico, seja na modalidade de plantão ou de psicoterapia, é permeado por afetos humanos e constitui espaço de acolhimento e expressão – seja através do choro, por exemplo – funcionando como “espaço afetivo que pode servir de um novo chão, de um novo ponto de partida” (Sapienza, 2004, p. 109).

Dessa forma, o encontro psicológico também representa cuidado à dor e à existência, consiste em devolver ao sujeito a responsabilidade pelo próprio processo. Entretanto, alterar o curso da própria história não é tarefa simples. Para Sapienza (2004), não se trata apenas de reconhecer que se fez uma escolha equivocada e buscar corrigi-la em seguida, mas de vivenciar um processo comparável ao aprendizado de andar de bicicleta: inicialmente, difícil e sujeito a quedas, porém possível de ser conquistado com perseverança. Assim, o encontro psicológico pode despertar no paciente tanto o desejo quanto a confiança em realizar mudanças, além de favorecer o contato com aspectos positivos e belos da vida.

Sapienza (2007, p. 47) ainda ressalta que “O terapeuta deve se empenhar não apenas na explicitação do sentido do que aparece, como na ampliação desse sentido, na procura do que pode estar encoberto – pois o que é se dá e se oculta – propiciando assim que o paciente possa alargar e aprofundar a compreensão de como está sendo seu modo de existir”.

Nesse sentido, a eficácia do plantão psicológico não está vinculada à resolução imediata da queixa, mas ao mundo de significados daquele sujeito, cabendo ao psicólogo auxiliá-lo a refletir e a buscar novas formas de lidar com as dificuldades. É importante destacar que o plantão possui limites, muitos deles relacionados à desigualdade social e à precariedade dos serviços públicos (Cury, 2012).

### 3.4 Dimensão formativa e social do Plantão Psicológico

No âmbito da formação do psicólogo, a literatura aponta a relevância dos serviços-escola vinculados às universidades brasileiras, os quais desempenham papel estratégico tanto como porta de entrada para o atendimento institucional quanto como espaços de formação de recursos humanos voltados às práticas específicas, como o plantão psicológico e os serviços de pronto-atendimento (Furigo *et al.*, 2009; Paparelli; Nogueira-Martins, 2007; Peres; Santos; Coelho, 2004). Esses serviços assumem dupla função: ao mesmo tempo em que oferecem atendimento à comunidade, configuram-se como campos de experimentação e aprendizagem, permitindo que os estudantes entrem em contato direto com a complexidade das demandas psicológicas em situações emergenciais.

Ao tratar da formação dos plantonistas, Schmidt (2012) ressalta a singularidade das entrevistas de plantão, concebidas como “espaço e tempo de mediação e trânsito de identidades e diferenças, inclusões e exclusões, passado e presente, interior e exterior, na medida em que procuram transpor a proteção do psicodiagnóstico e da triagem, expondo-se à plasticidade dos encontros” (p. 17). Nessa perspectiva, o plantão distingue-se de outros formatos de atendimento, por constituir-se em campo fértil de experiências que ultrapassam modelos rígidos, confrontando o estudante com situações que demandam sensibilidade, flexibilidade e abertura à alteridade.

A constituição da identidade profissional, ou o “tornar-se psicólogo” (Scorsolini-Comin; Souza; Santos, 2008), emerge justamente do contato com a urgência e o inesperado. Nesse processo, o estudante é mobilizado a resgatar recursos teóricos e pessoais, bem como a elaborar estratégias próprias para oferecer auxílio breve e pontual, capaz de acolher a demanda, organizá-la e proporcionar maior conforto e equilíbrio emocional ao cliente (Chaves; Henriques, 2008). Trata-se de prática situada e, frequentemente, imprevisível, que contribui para que o aluno se reconheça como sujeito em construção profissional, transitando entre continuidades e rupturas constitutivas da identidade como futuro psicólogo.

Assim, o plantão psicológico configura-se como espaço privilegiado de formação, por colocar o estudante diante de acontecimentos singulares e potencialmente transformadores, mediados, em muitos casos, pelas supervisões clínicas. Em contraste com um saber cristalizado e normativo sobre a prática, o plantão favorece o exercício da plasticidade, do acolhimento e da abertura à experiência do outro, aspectos fundamentais para constituição de um estilo profissional próprio (Chaves; Henriques, 2008).

A centralidade atribuída à formação nos estudos revisados decorre, em grande parte, do fato de que a maioria das pesquisas consiste em investigações empíricas com estudantes ou em relatos de experiências vinculados aos estágios curriculares. Assim, a formação é analisada em estreita relação com os saberes e as práticas específicas do plantão psicológico, entendido como recurso essencial para o exercício reflexivo da profissão. Nessa ótica, o plantão contribui não apenas para o desenvolvimento de competências técnicas, como também para construção contínua da identidade profissional, permitindo ao estudante experimentar um modo singular de atuação e consolidar o próprio saber-fazer profissional (Schmidt, 2012).

## 4 RELATO E REFLEXÕES SOBRE A PRÁTICA NO PLANTÃO PSICOLÓGICO

### 4.1 Contextualização da experiência e gênese do projeto

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) configura-se como o sistema público responsável pela atenção integral à saúde da população, orientado pelos princípios de integralidade, equidade e universalidade, cuja função é garantir a promoção do bem-estar e o acesso resolutivo aos serviços de saúde de forma abrangente e igualitária (Brasil, 2022).

Entretanto, observa-se o fenômeno da chamada demanda reprimida, caracterizada pelo descompasso entre o número de usuários que necessitam de atendimentos médicos, psicológicos, exames ou procedimentos e a disponibilidade real de recursos, sejam eles profissionais de saúde, infraestrutura ou condições financeiras. Esse cenário resulta, em grande medida, da elevada procura por especialidades médicas, da escassez de profissionais e das limitações estruturais e orçamentárias enfrentadas pelo sistema (Oliveira; Refatti; Lima, 2025).

Nesse contexto, em 2022, uma psicóloga idealizou um projeto de extensão voltado ao atendimento psicológico de pessoas que haviam solicitado atendimento pelo SUS, mas que permaneciam em lista de espera. O público-alvo do projeto compreendia, a demanda reprimida acumulada entre os anos de 2017 e 2022, evidenciando de forma concreta o descompasso entre a necessidade de cuidado psicológico e a capacidade de oferta dos serviços públicos de saúde mental.

Os integrantes do projeto foram estudantes de Psicologia, que, no momento da seleção, estavam no terceiro e quartos períodos, interessados em desenvolver e aprimorar habilidades psicológicas sob supervisão.

A produção de novos conhecimentos e saberes, bem como a divulgação de práticas extensionistas, configura-se como necessidade iminente, uma vez que permite refletir sobre a natureza transformadora da extensão e reafirmar o papel como parte integrante da formação profissional e acadêmica dos estudantes de graduação no Brasil (Santos; Rocha; Passaglio, 2016). Neste sentido, a extensão universitária se apresenta como processo educativo, interdisciplinar, cultural, político e científico que busca promover mudanças diretas tanto na sociedade quanto na própria instituição, a partir de práticas colaborativas entre universidade e comunidade (Alves *et al.*, 2019).

Embora, muitas vezes, seja reduzida ao senso comum de cursos de curta duração, a extensão vai muito além dessa perspectiva limitada. De acordo com Silva (2020), a extensão

deve ser compreendida como prática formativa e social de maior alcance, capaz de gerar impactos efetivos na realidade local.

Nesse mesmo sentido, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) determina que a promoção da extensão é um dos objetivos da educação superior, devendo ser aberta à participação da população e orientada para difusão das conquistas e dos benefícios resultantes da criação cultural e da pesquisa tecnológica e científica geradas na universidade (Brasil, 1996).

Em 2018, a Resolução CNE/CES n.º 7, que estabelece as Diretrizes para a Extensão na Educação Superior e regulamenta a meta 12.7 do Plano Nacional de Educação (2014-2024), definiu no artigo 3º a concepção de extensão universitária que fundamentou a elaboração dessas Diretrizes. Nesse documento, a extensão é caracterizada como:

A Extensão na Educação Superior Brasileira é a atividade que se integra à matriz curricular e à organização da pesquisa, constituindo-se em processo interdisciplinar, político educacional, cultural, científico e tecnológico, que promove a interação transformadora entre as instituições de ensino superior e os outros setores da sociedade, por meio da produção e da aplicação do conhecimento, em articulação permanente com o ensino e a pesquisa (Resolução CNE/CES n.º. 7/2018).

Nessa mesma perspectiva, Santos, Rocha e Passaglio (2016) destacam que a extensão universitária constitui atividade acadêmica que promove a integração entre a comunidade universitária e a sociedade, por meio de projetos, programas, eventos, cursos, publicações e outras ações. Para os autores, enquanto função essencial das universidades, a extensão visa articular ensino e pesquisa em atividades voltadas à prestação de serviços à comunidade local, possibilitando a identificação de demandas sociais e favorecendo o intercâmbio entre universidade e sociedade, com benefícios mútuos.

Logo após as etapas de divulgação, inscrição e seleção, os extensionistas aprovados participaram de um ciclo estruturado de capacitações. As atividades combinaram aulas expositivas, discussão de casos simulados, estudos orientados e sessões de roleplay com feedback imediato. Essa etapa buscou mitigar ansiedades típicas da entrada na prática clínica, promover a segurança técnica mínima e fortalecer a postura ética e humanizada diante do usuário do serviço.

## **4.2 Cenário de prática e organização dos fluxos de atendimento**

Concluída a etapa de capacitação, as atividades iniciaram-se em centro clínico de nível secundário de atenção à saúde, localizado no Rio Grande do Norte. A operacionalização das ações envolveu mutirões de triagem (ações) para convocação de usuários da lista de espera.

Nesse momento, os extensionistas eram responsáveis pela realização dos atendimentos dos usuários, em formato de plantão psicológico. A psicóloga responsável permanecia no local durante as ações, encontrando-se disponível para o manejo de eventuais intercorrências e o oferecimento de suporte às decisões de natureza técnica.

Ao término das ações, realiza-se a supervisão coletiva, estruturada em três eixos centrais: análise dos casos atendidos; relato das vivências emocionais dos extensionistas; definição de encaminhamentos, quando necessários, para os serviços psicológicos disponíveis no Centro Clínico. Essa etapa constitui-se como componente essencial do processo formativo, na medida em que, conforme apontam legislações e documentos orientadores, a supervisão representa espaço privilegiado para articulação entre referenciais teóricos e campos de prática, alinhando-se a diretrizes filosóficas que sustentam a formação profissional (Gonçalves, 2000).

Nesse sentido, em diferentes realidades e contextos, os grupos de supervisão assumem relevância, ao favorecer o desenvolvimento de competências e autonomia profissional, bem como ao destacar a importância da colaboração entre distintos atores envolvidos no processo formativo (Haboush, 2003; Harvey *et al.*, 2010).

Assim, a supervisão é compreendida como momento em que um profissional com maior experiência e conhecimento oferece subsídios teóricos, técnicos e éticos a sujeitos em processo de formação, configurando-se como dispositivo fundamental para consolidação da prática profissional (Silva Neto, 2014).

Diante da diversidade de demandas, foi estruturado um conjunto de modalidades de atendimento que possibilitasse acolher diferentes necessidades psicológicas. As modalidades de atendimento disponibilizadas no projeto incluíam o plantão psicológico, grupos psicoterapêuticos e o TelePsi (atendimentos on-line). Todos os atendimentos eram conduzidos pelos extensionistas, sob supervisão da psicóloga responsável.

Para organizar a continuidade dos casos que demandavam acompanhamento, foram elaboradas planilhas de controle, contendo a identificação dos usuários, a modalidade designada, o extensionista responsável e as datas previstas para os encontros. Nesse arranjo, a autora deste trabalho assumiu prioritariamente os plantões psicológicos, atendendo usuários encaminhados a partir das triagens e também da demanda espontânea.

#### **4.3 Metodologia do Plantão Psicológico: blocos, *setting* e registros**

A equipe adotou metodologia baseada em blocos de atendimento, cada qual composto por cinco encontros, sendo um por semana e com trinta minutos de duração. No primeiro

atendimento, esclarecia-se ao usuário a questão do sigilo prevista no Código de Ética do Psicólogo: “É dever do psicólogo respeitar o sigilo profissional, a fim de proteger, por meio da confidencialidade, a intimidade de pessoas, grupos ou organizações a que tenha acesso no exercício profissional” (CFP, 2005, art. 9º).

Ainda, reitera-se a explicitação dos limites do plantão psicológico, abrangendo aspectos, como a duração e a natureza breve do acolhimento, bem como a distinção em relação a um acompanhamento continuado. Além disso, é esclarecido que o atendimento é conduzido por estudante em processo de formação, sob supervisão da psicóloga. Por fim, eram reforçados os objetivos do plantão: acolher a demanda imediata trazida por ele na triagem, favorecer a organização da experiência no aqui-agora e avaliar necessidades de continuidade ou de encaminhamento para outro tipo de serviço.

Quanto ao *setting* terapêutico, foi estabelecido, em sala reservada, caracterizada por ambiente silencioso, disposição de cadeiras que favorecia a comunicação e ausência de barreiras físicas. A esse respeito, o Art. 15 da Resolução CFP nº 13/2022 dispõe que:

O espaço psicoterapêutico é compreendido como o campo relacional que se estabelece durante o processo da psicoterapia, incluindo o ambiente, as pessoas envolvidas e a relação suscitada. Parágrafo único — O espaço psicoterapêutico deve atender às normas locais de segurança, acessibilidade, protocolos sanitários, bem como garantir o sigilo do atendimento prestado e a privacidade das pessoas atendidas, nas diversas modalidades previstas (CFP, 2022, p. 5).

Nos atendimentos infantis, eram disponibilizados materiais lúdicos, como brinquedos, folhas e lápis de cor, utilizados como recursos mediadores da expressão. Foi utilizado como base os princípios da Ludoterapia Centrada na Criança (LCC). De acordo com essa perspectiva, o brinquedo seria o meio natural de autoexpressão da criança. Por meio do brincar, a criança pode tomar consciência dos próprios sentimentos, compreendê-los, enfrentá-los, aprender a manejá-los ou mesmo superá-los (Axline, 1984).

Outrossim, a LCC enfatiza que a confiança na capacidade da criança constitui condição essencial para o êxito do processo terapêutico, permitindo-lhe explorar os próprios caminhos, experimentar, conhecer a personalidade e assumir responsabilidade por suas ações. Com base nesses princípios, os atendimentos infantis foram estruturados, de modo a valorizar a sensibilidade, a compreensão e o interesse genuíno pela criança, promovendo o estabelecimento de um sentimento de permissividade, o reconhecimento e a reflexão de sentimentos, a manutenção do respeito, a liberdade, para que a criança indique o rumo do processo e a definição de limites adequados (Axline, 1984).

Ademais, a participação dos pais configura-se como elemento de extrema relevância nesse processo, cabendo-lhes ouvir, compreender, orientar e manter-se atentos aos filhos, de modo a observar sinais e a intervir quando necessário (Macedo *et al.*, 2011). Nos casos que envolvem menores de idade, é utilizado o Termo de Consentimento para o Atendimento de Menores, devidamente assinado por um responsável legal. A esse respeito, a Resolução CFP nº 13/2022 dispõe que:

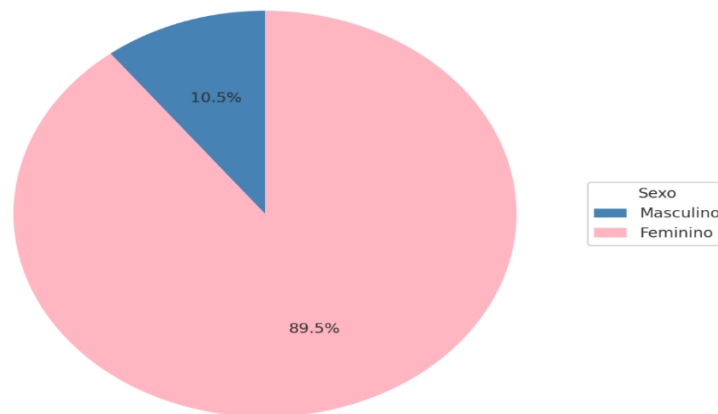
A prestação de serviços de psicoterapia deve ser precedida de contrato (verbal ou escrito), firmado entre a/o psicóloga/o e a pessoa atendida ou, no caso de criança e adolescente, seu responsável legal. O contrato deve evidenciar direitos e deveres das partes, condições, objetivos, honorários, frequência e tempo de sessão, modalidade de atendimento e outras condições necessárias (CFP, 2022, art. 7º).

Ao final de cada encontro, a autora registrava a evolução do paciente com foco em: queixa/demanda trazida; intervenções realizadas; comportamento da pessoa na sessão; estabelecimento de vínculo; se há alguma condição de risco à pessoa atendida; decisões clínicas (encaminhamentos, contato com rede etc.). Após as anotações, o registro é guardado e arquivado em conformidade com a ética profissional, mantendo-se em arquivo com acesso privado ao extensionista e à psicóloga supervisora.

#### **4.4 Dimensão quantitativa e perfil dos atendimentos**

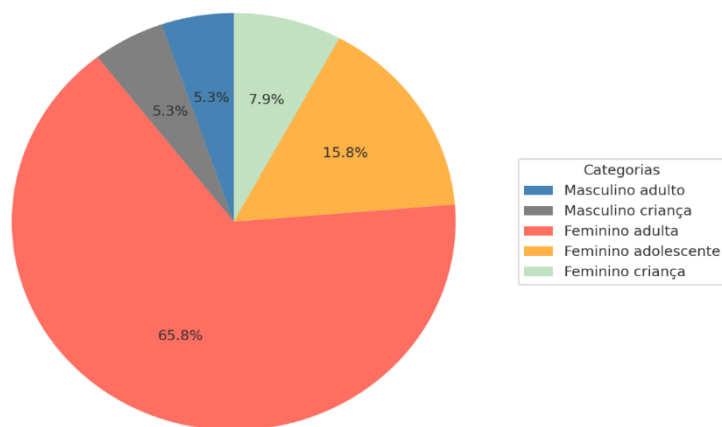
Entre os semestres de 2023.1 e 2025.1, a autora conduziu dez blocos de plantão psicológico, totalizando 455 sessões realizadas com trinta e oito usuários distintos. Esse volume de atendimentos proporcionou amostra diversificada de demandas, faixas etárias e contextos socioculturais, possibilitando a observação longitudinal de padrões clínicos recorrentes no serviço. Embora o plantão psicológico se caracterize pela natureza breve e focal, o acúmulo de ciclos de acolhimento permitiu tanto a formulação de encaminhamentos mais precisos quanto à identificação de temas emergentes na comunidade.

Do total de trinta e oito usuários atendidos, quatro eram do sexo masculino (10,5%), enquanto trinta e quatro eram do sexo feminino (89,5%).

**Gráfico 1 - Distribuição dos usuários atendidos por sexo**

Fonte: Elaboração própria (2025).

Entre os homens, dois eram adultos (5,3%) e dois eram crianças (5,3%). Já entre as mulheres, observou-se a distribuição: vinte e cinco adultas (65,8%), seis adolescentes (15,8%) e três crianças (7,9%).

**Gráfico 2 – Distribuição de usuários por sexo e faixa etária**

Fonte: Elaboração própria (2025).

Esse predomínio feminino nos atendimentos confirma o que a literatura aponta sobre a maior procura das mulheres pelos serviços de saúde. Para Gomes, Nascimento e Araújo (2007), a busca por cuidado está intimamente relacionada às construções sociais de gênero, nas quais o ato de cuidar é culturalmente associado ao universo feminino. Nesse mesmo sentido,

Medrado *et al.* (2005) destacam que a socialização feminina, desde a infância, reforça papéis ligados à manutenção das relações sociais e ao cuidado com o outro.

Por outro lado, a baixa procura masculina reflete a associação da masculinidade à invulnerabilidade, força e virilidade, características incompatíveis com a expressão de fragilidade ou sofrimento psíquico (Lyra-da-Fonseca *et al.*, 2003). Além disso, o receio de descobrir doenças, expresso no ditado popular “quem procura acha”, bem como a vergonha de se expor a profissionais de saúde, aparecem como fatores adicionais que dificultam a adesão masculina ao cuidado (Gomes; Nascimento; Araújo, 2007). A análise conjunta dos gráficos e da literatura demonstra que, para além dos percentuais, os dados revelaram determinantes socioculturais que atravessam a procura por serviços de saúde e moldam a vivência subjetiva do plantão psicológico.

Ademais, a análise descritiva das sessões indicou demandas predominantes, dentre as quais, destacam-se: ansiedade; depressão; relacionamento abusivo; abuso sexual; luto; conflitos familiares; ideação suicida; e tentativa de suicídio. Esses eixos orientaram o planejamento de capacitações temáticas, bem como o aprimoramento dos fluxos de manejo de risco, especialmente nos casos de ideação suicida e de violência em curso.

Cumprido destacar que, diante da identificação de risco iminente de suicídio, eram acionados protocolos específicos, pautados no julgamento clínico do plantonista juntamente com a supervisora. Esse julgamento considerava a presença de marcadores de crise suicida e de fatores precipitantes relacionados ao contexto de vida imediato do sujeito, situando o risco de suicídio como iminente, quando a possibilidade de tentativa se apresentava nas próximas 48 horas (Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2021).

Após os atendimentos, era feita a supervisão coletiva que se configurou como espaço de pensamento clínico compartilhado, ultrapassando a lógica avaliativa para exercer função técnico-formativa e sustentação emocional. Discutiam-se hipóteses compreensivas, limites do setting breve, manejo de silêncio, entre outros. Em casos excepcionais, procedeu-se às supervisões emergenciais. Em todos os atendimentos realizados pela autora, somente foi registrada apenas uma intercorrência, um caso de risco de suicídio, que exigiu intervenção imediata da supervisora.

Enfatiza que, no decorrer do projeto e dos atendimentos, foram ofertadas capacitações temáticas alinhadas às dificuldades percebidas entre os estudantes na supervisão, como fundamentos da ACP, conceituação e manejo do plantão psicológico, suicídio (manejo, avaliação de risco e encaminhamento), violência doméstica e sexual (também voltada para o manejo desses casos), uso de brinquedos, durante as sessões, TDAH/TOD e impactos na

dinâmica familiar e escolar, dentre outros. Esses conteúdos foram disponibilizados após as capacitações para serem revisitados quando necessário, à luz de situações clínicas emergentes.

É evidente que essa experiência contribuiu para o aprimoramento de competências essenciais à prática clínica. Nesse percurso, evidenciou-se, em primeiro lugar, a consolidação da escuta qualificada, que se mostrou fundamental para o acolhimento das demandas dos usuários e o fortalecimento do vínculo terapêutico. A postura atenta e não julgadora possibilitou que os pacientes se sentissem compreendidos e validados em vivências, aspecto intensificado pela empatia, elemento indispensável para construção da confiança e manutenção da aliança terapêutica.

#### **4.5 Potências e limites do Plantão Psicológico no serviço**

A experiência prática tem demonstrado a relevância do plantão psicológico como modalidade de atendimento capaz de responder, de forma ágil e eficaz, às demandas emergenciais dos usuários, permitindo que indivíduos em situação de sofrimento psíquico sejam acolhidos sem a necessidade de longas esperas. Nesse contexto, o plantonista, ao conduzir o diálogo, favorece a construção de sentido a partir da presença e das palavras que se entrelaçam à experiência do cliente (Buber, 1979). Esse processo de elaboração ocorre por meio da compreensão que possibilita a descoberta de novas significações, podendo gerar transformações importantes, uma vez que permite que o sofrimento trazido pelo cliente seja acolhido, ressignificado e, assim, transformado (Lévy, 2001).

Essa característica favoreceu, sobretudo, a redução de danos em momentos de crise, na medida em que possibilitou a construção de espaço de acolhimento e elaboração simbólica das angústias, ainda que em tempo limitado. Além disso, o plantão contribuiu de forma significativa para realização de triagem mais precisa, favorecendo encaminhamentos adequados à rede de atenção psicossocial.

Quando ancorado na ACP, esse recurso potencializou o empoderamento do usuário em relação à organização da própria experiência, incentivando-o a assumir postura mais ativa diante DAS demandas. Do ponto de vista formativo, o dispositivo também se revelou como oportunidade de sensibilização para os estudantes, na medida em que exigiu deles o desenvolvimento de postura ética, empática e humanizada, alinhada aos princípios fundamentais da prática psicológica.

Quando identificado como necessário, o plantão psicológico atuou ainda como porta de entrada para outras especialidades, no âmbito do SUS, como psiquiatria, neurologia, nutrição

e avaliações globais, entre outras áreas que compõem a rede de cuidado. Essa função articuladora reforçou o caráter integrador do plantão, ao mesmo tempo em que evidenciou O papel estratégico na organização dos fluxos de atendimento, colaborando para a efetividade do sistema.

Apesar disso, observou-se que o cenário de sobrecarga do SUS, marcado por filas e demandas reprimidas, ainda representa um obstáculo a ser enfrentado, exigindo da equipe envolvida grande capacidade de manejo e articulação intersetorial para minimizar os impactos dessa realidade. O número reduzido de profissionais psicólogos no serviço também contribuiu para o prolongamento das filas e para a limitação do acesso ao cuidado, evidenciando a necessidade de investimento contínuo em recursos humanos e estruturais na área da saúde mental.

Por outro lado, cumpre reconhecer os limites inerentes ao formato do plantão. Entre eles, destaca-se a restrição temporal, que exige clareza no foco de atuação, demandando do psicólogo a habilidade de priorizar aspectos centrais da queixa trazida pelo usuário. Além disso, verificou-se a possibilidade de frustração por parte de alguns usuários, especialmente quando havia a expectativa de continuidade em atendimentos prolongados, o que nem sempre se concretizava.

Outros desafios estiveram relacionados ao elevado fluxo de demandas, às dificuldades na realização de encaminhamentos em determinados contextos e às frequentes ausências ou desmarcações de usuários, que comprometem a organização do serviço. Soma-se a isso as limitações estruturais, como a quantidade disponível de salas, a escassez de materiais e, no início, a ausência de atendente para o agendamento dos atendimentos, fatores que, em alguns momentos, restringiram o alcance do plantão e impuseram ajustes constantes por parte da equipe.

Esses aspectos apontam para necessidade de investimentos permanentes em educação continuada, supervisão qualificada e fortalecimento da integração em rede, de modo a assegurar maior eficácia e sustentabilidade ao dispositivo.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente monografia teve como propósito refletir sobre a experiência vivida no Plantão Psicológico, fundamentado na Abordagem Centrada na Pessoa, enquanto dispositivo de acolhimento e promoção da saúde mental. A partir do relato da vivência extensionista, foi possível compreender a potência dessa modalidade de atendimento como espaço de escuta, encontro e transformação, revelando-se como campo fértil para o exercício de uma Psicologia humanista, ética e comprometida com o cuidado integral do ser humano.

O percurso desenvolvido ao longo do estudo evidenciou que o Plantão Psicológico, pela natureza breve e imediata, possibilita o acolhimento de pessoas em momentos de sofrimento e urgência subjetiva, oferecendo-lhes a oportunidade de reorganizar experiências e acessar recursos internos para lidar com as demandas. A fundamentação teórica na ACP mostrou-se essencial para sustentar prática que valoriza a autenticidade, a empatia e a aceitação incondicional como condições facilitadoras da mudança, fortalecendo o vínculo entre plantonista e pessoa atendida.

A experiência prática possibilitou observar, de forma concreta, como o encontro entre plantonista e cliente constitui espaço de cuidado e escuta genuína, em que tanto a palavra quanto o silêncio adquirem significado. O Plantão, nesse sentido, mostrou-se capaz de favorecer o alívio de sofrimentos, promover *insights* e impulsionar movimentos de autorreflexão. Além disso, revelou-se como importante instrumento de promoção da saúde mental, contribuindo para ampliação do acesso e prevenção do agravamento de quadros psicológicos, especialmente em contextos marcados por longas filas de espera e carência de serviços especializados.

Constatou-se, também, que essa prática vai além de um simples atendimento emergencial, pois envolve compromisso ético e afetivo com o outro, fundamentado na confiança e no respeito à subjetividade. Nesse processo, o papel do plantonista é o de facilitar o contato da pessoa com a própria experiência, favorecendo a autocompreensão e a responsabilização pelo processo de crescimento. Assim, o plantão se reafirma como espaço humanizador, capaz de resgatar a dimensão relacional e dialógica do cuidado psicológico.

No âmbito da formação profissional, o projeto de extensão que deu origem a esta pesquisa mostrou-se oportunidade ímpar de aprendizado. Por meio das práticas, supervisões e reflexões coletivas, foi possível articular teoria e prática, desenvolver habilidades clínicas e éticas, e fortalecer postura profissional comprometida com os valores humanistas que sustentam a Psicologia. Essa vivência consolidou a compreensão de que o fazer psicológico não se limita à técnica, mas se constrói na presença, na escuta e na abertura genuína ao outro.

Apesar dos desafios enfrentados, como a sobrecarga dos serviços públicos, a escassez de profissionais e as dificuldades estruturais, a experiência evidenciou que o Plantão Psicológico é uma prática viável, eficaz e socialmente necessária, especialmente em contextos de vulnerabilidade, em que aplicabilidade em diferentes espaços reforça o potencial como estratégia de cuidado ampliado, consonante com os princípios da integralidade e da humanização do SUS.

Com a elaboração desta pesquisa, tornou-se possível reconhecer que o Plantão Psicológico é um importante instrumento de promoção da saúde mental, que possibilita ao sujeito encontrar novos significados para a experiência dele e redescobrir as próprias potencialidades. Neste sentido, compreender essa prática e difundi-la constitui passo essencial para o fortalecimento de uma Psicologia, cada vez mais, acessível, ética e comprometida com o bem-estar humano. Espera-se que este trabalho possa inspirar novas pesquisas e ampliar o debate sobre a relevância do Plantão Psicológico, reafirmando o compromisso da Psicologia com a escuta, o acolhimento e a valorização da pessoa em totalidade.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, A. C. *et al.* Consciência Social: A importância da construção de saberes compartilhados pela curricularização da extensão. **Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia**, [S.l.], v. 6, n. 12, 2019.
- ALVIM, M. B. A clínica como poiética. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 1007-1023, 2012. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812012000300018&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812012000300018&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 20 ago. 2025.
- AMORIM, F. B. T.; ANDRADE, A. B.; BRANCO, P. C. C. Plantão psicológico como estratégia de clínica ampliada na atenção básica em saúde. **Contextos Clínic.**, São Leopoldo, v. 8, n. 2, p. 141-152, 2015. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-34822015000200004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822015000200004&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 20 ago. 2025.
- AXLINE, V.M. **Ludoterapia: a dinâmica interior da criança**. Belo Horizonte: Interlivros, 1984.
- BAPTISTA, M. T. D. S.; NOGUCHI, N. F. C.; CALIL, S. D. B. W. A pesquisa interventiva na psicologia: análise de três experiências. **Psicol. Am. Lat.**, México, n. 7, 2006. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-350X2006000300014&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2006000300014&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 20 ago. 2025.
- BEZERRA, E. N. Plantão psicológico como modalidade de atendimento em Psicologia Escolar: limites e possibilidades. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 129-143, 2014. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812014000100008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812014000100008&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 20 ago. 2025.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 53. ed. Brasília, DF: Senado Federal, 2022.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 20 set. 1990.
- BRASIL. Lei nº 9394, de 20 de dezembro de 1996. **Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. Brasília, DF, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **A clínica ampliada e compartilhada**. Brasília, Ministério da Saúde, 2009. 68 p.
- BRASIL. **Resolução CNE/CES nº 7, de 18 de dezembro de 2018**. Estabelece as Diretrizes para a Extensão na Educação Superior Brasileira e regimenta o disposto na Meta 12.7 da Lei nº 13.005/2014 que aprova o Plano Nacional de Educação – PNE – 2014-2014 e dá outras providências. Brasília, DF, 2018.

BUBER, M. **Eu e Tu**. São Paulo: Moraes, 1979.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CAUTELA, W.JR. Plantão Psicológico em hospitais Psiquiátricos. *In*: MAHFOUD, M. (org.). **Plantão Psicológico**: Novos Horizontes. São Paulo: C.I., 1999. p. 97-114

CHAVES, P. B.; HENRIQUES, W. M. Plantão psicológico: De frente com o inesperado. **Psicologia Argumento**, [S.l.], v. 26, n. 53, p.151-157, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Brasil). **Resolução CFP nº 13, de 14 de junho de 2022**. Dispõe sobre diretrizes e deveres para o exercício da psicoterapia por psicólogas e psicólogos. Brasília, DF: CFP, 2022. Disponível em: <https://atosoficiais.com.br/cfp/resolucao-do-exercicio-profissional-n-13-2022-dispoe-sobre-diretrizes-e-deveres-para-o-exercicio-da-psicoterapia-por-psicologa-e-por-psicologo>. Acesso em: 28 set. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Código de Ética Profissional do Psicólogo**. Brasília: CFP, 2005.

CURY, V. E. Plantão Psicológico em Clínica-Escola. *In*: MAHFOUD, M. (org.). **Plantão Psicológico**: Novos horizontes. 2. ed. São Paulo: Companhia Ilimitada, 2012. p.115-133.

DALTRO, M. R.; FARIA, A. A. Relato de experiência: Uma narrativa científica na pós-modernidade. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, [S.l.], v.19, n.1, p.223–237, 2019.

DOESCHER, A. M. L.; HENRIQUES, W. M. *Plantão psicológico: um encontro com o outro na urgência*. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 17, n. 4, p. 717-723, 2012.

DURANGE, W. T.; CORDEIRO, A. P. S. Plantão Psicológico: dimensão pós-clínica, uma psicologia da saúde. *In*: TASSINARI, M. A.; CORDEIRO, A. P. S.; DURANGE, W. T. (org.). **Revisitando o Plantão Psicológico Centrado na Pessoa**. 1. ed. Curitiba: CRV, 2013. p. 83-100.

DUTRA, E. M. D. S. Rogers and Heidegger: is a gathering for a new view of the self possible? **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 33, n. 3, p. 413-423, 2016.

EREMIE, M.; UBULOM, W. Review of person centered counselling theory. **International Journal of Innovative Education Research**, Bangladesh, p. 46-50, 2016.

FAVORETO, C. A velha e renovada clínica dirigida à produção de um cuidado integral em saúde. *In*: R. PINHEIRO; R. MATTOS (orgs.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro, Cepesc/UERJ/Abrasco, 2006. p. 205-219.

FERREIRA NETO, J. **Psicologia, políticas públicas e o SUS**. São Paulo/Belo Horizonte: Escuta/ Fapemig, 2011. 224 p.

FONTGALLAND, R. C.; MOREIRA, V. Da empatia a compreensão empática: evolução do conceito no pensamento de Carl Rogers. **Memorandum**, [S.l.], v. 23, p.32- 56, 2012.

FURIGO, R. C. P. L. *et al.* Plantão psicológico: Uma prática que se consolida. **Boletim de Psicologia**, [S.l.], v. 58, n. 129, p.185-192, 2008.

GOMES, F. G.; RIBEIRO, M. El. C. Plantão psicológico como estratégia de clínica ampliada na atenção básica em saúde. **Contextos Clínicos**, São Leopoldo, v. 8, n. 2, p. 141-152, 2015. DOI: <https://doi.org/10.4013/ctc.2015.82.03>

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565–574, 2007.

GONÇALVES, C.L.C. **Supervisão de estágio em Psicologia escolar**: Perspectiva e atuação de supervisores. 2000. Tese (Doutorado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas-SP, 2000.

HABOUSH, K.L. Group supervision of school psychologists in training. **International School Psychology Association**, [S.l.], v. 24, n. 2, p.232- 255, 2003.

HARVEY, V.S. *et al.* **Improving field supervision through collaborative supervision institutes**, *Communiqué*, v. 38, n. 7, 22-24, 2010.

HOCH, V. A. **A percepção do cliente sobre a vivência da relação terapêutica na terapia centrada no cliente**. 2001. Disponível em: <https://www.apacp.org.br/diversos/artigos/a-percepcao-do-cliente-sobre-a-vivencia-da-relacao-terapeutica-na-terapia-centrada-no-cliente-3/>. Acesso em: 20 ago. 2025.

HOLANDA, A. **Diálogo e psicoterapia**: correlações entre Carl Rogers e Martin Buber. São Paulo: Lemos, 1998.

LEAVELL, H.; CLARK, E.G. **Medicina Preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill Inc., , 1976. 744 pp.

LEVY, A. **Ciências clínicas e organizações sociais**: sentido e crise do sentido. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

LÜDKE, M.; CRUZ, G. B. Contribuições ao debate sobre a pesquisa do professor da educação básica. **Formação Docente – Revista Brasileira de Pesquisa sobre Formação de Professores**, [S. l.], v. 2, n. 3, p. 86–107, 2010. Disponível em: <https://www.revformacaodocente.com.br/index.php/rbpf/article/view/20>. Acesso em: 6 jun. 2025.

LYRA-DA-FONSECA, J. L. C. *et al.* Homens e cuidado: uma outra família? *In*: ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A., organizadores. **Família**: redes, laços e políticas públicas. São Paulo: Instituto de Estudos Especiais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2003. p. 79–91.

MACEDO, M.M.M.K. *et al.* Motivos de busca de atendimento psicológico por adolescentes em uma clínica-escola. **Psicol. teor. prat.**, [S.l.], v. 13, n. 2, p.63-75, 2011.

MAHFOUD, M. Desafios sempre renovados: plantão psicológico. *In*: TASSINARI, M. A.; CORDEIRO, A. P. S.; DURANGE, W. T. (org.). **Revisitando o Plantão Psicológico Centrado na Pessoa**. 1. ed. Curitiba: CRV, 2013. p. 33-50.

MEDRADO, B.; LYRA-DA-FONSECA, J. L. C.; LEÃO, L. S.; LIMA, D. C.; SANTOS, B. Homens jovens no contexto do cuidado: leituras a partir da paternidade na adolescência. *In*: ADORNO, R.; ALVARENGA, A.; VASCONCELOS, M. P., organizadores. **Jovens, trajetória, masculinidades e direitos**. São Paulo: Edusp, 2005. p. 241–264.

MOREIRA, V. Revisitando as fases da abordagem centrada na pessoa. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 27, n. 4, p. 537-544, 2010.

NAJMANOVICH, D. Novos Sofrimentos Psíquicos? **Cadernos de Subjetividade**, [S.l.], nº 4, vol. 1-2, 1996.

OLIVEIRA, I. S. B.; REFATTI, A. C. R.; LIMA, D. F. L. Os impactos da demanda reprimida no Sistema Único de Saúde e as soluções para resolução e enfrentamento do problema. **Revista dos Seminários de Iniciação Científica**, [S.l.], v. 7, n. 3, 2025. Disponível em: <https://revistas.atenas.edu.br/resic/article/view/642>. Acesso em: 20 ago. 2025.

PAPARELLI, R. B.; NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F. Psicólogos em formação: Vivências e demandas em plantão psicológico. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [S.l.], v. 27, n. 1, p.64-79, 2007.

PERES, R. S.; SANTOS, M. A.; COELHO, H. M. B. Perfil da clientela de um programa de pronto-atendimento psicológico a estudantes universitários. **Psicologia em Estudo**, [S.l.], v.9, n. 1, p.47-54, 2004.

ROGERS, C. R. **De pessoa para pessoa: o problema de ser humano, uma nova tendência na psicologia**. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 1977.

ROGERS, C. R. **Terapia Centrada no Cliente**. Lisboa: Edual - Editora da Universidade Autónoma de Lisboa, 2003.

ROGERS, C. R. **Tornar-se Pessoa**. 6. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2009.

ROGERS, C. R. **Um Jeito de Ser**. 14. ed. São Paulo: E.P.U., 2021.

ROSEN, G. **Da Polícia Médica à Medicina Social**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

ROSENTHAL, R.W. Plantão de Psicólogos no Instituto *Sedes Sapientiae*: uma proposta de atendimento aberto a comunidade. *In*: MAHFOUD, M. (org.) **Plantão Psicológico: novos horizontes**. São Paulo: C.I, 1999. p.15-27.

SANTOS, J. H. S.; ROCHA, B. F.; PASSAGLIO, K. T. Extensão Universitária e Formação no Ensino Superior. **Revista Brasileira de Extensão Universitária**, [S.l.], v. 7, n. 1, p.23 -28, 2016.

SAPIENZA, B. T. **Do desabrigo à confiança: daseinsanalyse e terapia**. São Paulo: Escuta, 2007.

SAPIENZA, B. T. **Conversa sobre terapia**. São Paulo: Educ; Paulus, 2004.

SCHMIDT, M. L. S. O nome, a taxonomia e o campo do aconselhamento psicológico. *In*: MORATO, H. T. P.; BARRETO, C. L. B. T.; NUNES, A. P. (orgs.). **Aconselhamento psicológico numa perspectiva fenomenológica existencial**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. p. 1-21.

SCORSOLINI-COMIN, F.; SOUZA, L. V.; SANTOS, M. A. Tornar-se psicólogo: Experiência de estágio de Psico-oncologia em equipe multiprofissional de saúde. **Revista Brasileira de Orientação Profissional**, [S.l.], v. 9, n. 2, p. 113-125, 2008.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **Manual de Orientações para o Atendimento à Pessoa em Risco de Suicídio**. Brasília: SES-DF, 2021.

SIGERIST, H. **The University at the Crossroad**. Nova York: Henry Schumann Publisher, 1956.

SILVA NETO, W.M.F. **Supervisão de estágio em Psicologia escolar: Contribuições da Psicologia crítica à formação e à prática do supervisor**. Tese (Doutorado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas-SP, 2014.

SILVA, W. P. **Extensão Universitária: um conceito em construção**. **Revista Extensão & Sociedade**, [S.l.], v. 11, n. 2, 2020.

SOUZA, B. N.; SOUZA, A. M. Plantão psicológico no HUBFS: uma experiência de assistência à comunidade. **Rev. NUFEN**, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 200-209, 2011. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2175-25912011000100012&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912011000100012&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 20 ago. 2025.

SOUZA, B.N. Plantão psicológico no CTI: acolhendo urgências. *In*: TASSINARI, M. A.; CORDEIRO, A. P. S.; DURANGE, W. T. (org.). **Revisitando o Plantão Psicológico Centrado na Pessoa**. 1. ed. Curitiba: CRV, 2013. p. 195-210.

TALMON, M. **Single Session Therapy**. São Francisco, CA: Josseu-Bass, 1990.

TAMBARA, N.; FREIRE, E. **Terapia Centrada no Cliente: teoria e prática, um caminho sem volta**. Porto Alegre: Delphos, 1999.

TASSINARI, M. A. **A Clínica da urgência psicológica: Contribuições da Abordagem Centrada na Pessoa e da Teoria do Caos**. Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, 2003.

TASSINARI, M. A. **Plantão Psicológico Centrado na Pessoa como promoção da Saúde no contexto escolar**. 1999. 149f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia, Rio de Janeiro-, 1999.

TASSINARI, M.; DURANGE, W. Plantão psicológico o florescimento da psicologia pós-moderna: o drama da transmutação. **Revista Enfoque Humanístico**, [S.l.], v.21, p.1-20, 2012.

TASSINARI, M.; DURANGE, Wagner. **Plantão e a clínica da urgência psicológica**. Curitiba: CRV, 2019.

TASSINARI, M.A. A abordagem Centrada na Pessoa. *In*: CARRENHO, E.; TASSINARI, M.A; PINTO, M.A.S. **Praticando a Abordagem Centrada na Pessoa**. São Paulo: Carrenho Editorial, 2010.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS. **Termo de Anuência**. 2019. Disponível em: <https://www.cep.ufam.edu.br/termo-de-anuencia.html>. Acesso em: 25 ago. 2025.

WHO. Carta de Ottawa. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde/FIOCRUZ. **Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá**. Brasília: Ministério da Saúde/IEC, 1986. p.11-18.

WOOD, J. K. Prólogo. *In*: WOOD, J. K. *et al.* (orgs.). **Abordagem centrada na pessoa**. Vitória: Editora Fundação Ceciliano Abel de Almeida, 1994. p. I-XIV.