

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA LTDA.  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

POLYANA LUZ DE LUCENA

**PROTOCOLO PARA IMPLANTAÇÃO DE SERVIÇO DE PLANTÃO PSICOLÓGICO  
EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE**

JOÃO PESSOA-PB  
2019

POLYANA LUZ DE LUCENA

**PROTOCOLO PARA IMPLANTAÇÃO DE SERVIÇO DE PLANTÃO PSICOLÓGICO  
EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE**

Dissertação de Mestrado Profissional em Saúde da Família pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança como parte dos requisitos pra obtenção do título de Mestre.

Área de Concentração: Gestão e Tecnologias do Cuidado em Saúde da Família.

Linha de Pesquisa: Saberes, práticas e tecnologias do cuidado em saúde.

**ORIENTADORA:** Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Vilma Felipe Costa de Melo

JOÃO PESSOA-PB  
2019

L968p

Lucena, Polyana Luz de

Protocolo para implantação de serviço de plantão psicológico em unidades básicas de saúde / Polyana Luz de Lucena . – João Pessoa, 2020.

84f.; il.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Vilma Felipe Costa de Melo  
Trabalho de Conclusão de Curso (Pós Graduação em Saúde da Família) – Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE.

1. Atenção Básica. 2. Protocolo Clínico. 3. Psicologia. I. Título.

CDU:614:159.9

POLYANA LUZ DE LUCENA

**PROTOCOLO PARA IMPLANTAÇÃO DE SERVIÇO DE PLANTÃO PSICOLÓGICO  
EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada pela aluna Polyana Luz de Lucena do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, tendo obtido o conceito de \_\_\_\_\_, conforme apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

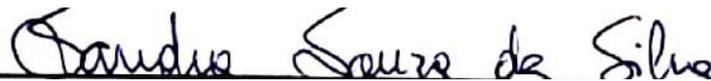
Aprovado(a) em: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**



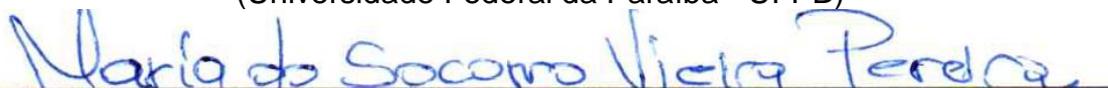
---

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Vilma Felipe Costa de Melo – Orientadora**  
(Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - FACENE)



---

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Sandra Souza da Silva – Membro Externo**  
(Universidade Federal da Paraíba - UFPB)



---

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Maria do Socorro Vieira Pereira – Membro Interno**  
(Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE)

***A Rodrigo, meu esposo e maior  
incentivador deste projeto de vida.***

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por me mostrar que os sonhos Dele para mim são sempre maiores e mais altos que os meus;

Aos meus pais, por me ensinarem a valorizar meu maior patrimônio: o conhecimento;

À família que Deus me deu: Rodrigo e Thales, vocês me fazem ter forças para continuar sempre, mesmo quando penso que não posso;

À minha querida amiga Arethusa, sem ela eu não concluiria este trabalho, foi ombro, foi suporte, foi norte, quando decidi enfrentar um mestrado.

O mestrado me trouxe três amigas especiais:

Mariah, nunca vou esquecer o que você fez por mim, desde as caronas para a FACENE, ao apoio no meu puerpério, à disponibilidade para servir, à mão estendida sempre que preciso;

Bruna, você é um presente de Deus pra mim, companhia leve e agradável, dividimos alegrias e tristezas, sonhos e provações;

Marana, você é inspiração de doçura e destemor, companheira sempre presente ainda que um oceano nos distancie.

À minha querida orientadora, professora Vilma, que com sua energia, competência e empatia caminhou ao meu lado vencendo junto comigo esta etapa desafiadora da minha vida;

À Banca examinadora nos nomes das professoras: Vagna Cristina, Sandra Almeida, Socorro Vieira e Sandra Souza;

À Sandra Souza, uma pessoa muito especial para mim, que desde o primeiro contato só me ajudou e me abriu portas até aqui através do seu Projeto do Plantão Psicológico;

À coordenação do Mestrado no nome da Professora Débora Trigueiro, pelo apoio sempre presente;

À UBS Caminho do Sol, no nome de Graziela e Elizandra, por abrirem as portas e por toda a disponibilidade em me receberem para a realização deste trabalho.

*“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana...”*

**(Carl Gustav Jung).**

## RESUMO

O Plantão Psicológico é um serviço prestado por profissionais de Psicologia ou por estudantes supervisionados que se propõem a atender em local, dia e horários pré-definidos pessoas que procurem espontaneamente pelo serviço, em decorrência de demandas psicológicas emergenciais. Este, unido às necessidades da Atenção Básica no que tange a saúde mental, pode atenuar o quadro crescente de adoecimento mental, problemática alarmante na saúde pública. Neste cenário, as Unidades Básicas de Saúde são espaços privilegiados de gestão do cuidado das pessoas e desenvolve um papel estratégico na rede de atenção, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação das práticas cuidadoras. Desta forma, o objetivo do estudo é elaborar um protocolo de implantação de um serviço de Plantão Psicológico em Unidades Básicas de Saúde. A pesquisa foi do tipo metodológica com abordagem qualitativa. A coleta foi realizada na Unidade Básica de Saúde Integrada Caminho do Sol, abordando uma amostra de 30 participantes entre 18 e 60 anos, sendo 10 da equipe multiprofissional e 20 usuários. Os participantes responderam a uma entrevista semiestruturada de 3 questões para os usuários e 4 para os profissionais acerca do problema emocional, do serviço de procura para assistência em saúde mental, do acolhimento de demandas emocionais na unidade, da importância da implantação de um serviço específico de escuta. Para o tratamento dos dados, foi utilizado a Análise de Conteúdo de Bardin, resultando em três categorias: Definição de problema emocional; O que se faz em caso de problema emocional; Para onde ir em caso de problema emocional. A partir das categorias emergidas, foi possível elaborar um protocolo de implantação de um serviço de Plantão Psicológico contextualizado à realidade da Unidade Básica, contendo um fluxograma que orienta: os profissionais envolvidos, divulgação do serviço, organização do espaço físico, atendimento e desdobramento do atendimento prestado. Ao final, espera-se que o protocolo, aqui desenvolvido, possa ser validado e implantado em serviços de Atenção Básica para minimizar os problemas relacionados ao adoecimento mental e que o Plantão Psicológico seja inserido dentro da cultura de trabalho da Unidade como uma continuidade da tecnologia do cuidado.

Descritores: Atenção Básica; Protocolo Clínico; Psicologia

## ABSTRACT

The psychological duty is a service rendered by professional psychologists or by supervised students who accept having predefined and scheduled sessions. This service is where people can spontaneously seek this sort of care, considering their emergency psychological demands. The Psychological Duty, together with the needs of primary health care in regard to mental health, may lead to an increase in the number of mental-illness cases, which is an alarming issue in public health care. In this scenario, In the Primary Health care facilities are privileged settings in care management of people and it possesses a strategic role in the mental health care network, serving as foundation to its integral organisation and realisation. In this sense, the goal of our study focuses on crafting an implementation protocol of the psychological duty in Primary Health care facilities, this research is of methodological nature and qualitative approach. The study took place in the integrated Primary health care centre *Caminho do Sol*, focusing on a sample of 30 participants ranging from 18 to 60 years of age, which 10 are part of the multi-professional working group and 20 regular patients. The participants took part of semi-structured interview consisting of 03 questions to the patients and for to the personnel regarding the emotional problem, people seeking professional help and assistance, how they accommodate the emotional demands in the facility and the importance of the installation of a Psychological duty service in the aforementioned health care unit. By analysing the collected data, stemming from Bardin's content analysis, we took as a course of action: resulting on three different categories: Definition of emotional problem, what to do when facing an emotional problem, where to go for help. Considering these three categories, it was possible to craft of implementation protocol of a Psychological duty service relevant to the reality of the health care centre in question, harbouring an informative flowchart that instruct the personnel to advertise the service, in the distribution and organisation of the place, first and follow-up sessions. All in all, we expect that this protocol may be certified and implemented in Primary Health Care centres in order to decrease the number of people falling mentally ill and the Psychological Duty may make it into penal of services offered by this facility as a mean to keep the care technology present future wise.

Descriptors: Primary Health Care; Clinical Protocol, Psychology

## RESUMEN

La Guardia Psicológica es un servicio prestado por profesionales de Psicología o por estudiantes supervisados que se proponen atender en el local, día y horarios predefinidos personas que procuran espontáneamente por el servicio, referentes a demandas psicológicas emergenciales. Esto, unido a las necesidades de Atención Básica en lo que se refiere a salud mental, puede atenuar el creciente cuadro de padecimiento mental, problemática alarmante en la salud pública. En este escenario, las Unidades Básicas de Salud son espacios privilegiados de gestión de cuidado de las personas y desarrolla un papel estratégico en la red de atención, sirviendo como base para su ordenamiento y para la efectivación de las prácticas cuidadoras. De esta forma, el objetivo del estudio es elaborar un protocolo de implantación de un servicio de Guardia Psicológica en las Unidades Básicas de Salud. La investigación fue del tipo metodológica con un abordaje cualitativo. La colecta fue realizada en la Unidad Básica de Salud integrada Caminho do Sol, abarcando una muestra de 30 participantes entre 18 y 60 años, siendo 10 del equipo multiprofesional y 20 usuarios. Los participantes respondieron a una entrevista semiestructurada de 3 preguntas para los usuarios y 4 para los profesionales acerca del problema emocional; Dónde ir en caso de problema emocional. A partir de las categorías surgidas, fue posible elaborar un protocolo de implantación de un servicio de Guardia Psicológica contextualizado a la realidad de la Unidad Básica, conteniendo un flujograma que orienta: los profesionales involucrados, divulgación del servicio, organización del espacio físico, atendimiento y desdoblamiento del atendimiento prestado. Al final, se espera que el protocolo, aquí desarrollado, pueda ser validado e implementado en servicios de Atención Básica para minimizar los problemas relacionados al padecimiento mental y que la Guardia Psicológica se inserte dentro de la cultura de trabajo de la Unidad como continuidad de la tecnología del cuidado.

Descriptores: Atención Básica, Protocolo Clínico, Psicología.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1:** Fluxograma das fases percorridas para a elaboração do Protocolo..... 47
- Figura 2:** Fluxograma do Protocolo para implantação do Serviço de Plantão Psicológico em uma Unidade de Saúde..... 65

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1:</b>	Artigos filtrados na revisão integrativa sobre Plantão Psicológico na Atenção Básica: nas metodologias: Ensaio teórico–crítico, revisão integrativa/bibliográfica, narrativa ficcional.....	40
<b>Quadro 2:</b>	Artigos filtrados na revisão integrativa sobre Plantão Psicológico na Atenção Básica nas metodologias: Relato de experiência e estudo reflexivo.....	41
<b>Quadro 3:</b>	Artigos filtrados na revisão integrativa sobre Plantão Psicológico na Atenção Básica nas metodologias: pesquisa qualitativa e/ou fenomenológica.....	42
<b>Quadro 4:</b>	Protocolo para implantação do Serviço de Plantão Psicológico em uma Unidade de Saúde.....	66

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1:</b>	Frequência de Ocorrência das Categorias e Subcategorias nos Relatos dos Usuários.....	58
<b>Tabela 2:</b>	Frequência de Ocorrência das Categorias e Subcategorias nos Relatos dos Profissionais.....	60

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>AB</b>	Atenção Básica
<b>ACS</b>	Agente Comunitário de Saúde
<b>CAPS- I</b>	Centro de Atenção Psicossocial do tipo I
<b>CAPSad</b>	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
<b>CRAS</b>	Centro de Referência da Assistência Social
<b>CREPOP</b>	Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas
<b>ECA</b>	Estatuto da Criança e do Adolescente
<b>ESF</b>	Estratégia de Saúde da Família
<b>FACENE</b>	Faculdade de Enfermagem Nova Esperança
<b>IPUSP</b>	Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
<b>NASF</b>	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>PB</b>	Psicoterapia Breve
<b>PNAB</b>	Política Nacional de Atenção Básica
<b>PNSM</b>	Política Nacional de Saúde Mental
<b>PP</b>	Plantão Psicológico
<b>PSF</b>	Programa de Saúde da Família
<b>PTS</b>	Projeto Terapêutico Singular
<b>RAPS</b>	Rede de Atenção Psicossocial
<b>RAS</b>	Rede de Atenção à Saúde
<b>SAP</b>	Serviço de Aconselhamento Psicológico
<b>SF</b>	Saúde da Família
<b>SM</b>	Saúde Mental
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UFPB</b>	Universidade Federal da Paraíba
<b>USF</b>	Unidade de Saúde da Família
<b>USP</b>	Universidade de São Paulo

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>14</b>
1.1	APRESENTAÇÃO.....	14
1.2	CONTEXTUALIZAÇÃO E PROBLEMATIZAÇÃO DO ESTUDO.....	15
1.3	OBJETIVOS.....	19
1.3.1	<b>Objetivo Geral</b> .....	<b>19</b>
1.3.2	<b>Objetivos Específicos</b> .....	<b>19</b>
<b>2</b>	<b>QUADRO TEÓRICO</b> .....	<b>20</b>
2.1	A SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA.....	20
2.2	CONTEXTUALIZANDO A INSERÇÃO DO PSICÓLOGO NA ATENÇÃO BÁSICA.....	24
2.3	PLANTÃO PSICOLÓGICO: HISTÓRICO E CONCEITOS.....	28
2.4	PLANTÃO PSICOLÓGICO EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE: UMA PROPOSTA INOVADORA.....	33
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>38</b>
3.1	DESCRIÇÃO DO ESTUDO.....	38
3.2	ETAPAS DO ESTUDO.....	38
3.2.1	<b>Primeira etapa: revisão integrativa da literatura</b> .....	<b>38</b>
3.2.2	<b>Segunda etapa: coleta dos dados</b> .....	<b>43</b>
3.2.2.1	Local de pesquisa.....	43
3.2.2.2	População e amostra.....	43
3.2.2.3	Instrumento de coleta de dados.....	44
3.2.2.4	Procedimento para coleta de dados.....	44
3.2.2.5	Análise de dados.....	45
3.2.3	<b>Terceira etapa: construção do protocolo</b> .....	<b>47</b>
3.3	ASPECTOS ÉTICOS.....	47
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>49</b>
<b>5</b>	<b>PRODUTO FINAL</b> .....	<b>61</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>67</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>69</b>
	<b>APÊNDICES</b> .....	<b>75</b>

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 APRESENTAÇÃO

Este projeto iniciou-se a partir da vivência profissional, ao longo de 12 anos de formação e atuação como Psicóloga Clínica em Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS-I) (que atende a uma população de 20 a 70 mil habitantes) e Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPSad) — voltado para o atendimento de usuários de Álcool e outras drogas — e também consultório clínico, por vários municípios do interior do estado do Piauí, nos quais foram desenvolvidas práticas em rede e articuladas com a Atenção Básica (AB).

Além da experiência em Psicologia da Saúde (Saúde Mental e Psicologia Social-Comunitária), esta profissional atua como Psicóloga Clínica na Clínica Escola de Psicologia da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) desde 2015. O ambiente acadêmico na UFPB possibilitou a aproximação e vinculação a projetos de extensão como: “Plantão Psicológico e o bem-estar subjetivo no Hospital Universitário: um foco na positividade humana”, que passou a ser intitulado em 2016: “O Plantão Psicológico na Clínica Escola de Psicologia da UFPB: uma proposta terapêutica para urgências psicológicas” (SOUZA et al., 2015).

Este último propõe atender a comunidade em suas emergências psicológicas como uma alternativa substitutiva à psicoterapia tradicional ofertada pela Clínica Escola de Psicologia, com a proposta de até três sessões de atendimento no intuito de acolher as demandas psicológicas emergenciais (SOUZA et al., 2015). A elaboração desta proposta de pesquisa despertou o questionamento sobre o que acontece com esse usuário ao retornar para sua comunidade: como será recebido ao chegar ao serviço da Atenção Básica (AB) à Saúde e quem irá acolhê-lo mais precisamente em seu dia a dia, em suas necessidades de saúde física, mental e social.

Nesse ponto, surgiu a ideia para a elaboração de um Protocolo a fim de implantar, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de João Pessoa, um Serviço de Plantão Psicológico (PP) para atender às necessidades da população que busca esses serviços para atendimento de suas emergências psicológicas. Na maioria das vezes, essas pessoas passam por inúmeros encaminhamentos, próprios

desse serviço que atende em Rede, até que cheguem aos serviços especializados; uma vez que as emergências nem sempre são prontamente atendidas e eles ficam mais uma vez à espera de uma vaga ou aguardando encaminhamentos posteriores.

Desta forma, o estabelecimento desse serviço ainda na AB abrangeria uma demanda em Saúde Mental (SM) antes mesmo que essas emergências precisassem passar pela Rede de atendimento com seus encaminhamentos, seriam atendidas na porta de entrada do serviço de saúde, sendo resolvidas no próprio serviço de Plantão proposto, exatamente onde elas chegam.

A partir destas indagações, tem-se ainda a necessidade de buscar uma melhor qualificação e aprofundamento profissional. Sendo assim, a Pós-Graduação em nível *Stricto Sensu* em Saúde da Família traz esclarecimento a estes questionamentos de pesquisa nos quais se pretende aprofundar com a atuação e a prática profissional.

## 1.2 CONTEXTUALIZAÇÃO E PROBLEMATIZAÇÃO DO ESTUDO

O SUS, como principal política social nacional voltada para a saúde, teve sua construção marcada por diversos debates e ações que interferiram diretamente na sua estruturação a partir de sua complexidade. A partir desse marco, ampliou-se o conceito de saúde, num processo constante de reconstrução das suas normas para uma adequação às necessidades sociais e compreendendo o processo de saúde de acordo com o singular e o subjetivo, envolvendo o bem-estar físico, mental e social do indivíduo (DIMENSTEIN; MACEDO, 2012).

Segundo a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), a AB constitui-se como um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde.

Tal política é desenvolvida através das práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. Desta forma, apresenta-se como a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Assistência à Saúde (RAS), coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na Rede (BRASIL, 2017).

Segundo Dimenstein e Macedo (2012), com a municipalização da Saúde Pública no país, os serviços e ações relacionados ao SUS foram expandindo-se a partir do fortalecimento da RAS e das ações na AB através da Estratégia de Saúde da Família (ESF) com a articulação dos vários serviços que compõem a rede.

As UBS são consideradas potenciais espaços de educação, formação de recursos humanos, com realização de pesquisa, ensino em serviço, inovação e avaliação tecnológica para a RAS. Esse serviço é detentor de um espaço privilegiado de gestão do cuidado das pessoas e atinge um papel estratégico na rede de atenção, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade. Para tanto, é necessário que a AB tenha alta resolutividade, com capacidade clínica e de cuidado e incorporação de tecnologias leves e leve duras, além da articulação da AB com outros pontos da RAS (BRASIL, 2017).

É previsto, a partir das diretrizes estabelecidas pelo Manual de Práticas em Políticas Públicas - CREPOP (CFP, 2010), que o profissional Psicólogo no NASF, realize gestão do serviço, docência e atenção aos usuários e familiares. Dentre as experiências de práticas tidas como inovadoras, estão o apoio matricial, descentralização da Atenção em Saúde, atividades articuladas com diversos setores da sociedade e serviços, trabalho com grupos, implementação de programas e políticas públicas, trabalho junto à ESF, programas de SM, Acolhimento, Plantão Psicológico, atividades de Prevenção e Promoção de Saúde, diagnóstico psicossocial e, finalmente, atividades de geração de renda e de inserção social.

De acordo com Dimenstein e Macedo (2012), a inserção do Psicólogo no SUS tem se estabelecido nos serviços da AB; no entanto, essa inserção ressalta a discrepância no conflito das realidades vividas nos serviços de saúde pública e a realidade debatida na sua formação. Esse profissional, ao se deparar com um contexto na saúde pública de carência de instrumentos de trabalho, problemas de infraestrutura, lacunas teóricas, vê comprometida a efetividade do seu trabalho numa seara que exige tantas influências interdisciplinares nas equipes atuantes e um maior senso crítico de se adequar às necessidades da população atendida.

Cintra e Bernardo (2017) compreendem a necessidade de fazer vistas a uma formação de Psicólogos que ofereça subsídios teóricos e práticos para os futuros Psicólogos. Esses autores destacam a existência do estranhamento de paradigmas entre o fazer tradicional da Psicologia e a realidade da atuação, superar esse quadro exigiria uma formação voltada para a reflexão social e crítica.

Os conflitos de paradigmas e de reflexão que ressaltam o estranhamento decorrem, entre outros fatores, da inserção recente do profissional da Psicologia no contexto de saúde pública em geral, sendo compreendido como um desafio atual para o exercício da categoria nessa área (DIMENSTEIN; MACEDO, 2012; CINTRA; BERNARDO, 2017).

A psicologia na AB vem a contribuir com um olhar diferenciado dentro do contexto da integralidade com a compreensão do ser humano, tanto no que diz respeito a sua SM como na perspectiva do processo de saúde-doença. O objetivo do psicólogo na AB vem principalmente da sua atuação junto aos NASF, prestando apoio às ESF (NASCIMENTO; AVARCA, 2017).

No município de João Pessoa, segundo informações colhidas junto à Gerência da Secretaria Municipal de Saúde<sup>1</sup>, o profissional de psicologia integrante dos NASFs atua no matriciamento junto à equipe multiprofissional da ESF. Este faz visitas domiciliares e dispõe de pelo menos uma vez por semana, de acordo com orientações da Secretaria de saúde, para atendimentos na UBS.

Diante das atribuições, não dispõem de tempo para dar assistência de maneira especializada às demandas psicológicas emergenciais que chegam até as unidades, como um acompanhamento psicológico de longa duração ou breve. A partir desta constatação, o psicólogo tem as suas atribuições restritas ao apoio e resta ao usuário ser encaminhado para a rede especializada, onde permaneceria numa lista de espera, para ser atendido de acordo com a sua singularidade, ignorando-se a possibilidade de acolhimento em saúde mental pela própria equipe.

Neste contexto, justifica-se a cobrança por resolutividade das demandas psicológicas e emergentes dos usuários desses serviços. Assim, para atender a essas necessidades, a criação de um serviço do tipo de Plantão Psicológico (PP) estaria justificada como uma complementação aos atendimentos na AB.

O PP é um tipo de atendimento realizado por um profissional da Psicologia, elaborado com flexibilidade de organização e de atendimento aos usuários, objetiva atender as demandas emergenciais em uma ou mais sessões e pode ser instalado em diversos setores (SOUZA; FARIAS, 2015). Desta forma, pode-se construir uma proposta de ação para a instalação de PP nas UBS considerando as suas

---

<sup>1</sup> Relato de entrevista realizada em 23/08/2018. Registros manuscritos.

características de ser um espaço no qual a saúde pública se inicia e a singularidade da proximidade da sua população.

Um serviço de PP promovido pelo profissional de psicologia pode receber as demandas de saúde mental da comunidade, com a possibilidade de reduzir listas de espera em alternativa aos encaminhamentos, considerando que o PP é um serviço que inicia e se encerra em si mesmo (TASSINARI, 2003), e que consiste em uma tecnologia do cuidado que vem se apresentando de forma inovadora por promover o cuidado em saúde mental dos seus usuários.

A UBS recebe as mais variadas queixas em saúde, sejam de âmbito físico ou psíquico. Desta feita, cabe o questionamento: até que ponto os profissionais que atuam nessas Unidades (médico, enfermeiro, técnico em enfermagem, agente comunitário de saúde) estão preparados para lidar com as demandas psicológicas do tipo emergenciais que chegam até o local? O usuário que busca essa porta de entrada para solucionar suas queixas sente-se acolhido em suas demandas psicológicas emergenciais?

É fato que, de acordo com as Portarias que regem a AB no país, exista uma RAS, em que os encaminhamentos para serviços especializados em Saúde Mental são referenciados e contrarreferenciados, mas, se as UBS se propõem como um espaço de resolutividade como consta nas diretrizes do SUS, por que não criar espaços neste local que proporcionem o atendimento a essas demandas psicológicas?

Mediante os dados obtidos e analisados nesta pesquisa e verificada a necessidade na Unidade para então subsidiar a elaboração do Protocolo, a implantação de um serviço de Plantão Psicológico pode oferecer à comunidade benefícios como: acolhimento, prevenção em saúde mental, valorização da escuta e acessibilidade da comunidade aos setores de saúde.

Assim, o questionamento norteador do estudo é pautado nas seguintes perguntas disparadoras: O Plantão Psicológico seria um serviço que atenderia às demandas da UBS? Os usuários reconhecem a UBS como um local para acolher as demandas em SM? Os profissionais estão abertos para acolher e facilitar a resolutividade das demandas em saúde mental que surgem no cotidiano da UBS?

A criação de um protocolo uniformiza o serviço de PP para que haja a possibilidade de ser replicado e experimentado em outras realidades de políticas

públicas. Isso contemplaria a necessidade da resolutividade das demandas psicológicas ainda na porta de entrada dos serviços de saúde.

### 1.3 OBJETIVOS

#### 1.3.1 Objetivo Geral

- Elaborar um protocolo de implantação de um Serviço de Plantão Psicológico para a Atenção Básica de Saúde.

#### 1.3.2 Objetivos Específicos

- Realizar Revisão Integrativa da Literatura sobre a temática do Plantão Psicológico na Atenção Básica
- Identificar a necessidade de acolhimento das demandas psicológicas junto aos usuários;
- Averiguar entre os profissionais na Unidade Básica de Saúde pesquisada como se dá o acolhimento das demandas psicológicas dos usuários.

## 2 QUADRO TEÓRICO

### 2.1 A SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

O número de pessoas acometidas pela depressão no mundo aumentou 18% entre 2005 e 2015. São dados descritos num relatório global lançado em 23 de fevereiro de 2017 pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Conforme a publicação “*Depression and other common mental disorders: global health estimates*”, há 322 milhões de pessoas com depressão no mundo. A prevalência é maior em pessoas do sexo feminino. Este relatório global mostra ainda que a depressão atinge 5,8% da população brasileira (11.548.577 de pessoas). Os transtornos ligados à ansiedade, por sua vez, atingem 9,3% (18.657.943) das pessoas que vivem no Brasil (OMS, 2018).

Como agravo, a depressão pode culminar em outras comorbidades, entre essas, estão as tentativas de suicídio. Cerca de 800 mil pessoas morrem devido ao suicídio por ano, sendo esta a segunda principal causa de morte entre pessoas com idade de 15 a 29 anos. Embora possa ser tratada, menos da metade dos acometidos por depressão no mundo (em muitos países, menos de 10%) recebe o devido tratamento. A ausência de recursos, a carência de profissionais capacitados e o estigma social associado aos transtornos mentais geram obstáculos ao tratamento de maneira eficaz (OMS, 2018).

Conforme descrito nos “Cadernos de AB: Diretrizes do NASF”, nos dados de prevalência internacionais adotados pelo Ministério da Saúde, 3% da população mundial apresentam transtornos mentais severos e persistentes, necessitando de cuidados contínuos; e mais cerca de 12 a 15% da população geral do país, em todas as faixas etárias apresentam transtornos mentais leves, que necessitam de cuidados eventuais (BRASIL, 2014).

A implementação de uma Rede de Serviços aos usuários que seja plural, com variados graus de complexidade e que promovam assistência integral para diferentes demandas, das mais simples às mais complexas, deve ser proposta em consonância com as diretrizes do SUS; dentre elas, a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), que objetiva uma maior integração social, com o fortalecimento do protagonismo e da autonomia, bem como a participação social do indivíduo que

apresenta transtorno mental. Estes indivíduos, no âmbito do SUS, atualmente recebem atendimento na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (BRASIL, 2017).

Objetivando tornar a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) mais eficaz, acessível, humanizada e resolutiva, em dezembro de 2017, a Comissão Intergestores Tripartite (CONASS e CONASEMS), com representantes dos Estados e municípios, anunciou medidas de fortalecimento do acolhimento de pessoas com transtorno mental no SUS, para que os mesmos possam ter acesso a tratamentos de forma efetiva nos casos menos graves (BRASIL, 2017).

A AB tem como um de seus princípios possibilitar o primeiro acesso das pessoas ao sistema de Saúde, inclusive daquelas que demandam um cuidado em saúde mental. Sendo assim, as ações devem ser desenvolvidas em um território geograficamente conhecido, possibilitando aos profissionais de saúde uma proximidade para conhecer a história de vida das pessoas e de seus vínculos com a comunidade/território onde moram, bem como seus contextos de vida (BRASIL, 2013).

Pode-se dizer que o cuidado em Saúde Mental (SM) na AB é bastante estratégico pela facilidade de acesso das equipes aos usuários e vice-versa. Por essas características, é comum que os profissionais de saúde encontrem a todo o momento usuários em situação de sofrimento psíquico (BRASIL, 2013).

A PNSM utiliza de subsídios da Reforma Psiquiátrica para constituir as suas bases e diretrizes consistindo em um movimento progressivo de desospitalizar e desinstitucionalizar pessoas com longo histórico de internações. Com esse entendimento, houve uma priorização da implantação de uma rede diversificada de serviços de saúde mental extra-hospitalar de base comunitária eficaz, com capacidade resolutiva aos pacientes que necessitem de cuidado (BONGIOVANNI; SILVA, 2019).

A desinstitucionalização dentro da política de SM pressupõe também transformações políticas, culturais e subjetivas na sociedade, além de promover o surgimento de dispositivos assistenciais substitutivos. Com isso, pode construir oportunidades de estímulo à cidadania e reabilitação a fim de atingirem seu potencial de autonomia no território em que vivem. Daí o sentido do uso da expressão “atenção psicossocial” enquanto paradigma do cuidado (MACEDO; DIMENSTEIN, 2012).

De acordo com os Cadernos da Atenção Básica para SM (BRASIL, 2013), os profissionais especialistas elaboram suas intervenções a partir das vivências nos territórios de atuação, o cuidado em saúde mental não é algo para além do trabalho cotidiano na AB. As intervenções são concebidas na realidade do dia a dia do território, com as singularidades dos pacientes e de suas comunidades.

Quando alguém procura um serviço de Saúde, confia no poder de resolução daquele serviço. Cabe ao profissional de saúde estar atento ao problema sem perder de vista o todo, vislumbrando como cada sujeito percebe e cria possibilidades para lidar com o problema. Este profissional da equipe deve se lembrar que seu trabalho é produzir vida de forma mais ampla e, para isso, cuidar de maneira integral (BRASIL, 2013).

Em Brasil (2011), a aproximação da SM com a AB é ainda um problema em muitos países do mundo, há ainda grande fragmentação nos serviços com a centralização em atendimentos especializados, culminando na medicalização excessiva e encaminhamentos desnecessários.

Percebe-se que a falta de capacitação dos profissionais em lidar com estas demandas que lhes chegam também é um agravo. No sistema de saúde inglês, por exemplo, 90% dos pacientes diagnosticados com transtorno mental tiveram contato com um clínico geral ainda na AB, e neste contexto, de 20 a 25% das queixas dos pacientes é em SM. Este estudo aponta ainda que as queixas de natureza psíquica são as mais recorrentes na busca por atendimento na AB, vê-se, portanto, o papel da AB no diagnóstico e tratamento de pessoas com transtorno mental.

As equipes atuantes na AB necessitam de apoio a fim de trabalhar a dimensão do sofrimento psíquico, o que só pode se concretizar através das ações voltadas para a SM. Diante do fato, há princípios comuns entre a atuação das equipes de Saúde da Família (SF) e de SM a partir do contexto familiar.

Na continuidade do cuidado, é mister que sejam inclusas as políticas de expansão, formulação e avaliação da AB, o que pode ser operacionalizado através da organização em rede que devem se articular para a produção de cuidados em SM no território. Esta estratégia é uma forma de responsabilização em relação à produção de saúde, à busca de práticas mais eficazes e à promoção da equidade, da integralidade e da cidadania, tornando os princípios do SUS mais efetivos (BRASIL, 2013).

Conforme Cella e Oliveira (2015), dentre as nove áreas estratégicas do NASF encontra-se a SM, junto à qual o NASF atua de modo a favorecer o fortalecimento da ESF, capacitando a equipe para que esta atue próximo ao contexto de vida dos usuários, promovendo a prevenção, promoção, tratamento e reabilitação psicossocial. As equipes de SF, o NASF e os serviços especializados de SM são responsáveis pelo compartilhamento dos casos. De modo que a equipe de SF coordena o cuidado ao usuário e o NASF faz o matriciamento e a articulação entre os serviços da AB e os centros especializados (como os CAPS, por exemplo).

Assim, a responsabilidade pelo cuidado em SM dos usuários deve ser compartilhada entre as ESF, o NASF e os dispositivos de SM presentes no território. Cabe à equipe de SF a coordenação desse cuidado, e ao NASF um papel fundamental na articulação entre os serviços da Atenção Básica e os centros de cuidado mais especializados, como os CAPS. Para promover este cuidado é elaborado um Projeto Terapêutico Singular (PTS), no qual além do diagnóstico é feito o acompanhamento do tratamento próximo ao indivíduo, junto à família e ao território (CELA; OLIVEIRA, 2015).

Para o desenvolvimento do PTS pelas equipes, há a discussão do caso através das interconsultas, visitas domiciliares conjuntas, de modo a facilitar a troca de saberes entre os diferentes profissionais e uma visão integralizada do processo saúde-doença, promovendo a educação permanente, conforme exposto na Portaria nº.154/GM de 2008: “Tendo em vista a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais, recomenda-se que cada NASF conte com pelo menos 1 (um) profissional da área de saúde mental” (BRASIL, 2008). Dentre os profissionais que atuam diretamente na área de SM, estão: Terapeuta Ocupacional, Médico Psiquiatra e Psicólogo.

Faz-se necessário elencar que, ainda de acordo com os “Cadernos de Atenção Básica: Diretrizes do NASF” (Brasil, 2013), as Equipes de SF devem ser auxiliadas e trabalhar próximas aos profissionais e serviços de SM. O trabalho integrado das equipes de SF e SM potencializa o cuidado e facilita uma abordagem integral, proporcionando a elevação da qualidade de vida dos indivíduos e comunidades. Desta forma, também oportuniza a aquisição de habilidades e a satisfação dos profissionais a partir do uso mais eficiente e efetivo dos recursos.

Em Brasil (2013), parte dos pacientes atendidos pela AB apresenta transtornos mentais. A Organização Mundial da Saúde (OMS) enfatiza e sugere que

o manejo de transtornos mentais realizado no contexto da AB é fundamental para possibilitar a um maior número de pessoas mais acessibilidade ao cuidado em SM. Esse fato não só proporciona uma atenção de melhor qualidade, mas também é responsável por reduzir exames supérfluos, encaminhamentos desnecessários e tratamentos impróprios ou não específicos das demandas que pudessem atingir sua resolutividade ainda na AB.

Diante dessas prevalências, é preciso, portanto, segundo Brasil (2013), qualificar a AB para o atendimento adequado de tais problemas. Uma estratégia eficaz para ampliação do acesso ao cuidado em saúde mental é que das ações desta natureza sejam priorizadas na AB.

## 2.2 CONTEXTUALIZANDO A INSERÇÃO DO PSICÓLOGO NA ATENÇÃO BÁSICA

A partir de uma ampla mobilização social e com a criação da Constituição de 1988, foi gerado um sistema de seguridade social, com amparo na previdência, na saúde e na assistência social, conferindo oficialmente o direito às estruturas democráticas e à proteção social para toda a população, incluindo os não-segurados. Houve então uma mudança da concepção clássica de atenção à saúde, com a transformação dos fundamentos assistencialistas e curativos, para uma visão ampliada em saúde, uma mudança de paradigma foi possibilitada pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (ALEXANDRE; ROMAGNOLI, 2017).

De acordo com Amarante e Nunes (2018), no Brasil, a Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica rompeu com o modelo de saúde curativo, buscando a criação do direito à saúde, à participação e ao controle social, com a assistência do Estado à população. Partiu-se de uma concepção ampla de saúde, propondo uma mudança social.

Com a criação do SUS, esse ideal foi confirmado. Além da ampliação da saúde, surgiram ações voltadas para sua promoção e manutenção. Iniciava-se um projeto de saúde voltado para as comunidades e para as necessidades sociais, de forma descentralizada, intersetorial, de base territorial e com a concepção de redes.

Em resposta ao estabelecimento do SUS no país, a Atenção Básica (AB) teve suas ações eleitas prioritariamente, modificando o acesso à saúde pela população. A criação do Programa de Saúde da Família (PSF) surge como estratégia de

mudança do modelo biomédico de assistência para a promoção de saúde, com a inclusão da população anteriormente desfavorecida.

O PSF foi criado em 1994 pelo Governo Federal com a proposta de implementar nos municípios a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), objetivando a mudança do modelo de saúde hospitalocêntrico com o envolvimento da família, sendo esta, o objeto central da atenção à saúde, baseado no contexto de vida dos indivíduos (CREPOP, 2014).

Com os avanços trazidos pelo PSF à realidade sanitária do país, em março de 2006 o programa foi oficializado como estratégia prioritária do Ministério da Saúde, com a organização da AB (através da Portaria nº 648), tendo como primeiros ideais o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, e a consolidação dos Princípios Básicos do SUS: universalidade, integralidade, igualdade, descentralização e a participação comunitária. A SF a partir de então, é tida atualmente enquanto estratégia de reorganização do modelo assistencial, operacionalizada a partir do trabalho das equipes multiprofissionais (interdisciplinares) em Unidades Básicas de Saúde (UBS), cujo alcance de assistência deve estar em torno de 2.400 a 4.000 pessoas por território, delineado em área geográfica específica (CREPOP, 2014).

Entrementes, em 2010, com a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, em conformidade com a normatização vigente do SUS, definiu-se a estruturação das RAS, como uma estratégia para um cuidado que preconiza a integralidade e que cumpre as necessidades da população atendida, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2012).

Segundo Verdi (2016), a nova PNAB traz como uma das primeiras elucidações a reafirmação ESF como modo preferencial para a reorganização da AB no Brasil. Desta forma, a AB é definida como um conjunto de ações de saúde, proporcionando: a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde das coletividades.

Sendo desenvolvida através das práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, por meio do trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, a AB considera as particularidades de cada território em que vivem os indivíduos, dispendo de variadas tecnologias do cuidado que devem contribuir para

o manuseio das demandas e das necessidades de saúde do território, com o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (VERDI, 2016).

Percebe-se, a partir disso, que o nível de AB possui consistência de vínculo peculiar, que se adequa aos problemas populacionais, sendo considerada a porta principal de entrada na rede de saúde e o centro da comunicação (ALEXANDRE; ROMAGNOLI, 2017).

Devido à complexidade deste trabalho nas Equipes de SF, foi necessária a contratação de novos profissionais, organizando uma estrutura de apoio matricial, hoje referendada e ampliada pela Portaria nº 154/08 do Ministério da Saúde, que cria os NASF em todo o território brasileiro (CFP, 2009). A atuação dessas equipes, tem como ponto de apoio as UBS, espaços que proporcionam a realização dos serviços na AB instaladas próximas às residências dos usuários, desempenhando um papel central na garantia à população de acesso a uma atenção à saúde de maior qualidade. Para tanto, essas unidades precisam ser dotadas de infraestrutura a fim de proporcionar atendimento eficaz, sendo esse um grande desafio de acordo com a PNAB (BRASIL, 2012).

Os NASF devem atuar de forma integrada à RAS e seus serviços, além disso, é prevista uma responsabilização compartilhada entre a o NASF e as Equipes de SF a partir da revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contrarreferência, ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de sua responsabilidade. As ações de apoio desenvolvidas pelos profissionais dos NASF são: discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção de projetos terapêuticos em conjunto, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes etc. Todas as atividades podem ser desenvolvidas nas UBS, Academias da Saúde ou em outros pontos do território da comunidade (BRASIL, 2012).

Segundo Nascimento e Avarca (2017), para se compreender como se deu a entrada do profissional de psicologia no SUS através da AB na equipe do NASF, é preciso entender como este se integrou às Equipes de SF. Essa inserção aconteceu no ano de 2008, com o intuito de fortalecer a ESF, objetivando apoiar, ampliar a capacidade e competência das equipes, partilhando práticas, atuando no território,

prestando uma atenção diferenciada à família, aos indivíduos, à comunidade de forma geral, ampliando as ações de saúde com qualidade.

Os NASF são formados por equipes multiprofissionais (enfermeiro, médico, odontólogo etc.), que atuam em conjunto com as equipes mínimas das UBS, visando dar um suporte mais especializado às equipes. Para dar conta das demandas emergentes, dialogam também com toda a Rede de maneira intersetorial (CREPOP, 2014).

Segundo CREPOP (2014), em determinados locais, as políticas públicas referentes aos NASF ainda estão em fase de implementação. Desta forma, a atuação dos psicólogos nas equipes ainda está se consolidando como também outros contextos que atuam em conjunto na perspectiva de acolhimento à saúde assistencial: escolas, ambulatórios, hospitais entre outros serviços públicos ligados ao Poder Judiciário e à Assistência Social e na própria comunidade.

Nascimento e Avarca (2017) enfatizam que a inserção do Psicólogo nas políticas públicas, em especial na ESF proporcionou uma maior abertura da prática profissional para além da clínica, não privilegiando apenas o atendimento especializado (nível secundário e terciário). A entrada no NASF demandou que este profissional priorizasse a sondagem do território, saindo das paredes dos consultórios, abrangendo uma clientela além das camadas mais privilegiadas da população, proporcionando o acesso aos menos abastados, aumentando a complexidade do trabalho deste profissional.

O campo da Saúde ainda é onde há maior inserção do profissional de Psicologia. Macedo e Dimenstein (2012) ressaltam que as maiores articulações deste profissional ocorreram no campo da saúde a partir dos anos 1980, com o advento da Reforma Psiquiátrica e a Reforma Sanitária, seguidos do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), e posteriormente da Lei Orgânica de Assistência social nos anos 1990. Essas mobilizações sociais e políticas para consolidar direitos propiciaram o ingresso do Psicólogo nas políticas públicas no Brasil, com maior incorporação na saúde pública. Estes autores também enfatizam a prioridade das políticas de saúde no surgimento das equipes multiprofissionais, valorizando o trabalho dos profissionais da saúde e, ainda mais, do psicólogo.

Sabe-se, porém, das dificuldades enfrentadas por esse profissional na transição do consultório clínico particular para a inserção na AB, em que se demanda repensar seu fazer, numa compreensão da subjetividade de maneira

coletiva. Há que se ressaltar uma grande prevalência do perfil clínico de profissionais atuantes na AB, reflexo de uma transposição do consultório para as políticas públicas, atuação arraigada neste profissional e deficiente, própria de formação acadêmica, que produz psicólogos essencialmente clínicos; carecendo de uma maior reflexão sobre a abertura dessa formação ainda no meio acadêmico para abranger os horizontes de sua atuação enquanto profissional (ALEXANDRE; ROMAGNOLI, 2017).

Assim, mister é que seja ampliada a discussão sobre questões como Direito à Saúde e afinar as perspectivas epistemológicas e práticas no que concerne à formação de um(a) profissional de saúde. É necessária uma maior atenção para o papel da(o) Psicóloga(o) além da perspectiva clínica. Antes, esse profissional precisa ser visto como agente do Estado na promoção, prevenção e recuperação da saúde, como lhe é assegurado pela Constituição, além de uma visão ampliada adiante da Psicologia Clínica, aproximando-se da população que será seu público ao atuar nas Políticas Públicas no campo da saúde, posicionando-se, assim, de maneira crítica e também como sanitarista (CREPOP, 2014).

### 2.3 PLANTÃO PSICOLÓGICO: HISTÓRICO E CONCEITOS

O Plantão Psicológico (PP) surge no Brasil no contexto dos anos 1970. Trata-se de um modelo de atuação clínica que difere da psicoterapia tradicional e é baseada na escuta e intervenção psicológica com destaque nas potencialidades humanas, nas autopercepções sobre uma situação problema e no acolhimento à situação de crise. No Brasil, o PP iniciou-se a partir do Serviço de Aconselhamento Psicológico (SAP) no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP). O PP se enquadra no aspecto de promoção à saúde mental com base no acolhimento emergencial da pessoa em contexto de crise (SCHMIDT, 2009; AMORIM; ANDRADE; BRANCO, 2015).

Em meados dos anos 1980, o PP assume a estrutura de um serviço com características próprias, diferindo da prática nos moldes da psicoterapia tradicional, institucional, assume uma característica de flexibilidade que pode ser realizado em apenas um, dois ou mais atendimentos, no qual o tempo de duração das sessões também é definido entre o plantonista e o indivíduo atendido a partir de suas próprias necessidades e do que emerge durante o atendimento (TASSINARI, 2003).

De acordo com Bezerra (2014), o PP pode ser conceituado como um serviço prestado por profissionais de Psicologia, ou por estudantes supervisionados por um profissional, que se propõem a atender em local, dia e horários pré-definidos e realizado numa instituição onde determinadas pessoas frequentadoras deste espaço podem procurar espontaneamente pelo serviço, a partir de demandas psicológicas emergenciais. Tem o objetivo de favorecer uma melhor compreensão da situação vivenciada pelo indivíduo que procurou o serviço e uma melhor tomada de consciência sobre si mesmo, a partir de uma relação calorosa construída entre cliente e plantonista, num clima de receptividade e uma relação facilitadora dos processos deste cliente a partir de uma escuta sensível e empática, na construção de uma relação de ajuda.

O PP visa oferecer atendimento de urgência às demandas, guiando o indivíduo na procura por um sentido de existência e, a partir da compreensão do seu sofrimento, proporcionar-lhe uma clareza da própria identidade, diante de seus questionamentos. O Psicólogo acaba por promover saúde, resgatando a identidade desse indivíduo atendido. O profissional deve estar disponível ao devir, ao que não for planejado durante a sessão, e ainda assim atender a demanda trazida pelo indivíduo naquele momento (DOESCHER; HENRIQUES, 2012).

De acordo com Souza e Sousa (2011), o plantonista precisa dispor de uma postura facilitadora, intervindo na situação do cliente, a partir de suas necessidades e motivações internas, que podem ter uma complexidade variável, como tomadas de decisões, esclarecer dúvidas, assuntos técnicos, entre outros. Quando o cliente consegue um atendimento no momento em que a demanda emocional emerge, é capaz de dirimir sua ansiedade, angústia e promove o surgimento de recursos internos motivacionais à resolução de conflitos, é empoderador. Constata-se também que a modalidade de atendimento do tipo Plantão promove economia às instituições onde é realizado, a partir do direcionamento correto dos encaminhamentos internos ou externos decididos em conjunto entre plantonista e cliente, sendo mais eficaz.

Doescher e Henriques (2012) afirmam que o linguajar do plantonista deve se aproximar da realidade do sujeito que procura o plantão. Uma postura de humildade por parte do terapeuta, portanto, é mais que desejável, é extremamente essencial para que o processo de desenvolvimento do cliente em suas potencialidades não seja podado. É preciso não se enxergar como detentor do saber, cuidar para que não se

sobressaia a vaidade de estar fazendo algo por aquele indivíduo que procura o serviço na sua fragilidade; é necessário também que o plantonista consiga conter a ansiedade de querer fazer algo imediato por esse cliente, o que interrompe uma compreensão existencial mais profunda desse sujeito, cuidar para que também as classificações, categorizações, nomenclaturas padronizadas de doenças contidas em manuais não ofusquem o olhar individualizado, único, que cada cliente traz, como também atentar para que sentimentos pessoais não sejam fundidos com os do cliente a fim de não atrapalhar o desenvolvimento de um processo importante de crescimento que esse espaço proporciona.

O atendimento no PP pode se apresentar a partir de várias abordagens, metodologias, com a predominância no Brasil das abordagens humanistas e fenomenológico-existenciais, por influência da instalação dos primeiros Plantões na Universidade de São Paulo (USP). Esse serviço pode se dar a partir do acolhimento do sujeito, entendimento da queixa trazida, repasse de informações solicitadas, assim como um espaço de escuta qualificada e um cenário de resignificação do vivido.

O atendimento no Plantão traz o intento de que o sujeito atendido procura uma melhor compreensão de sua situação atual e uma resolução breve, imediata para seus conflitos. Desta forma, o profissional precisa estar disponível e receptivo para acolher esse indivíduo que lhe chega. Não há uma analogia entre todas as práticas de Plantão existentes, o que varia também a depender das instituições aos quais estão vinculados, envolvimento em pesquisas etc., é necessário refletir sobre a prática dessa modalidade de atendimento na atualidade, ampliando seus campos de pesquisa e publicações (SCORSOLINI-COMIN, 2015).

Conforme Breschigliari, e Jafelice (2015), ao se analisar a capacidade resolutive da ferramenta do plantão, é fundamental compreender quando uma demanda no plantão é respondida sem que necessariamente seja atendida, é necessário que se faça essa diferença entre as duas situações, pois adentrar essa seara, na qual nos deparamos com vários tipos de demandas: perdas, separações, tomadas de decisões etc. em que tudo pode assumir os mais variados desdobramentos que se precisa estar aberto para esse encontro com o novo, o desconhecido que é o atendimento na modalidade Plantão. Antes de se ter como objetivo “resolver” a demanda, é necessário este inclinar-se para compreendê-la na sua riqueza, na relação com o cliente.

O atendimento do tipo Plantão faz do plantonista responsável pelo cuidar da pessoa que o procura, pelo preocupar-se com o outro, envolver-se afetivamente de maneira empática, ter atenção, zelo, para com este que o procura. Nesse encontro, dirige-se a atenção e escuta para o cliente, faz-se um momento que pode ser único, decisivo, na vida dessa pessoa (DOESCHER; HENRIQUES, 2012).

Cabe fazer uma distinção do atendimento do tipo Plantão para a Psicoterapia Breve (PB) e para o serviço de Triagem. A princípio, é preciso enfatizar que o Plantão infere a disponibilidade incondicional para o atendimento. O plantonista precisa acolher o outro no momento da angústia, quando este vem em busca espontaneamente, pois não se podem prever acontecimentos. O atendimento ocorre com o que chega, o que emerge, não é predeterminado (BEZERRA, 2014).

As PBs, possuem base dinâmica psicanalítica ou cognitiva-comportamental e trabalham com a formulação de um foco específico que é trabalhado de acordo com a disponibilidade emocional da pessoa, independente da história de vida. Por ser uma prática ligada principalmente a hospitais ou outros serviços de saúde, a alta é programada de acordo com o período de institucionalização do paciente (CORDIOLI, 2008).

Tassinari (2003) enumerou outros tipos de prática psicológica existentes para essas circunstâncias: PB, psicoterapia focal, psicoterapia de emergência, psicoterapia de crise, entre outros. Em seu conceito, as psicoterapias breves, também são utilizadas como um subsídio de psicoterapia nas situações de crise e/ou emergência psicológica. O objetivo dessa psicoterapia é a mudança de perspectiva diante do foco que estabelece a crise ou impede o paciente a formar atitudes diferentes diante do seu sofrimento (CORDIOLI, 2008).

Quando se trata de comparar PP com as PBs, embora ambas sejam experiências da prática psicológica, o PP não é uma psicoterapia e não possui diretividade para o trabalho técnico de um foco, a não ser aquilo que a pessoa traz enquanto demanda (TASSINARI, 2003). O foco ao qual se refere as PBs é uma percepção por parte do psicólogo após as entrevistas iniciais em que se dá avaliação da psicodinâmica do paciente e o estabelecimento de uma aliança de trabalho nas quais as sessões estarão pré-programadas ao longo do dia ou da semana (FIORINI, 2004).

Dessa forma, o PP trabalha o “aqui-agora” do cliente, sem a entrevista avaliativa e sem a perspectiva de alta institucionalizada. O processo do Plantão,

embora breve, permite que o cliente busque o plantonista de acordo com um contrato flexível, podendo ser feito em uma ou mais sessões. Aqui o sujeito é livre para avaliar a sua disponibilidade e o plantonista para refletir o seu estado de prontidão (SOUSA; FARIAS, 2015).

Uma outra ressalva a ser feita é que o PP também se diferencia do processo de Triagem realizado em serviços de saúde no Brasil. Aqui a diferença se pauta pelos seus objetivos e finalidades. Se por um lado o PP tem o intuito de oferecer um espaço para o cliente esclarecer suas demandas em uma ou mais sessões, a Triagem tem uma concepção avaliativa e de encaminhamento, mesmo que haja uma escuta qualificada. Em alguns serviços, como hospitais e clínicas-escolas, a Triagem é feita com o intuito de classificação de urgência psicológica, para organizar a fila de espera e para preenchimento de dados que serão utilizados pelos Psicólogos durante um processo de psicoterapia de longa duração, uma pressuposição do modelo clássico da Psicologia Clínica (TASSINARI, 2003).

A implantação de serviços de Plantão nas mais diversas instituições é de importância reconhecida, com as mais variadas formas e possibilidades que esse plantão pode assumir, nos mais diversos contextos e práticas profissionais, já que o sentido verdadeiro de Plantão é esse acolhimento, essa escuta do outro no momento da sua angústia, no momento emergente das suas demandas e pressupõe uma abertura incondicional do plantonista que irá recebê-lo. Para tanto, é fundamental enxergar esta possibilidade de atendimento em Psicologia da saúde, proporcionando uma renovação à prática profissional para que não se limite aos ambulatórios ou atendimentos tipicamente clínicos num setting terapêutico fechado, o plantão promove essa abertura para o novo, o criativo na saúde pública (BEZERRA, 2014).

Souza e Sousa (2011) afirmam que o serviço de PP pode ser implantado nas mais diversas instituições e contextos, como a Saúde Pública (hospitais), setor jurídico, universidades (clínica-escola), escolas, clínicas particulares etc. Porém, é necessário um maior apoio com a ampliação de políticas que favoreçam a instalação desse serviço.

Cabe acrescentar, se a eficácia deste serviço pode ser questionada, que a pesquisa dos autores acima referidos mostra que 78% das pessoas que buscam psicoterapia abandonam o tratamento dada a sua satisfação já nas primeiras sessões, não por desistirem, mas pela resolutividade que poucas sessões atingem

Dados como esses corroboram a eficácia do atendimento do tipo Plantão, no qual em um único encontro, ou em poucos encontros, a capacidade terapêutica desse serviço é atingida, o indivíduo que o busca se reorganiza existencialmente sendo muitas vezes desnecessários encaminhamentos ou um processo psicoterápico mais longo.

Ainda segundo Souza e Sousa (2011), existem elementos facilitadores da resolutividade do atendimento na modalidade de plantão, que são: a procura espontânea pelo serviço por parte do cliente, a espontaneidade e congruência genuína por parte do plantonista, a abertura, a aceitação positiva incondicional. Todos esses elementos que favorecem uma tomada de consciência do processo por parte do cliente, e uma compreensão profunda de si mesmo no momento em que é acolhido, na sua urgência.

Todos esses itens favorecem as mudanças nos indivíduos que buscam o atendimento, o que não se detém apenas na resolutividade do problema, trazido naquele momento, mas na atenção à pessoa compreendida em sua singularidade e como um todo, com suas vivências, angústias, suas questões, favorecendo sua autonomia, sua capacidade de enfrentamento de maneira criativa.

Objetivando a compreensão e a ajuda nas emergências do usuário que busca pelo atendimento, o Plantão procura mostrar-se como um serviço aberto a qualquer pessoa que venha procurá-lo, em qualquer circunstância desafiadora pela qual o indivíduo esteja enfrentando, promovendo o acolhimento destas emergências e fazendo os devidos encaminhamentos quando necessários (SOUZA; FARIAS, 2015).

Para tanto, cabe ratificar a importância dessa modalidade de atendimento. Considerado diferenciado e de suma importância no contexto atual, o Plantão é tido como a clínica do acolhimento das urgências, colaborando assim para que os indivíduos atendidos possam trabalhar suas questões, desemaranhando os nós que se formam em suas vivências, de modo que possam “ser” em suas individualidades de maneira mais leve e criativa (SOUZA; SOUSA, 2011).

## 2.4 PLANTÃO PSICOLÓGICO EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE: UMA PROPOSTA INOVADORA

Para que os cuidados em SM possam ser ampliados, é necessário que outras ações sejam inclusas na AB, como a expansão do acesso, consolidada a partir da integração entre o NASF e as equipes em SM, somados à construção de uma atenção à saúde em consonância com os princípios de integralidade e a equidade (BRASIL, 2014).

De acordo com o Manual do CREPOP (CFP, 2010), o PP situa-se entre as práticas profissionais da Psicologia na AB consideradas inovadoras dentro da rede, mostrando-se de maneira eficaz para se operacionalizar essas práticas integradas em SM junto às equipes multiprofissionais atuantes dentro da RAS.

Considera-se esse serviço como um dispositivo para prevenir e promover a saúde mental, pois evita o surgimento de transtornos mentais bem como sua cronicidade, objetivando, assim, dirimir sua predominância e ocorrência (LEITE, D.C. et al., 2013).

De acordo com Amorim, Andrade e Branco (2015), diante de um período histórico de escassez na oferta de recursos em saúde mental para a população brasileira, o PP surge com um novo nicho de atuação do psicólogo. O plantão mostra-se também como uma alternativa à conjuntura de especialização e priorização de atendimentos psicológicos pautados pela resolução de casos mais graves (transtornos mentais específicos), tornando-se uma alternativa de promoção à saúde.

Com a consolidação da Reforma Psiquiátrica e dos preceitos do SUS, o PP difundiu-se na comunidade, possibilitando uma maior inserção e ampliação da psicologia nas políticas públicas. O plantão, nesse cenário, surge como uma alternativa para atender de modo mais resolutivo à demanda carente por um cuidado em saúde mental, visto que aumenta a capacidade resolutiva dos problemas do usuário através de atendimentos no próprio território adjunto ou encaminhando-o para onde suas necessidades possam ser sanadas, de acordo com o nível de complexidade (AMORIM; ANDRADE; BRANCO, 2015).

A substituição do paradigma da clínica pelo da Saúde Pública na Psicologia, implica em grande desafio enfrentado pelos profissionais desta área, o que os levam a se reinventarem no que diz respeito ao seu modelo de atuação e na relação com o

usuário atendido, exigindo dele um modelo dinâmico no seu fazer profissional. Dessa forma, a Psicologia passa a ter mais utilidade no campo da saúde Pública, à medida que inova suas práticas, sua cultura profissional (GONÇALVES L. et al., 2016).

O trabalho realizado pelos programas de AB na UBS consistem em atendimentos na própria UBS ou em domicílio, prestado por uma equipe multiprofissional formada por agente comunitário de saúde (ACS), médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem. A equipe precisa adentrar na realidade das famílias do território atendido sob sua responsabilidade por meio do reconhecimento de suas características, sensibilizando-se às necessidades dos indivíduos do território. Conceitos esses que conduzem o trabalho do profissional de Psicologia, juntamente com as propostas inovadoras do seu trabalho na contemporaneidade (NASCIMENTO; AVARCA, 2017).

Vieira e Boris (2012) questionam o fazer do Plantão Psicológico sem que ele se torne apenas uma substituição da clínica tradicional; esta, portanto, carece de uma nova formatação no campo da Saúde pública. O sofrimento psicológico nesse contexto precisa ser acolhido sem se desprender da sua epistemologia, mas sempre ligada ao compromisso social. Um viés instigante é o lugar do acolhimento ocupado pela clínica junto à alteridade, afirmando-a, o que é inovador, e não facilmente visto em outros contextos.

De acordo com Gonçalves L. et al., (2016), devido ao grande volume de atendimentos nas Instituições Públicas de Saúde, o Serviço do tipo PP poderia ser uma solução para a demanda por atendimento psicológico, favorecendo as pessoas que dele necessitam e que poderiam conversar com um Psicólogo em um ou mais encontros, sendo uma alternativa para a Psicoterapia. Desta forma, o trabalho deste profissional se tornaria ainda mais abrangente nesse formato de Plantão, cuja base teórica fundamentou-se na abordagem Humanista, tendo sido disseminada a partir da ideia inicial proposta pelo Serviço de Aconselhamento realizado na USP.

A realização do PP na AB é uma prática recente, com vistas à promoção da saúde, prevenindo a cronicidade ou o aparecimento de transtornos mentais e reduzindo a incidência e prevalência destes, possibilitando ainda a ampliação do acesso à atenção psicológica. O aspecto preventivo do plantão, baseado no acolhimento enquanto dispositivo tecnológico, torna-se presente na sua prática, visto

que a escuta, o vínculo e a responsabilização fazem parte do processo de cuidado (AMORIM; ANDRADE; BRANCO, 2015).

É importante salientar que a prática do PP na AB implica em adaptações teóricas, dentre elas, o envolvimento de profissionais alheios à prática psicológica como os ACS na identificação dos casos e a alternativa para o Psicólogo realizar o Plantão em domicílio junto aos usuários impossibilitados de se deslocar para a UBS, preservando sempre o cuidado para não rotular o usuário com a sua exposição ao identificá-lo de forma invasiva. Um procedimento que requer o cuidado relacional e a construção do vínculo e da confiança entre ACS e usuários. A atitude responsiva na prática do PP na AB junto às situações de crise favorece a prevenção do sofrimento crônico e proporciona o desenvolvimento de intervenções no território, superando o modelo hospitalocêntrico baseado no isolamento (AMORIM; ANDRADE; BRANCO, 2015).

Segundo Morato (1999), o PP irrompeu, a partir de demandas sociais, com um novo formato de atendimento que acolhesse uma súplica social e nesse misto de experiências trouxe luz à origem de muitos debates, angústias, conflitos do indivíduo que se dão na construção de suas relações. O Plantão surge, portanto, na tentativa de abarcar essas necessidades emergentes.

Gonçalves L. et al. (2016), enfatizam o peso desse modelo de atendimento no incremento da saúde pública na questão da ajuda psicológica. O PP pode se configurar tanto como escuta que alivia em momentos de crise, como um serviço de emergência, que pode se classificar desde um término de relacionamento afetivo como ideações suicidas. Trata-se de um atendimento clínico e de investigação na proporção que busca clarear uma queixa trazida pelo indivíduo a partir de suas próprias concepções, auxiliando-o a lidar com suas dificuldades com seus próprios recursos existenciais, trazendo possibilidades de enfrentamento, acolhendo-o dentro do seu sofrimento psíquico.

Cabe salientar que a atuação do Psicólogo se encontra sempre em mudança e exige outros conhecimentos que abarquem a complexidade do ser humano, o que pode ser percebido não só pela recente participação desse profissional nas políticas públicas, em diversos e desafiadores campos de atuação, mas também pela concepção clínica tradicional de sua formação desde o início da profissão.

A partir do cenário de atendimento à demanda das instituições de saúde, é mister abdicar desta visão tradicional da clínica, trazendo novas perspectivas, como

a do PP, para contemplar as emergências que chegam aos serviços de saúde. É necessário também considerar que o saber psicológico não é detentor da verdade e deve proporcionar desenvolvimento e bem-estar à população juntamente com outras práticas trabalhadas (NASCIMENTO; AVARCA, 2017).

Em face do exposto, conforme defendem ainda Amorim, Andrade e Branco (2015), pode-se afirmar que o PP se configura enquanto um método da clínica ampliada, visto que realiza acolhimento, garante acessibilidade ao serviço de SM, focaliza a prevenção e atua junto à comunidade, além de valorizar o trabalho interdisciplinar. Assim, colabora na efetivação de práticas ampliadas, que neutralizam a fragmentação do processo de trabalho em saúde por meio da valorização da escuta e proporcionando a construção de vínculo com usuários e comunidade. O Plantão e a clínica ampliada remetem a um compromisso ético manifesto pela humanização do cuidado e pela garantia da cidadania, contribuindo para a melhoria na qualidade de vida dos usuários e da comunidade de forma geral.

Nascimento e Avarca (2017) enfatizam que o trabalho do Psicólogo na ESF é desafiador, pela necessidade de inovação, aprendizado, abertura a novas práticas e conhecimentos, com novas possibilidades para lidar com o imprevisível e com a singularidade de cada contexto, juntando os saberes da própria ESF, em perceber o indivíduo como ser integral, revendo paradigmas, reavaliando-os e percebendo-os como interdisciplinares, não emoldurados às áreas exclusivas.

Esses autores afirmam ainda que o atendimento em Psicologia é algo desconhecido para o público das UBSs, tratando-se, portanto, de uma área que muito pode colaborar com a população atendida. É necessário refletir também sobre o alvo dos profissionais que trabalham neste contexto, que deve primar sempre pela promoção de saúde, a fim de evitar que o problema se agrave e se instale (NASCIMENTO; AVARCA, 2017).

Esse novo campo para a Psicologia precisa ser desenvolvido, emoldurando-se a este cenário da saúde. É preciso, portanto, investir em estudos e pesquisas para que os diferentes olhares sobre estes contextos possam ser aprimorados e aplicados em favor dos usuários atendidos, configurando-se como um caminho para o acolhimento e resolutividade na AB, através da promoção de saúde, prevenindo o agravamento de doenças, contribuindo com este serviço (GONÇALVES, L. et al., 2016).

O PP demonstra-se como um espaço propício a acolher, com escuta qualificada e ativa, respeitando o usuário, proporcionando o alívio de angústias e encontro de dissabores, ainda que apenas num único atendimento. A partir do cuidado com o outro na sua urgência, tem-se uma preocupação com sua história de vida, com um olhar voltado para o indivíduo, não apenas como mais um usuário, mas respeitando sua singularidade, sua necessidade naquele momento em que buscou ajuda (CHAVES; HENRIQUES, 2008).

Finalmente, em diálogo com Chaves e Henriques (2008) e Gonçalves, L. et al., (2016), depreende-se que a inserção do psicólogo em instituições de saúde pública pode, indubitavelmente, acrescentar tanto para os usuários atendidos como para os profissionais que se deparam diariamente com pessoas em sofrimento psíquico ao buscar estes serviços. O profissional de Psicologia, portanto, tem neste contexto uma seara rica para desbravar e uma grande contribuição à prevenção e promoção de saúde.

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 DESCRIÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa do tipo metodológica com abordagem qualitativa. A pesquisa com abordagem qualitativa preocupa-se com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização e com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais.

As características da pesquisa qualitativa incluem a objetivação do fenômeno; a hierarquização das ações de descrever, compreender, explicar; a observância das diferenças entre o mundo social e o mundo natural; o respeito ao caráter interativo entre os objetivos buscados pelos investigadores, suas orientações teóricas e seus dados empíricos; e a busca de resultados os mais fidedignos possíveis (AUGUSTO et al., 2013).

A pesquisa metodológica, por sua vez, preconiza a criação de um instrumento e contempla os métodos de obtenção e organização de dados, guiando pesquisas rigorosas. Aborda o processo de construção, investigação e validação de instrumentos e estratégias de pesquisa, como a criação de protocolos, da qual se trata o presente trabalho (POLIT; BECK, 2011).

#### 3.2 ETAPAS DO ESTUDO

##### 3.2.1 Primeira etapa: revisão integrativa da literatura

A primeira etapa da pesquisa consistiu na revisão integrativa de literatura sobre a temática, no intuito de auferir dados relevantes sobre o PP: histórico, conceitos, sua existência ou não na AB e UBSs e sua relevância.

Dado o número reduzido de experiência de estudos sobre o tema “Plantão nas UBS” a nível nacional, a partir de Revisão integrativa da literatura realizada entre os meses de novembro de 2017 a julho de 2019, foram selecionados os materiais indexados na base de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), (Pepsic), Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Banco de Teses da Capes e Banco de

Teses da USP, utilizando os descritores: “Plantão Psicológico”+ (“Atenção Básica”; “SUS”; “Saúde Mental”, “Saúde”), “Psicólogo”, “Protocolo”, bem como os filtros de busca: publicações do tipo “artigo” e “tese” em língua portuguesa por considerar a singularidade nacional das políticas referentes à Atenção Básica; as publicações dos anos de 2006, 2008, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017 2018 e 2019.

A pesquisa resultou em citáveis, relatos de casos e teses de doutorado, os quais foram observados critérios de inclusão e exclusão como: aproximação com o tema do Plantão Psicológico, Urgências Psicológicas, Atenção Básica, SUS; excluindo-se, após a leitura dos resumos, as publicações que relacionavam o Plantão Psicológico em Clínica-Escola, como triagem, psicodiagnóstico, ou outros espaços que diferenciavam da perspectiva da saúde pública. Além disso, foram excluídos da pesquisa as publicações cujos verbetes se distanciavam do propósito do artigo como: “Educação em saúde para atenção à gestante”, Clínica Gestáltica Infantil e Integralidade em uma Unidade Básica de Saúde”, ‘Plantão psicológico na delegacia da mulher: experiência de atendimento sócio-clínico”, entre outros.

Assim, no processo da pesquisa, obtivemos 59 artigos, 110.172 teses. Aplicando os filtros e os critérios de exclusão, ao final, esse número foi reduzido e resultou num total de uma (1) tese sobre os desdobramentos do Plantão Psicológico (A clínica da urgência) e dezessete (17) artigos completos dos quais referentes a Plantão Psicológico e Plantão Psicológico na Atenção Básica. Restaram um número de dez (10) artigos, que foram utilizados na construção do referencial teórico deste trabalho, conforme descritos nos quadros a seguir.

**Quadro 1:** Artigos filtrados na revisão integrativa sobre Plantão Psicológico na Atenção Básica nas metodologias: Ensaio teórico –crítico, revisão integrativa/bibliográfica, narrativa ficcional

<b>Título do artigo</b>	<b>Autor e ano</b>	<b>Definição</b>	<b>Metodologia</b>
1- “Plantão psicológico como estratégia de clínica ampliada na atenção básica em saúde”.	Amorim, F.B.T.; Andrade, B. A.; Branco, P.C.C., 2015.	<b>Objetivo:</b> problematizar o plantão psicológico como possível estratégia de clínica ampliada, apresentando os desafios e as possibilidades de sua Implementação na atenção básica. <b>Conclusão:</b> o plantão psicológico amplia o serviço de Psicologia na atenção básica e facilita seu acesso à comunidade, aumentando a resolutividade dos casos.	<b>Ensaio teórico-crítico</b>
2- “Plantão psicológico como possibilidade de interlocução da psicologia clínica com as políticas públicas”.	Vieira, E. M.; Boris, G.D. J.B., 2012.	<b>Objetivo:</b> discutir acerca da inserção do psicólogo clínico nas políticas públicas a partir de uma experiência de plantão psicológico. <b>Conclusão:</b> aponta a necessidade de este profissional tornar-se um parceiro na busca de alternativas para as demandas e a necessidade de conhecimento das políticas públicas.	<b>Pesquisa bibliográfica e relato de experiência</b>
3- “Plantão psicológico e o cuidado na urgência: panorama de pesquisas e intervenções”.	Scorsolini-Comin, F., 2015.	<b>Objetivo:</b> conhecer as principais pesquisas e intervenções realizadas na área do plantão psicológico. <b>Conclusão:</b> Destaca-se a necessidade de que esses relatos dialoguem com os saberes teóricos da área, bem como sejam incrementados por pesquisas.	<b>Revisão integrativa da literatura científica</b>
4-“Plantão Psicológico: Ficções e Reflexões”.	Breschigliari, J.O.; Jafelice, G.T., 2015.	<b>Objetivo:</b> Refletir sobre a experiência do Plantão Psicológico no Serviço de Aconselhamento Psicológico do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (SAP – IPUSP). <b>Conclusão:</b> Refletir sobre a importância das experiências profissionais e pessoais mobilizadoras vividas em plantão psicológico.	<b>Narrativa ficcional</b>

**Quadro 2:** Artigos filtrados na revisão integrativa sobre Plantão Psicológico na Atenção Básica nas metodologias: Relato de experiência

<p>1- “Inserção do Psicólogo na Estratégia de Saúde da Família: Relato de Experiência na Residência Multiprofissional”.</p>	<p>Nascimento, A.K.B.; Avarca, C. A. C., 2017.</p>	<p><b>Objetivo:</b> apresentar as ações desenvolvidas pela profissional residente em psicologia, de 2014 a 2016, e os desafios enfrentados na consolidação de práticas de base comunitária e territorial na Estratégia de Saúde da Família. <b>Conclusão:</b> necessidade de se pensar novas formas de fazer da psicologia na Estratégia de Saúde da Família para além das suas práticas tradicionalmente esperadas.</p>	<p><b>Relato de experiência</b></p>
<p>2- “Plantão psicológico como modalidade de atendimento em Psicologia Escolar: limites e possibilidades”.</p>	<p>Bezerra, E.N., 2014.</p>	<p><b>Objetivo:</b> refletir a partir da prática profissional do autor e da leitura atualizada em Psicologia Escolar. <b>Conclusão:</b> reflete-se sobre a condição do Plantão Psicológico como serviço e como modalidade de atendimento na escola, bem como sobre a psicologia escolar como área de atuação inserida nesse meio complexo de olhares e perspectivas.</p>	<p><b>Estudo reflexivo e relato de experiência</b></p>
<p>3-“Plantão Psicológico: de frente com o inesperado”</p>	<p>Chaves, P. B.; Henriques, W.M., 2008.</p>	<p><b>Objetivo:</b> refletir sobre as práticas psicológicas desenvolvidas em clínicas-escola e em instituições. <b>Conclusão:</b> são necessárias pesquisas e reconfigurações acerca das práticas psicológicas desenvolvidas em clínicas-escola e em instituições, além de se tornar urgente abandonar concepções tradicionais no atendimento clínico para que, assim, abra-se mais espaço para o Plantão Psicológico.</p>	<p><b>Relato de experiência</b></p>

**Quadro 3:** Artigos filtrados na revisão integrativa sobre Plantão Psicológico na Atenção Básica nas metodologias: pesquisa qualitativa e/ou fenomenológica

1- “A inserção da Psicologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família”.	Leite, D.C.; Andrade, A.B.; Bosi, M.L.M., 2013.	<p><b>Objetivo:</b> analisar a inserção da Psicologia no NASF, identificando os desafios e potencialidades da sua atuação na atenção básica com base nas percepções de psicólogos que atuam nos NASF de Juazeiro do Norte-Ceará.</p> <p><b>Conclusão:</b> a Psicologia ainda encontra entraves para uma atuação intersetorial e interdisciplinar na atenção básica; não obstante, percebe-se que ela está buscando novas formas de atuação para responder às demandas de saúde no território analisado.</p>	<b>Investigação qualitativa, considerando a natureza do objeto focalizado.</b>
2- “Plantão psicológico em unidade básica de saúde: atendimento em abordagem humanista-fenomenológica”.	Goncalves, L.; Farinha, M.; Goto, T., 2016.	<p><b>Objetivo:</b> descrever atendimentos psicológicos realizados em uma Unidade Básica de Saúde (UBS).</p> <p><b>Conclusão:</b> o Plantão Psicológico é um instrumento viável e pertinente na prevenção e promoção de saúde.</p>	<b>Estudo qualitativo-fenomenológico</b>
3- “Prática do Psicólogo na Atenção Básica – SUS: conexões com a clínica no território”.	Alexandre, M.L.; Romagnoli, R.C., 2017.	<p><b>Objetivo:</b> investigar as possibilidades e os desafios da prática clínica do psicólogo no cotidiano das Equipes de Saúde da Família a partir do trabalho interdisciplinar</p> <p><b>Conclusão:</b> a complexidade da rede SUS e sua expansão apontam para desafios na inserção da psicologia na AB articulada ao NASF e para a necessidade de contribuir para potencializar sua atuação no plano ético-político.</p>	<b>Esquizeoanálise numa perspectiva cartográfica</b>
Título da Tese de doutorado:			
1- A clínica da urgência psicológica: Contribuições da abordagem centrada	Tassinari, M. A., 2013.	<p><b>Objetivo:</b> alcançar melhor compreensão dos desafios e potencialidades que os atendimentos em Plantão</p>	<b>Pesquisa qualitativa com análise fenomenológica de</b>

na Pessoa e da teoria do caos.		Psicológico proporcionaram à autora. <b>Conclusão:</b> a experiência com o Plantão Psicológico suscitou aprendizagens e reflexões teóricas intensas a curtíssimo prazo. Uma clínica da urgência psicológica viabilizada através dos Serviços de Plantão Psicológico parece adequada à realidade brasileira, podendo ser inserida no sistema público de saúde.	<b>entrevistas</b>
--------------------------------	--	--	--------------------

### 3.2.2 Segunda etapa: coleta dos dados

#### 3.2.2.1 Local de pesquisa

A segunda etapa da pesquisa foi realizada na Unidade Básica de Saúde Integrada Caminho do Sol, que é composta por três Unidades de Saúde da Família (USF Frei Damião, USF Santa Barbara e USF Valentina IV). A escolha desse local se deu em função da grande quantidade de usuários atendidos pelas equipes permitindo assim uma maior probabilidade de coletar os dados necessários à realização da pesquisa.

#### 3.2.2.2 População e amostra

A população total de usuários cadastrados na referida unidade de saúde é de 7.131 pessoas e há 42 profissionais atuando nas equipes multiprofissionais, segundo informações da gerência da UBS. A amostra para essa pesquisa se fez entre profissionais e usuários da unidade.

A amostra constou de 30 participantes, sendo 10 da equipe de profissionais e 20 dos usuários; esse número de participantes se justifica por critério de saturação e a partir dos usuários presentes no local da coleta, que foi realizada em três visitas à unidade. Não atingindo o número mínimo, seriam feitas novas coletas em outras datas, o que não foi necessário.

Como critério de inclusão do público de usuários e profissionais na pesquisa, buscaram-se pessoas com idades entre 18 a 60 anos que se dispunham

voluntariamente a participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

Utilizou-se como critério de exclusão: usuários sem possibilidade de ir a UBS por imobilidade, pessoas sem a capacidade de comunicação ou restritas ao leito. E, quanto aos profissionais, os afastados do trabalho ou de férias.

### 3.2.2.3 Instrumento de coleta de dados

O instrumento de coleta de dados foi constituído por dois Roteiros de Entrevista previamente elaborados (Apêndice B):

- a) Para os usuários: foi aplicado um roteiro com três questões abertas com objetivo de conhecer a compreensão sobre “problema emocional” e o motivo para buscar o serviço.
- b) Para os profissionais: foi aplicado um roteiro estruturado com quatro questões que objetivava verificar como se dá o acolhimento das demandas ditas como emocionais/psicológicas no serviço na UBS.

### 3.2.2.4 Procedimento para coleta de dados

Os dados foram coletados após a aprovação Ética pelo Comitê e encaminhamento de Ofício da Coordenação do mestrado da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE) para a Instituição UBS Integrada Caminho do Sol. A coleta de dados foi realizada nos dias de atendimento da unidade de saúde no mês de outubro de 2018.

Os participantes foram devidamente orientados sobre o procedimento e logo após assinaram o termo de consentimento, condição necessária para a participação da pesquisa. As entrevistas foram gravadas e salvas em aparelho celular e depois transcritas e analisadas pela pesquisadora.

Cabe acrescentar ainda que dados foram coletados a partir da observação direta do setor: estrutura, rotina de atendimento, capacidade de atendimento, disponibilidade de salas para realização de treinamento posterior e implantação do serviço etc. Considerou-se a observação do funcionamento do setor importante, pois

a partir do entendimento da realidade da sua dinâmica foram verificadas as possibilidades de realização de atividades de inovação.

Para o procedimento desta pesquisa, foram tomadas algumas precauções com os participantes, a saber: uma vez que o participante autorizou sua participação, foi esclarecida a finalidade da pesquisa, enfatizando a importância de suas colaborações e caráter confidencial e anônimo de sua participação. Foi informado também o direito do mesmo de interromper sua colaboração na pesquisa a qualquer momento, caso julgasse necessário, sem que isso implique em constrangimento ou prejuízo de qualquer ordem.

### 3.2.2.5 Análise de dados

Os dados obtidos a partir das entrevistas realizadas foram categorizados sendo descritos de forma qualitativa e retratados através de quadros, em categorias, a partir da análise de conteúdo de Bardin (1977).

Para tanto, foi feita uma “leitura flutuante” do material das entrevistas. Esse momento permitiu uma primeira seleção das categorias que surgiram no decorrer dessas leituras. Foi elaborado um roteiro de categorias que foram encontradas em função das perguntas. Em seguida, fez-se uma categorização. As categorias não foram definidas a priori, pois implicou em constante ida e volta do material de análise à teoria. Desse modo, as categorias são tanto mais ricas quanto mais clara estiver a definição conceitual do pesquisador. Foram observados os significados que os entrevistados deram em suas respostas (MENDES; MISKULIN, 2017).

Após a categorização, foram analisadas todas as categorias pela pesquisadora e posterior comparação com a análise de juízes (duas profissionais Psicólogas), as quais também tiveram contato com todo o material para posterior discussão das categorias encontradas por ambos, objetivando concordância nas classificações. Cabe ressaltar que cada um classificou individualmente as respostas.

Numa primeira análise feita pelas juízas, encontrou-se uma concordância de 89,13% para a categorização das falas dos profissionais, e 94,92% para a categorização das falas dos usuários. Em um segundo momento, refazendo-se as análises, chegou-se a uma concordância de 91,31% para a categorização das falas

dos profissionais e de 98,31% para a categorização das falas dos usuários; validando-se assim a análise de conteúdo segundo Bardin.

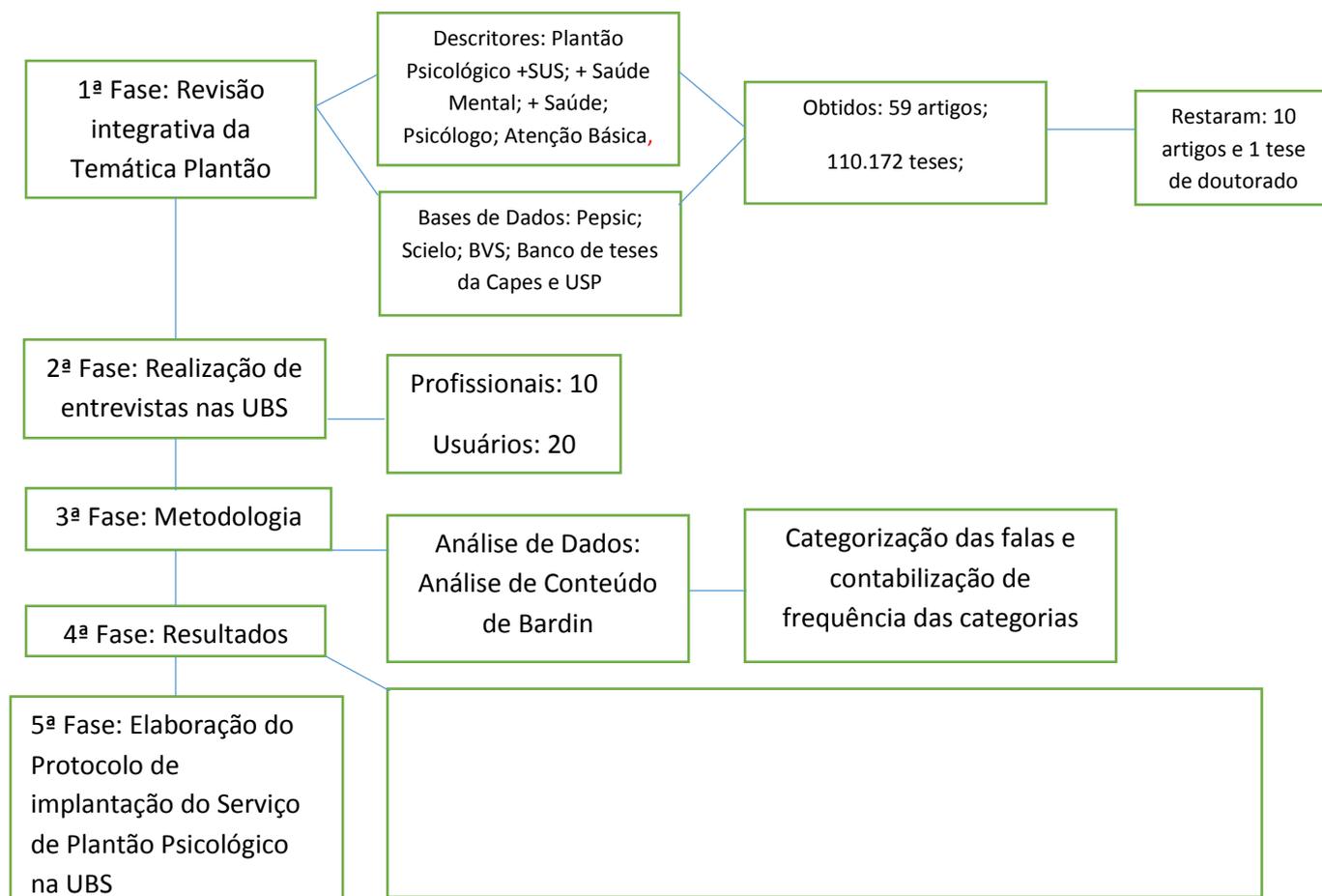
Finalmente, foi criada uma tabela, na qual constam todas as categorias e/ou subcategorias encontradas em suas respectivas definições e frequências de respostas obtidas para melhor visualização e compreensão.

A análise de dados foi feita a partir da Análise de Conteúdo Categorical que, segundo Bardin (1977), é definida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações sejam elas quais forem. Trata-se, portanto, de um campo técnico rico para pesquisa em ciências humanas. Segundo essa autora, os objetivos principais desse método são tanto ultrapassar a incerteza na apreciação das comunicações, quanto obter um enriquecimento da leitura a partir de tais métodos. Isso significa ir além da mera aparência que o conteúdo revela e procurar compreender mais profundamente as comunicações (BARDIN, 1977).

Através dessa metodologia escolhida, buscou-se uma melhor compreensão da percepção dos usuários e profissionais sobre o acolhimento das demandas psicológicas. Com isso, compreendeu-se que as concepções acerca do acolhimento e escuta das demandas implicaram diretamente no atendimento das pessoas que buscam o serviço em seu sofrimento psíquico e nas práticas de trabalho dos profissionais que acolhem o usuário no serviço de saúde, respectivamente, proporcionando assim uma abertura para estimular esses profissionais a uma maior reflexão sobre suas práticas profissionais na saúde, como também despertar estratégias inovadoras e dinâmicas para uma atuação eficiente e consonante com o que preconizam os princípios norteadores do acolhimento na AB, principalmente no que concerne à integralidade do sujeito em suas necessidades físicas, psíquicas e sociais.

### 3.2.3 Terceira etapa: construção do protocolo

**Figura 1:** Fluxograma das fases percorridas para a elaboração do Protocolo



**1º Fase** – Revisão Integrativa da temática a ser pesquisada: Plantão Psicológico

**2º Fase** – Realização de entrevistas na UBS com profissionais e usuários

**3º Fase** – Metodologia

**4º Fase** - Resultados

**5º Fase** – Elaboração do protocolo de implantação do Serviço de Plantão Psicológico na UBS

### 3.3 ASPECTOS ÉTICOS

É importante pontuar que o presente estudo respeitou os aspectos éticos preconizados pela Resolução CNS466/2012, no art. III, que implica no respeito ao participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na

pesquisa, como também o Código de Ética do Profissional Psicólogo (CFP, 2014), estando de acordo com o artigo 16 acerca da realização de estudos, pesquisas e atividades voltadas para a produção de conhecimento e desenvolvimento de tecnologias.

Nesse sentido, a pesquisadora responsável declarou no termo de compromisso que conhece e cumprirá as Resoluções Éticas Brasileiras e suas complementares em todas as fases desta pesquisa (Apêndice C).

Este estudo pondera os riscos e os benefícios, tanto os conhecidos como os potenciais, individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de riscos, garantindo que os danos previsíveis serão evitados. Nesse sentido, o risco provável seria o constrangimento em participar da entrevista. Para minimizar esse risco e garantir o anonimato, sigilo e a confidencialidade, a entrevista foi realizada individualmente. Portanto, tomou-se todo cuidado assegurando os princípios da beneficência e não-maleficência.

Dentre os benefícios, destaca-se a organização de informações sobre o acolhimento das demandas psicológicas dos usuários em Unidades Básicas de Saúde da Família, a partir do levantamento das singularidades desse processo de acolhimento e escuta dos usuários.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para facilitar o entendimento dos resultados, dividiu-se a análise e discussão em duas partes: a) Análise das respostas dos usuários à entrevista e b) Análise dos Profissionais à entrevista:

**Tabela 1:** Frequência de Ocorrência das Categorias e Subcategorias nos Relatos dos Usuários

<b>Categoria</b>	<b>Definição</b>		
<b>DEFINIÇÃO DE PROBLEMA EMOCIONAL</b>	O conceito que os usuários disseram entender por problema emocional.		
<b>Subcategorias</b>		<b>F</b>	<b>%</b>
Sinônimo de transtorno mental e/ou Sintomas (ansiedade, vazio, tristeza, isolamento, mágoa, dificuldades de enfrentamento, insônia).	Os usuários citam sintomas relacionados a transtornos mentais conhecidos por eles como sinônimos de problemas emocionais;	<b>15</b>	<b>44,12</b>
Auto percepção de um problema emocional	Os usuários relatam através da própria experiência para definir o que seriam problemas emocionais	<b>10</b>	<b>29,41</b>
Relativo a problemas familiares.	São problemas relacionados com a dinâmica familiar.	<b>4</b>	<b>11,76</b>
Não saber.	Desconhecimento sobre o que seria um problema emocional;	<b>3</b>	<b>8,82</b>
Relativo a questões financeiras.	São problemas relacionados diretamente como as questões financeiras.	<b>1</b>	<b>2,94</b>
Fala de Deus, falta de vergonha ou frescura.	Os problemas emocionais derivam diretamente da falta de Deus, falta de vergonha ou por frescura.	<b>1</b>	<b>2,94</b>
<b>Total</b>		<b>34</b>	<b>100</b>
<b>Categoria</b>	<b>Definição</b>		
<b>O QUE SE FAZ EM CASO DE PROBLEMA EMOCIONAL</b>	Indicações apontadas pelos usuários quando sentem ou possam, sentir problemas emocionais.		
<b>Subcategorias</b>		<b>F</b>	<b>%</b>
Buscar a Religião	A religião como referência dos cuidados em	<b>5</b>	<b>50</b>

	saúde mental;		
Buscar a Família	A família dos usuários como referência dos cuidados dos problemas mentais;	<b>3</b>	<b>30</b>
Buscar Força Interna;	Compreende-se que o melhor recurso nos cuidados em saúde mental é buscar em si a força para conseguir melhora.	<b>1</b>	<b>10</b>
Buscar Ajuda Profissional;	Considera-se a possibilidade de buscar um profissional em caso de problemas emocionais.	<b>1</b>	<b>10</b>
<b>Total</b>		<b>10</b>	<b>100</b>

<b>Categoria</b>	<b>Definição</b>		
<b>PARA ONDE IR EM CASO DE PROBLEMA EMOCIONAL</b>	O local onde as pessoas podem se dirigir para tratar os seus possíveis problemas emocionais.		
<b>Subcategorias</b>		<b>F</b>	<b>%</b>
Atenção básica como referência;	A Atenção Básica (Unidade de Saúde) seria a opção de lugar para ir em caso de problema emocional.	<b>10</b>	<b>66,5</b>
O CAPS como referência;	O CAPS como lugar de referência para tratamento dos problemas emocionais.	<b>2</b>	<b>13,33</b>
Psiquiatra;	O profissional especialista como principal indicação para o tratamento.	<b>1</b>	<b>6,65</b>
Outros.	Os usuários relatam outros lugares para irem em caso de problemas emocionais.	<b>1</b>	<b>6,65</b>
Não saber onde buscar ajuda;	Desconhecimento de lugares adequados para ir tratar os problemas emocionais.	<b>1</b>	<b>6,65</b>
<b>Total</b>		<b>15</b>	<b>100</b>

**Fonte:** Dados da pesquisa

#### a) Análise das respostas dos usuários à entrevista

A partir das 20 entrevistas realizadas com os usuários da UBS, auferiram-se três categorias, contendo outras subcategorias, sendo seis subcategorias a primeira categoria; quatro subcategorias a segunda; e cinco subcategorias a terceira.

Foram enumeradas em ordem decrescente de frequência: 1- Definição de problema emocional (1.1 Não saber, 1.2 Sinônimo de transtorno mental e ou sintomas, p.ex.: ansiedade, vazio, tristeza, isolamento, mágoa, dificuldades de enfrentamento, insônia, 1.3 Relativo a problemas familiares, 1.4 Relativo a questões financeiras, 1.5 Falta de Deus, falta de vergonha ou frescura, 1.6 Auto percepção de um problema emocional), 2- O que se faz em caso de problema emocional (2.1 Buscar a religião, 2.2 Buscar a família, 2.3 Ser otimista, 2.4 Buscar ajuda profissional), 3- Para onde ir em caso de problema emocional (3.1 AB como referência, 3.2 CAPS como referência, 3.3 Psiquiatra, 3.4 Outros, 3.5 Não sabe onde buscar ajuda).

### 1. Definição de problema emocional

Esta categoria refere-se ao conceito que os usuários disseram entender por problema emocional. Foi dividida em seis subcategorias, encontrando-se uma maior frequência das respostas referentes à subcategoria 1.2 Sinônimo de transtorno mental e/ou Sintomas, e uma menor frequência das subcategorias 1.4 Relativo a questões financeiras e 1.5 Falta de Deus, falta de vergonha ou frescura.

A subcategoria 1.1 Não saber, refere-se às falas encontradas quando os usuários relatavam não compreender o que é um problema emocional, ou não saber responder a pergunta, demonstrando que a população ainda carece desse contato com a temática relacionada ao entendimento dos próprios sentimentos, ou a compreensão de sintomas ligados às emoções, evidenciando que muito ainda se estigmatiza essa área por se desconhecem conceitos relacionados a ela.

No âmbito da saúde mental, o estigma se trata de uma atitude de desconhecimento produzida a partir do medo, já que o preconceito, a desinformação que são resultado de crenças negativas geradoras de ações de evitação, preconceito, o que se ilustra como o estigma no que diz respeito ao que se relaciona a transtornos mentais. Estigmatizar pessoas nessa condição implica diretamente nesta área, já que tolhe a procura pelo atendimento (por constrangimento, medo, vergonha), repercute na produtividade do setor, causando prejuízo para a sociedade como um todo. (PRADO, A.L.; BRESSAN, R., 2016).

A subcategoria 1.2, Sinônimo de transtorno mental e ou sintomas, p.ex.: ansiedade, vazio, tristeza, isolamento, mágoa, dificuldades de enfrentamento,

insônia, é a que aparece nas falas com mais frequência, na qual os usuários relacionaram problema emocional como sendo sintomas do tipo: angústia, solidão, raiva, tristeza etc., evidenciando o que está no ideário popular como sendo relacionados, algumas nomenclaturas como depressão, por exemplo, são atribuídos à qualquer forma de tristeza, somados à angústia ou ansiedade, banalizando-se assim o termo.

Pombo (2017) ressalta sobre a prevalência de autodiagnósticos psiquiátricos, que está cada vez mais corriqueira, seja pela familiaridade com os sintomas descritos, que gera uma identificação pelo indivíduo, seja pelos critérios diagnósticos facilmente reconhecidos, que podem ser experienciados por qualquer pessoa, em um momento qualquer de sua vivência (perdas, lutos, ansiedade, fobia social, dificuldades de concentração ou insônia etc. Percebe-se também uma ampla divulgação pela mídia através de profissionais que aconselham ao leitor, espectador como lidar com esses sintomas, que os estimulam a tratarem de si mesmos.

Relacionar problema emocional às “questões familiares” subcategoria 1.3, também foi encontrado nos relatos: “Problema emocional deve ser alguma coisa relacionada à família, né? um companheiro, no caso da mulher, o marido, né? Ou vice-versa, até da pessoa mesmo, ela não sendo casada ela pode ter um problema emocional (...) que pode levar a uma depressão, o risco maior é esse” (U14).

Mencionou-se também “questões financeiras” subcategoria 1.4, em uma das falas como sendo relacionadas aos problemas emocionais, conforme o usuário 12: “Acho que é quando uma pessoa passa a ficar com um... tendo um problema tanto financeiro, tanto que dizem que influencia muito, pensando na questão financeira e esquece de viver a vida, (...), a gente tem que saber lidar com as coisas, aprender que nem tudo é do jeito que a gente quer, tem que lidar com as coisas, com o problema e enfrentar, né?”.

Ainda relacionado ao estigma que a nomenclatura “problema emocional” carrega, relatou-se em uma das falas que esta se trata de “Falta de Deus, falta de vergonha ou frescura”, subcategoria 1.5: “A sociedade diz que é frescura, tipo depressão, stress... as pessoas dizem que é falta de Deus (...) falta de vergonha na cara, né?” (U17), evidenciando-se assim o preconceito que ainda há ao se abordar a temática.

A segunda subcategoria que mais se repetiu nas falas foi referente à Auto percepção de um problema emocional subcategoria 1.6, na qual os usuários relatam

em primeira pessoa experiências próprias (transtornos, cirurgias, episódios, experiência com medicações controladas e outros) ou com familiares que fizeram estes criarem os seus conceitos de problema emocional a partir das suas vivências, conforme relatou: “(..) tá acontecendo com minha avó no momento. Ela veio do Rio, lá pra casa, aí agora no caso ela vai ter que voltar, (...) porque ela tá sentindo muita falta do filho e eu acho que isso é mais um problema emocional dela, (...) é melhor ela voltar, do que ela ficar aqui e pegar uma depressão” (U20).

## 2. O que se faz em caso de problema emocional:

Nesta categoria, classificaram-se as indicações apontadas pelos usuários quando sentem ou possam sentir problemas emocionais, e nos relatos foram encontradas quatro subcategorias elencadas em ordem decrescente de frequência:

Buscar a religião, Buscar a família, Buscar força interna e Buscar ajuda profissional.

Este achado evidencia que a maioria das pessoas privilegiam o compartilhamento das suas questões emocionais com familiares ou buscando ajuda de um ser superior, através da religião, por meio de uma “conversa” para “desabafar” e encontrar uma solução para o problema, deixando a ajuda profissional para último caso, demonstrando o pouco conhecimento sobre a importância do trabalho do profissional seja da psicologia ou de qualquer outra área da saúde como ouvinte com escuta qualificada e apta para proporcionar apoio a este usuário.

O desconhecimento da atribuição do psicólogo na atenção básica não é exclusivo da unidade foco dessa pesquisa, já foi referenciado por Silva e Araújo (2018) em sua pesquisa integrativa em que encontrou relatos de caso nos quais os diversos atores sociais, incluindo a própria equipe de saúde, tinham desconhecimento das atribuições do psicólogo na AB, configurando-se como um dos principais desafios desse profissional.

## 3. Para onde ir em caso de problema emocional:

Nesta categoria, foram colocadas as falas referentes ao local para onde as pessoas afirmaram que poderiam se dirigir a fim de tratar os seus possíveis problemas emocionais.

Em maior frequência de respostas, apontou-se a própria AB (3.1) como primeira referência a ser considerada pelos usuários entrevistados. Em seguida, encontra-se o CAPS (3.2) como referência para se dirigir em caso de problema emocional, encontrada em duas falas, demonstrando que os usuários têm o conhecimento do funcionamento da RAS, em que os CAPS estão como um serviço de atenção especializada, em que os mesmos encontrarão o profissional psicólogo, psiquiatra, entre outros, que poderão acolhê-los nesta demanda referente à saúde mental. Em menor número, (1 usuário cada), encontram-se as subcategorias: 3.3 Psiquiatra, 3.4 Outros e 3.5 Não saber onde buscar ajuda, de acordo com as falas dos usuários entrevistados.

As ações de saúde refletem diretamente a visão de efetividade da AB por parte dos usuários e sua avaliação das mesmas, dentre os fatores que englobam o entendimento da resolutividade da mesma estão: a infraestrutura, gerenciamento de atenção, infraestrutura e serviços ofertados. Desta feita, é fundamental que as demandas dos usuários sejam atendidas nestes serviços, trazendo-lhes benefícios, como cumprimento dos objetivos a que se propõem (VASCONCELOS, 2018).

Conflitando-se as duas últimas categorias (O que se faz em caso de problema emocional e Para onde ir em caso de problema emocional), observa-se que as pessoas apesar de não considerarem o profissional como o primeiro apoio a ser buscado no caso de se perceber com um problema emocional, têm a compreensão que podem dispor desse tipo de ajuda num local específico, de que esse serviço existe e pode abarcar esse tipo de demanda, reforçando o papel do profissional de psicologia na AB para acolher questões dessa natureza.

Cintra (2017) alerta ainda para que a prática do psicólogo na AB deve inserir-se de fato dentro da comunidade e precisa ser conduzida de forma a empoderar usuários, estimulando a emancipação dos mesmos, não devendo se limitar a uma prática singular e curativa, mas centrada no entendimento do movimento da comunidade e com o compromisso de promover mudança genuína destas pessoas.

**Tabela 2:** Frequência de Ocorrência das Categorias e Subcategorias nos Relatos dos Profissionais

Categorias		Definição	
COMPREENSÃO DO ACOLHIMENTO/ATENDIMENTO DE DEMANDAS EMOCIONAIS REALIZADO NA UNIDADE PELA EQUIPE		O que os profissionais disseram compreender sobre como é feito o acolhimento de demandas emocionais quando estas chegam na Unidade	
Subcategorias		<b>F</b>	<b>%</b>
<b>Possibilidades de atendimento das demandas em saúde mental;</b>	O reconhecimento de possibilidades para o atendimento e acolhimento em saúde mental pelos profissionais na unidade.	17	48,57
<b>Encaminhamento como forma de lidar com as demandas emocionais na unidade de saúde;</b>	Receber e acolher o usuário com demandas em saúde mental para realizar encaminhamentos posteriores para serviços especializados	10	28,57
<b>Inexistência de trabalho voltado para demandas em saúde mental;</b>	O desconhecimento ou ausência sobre o acolhimento voltado para demandas em saúde mental, assim como falta de prática na identificação deste tipo de demanda.	5	14,29
<b>O profissional não reconhece a demanda de saúde mental.</b>	A dificuldade do profissional em reconhecer demandas em saúde mental quando chegam na unidade.	3	8,57
Total		35	100
Categorias		Definição	
ACEITAÇÃO DE UMA PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DE UM SERVIÇO DE PLANTÃO PSICOLÓGICO NA UNIDADE		Como seria a aceitabilidade do profissional se fosse implantado um serviço de plantão psicológico na Unidade que abarcasse queixas de natureza emocional.	
Subcategorias		<b>F</b>	<b>%</b>
<b>Expectativas do trabalho do profissional de Psicologia.</b>	Reúne aspectos relativos às expectativas positivas e a necessidade de se ter um profissional da psicologia naquela unidade.	11	100
Total		11	100

Fonte: Dados da pesquisa

b) Análise dos Profissionais à entrevista:

Dentre as 10 entrevistas coletadas junto aos profissionais da UBS, foram obtidas duas categorias, contendo outras subcategorias, sendo quatro subcategorias na primeira categoria e na segunda uma única subcategoria. Enumeradas em ordem decrescente de frequência: 1-Compreensão do acolhimento/atendimento de demandas emocionais realizado na unidade pela equipe (1.1 Encaminhamento como forma de lidar com as demandas emocionais na unidade de saúde, 1.2 Inexistência de trabalho voltado para as demandas em saúde mental 1.3 Possibilidades de atendimento das demandas em saúde mental 1.4 Profissional não reconhece a demanda de saúde mental.), 2- Aceitação de uma proposta de implantação de um serviço de plantão psicológico na unidade (2.1 Expectativas do trabalho do profissional de psicologia).

1- Compreensão do acolhimento/atendimento de demandas emocionais realizado na unidade pela equipe

Nesta categoria, foram elencadas as falas referentes ao que os profissionais disseram compreender sobre como é feito o acolhimento de demandas emocionais quando estas chegam na Unidade. Essa categoria foi subdividida em quatro, encontrando-se em maior frequência a subcategoria 1.3 Possibilidades de atendimento das demandas em saúde mental e em menor frequência as subcategorias 1.2 de trabalho voltado para demandas em saúde mental e 1.4 Profissional não reconhece a demanda em saúde mental, ambas com o mesmo número de respostas.

1.1 Encaminhamento como forma de lidar com as demandas emocionais na unidade de saúde

Nesta subcategoria, pode-se perceber que a lógica se pauta no acolher o usuário com demandas em saúde mental para realizar encaminhamentos posteriores, conforme os seguintes recortes:

“A gente acolhe o paciente, né? faz aquela anamnese que demora (...) se chegar um meio surtado a gente manda ali pra o Trauminha, o PASM que é a

urgência, já mandei pro PASM (...) aí eu não fico com o paciente, a gente encaminha, direciona para um psiquiatra, mas em caso de crise eu faço um laudo (...)" (P7).

"(...) para psicólogo nós temos o NASF (...), não é tão fácil conseguir agendamento, (...) Mas às vezes ela consegue agendar um paciente, um caso mais crítico, uma pessoa que tenha muita dificuldade de ir pra a rede, aí a gente solicita, aí ou ela vem aqui na unidade ou ela vai pra a vista domiciliar, (...) mas eu encaminho mais" (P4).

Com isso, reafirma a importância do funcionamento da rede para que o usuário seja recebido num serviço de Atenção Especializada quando a atenção básica não abarca as queixas. Contudo, este tipo de atitude traz a reflexão do desconhecimento de práticas resolutivas em saúde mental nas porás de entradas.

## 1.2 Inexistência de trabalho voltado para demandas em saúde mental

Na subcategoria que relata a inexistência de trabalho voltado para demandas em saúde mental (1.2), foram encontradas, nas falas dos profissionais, a ideia de desconhecimento sobre o acolhimento neste sentido de trabalho, assim como falta de prática na identificação deste tipo de demanda, como pode ser percebido no excerto:

"(...) acho que não existe não pelo menos que eu tenha conhecimento, como eu trabalho na odontologia aí tem coisa que eu não tenho muito acesso, eu não tenho conhecimento, porque quando começa isso aí eu não sei te responder... (...) é a gente conversa, dependendo da situação passa pra S., passa pra S. encaminhar (P2).

Da mesma forma, a fala seguinte traz não só um sentido de inexistência do trabalho em saúde mental, como também corrobora com a lógica de encaminhamento dito na subcategoria anterior, pois não teria como atender este tipo de demanda naquela unidade:

"(...) não existe um trabalho específico voltado pra saúde mental não; a gente tem uma visão diferente, claro, do paciente, mas o trabalho se restringe muito à renovação de receitas e encaminhamento para o psicólogo ou psiquiatra (P1).

### 1.3 Possibilidades de atendimento das demandas em saúde mental

Ao contrário das duas subcategorias anteriores, a presente subcategoria traz o sentido de reconhecimento de possibilidade para atendimento em saúde mental. Essa ideia pode ser verificada na fala que segue:

“(...) a gente sempre dá prioridade a elas, né? A gente não faz retorno, ‘não vem outro dia’, não! A gente acolhe, atende, conversa, as medicações que precisa a gente prescreve na hora, já pra a gente evitar um agravo do problema” (P5).

Além da possibilidade de acolher o usuário com este tipo de demanda, surge a alternativa de atendimento dentro da metodologia das práticas integrativas complementares, como dito a seguir:

“(...) A gente (...) tem grupos, que vem mais grupos de idosos, já é algum começo né? Outra coisa, a gente trabalha também com a família, a agente trabalha muito com a família do doente” (P3).

“É (...), atualmente, a gente faz a escuta, eu acho que isso é importantíssimo você acolher aquela pessoa, ter tempo pra ouvir, prestar atenção, ter atenção, né, cuidado, fora isso, ação mesmo nós temos, (...) as práticas integrativas, (...) eu sou terapeuta comunitária, sou aurículo terapeuta, e estou começado o floral, floral de Bach também aí a gente tem um ‘turninho’ que nós reservamos pra isso (...) (P4).

### 1.4 Profissional não reconhece o seu trabalho com a demanda em saúde mental

Nesta subcategoria, percebe-se que alguns profissionais não reconhecem o seu contato intuitivo (identificação, conversa, acolhimento, escuta, encaminhamento etc.) com os usuários da unidade como uma estratégia de trabalho com as demandas em saúde mental. Esta subcategoria pode ser ilustrada com as falas dos profissionais a seguir:

Aqui (...), eles não vêm nem por doença eles vem desabafar, às vezes estressados, com problema de casa, vem descontrair, buscar ajuda” (P10).

“Um desafio, mas é algo muito frequente, muito frequente mesmo. Tanto no próprio acolhimento que é a nossa escuta qualificada, como as outras normais mesmo no dia a dia, que às vezes não é nem consulta, (...) a gente se depara com

situações sempre a gente tem essa demanda, às vezes a pessoa tem assim, um sintoma físico, mas quando a gente vai investigar a causa é outra coisa” (P4).

“Às vezes, (...) a maioria vem atrás, às vezes quer só uma conversa, às vezes quer saber do remédio, então vai depender muito do que ele quer, né? Se ele quer só conversar a gente vai dar aquela conversa, a gente sabe que tem gente que, vem a gente sabe que vai demorar 1h, tem gente que chora, então o que a gente pode fazer é isso, né? (P9).

“É (...), a gente acolhe, mas eu ainda não tô sabendo me expressar, ainda me sinto um pouco despreparada pra identificar quando a pessoa tem ou não essa deficiência (...) Porque às vezes a pessoa não aparenta, então a gente tem que ter um olhar diferenciado, sensível, tem uns casos mais fáceis de você identificar, porque nem todo mundo que tem problemas emocionais, tá surtado ou ele está agressivo, e muitas vezes ele está mais calmo (...)” (P3).

“(...) então muitas vezes as pessoas chegam só com problema, sem doença, como acontece na área, porque na área também tem pessoas que eu vou na casa aí diz:” aí, tô doente, blá blá blá” e quando termina de falar comigo aí eu conversando com ela aí eu vejo que não tem doença nenhuma é mais falta de carinho, coisa de casa, de... o filho tem problema, tá sozinha (...) (P6).

## 2 - Aceitação de uma proposta de implantação de um serviço de plantão psicológico na unidade

Nesta categoria, a partir do questionamento de como seria a aceitabilidade do profissional caso fosse implantado um serviço de Plantão Psicológico naquela unidade para acolher as queixas de natureza emocional e/ou de saúde mental, surgiu uma subcategoria única que versa sobre essa possibilidade de trabalho. A subcategoria foi entendida como Expectativas do trabalho do profissional de psicologia. Essas expectativas podem ser ilustradas pelas falas a seguir:

“Seria excelente muito bom, só vem a somar com a qualidade do atendimento (...) a demanda é maior do que a quantidade de profissionais que a gente tem. Então a gente tendo um ponto de apoio a gente estando mais qualificado, melhor pra dar esse suporte, né?” (P3).

“Perfeito. Eu acho que a gente quanto mais coisas tiver pra contar, melhor. E a cada dia que passa, a Saúde da Família tá, é, abarcando, deixa eu usar essa palavra também mais coisas, e as pessoas confiam muito no serviço e se a gente tiver mais o que oferecer, vai ser muito bom. Tenho cem por cento de aceitabilidade” (P1).

“(…) se tivesse essa pessoa ali, com a especialidade, de ouvir aquela pessoa, seria bom porque talvez até diminuísse a quantidade de pessoas de acolhimento, pra médica, quando chegasse aqui naquele ponto da pessoa, ela voltasse porá casa mais feliz do que ela vir pra médica e tomar remédio” (P6).

Na leitura geral dos resultados desse levantamento, observou-se que, apesar do desconhecimento dos profissionais sobre as estratégias de cuidado em saúde mental e de não se reconhecerem como pessoas que possuem habilidades para atender estas demandas, a atenção básica foi e seria, para os usuários entrevistados, a principal referência para esse tipo de cuidado, mesmo que para receber um encaminhamento, conversar com a equipe ou renovação de receitas. Depreende-se, a partir da fala dos profissionais e usuários, uma abertura ao entendimento sobre problemas e queixas emocionais e a necessidade de ampliar esse cuidado na unidade, solucionando-se assim a questão norteadora inicial.

Com isso, a abertura de um serviço em saúde mental voltado para as queixas emocionais neste nível de saúde, como um PP, ajudaria em termos de resolutividade dessas demandas, reduzindo o número de encaminhamentos para serviços especializados e facilitando o trabalho integrado e multiprofissional.

Para tanto, propõe-se a criação de um protocolo de implantação de um serviço de PP para as UBSs a fim de padronizar o serviço que possa ser replicado em outras unidades no âmbito da AB.

## 5 PRODUTO FINAL

A partir dos resultados discutidos na etapa anterior do estudo, parte-se para a elaboração de um produto tecnológico, neste caso, o protocolo de implantação do Serviço de PP nas UBSs.

Enquanto produto tecnológico, este protocolo pode ser considerado uma tecnologia leve-dura dentro da classificação de Merhy (COELHO; JORGE, 2009). De acordo com essa classificação, as tecnologias em saúde podem ser leves, leve-duras e duras. As tecnologias leves incluem as relações; as leve-duras se constituem por saberes estruturados e as duras por recursos materiais.

De acordo com Werneck (2009), os protocolos são considerados como rotinas de cuidado e gestão voltados para operacionalização das ações e gestão de um serviço, equipe ou departamento. Os protocolos são elaborados com base no conhecimento científico e orientam as condutas e procedimentos de trabalho nos serviços de saúde.

Os protocolos podem ser subdivididos em: Protocolos clínicos (direcionados à atenção da saúde dos usuários), ou protocolos de organização de serviços, o qual se destina a organizar, orientar e padronizar o funcionamento de um serviço. O presente trabalho trata de um protocolo de organização voltado para a implantação de um Serviço de Plantão Psicológico numa UBS.

Assim, o objetivo deste protocolo é o de uniformizar as atividades a serem efetuadas pelos profissionais de Psicologia, visando nortear a construção de um fluxo de atendimento voltado para as queixas em SM que podem ser acolhidas pela UBS. Além da proposição, o presente protocolo corrobora com as ações já existentes a fim de contribuir com os objetivos da AB, facilitando a resolutividade e a oferta de escuta qualificada.

Para construção desse protocolo, percorreu-se etapas teóricas e de campo. Na etapa teórica, realizou-se uma revisão integrativa de literatura sobre a atuação do psicólogo na AB, a proposta de PP em serviços de saúde e pesquisa sobre os modelos de plantão já realizados. Na etapa de campo, realizou-se reconhecimento do fluxo de atendimento e entrevistas com usuários e profissionais de uma UBS. Após a análise dos dados obtidos, a partir das entrevistas realizadas, com essas bases pesquisadas, conduziu-se a elaboração do instrumento a ser considerado protocolo.

Além disso, alguns documentos colhidos na etapa teórica foram necessários para fundamentar a presente proposta, como: O projeto de extensão “O plantão psicológico na clínica ampliada: intervenção no campo da saúde mental”, o edital PROBEX 2019 em que o projeto está inscrito, o formulário de identificação do Plantão psicológico que acontece na clínica escola (UFPB) e fichas de atendimento. (MATA; SILVA; SILVA, 2018).

Percorridas todas as etapas, o protocolo será disponibilizado para o Profissional de psicologia responsável na UBS que deverá colocá-lo em prática, seguindo as etapas descritas a seguir, a partir das orientações contidas em cada tópico.

#### 1. CARACTERIZAÇÃO E CONTEXTOS DO PLANTÃO PSICOLÓGICO:

O que é o Plantão Psicológico: trata-se de um serviço destinado ao acolhimento de demandas emocionais que se caracterizam como urgentes para o indivíduo que se apresenta espontaneamente na unidade de saúde. A demanda emocional urgente aqui referida trata-se do sofrimento psíquico ou angústias que emergem no cotidiano, buscando recursos por parte da própria pessoa para solucionar suas queixas, considerando esse um espaço facilitador para reduzir angústias e reelaboração de suas demandas. Aqui se excetuam pessoas em situação de surto, com necessidades de contenção ou urgências psiquiátricas, por considerar que essas demandas extrapolam a capacidade técnica e de recurso que o plantão pode oferecer.

Quem pode utilizar o serviço de Plantão psicológico: O serviço é aberto para toda a comunidade, incluindo aqui a própria equipe multiprofissional de saúde, se assim for possível.

#### 2. ORGANIZAÇÃO DO FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO

Profissional de apoio da recepção na UNIDADE: De início, além do profissional da psicologia, faz-se necessário a existência de um profissional na UBS para organizar a realização do Plantão no seu dia de funcionamento, estando responsável por explicar o seu funcionamento às pessoas que buscam atendimento, distribuir e preencher fichas de atendimento (Apêndice E), organizar o ambiente reservado para a espera, administrar o caderno de fluxo ou de frequência que será assinado pelo usuário.

Divulgação do serviço: O serviço de Plantão psicológico poderá ser divulgado através das comunicações visuais (cartazes, folders, mídias diversas etc.) da própria unidade. Pode ser realizada através das visitas domiciliares na comunidade do território de saúde pelos ACS e/ou outros profissionais que tenham conhecimento do plantão psicológico.

### 3. DO ESPAÇO FÍSICO

Sala de espera: Sugere-se que o profissional responsável pela recepção dos usuários encaminhe-os para um espaço anterior ao atendimento propriamente dito. Esse espaço poderá ser, na medida do possível, reservado na própria sala de espera ou recepção da unidade.

Sala de atendimento: A sala de atendimento deverá atender às condições mínimas para o atendimento (acústica e iluminação), deve conter cadeiras (pelo menos duas) para acomodar o psicólogo plantonista e a pessoa demandante. Com isso, a unidade, em termos de estrutura física contribuirá com as condições apropriadas à natureza do serviço de Plantão Psicológico.

Arquivo de prontuários: É obrigatório o registro das atividades realizadas por psicólogos, os documentos resultantes de atendimento psicológico devem estar sob a guarda do profissional responsável atendendo as resoluções CFP Nº 001/2009 (e alterações realizadas pela Resolução CFP Nº 005/2010) e RESOLUÇÃO Nº 6, DE 29 DE MARÇO DE 2019.

### 4. DO ATENDIMENTO

A partir de que idade uma pessoa pode utilizar o serviço de plantão psicológico: A partir de 16 anos, acompanhado de seu responsável ou mediante autorização legal.

Quais são as normas de funcionamento: Espera-se que o plantão funcione 1 dia por semana no horário de 08:00 às 12:00 e de 14:00 às 17:00 considerando que cada usuário terá direito a pelo menos 3 sessões de Plantão Psicológico ao ano.

Qual o tempo de uma sessão e plantão psicológico: O atendimento de plantão psicológico tem duração média de 30 minutos. Considerando o horário disponível, poderão ser realizadas até 15 atendimentos diários, sendo 8 atendimentos ditos “novos” e reservando o horário da tarde para possíveis

retornos. Não havendo retornos, os horários ficam disponíveis para “novos” casos.

Quem conduz o atendimento de Plantão Psicológico: O atendimento de Plantão só poderá ser realizado por um profissional de psicologia. Este deverá considerar as normativas éticas da atribuição do psicólogo.

O que acontece ao final do(s) atendimento(os): Considera-se encerrado o atendimento ao final do primeiro encontro, caso a demanda do usuário tenha sido clarificada e este se sinta confortável para finalizar os encontros. Contudo, dependendo das singularidades de cada situação, pode ser que seja identificada a necessidade de dar continuidade ao segundo ou até terceiro atendimentos, ou até mesmo ser verificada a necessidade de um processo psicoterapêutico ou de outra natureza, para tanto, o profissional poderá sugerir ao usuário a busca por esses serviços especializados sem a necessidade de um encaminhamento formal. Se houver a necessidade de um encaminhamento formal, esse poderá buscá-lo junto aos demais profissionais da UBS, com um contato com a Rede.

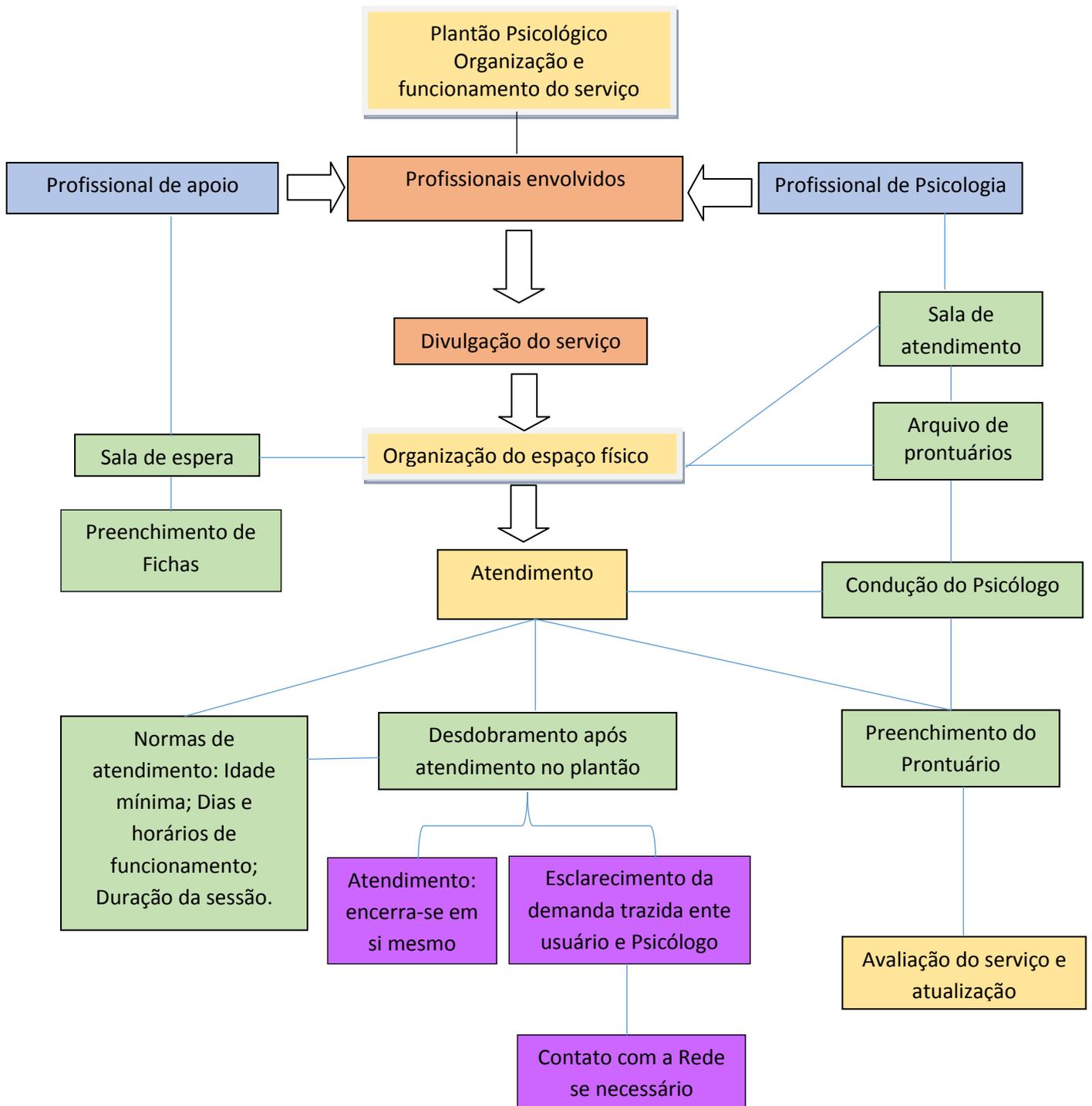
O que tem no prontuário: O prontuário é composto pela ficha de identificação do usuário, ficha de atendimento (apêndices E, F, G) e, no caso de atendimento a pessoas menores de idade, a autorização dos responsáveis. A administração, o manuseio e guarda desses documentos é de responsabilidade do profissional de psicologia, de acordo com a legislação referente.

## 5. AVALIAÇÃO DO SERVIÇO E ATUALIZAÇÃO

Ao final de cada semestre, ou quando julgar necessário, é realizada uma avaliação do serviço considerando a percepção de usuários do serviço de plantão, profissionais da UBS e a autoavaliação do profissional responsável.

PROTOCOLO EM FORMATO DE FLUXOGRAMA

**Figura 2:** Fluxograma do Protocolo para implantação do Serviço de Plantão Psicológico em uma Unidade de Saúde



**Quadro 4:** Protocolo para implantação do Serviço de Plantão Psicológico em uma Unidade de Saúde

<b>1- Caracterização e contextos do Plantão psicológico:</b>				
O que é o Plantão Psicológico?		Quem pode utilizar o serviço de Plantão psicológico?		
<b>2- Organização do funcionamento do serviço</b>				
Profissional de apoio da recepção na Unidade		Divulgação do serviço.		
<b>3- Do espaço físico</b>				
Sala de espera	Sala de atendimento		Arquivo de Prontuários	
<b>4- Do atendimento</b>				
Idade mínima	Normas de funcionamento	Tempo de duração uma sessão	O prontuário	Condução do atendimento
Encerramento/ Esclarecimento da demanda/		Contato com a Rede, se necessário		
<b>5- Avaliação do serviço e atualização</b>				

**Fonte:** Dados da pesquisa.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pôde-se depreender deste trabalho, que a criação de um Protocolo para Implantar um Serviço do tipo Plantão nas UBS é uma alternativa para apreender uma demanda psicológica existente entre os usuários desses dispositivos, conforme constatou-se nas falas coletadas durante as entrevistas realizadas com os mesmos, e também o reconhecimento destas demandas por parte dos profissionais que lidam diariamente com o usuário ao adentrar estes serviços em busca de ajuda para sanar problemas orgânicos, que na verdade mascaram muitas vezes questões mais profundas, como as de SM, que nem sempre são verbalizadas, por desconhecimento, incipiência ou preconceito, mas manifestas. Os objetivos deste trabalho, portanto, atingiram o fim a que se propunham.

Cabe uma reflexão também para o tipo de formação acadêmica do Psicólogo que irá atuar na rede Pública de Saúde, muitas vezes preparado para lidar com o sujeito na clínica privada, este profissional, ao se deparar no campo de trabalho público com o cenário da comunidade que necessita de atenção e respeito à sua singularidade, seu movimento e história de vida, necessita estar preparado para acolhê-lo com proximidade, adequando-se ao seu contexto, suas concepções e quebra de paradigmas tradicionais, carecendo assim de criatividade e inovação em sua prática.

Ao longo da construção deste trabalho, deparou-se com lacunas nas produções acadêmicas sobre o tema do Plantão voltado especificamente para as UBSs, o que ratifica a proposta inovadora desta pesquisa e chama a uma maior reflexão e produção científica acerca das práticas contemporâneas nesta área.

O PP se adequa à realidade da população brasileira, que, em sua maioria, não dispõe dos recursos necessários ao investimento em psicoterapia clínica tradicional, virtude da população economicamente mais privilegiada, mas nem por isso menos carente de atendimento para suas demandas emergenciais.

O psicólogo também precisa estar presente junto a essa população mais desprovida, essa escuta precisa estar disponível, ser um lenitivo para as demandas psicológicas no lugar e no momento em que elas se apresentam, evitando assim, de modo preventivo, a demora pelo atendimento das exigências psicológicas, encaminhamentos desnecessários ao longo da Rede e passíveis de resolutividade

assim que chegam na porta de entrada do Sistema de Saúde: na AB, representado pela UBS.

Assim, este Protocolo apresenta-se como instrumento norteador desta prática arrojada que é o Plantão Psicológico nas Unidades Básicas, disponível para validação e replicação em outras Unidades do território, contribuindo destarte para a construção de saberes e experiências do Psicólogo na AB.

Almeja-se que o protocolo desenvolvido através deste trabalho, venha a ser validado e implantado em serviços de Atenção Básica para minimizar os problemas relacionados ao adoecimento mental e que o Plantão Psicológico venha fazer parte da cultura de trabalho das Unidades de Saúde como mais uma ferramenta da tecnologia do cuidado.

## REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, M. L.; ROMAGNOLI, R.C. Prática do Psicólogo na Atenção Básica - SUS: conexões com a clínica no território. **Contextos Clínic.**, São Leopoldo, v. 10, n. 2, p. 284-299, dez. 2017. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S198334822017000200013&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198334822017000200013&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 09 nov. 2018. <http://dx.doi.org/10.4013/ctc.2017.102.12>.

AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, jun. 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000602067&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000602067&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 26 jul. 2019. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>.

AMORIM, F. B. T., ANDRADE, B. A.; BRANCO, P. C. C. Plantão psicológico como estratégia de clínica ampliada na atenção básica em saúde. **Contextos Clínicos**, v.8, n. 2, p.141-152, julho-dezembro. 2015. Doi: 10.4013/ctc.2015.82.03.

ARCHANJO, A. M.; SCHRAIBER, L. B. A atuação dos psicólogos em unidades básicas de saúde na cidade de São Paulo. **Saúde soc.** São Paulo, v. 21, n. 2, p. 351-363, jun. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902012000200009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000200009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 24 nov. 2018. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000200009>.

AUGUSTO, C. A. et al. Pesquisa Qualitativa: rigor metodológico no tratamento da teoria dos custos de transação em artigos apresentados nos congressos da Sober (2007-2011). **Rev.Econ. Sociol. Rural**, Brasília, v. 51, n. 4, p. 745-764, dez. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010320032013000400007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010320032013000400007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 ago. 2018. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-20032013000400007>.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARRETO, M. A. M.; RIBEIRO, C. M. S.; PAULINO, A. F.; et al. **Aconselhamento psicológico e a atuação do psicólogo na unidade básica de saúde-UBS**. Cadernos de Graduação. Ciências Biológicas e da Saúde, Maceió, v. 3, n. 3, p. 227-244, nov. 2016. Disponível em: <[periodicos.set.edu.br](http://periodicos.set.edu.br)>. Acesso em: 20 ago. 2018.

BEZERRA, E. N. Plantão psicológico como modalidade de atendimento em Psicologia Escolar: limites e possibilidades. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v.14 n. 1 p. 129-143, 2014.

BONGIOVANNI, J.; SILVA, R. A. N. Desafios da desinstitucionalização no contexto dos serviços substitutivos de saúde mental. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 31, e 190259, 2019. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822019000100204&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822019000100204&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 25 jul. 2018. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2019v31190259>.

BRASIL. **Cadernos da atenção básica: Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/2012**. Comitê de Ética em Pesquisa. CONEP juntamente com outros setores do Ministério da Saúde, estabelecerá normas e critérios para: Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, Brasília, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**. Norma Operacional Nº001/2013. Brasília, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Mental, álcool e outras Drogas**. (Resolução CIT nº 32/2017 e Portaria nº 3.588/2017). Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/politica-nacional-de-saude-mental-alcool-e-outras-drogas>>. Acesso em: 20 out. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 154**, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 152 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 27).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.: il. (Série E. Legislação em Saúde).

\_\_\_\_\_. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS. Brasília: Ministério da Saúde. 2. ed. 2015. CAMPOS, R.O. et al. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**. v.16, n.12, p. 4643-4652, 2011.

BRESCHIGLIARI, J. O.; JAFELICE, G. T. Plantão Psicológico: Ficções e Reflexões. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 35, n. 1, p. 225-237, mar. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932015000100225&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932015000100225&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 nov. 2018. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703000112014>.

CELA, M.; OLIVEIRA, I. F. O psicólogo no Núcleo de Apoio à saúde da Família: articulação de saberes e ações. **Stud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 20, n. 1, p. 31-39, mar. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-294X2015000100031&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2015000100031&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 25 jun. 2019. Doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1678-4669.20150005>.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do

acolhimento e do vínculo. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, supl. 1, p. 1523-1531, out. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000800026&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800026&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 25 jun. 2019. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000800026>.

CHAVES, P. B.; HENRIQUES, W. M. Plantão Psicológico: de frente com o inesperado. **Psicologia Argumento**, v. 26, n. 53, p. 151-157, 2008.

CINTRA, M. S.; BERNARDO, M. H. Atuação do Psicólogo na Atenção Básica do SUS e a Psicologia Social. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 37, n. 4, p. 883-896, dez. 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932017000400883&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932017000400883&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 27 jun. 2019. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703000832017>.

CORDIOLI, A. V. **Psicoterapias – Abordagens Atuais**. 3. ed. Porto Alegre: Ed. Artmed, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **A prática da psicologia e o núcleo de apoio à saúde da família**. Conselho Federal de Psicologia. Brasília: CFP, 2009. 172 p.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Manual de Práticas profissionais de psicólogos e psicólogas a atenção básica à saúde**. Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP). Brasília: CFP, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. XVI Plenário. **Resolução nº 010, de 21 de julho de 2005**. Aprova o Código de Ética Profissional do Psicólogo. Brasília: CFP, 2014.

CFP nº 001/2009 (e alterações realizadas pela Resolução CFP nº 005/2010) e RESOLUÇÃO nº 6, de 29 de março de 2019.

CREPOP. CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA 3ª REGIÃO. **Cartilha online CREPOP atenção básica**. 2014. Disponível em: <<https://cartilhacrepop.crp03.org.br/saude/atencao-basica>>. Acesso em: 6 nov. 2018.

DIMENSTEIN, M.; MACEDO, J. P. Formação em Psicologia: requisitos para atuação na Atenção primária e psicossocial. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 32, n. spe, p.232245, 2012. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932012000500017>.

DOESCHER; HENRIQUES. Plantão Psicológico: um encontro com o outro na urgência. Relatos de experiência. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 17, n. 4 p. 717-723, out./dez. 2012.

FARIAS A. E. M. Relato de experiência: a convocação do plantonista no hospital. In: SOUZA, S.; SILVA FILHO, F. B.; MONTENEGRO, L. A. A. **Plantão Psicológico: ressignificando o humano na experiência a escuta e acolhimento**. Curitiba: Editora CRV, 2015.

FIORINI, H. **Teorias e Técnicas Psicoterápicas**. Rio de Janeiro: Martins Fontes, 2004.

GONCALVES, L.; FARINHA, M.; GOTO, T. Plantão psicológico em unidade básica de saúde: atendimento em abordagem humanista-fenomenológica. **Rev. abordagem Gestalt**. Goiânia, v. 22, n. 2, p.225-232, dez. 2016. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S18096867201600020015&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S18096867201600020015&lng=pt&nrm=iso)> Acesso em: 25 jun. 2019.

JOÃO PESSOA (PB). Edital do Programa de Bolsas de Extensão – PROBEX nº 1/2019. **Universidade Federal da Paraíba** (UFPB), Pró-Reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários – PRAC. Coordenação de Programas de Ação Comunitária – COPAC 13 dezembro 2018.

LEITE, D. C.; ANDRADE, A. B.; BOSI, M. L. M. A inserção da Psicologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1167-1187, dez. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312013000400008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000400008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 27 nov. 2018. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312013000400008>.

MACEDO, J.; DIMENSTEIN, M. Modos de inserção dos psicólogos na saúde mental e suas implicações no comprometimento com a reforma psiquiátrica? **Rev. Mal-Estar Subj**, Fortaleza, v. 12, n. 1-2, p. 419-456, jun. 2012. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-61482012000100015&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482012000100015&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 25 jul. 2019.

MACEDO, J.; DIMENSTEIN, M. Efeitos do saber-fazer de psicólogos na Saúde Mental do Piauí. **Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 37-45. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S198402922016000100037&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198402922016000100037&lng=en&nrm=iso)> Acesso em: 7 fev. 2017.

MACEDO, S.; CALDAS, M. T. Uma análise crítica sobre técnicas de pesquisa fenomenológica utilizadas em Psicologia Clínica. **Rev. NUFEN**, São Paulo, v. 3, n. 1. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2175-25912011000100002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912011000100002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 7 fev. 2017.

MATA, C. C.; SILVA, J.S.; SILVA, S. S. Perspectiva clínica e recursos terapêuticos na saúde mental e dependência química. In: MACIEL, S. C.; DIAS, C. C. V.; PEREIRA, C. A.. **Saúde Mental e dependência química: políticas de cuidado e inclusão social**. João Pessoa: Editora Ideia, 2018.

MENDES, R. M.; MISKULIN, R. G. S. A análise de conteúdo como uma metodologia. **Cad. Pesqui**. São Paulo, v. 47, n. 165, p. 1044-1066, set. 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010015742017000300013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010015742017000300013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 ago. 2017. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/198053143988>.

MORATO, H. T. P. Aconselhamento psicológico: uma passagem para a transdisciplinariedade. In: MORATO, H. T. P. (Org.). **Casa do Psicólogo**. São Paulo, 1999.

NASCIMENTO, A. K. B.; AVARCA, C. A. C. Inserção do psicólogo na estratégia de saúde da família: relato de experiência na residência multiprofissional. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v. 9, n. 3, p. 107-118, dez. 2017. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2177-093X2017000300008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2017000300008&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 25 jul. 2019. Doi: <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v9i3.477>.

NOGUEIRA, F.; BRITO, F. Diálogos entre saúde mental e atenção básica: relato de experiência do Pet-Saúde no município de Parnaíba-PI. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v.12, n.2, São João del Rei, maio/agosto de 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Folha Informativa, março de 2018**. Disponível em: <[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5635:folha-informativa-depressao&Itemid=822](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5635:folha-informativa-depressao&Itemid=822)>. Acesso em: 20 out. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Determinantes Sociais e Riscos para a Saúde, Doenças Crônicas não transmissíveis e Saúde Mental**. 30 de março de 2017. Disponível em: <[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5385:comdepressao-no-topo-da-lista-de-causas-de-problemas-de-saude-oms-lanca-a-campanha-vamosconversar&Itemid=839](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5385:comdepressao-no-topo-da-lista-de-causas-de-problemas-de-saude-oms-lanca-a-campanha-vamosconversar&Itemid=839)>. Acesso em: 7 out. 2018.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2011.

POMBO, M. F. Da recusa à demanda de diagnóstico: novos arranjos da medicalização. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 69, n. 3, p. 5-20, 2017. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-52672017000300002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672017000300002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 27 jun. 2019.

PRADO, A. L.; BRESSAN, R. A. O estigma da mente: transformando o medo em conhecimento. **Rev. psicopedag.**, São Paulo, v. 33, n. 100, p. 103-109, 2016. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-84862016000100012&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862016000100012&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 27 mai. 2019.

SANARE. **Revista de Políticas Públicas**. v.17, n.1, Jan./Jun. 2018 - Sobral [CE]: Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, 2018, p.65-73.

SCORSOLINI-COMIN, F. Plantão psicológico e o cuidado na urgência: panorama de pesquisas e intervenções. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 20, n. 1, p. 163-173, jan./abr. 2015.

SILVA, T. F.; ARAÚJO, V. R. **Atuação do(a) psicólogo(a) na atenção básica à saúde: desafios e perspectiva**. Artigo - Especialização em Saúde da Família.

Repositório SIBUNI. 9-Mai-2018. Disponível em: <<http://repositorio.unilab.edu.br:8080/jspui/handle/123456789/697>>. Acesso em: 26 jul. 2019.

SOUZA, B. N.; SOUSA, A. M. Plantão psicológico no Brasil (1997-2009): saberes e práticas compartilhados. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v.28, n.2, p.241-249, jun. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103166X2011000200011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103166X2011000200011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 nov. 2018. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2011000200011>.

SOUZA, S.; FARIAS, A. E. M. Plantão Psicológico: a urgência da acolhida. In: SOUZA, S.; SILVA FILHO, F.B.; MONTENEGRO, L. A. A. **Plantão Psicológico: ressignificando o humano na experiência a escuta e acolhimento**. Curitiba: Editora CRV, 2015.

SOUZA, S. S. **Projeto de Extensão: O plantão psicológico na clínica ampliada: intervenção no campo da saúde mental**. Universidade Federal da Paraíba. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Departamento de Psicologia. Período: 01 de março a 16 de dezembro de 2019.

TASSINARI, M. A. **A Clínica da Urgência Psicológica: Contribuições da Abordagem Centrada na Pessoa**. 2003. 231f. Tese (Doutorado em Psicologia) Instituto de Psicologia da UFRJ, Rio de Janeiro, 2003.

VERDI, M. et al. Universidade Federal de Santa Catarina. **Saúde e Sociedade**. [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina. Organizadores: Marta Inês Machado Verdi ... [et al] - Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2016.

VIEIRA, E. M.; BORIS, G. D. J. B. O plantão psicológico como possibilidade de interlocução da psicologia clínica com as políticas públicas. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 883-896, dez. 2012. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812012000300010&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812012000300010&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 28 nov. 2018.

WERNECK, M. A. F; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. **Protocolo de cuidado à saúde e de organização de serviço**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009. 90p.

# APÊNDICES

## APÊNDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Sou POLYANA LUZ DE LUCENA, estudante do Mestrado em Saúde da Família da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE, e venho por meio deste, solicitar a sua participação e contribuição para o desenvolvimento de uma pesquisa, a qual se intitula: Protocolo para implantação de serviço de Plantão Psicológico em Unidades Básicas de Saúde e tem como orientadora a Prof. Dra. Vilma Felipe Costa de Melo, buscando, a partir de um devido esclarecimento acerca dos objetivos da pesquisa a realização de uma entrevista que visa à coleta de informações disponíveis, a fim de colaborar com a pesquisa.

A mesma, por sua vez, apresenta como objetivo geral: verificar como se dá o acolhimento das demandas psicológicas dos usuários de uma Unidade Básica de Saúde da Família no município de João Pessoa-PB, levantando as singularidades desse processo de acolher e escutar os usuários e objetivos específicos: identificar a necessidade de acolhimento das demandas psicológicas junto aos usuários de uma UBS, averiguar entre os profissionais da unidade como são realizados o acolhimento das demandas psicológicas; a partir de então propor uma ação de treinamento e instalação de um plantão de escuta com a equipe multiprofissional em uma UBS, verificando nessa oportunidade as potencialidades e deficiências. Justifica-se esta pesquisa dada a necessidade de um serviço resolutivo que atenda às demandas psicológicas emergentes dos usuários da atenção básica por meio de um serviço de acolhimento e escuta Psicológica do tipo Plantão Psicológico

Ressaltamos ainda que esta pesquisa poderá causar riscos mínimos, no que se trata de constrangimento ao citar suas opiniões acerca da necessidade do acolhimento de suas demandas psicológicas ao buscar o serviço para o usuário em questão, ou constrangimento também ao profissional questionado sobre sua opinião acerca do acolhimento das demandas psicológicas pela UBS, no entanto seu desenvolvimento trará inúmeros benefícios tais como: possibilidade de implantação de um serviço de escuta e acolhimento de demandas psicológicas emergentes destes usuários e aumento da capacidade resolutiva da UBS por parte dos profissionais.

Desta forma, solicito sua autorização, para realizar uma entrevista, e após a conclusão do estudo apresentar em eventos científicos e publicar em revistas científicas. Informo-lhe que esta investigação, não lhe trará danos e comprometo-me em manter seu nome em sigilo caso decida contribuir, ressalto ainda, que sua participação é voluntária, e caso decida não participar do estudo ou desistir a qualquer momento, estará em seu direito. Estando ainda a pesquisadora a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, agradecemos sua contribuição na realização dessa pesquisa.

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que entendi os objetivos, e a justificativa, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar da mesma. Declaro também que as pesquisadoras me informaram que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento rubricada a primeira página e assinada a última por mim e pela pesquisadora responsável, em duas vias, de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder da pesquisadora responsável.

João Pessoa, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Pesquisadora responsável

\_\_\_\_\_  
Participante da pesquisa/Testemunha



Polegar direito

**1Endereço da pesquisadora responsável:** Rua XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, nº. Bairro: XXXXXXXXXXXX. João Pessoa-PB. CEP: 58071-680. Fone:(83) XXXXXXXXXXX. E-mail:XXXXXXXXXXXXXXXX@hotmail.com

**2Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa:** Rua Frei Galvão, 12, Bairro Gramame – João Pessoa – PB. CEP: 58067-695. Fone: (83)21064790. E-mail: cep@facene.com.br

## APÊNDICE B

### ROTEIRO DE ENTREVISTA

Roteiro usuário:

- 1- O que você entende por problema emocional?
- 2- Você já buscou o posto devido a um problema emocional?
- 3- Se você tivesse um problema emocional, para onde você iria?

## APÊNDICE C

### ROTEIRO DE ENTREVISTA

Roteiro profissional:

- 1- Como você compreende a ideia do acolhimento de demandas psicológicas dos usuários da Unidade?
- 2- O que a Unidade de Saúde propõe para a resolutividade destas demandas?
- 3- Como seria a (sua) aceitabilidade da proposta de implantação de um serviço para proporcionar a capacidade de abarcar queixas desta natureza?

## APÊNDICE D

### TERMO DE COMPROMISSO DA PESQUISADORA RESPONSÁVEL

Declaro que conheço e cumprirei as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/2012 e suas Complementares em todas as fases da pesquisa Intitulada: “Protocolo para implantação de serviço de Plantão Psicológico em Unidades Básicas de Saúde”.

Comprometo-me submeter o projeto à PLATBR, devidamente instruída ao CEP, aguardando o pronunciamento deste, antes de iniciar a pesquisa, a utilizar os dados coletados exclusivamente para os fins previstos na pesquisa e que os resultados desta investigação serão tornados públicos tão logo sejam consistentes, sendo estes favoráveis ou não, e que será enviado o relatório final pela PLATBR, Via Notificação ao Comitê de Ética em Pesquisa Facene/Famene até o 31 de julho de 2019, como previsto no cronograma de execução.

Em caso de alteração do conteúdo do projeto (número de sujeitos de pesquisa, objetivos, título, etc.) comprometo-me a comunicar o ocorrido em tempo real, através da PLABR, via **Emenda**.

Declaro encaminhar os resultados da pesquisa para publicação em periódico a definir, com os devidos créditos aos pesquisadores associados integrante do projeto, como também, os resultados do estudo serão divulgados junto a Secretaria de Saúde do Município de João Pessoa, estado da Paraíba, onde os dados foram obtidos, como preconiza a Resolução 466/2012 MS/CNS e a Norma Operacional Nº 001/2013 MS/CNS.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida Resolução.

João Pessoa (PB), 05 de setembro de 2018.

Polyana Luz de Lucena

Assinatura da pesquisadora responsável

**APÊNDICE E****Ficha de Identificação do usuário do Plantão Psicológico**

Unidade Básica de Saúde \_\_\_\_\_

Nome:  
\_\_\_\_\_Endereço:  
\_\_\_\_\_Telefone:  
\_\_\_\_\_Idade:  
\_\_\_\_\_Sexo:  
\_\_\_\_\_Estado Civil:  
\_\_\_\_\_Escolaridade:  
\_\_\_\_\_Profissão:  
\_\_\_\_\_Religião:  
\_\_\_\_\_Já foi atendido anteriormente por um Psicólogo? Se sim, por quanto tempo?  
\_\_\_\_\_Já foi atendido anteriormente por um Psiquiatra? Se sim, por quanto tempo?  
\_\_\_\_\_Toma alguma medicação controlada? Se sim, qual?  
\_\_\_\_\_Motivo da busca por este serviço de Plantão Psicológico:  
\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Responsável pelo preenchimento da ficha: \_\_\_\_\_

**APÊNDICE F****Ficha de atendimento do Plantão Psicológico**

Nome: \_\_\_\_\_

Queixa inicial:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1º atendimento:

Data: \_\_\_\_\_

Resumo da sessão:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2º atendimento:

Data: \_\_\_\_\_

Resumo da sessão:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3º atendimento:

Data: \_\_\_\_\_

Resumo da sessão:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Esclarecimento da demanda trazida:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Contato com a Rede:

 SIM       NÃO

Considerações:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Assinatura e CRP do Psicólogo responsável

**APÊNDICE G****Ficha de autorização de atendimento para menores de 18 anos**

Nome do usuário: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Nome do responsável: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo  
\_\_\_\_\_ (nome do paciente), a ser atendido  
no Plantão Psicológico.

Local e data

Assinatura do responsável