



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO**  
**AGÊNCIA DE INOVAÇÃO, EMPREENDEDORISMO, PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO E INTERNACIONALIZAÇÃO — AGEUFMA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA - MESTRADO**

**ALINE AMORIM LOBO**

**PLANTÃO PSICOLÓGICO COMO ESTRATÉGIA EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA**

**SÃO LUÍS - MA**  
**2023**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
AGÊNCIA DE INOVAÇÃO, EMPREENDEDORISMO, PESQUISA, PÓS-  
GRADUAÇÃO E INTERNACIONALIZAÇÃO - AGEUFMA  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA - MESTRADO**

**ALINE AMORIM LOBO**

**PLANTÃO PSICOLÓGICO COMO ESTRATÉGIA EM SAÚDE MENTAL NA  
ATENÇÃO BÁSICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia (PPGPSI), da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), para obtenção do título de Mestre em Psicologia

**Linha de pesquisa:** Avaliação Psicológica e Clínica

**Orientador(a):** Prof.<sup>a</sup> Dra. Dayse Marinho Martins

**SÃO LUÍS/MA**

**2023**

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a). Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

LOBO, Aline Amorim.

PLANTÃO PSICOLÓGICO COMO ESTRATÉGIA EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA/Aline Amorim-Lobo. - 2023.

120 p.

Orientador(a): Dayse Marinho Martins.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Psicologia/CCH, Universidade Federal do Maranhão, São Luís MA, 2023.

1. Atenção Básica. 2. Plantão Psicológico. 3. Saúde Mental. I. Martins, Dayse. II. Título.

**ALINE AMORIM LOBO**

**PLANTÃO PSICOLÓGICO COMO ESTRATÉGIA EM SAÚDE MENTAL NA  
ATENÇÃO BÁSICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGPSI), da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) para obtenção do título de Mestra em Psicologia

Aprovada em: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Prof.<sup>a</sup> Dra. Dayse Marinho Martins (Orientadora)**

Doutora em Políticas Públicas  
Universidade Federal do Maranhão

---

**Prof.<sup>o</sup> Dr. Léo Barbosa Nepomuceno**

Doutor em Saúde Coletiva  
Universidade Federal do Ceará

---

**Prof.<sup>a</sup> Dra. Rosinete de Jesus Silva Ferreira**

Doutora em Psicologia Social  
Universidade Federal do Maranhão

---

**Prof.<sup>o</sup> Dr. Carlos Wellington Soares Martins (Suplente)**

Doutor em Políticas Públicas  
Universidade Federal do Maranhão

## AGRADECIMENTOS

Poder escrever este agradecimento é em primeiro lugar a concretização de um fechamento de ciclo, a realização de mais uma etapa na minha vida. Um caminho inesperado de complicações, que parecia ser impossível concluir esse processo. Mas, graças à Deus, ele não soltou minha mão. Por isso, agradecer significa hoje acreditar em mim, ter fé, esperança, confiar e seguir.

É importante lembrar que não conseguimos caminhar sozinhos em busca dos nossos projetos e sonhos. Reconhecer a contribuição de cada processo é localizar a gratidão na natureza que nos cerca. Morando longe da minha família, amigos e de tudo que faz parte da minha vida em Fortaleza, tive que superar a saudade, e o pior de tudo, a pandemia. Agradecer a minha família significa representar que está conquista não é só minha, eu faço parte dos sonhos e realizações dos meus pais e irmãos, das oportunidades e da liberdade que não tiveram. Eu sou a representatividade dos meus avós, de ser o que gostaria ser, das oportunidades que lhe foram tomadas, dos sonhos que não se permitiram ter. Eu agradeço por eles serem minha maior inspiração.

A minha mãe “Maria do Socorro” que sempre amou estudar, muito inteligente e sábia, e meu pai “Pedro Ivo” um homem forte que trabalhou muito, mas sempre via ele lendo jornais, revistas, livros e até hoje ama os livros, igual a vovó. Em nossa família, eu sou a única que teve graduação, até chegar os meus sobrinhos. Estamos escrevendo uma nova história de poder realizar, acreditar e sonhar. Apesar da distância geográfica, minha família sempre esteve comigo, me apoiando com muito amor.

Quero agradecer a todos aqueles que também contribuíram com essa caminhada. À Cristianne, parceira e amiga, gratidão por todo o apoio, cuidado e amor, diante das possibilidades. Que por muitas vezes, me fez enxergar que era possível. Aos meus filhos felinos que tanto me deram leveza e tranquilidade. Todos os meus amigos, que foram essenciais nesse processo, sou muito grata por terem vocês em minha vida, em especial: Keytti, Roger e a Maayan. Agradecer também ao Acyr e Telma, por todo suporte que sempre me deram como família.

Agradeço com louvor, a minha orientadora Dayse Marinho, que me acolheu e tanto me ensinou com técnicas, teorias, profissão e pesquisa, e além

disso, por ser uma professora competente e empática. À Universidade, e a todos os professores por compartilharem seus ensinamentos que muito me agregaram nessa jornada, em especial aos meus amigos de mestrado que se mantiveram firmes nos dando forças.

Não posso esquecer de ser grata a todos os profissionais de saúde que estive comigo, tornando possível realizar esta conquista. Por fim, a todos aqueles que foram de forma substancial essenciais para esse momento. Minha enorme gratidão.

## **DEDICATÓRIA**

Dedico esta pesquisa aos profissionais de saúde, em especial aos psicólogos e graduandos que têm cede por uma psicologia justa no Brasil, que lutam para a democratização da saúde pública no Brasil, e a efetivação do cuidado integral, que inclui a saúde mental como uma política pública de acesso a todos. Aos que irão dar continuidade as pesquisas na luta por igualdade, equidade e liberdade. Desfrutem do privilégio do conhecimento em uma sociedade brasileira em que muitos ainda não têm acesso a informações. Que os objetivos desses estudos provoquem e estimem mudanças para melhoria do sistema de saúde.

*Para Iara Lavelberg, que quis um país  
livre e uma psicologia justa.*

**(RACHEL LEA ROSENBERG)**



## RESUMO

O Plantão Psicológico entendido como uma modalidade clínica contemporânea, de acolhimento e escuta, apresenta-se como uma estratégia de cuidado no campo da saúde mental na atenção básica à saúde (ABS), com uma proposta de acolhimento e intervenção em situações emergenciais. Essa pesquisa levanta uma reflexão sobre as ações em saúde mental, entre os impasses e possibilidades de acesso aos cuidados em psicologia no âmbito da atenção primária. Reconhecendo a abrangência de ações da prática em diversos contextos, o objetivo da pesquisa é analisar o Plantão Psicológico como estratégia de intervenção de saúde mental na ABS. Pautada sob o olhar da fenomenologia existencial de Heidegger, a compreensão dos fenômenos é por meio da clarificação das possibilidades do ser-no-mundo, na desconstrução da objetivação do modelo teórico-explicativo. Para tanto, esta é uma pesquisa de revisão sistemática de caráter qualitativo, de cunho exploratório, descritivo e documental, realizada a partir do levantamento dos periódicos da CAPES, SciELO e PEPSIC, com o descritor “plantão psicológico”. Entendemos que esta pesquisa promove uma profícua discussão sobre a democratização do acesso a saúde mental na ABS, a prática da psicologia clínica social na saúde pública, sublinhado a modalidade do Plantão Psicológico como uma estratégia que vai ao encontro dos princípios doutrinários do SUS.

**Palavras-chave:** Plantão Psicológico; Atenção básica; Saúde Mental.

## ABSTRACT

The Psychological Duty understood as a contemporary clinical modality, of welcoming and listening, presents itself as a care strategy in the field of mental health in primary health care (ABS), with a proposal of welcoming and intervention in emergency situations. This research raises a reflection on actions in mental health, between the impasses and possibilities of access to care in psychology in the scope of primary care. Recognizing the range of practice actions in different contexts, the objective of the research is to analyze the Psychological Duty as a mental health intervention strategy in PHC. Guided from the perspective of Heidegger's existential phenomenology, the understanding of the phenomena is through the clarification of the possibilities of being-in-the-world, in the deconstruction of the objectification of the theoretical-explanatory model. Therefore, this is a qualitative systematic review research, exploratory, descriptive and documentary, carried out from the survey of CAPES, SciELO and PEPSIC journals, with the descriptor "psychological duty". We understand that this research promotes a fruitful discussion about the democratization of access to mental health in PHC, the practice of social clinical psychology in public health, underlining the Psychological Duty modality as a strategy that meets the doctrinal principles of the SUS.

**Keywords:** Psychological duty; Basic care; Mental health.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS<sup>1</sup>

<b>ABS</b>	Atenção Básica à Saúde
<b>ACP</b>	Abordagem Centrada na Pessoa
<b>ACS</b>	Agente Sanitário de Saúde
<b>CFP</b>	Conselho Federal de Psicologia
<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>CRP</b>	Conselho Regional de Psicologia
<b>CAPES</b>	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
<b>CAPS</b>	Centros de Atenção Psicossocial
<b>CEBES</b>	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
<b>CNES</b>	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
<b>CRAS</b>	Centro de Referência da Assistência Social
<b>CREAS</b>	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
<b>CREPOP</b>	Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas
<b>eAB</b>	Equipe de Atenção Básica
<b>EACS</b>	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
<b>eAP</b>	Equipe de Atenção Primária
<b>eCR</b>	Equipes de Consultório na Rua
<b>eSB</b>	Equipe de Saúde Bucal
<b>eSF</b>	Equipe de Saúde da Família
<b>ESF</b>	Estratégia de Saúde da Família
<b>IAPM</b>	Instituto de Aposentadoria e Pensão
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia
<b>INPS</b>	Instituto Nacional de Previdência Social
<b>IPUSP</b>	Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
<b>MRSB</b>	Movimento da Reforma Sanitária Brasileira
<b>NASF</b>	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
<b>NASF- AB</b>	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>PAS</b>	Programa Academia da Saúde

---

<sup>1</sup> A letra “e” minúscula refere-se a *equipe*, de acordo com a legislação da PNAB, uma forma de diferenciação com a letra “E” maiúscula referente à estratégia.

<b>PEPSIC</b>	Periódicos Eletrônicos de Psicologia
<b>PNAB</b>	Política Nacional de Atenção Básica
<b>PNSM</b>	Política Nacional de Saúde Mental
<b>PSE</b>	Programa de Saúde na Escola
<b>SAP</b>	Serviço de Aconselhamento Psicológico
<b>RAPS</b>	Rede de Atenção Psicossocial
<b>RAS</b>	Rede de atenção à saúde
<b>RSB</b>	Reforma Sanitária Brasileira
<b>SMS</b>	Secretarias Municipais de Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>SEDES</b>	Instituto SEDES Sapientiae
<b>SciELO</b>	Scientific Electronic Library Online
<b>SUAS</b>	Sistema Único de Assistencial Social
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UFC</b>	Universidade Federal do Ceará
<b>UFMA</b>	Universidade Federal do Maranhão
<b>UPA</b>	Unidades de Pronto Atendimento
<b>USF</b>	Unidade de Saúde da Família

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Estratégia de busca.....	76
Tabela 2 – Critérios de inclusão e exclusão.....	77
Tabela 3 – Apresentação geral das naturezas das pesquisas.....	78
Tabela 4 – Apresentação geral das temáticas antes da seleção.....	79
Tabela 5 – Bases de Dados e ano de publicação.....	86
Tabela 6 – Filiação institucional e região dos autores.....	86
Tabela 7 – Fonte de publicação.....	87
Tabela 8 – Alvo temático.....	88

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção - PRISMA .....	82
Figura 2 - Apresentação da estrutura essencial do fenômeno do Contexto de Atuação .....	92
Figura 3 - Apresentação da estrutura essencial do fenômeno dos Impasses da ABS .....	94
Figura 4 - Apresentação da estrutura essencial do fenômeno do lugar do psicólogo na ABS .....	96
Figura 5 - Apresentação da estrutura essencial do fenômeno das Possibilidades e Contribuições .....	98
Figura 6 - Apresentação da estrutura essencial do fenômeno da Formação do Psicólogo.....	99

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Abordagens encontradas nas pesquisas referente a Tabela 4.....	80
Gráfico 2 – Contexto de atuação referente a Tabela 4.....	80
Gráfico 3 – Contexto de atuação referente a Tabela 4.....	81

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>17</b>
<b>1. ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE</b> .....	<b>24</b>
1.1 Contexto Histórico do SUS .....	24
1.1.1 Implantações da ABS .....	27
1.2 Definições e configurações da A.B.S .....	30
1.3 Saúde Mental na Atenção Básica .....	34
1.4 O Psicólogo na Atenção Básica à Saúde .....	40
<b>2. PLANTÃO PSICOLÓGICO</b> .....	<b>48</b>
2.1 Percurso histórico do Plantão Psicológico .....	48
2.2 Conceituando o Plantão Psicológico .....	53
2.3 Tipos, implantações e definições .....	57
2.4 Plantão Psicológico: a clínica contemporânea no SUS .....	61
<b>3 A NOÇÃO DE SAÚDE E O PLANTÃO PSICOLÓGICO: UM OLHAR FENOMENOLÓGICO</b> .....	<b>64</b>
3.1 Saúde e doença: um olhar fenomenológico .....	65
3.2 A Psicologia fenomenologia existencial .....	68
3.3 Plantão Psicológico como democratização do acesso e efetivação da saúde integral .....	71
<b>4 CAMINHOS METODOLÓGICOS</b> .....	<b>75</b>
4.1 Estratégias de busca e seleção dos artigos .....	75
4.2 Seleção dos estudos .....	81
4.3 Processo de seleção dos dados .....	83
<b>5. RESULTADOS</b> .....	<b>85</b>
5.1 Características gerais das pesquisas .....	85
5.2 Avaliação da seleção dos artigos .....	89
5.3 Apresentação dos dados coletados .....	90
<b>6. DISCUSSÃO</b> .....	<b>100</b>
<b>7. CONSIDERAÇÕES</b> .....	<b>107</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>110</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>118</b>



## INTRODUÇÃO

A lacuna da psicologia na área da saúde pública é registrada na Atenção Básica à Saúde (ABS) conforme a falta de legislações que categorize o psicólogo na composição obrigatória das equipes. Assim como o médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde e o odontologista. Desse modo, simultaneamente, o acesso à saúde mental na ABS é prejudicada como um cuidado integral da população, tornando a psicologia uma clínica especializada e lançada para a atenção secundária, aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Ao considerar a ABS como porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), e os princípios de universalidade, equidade e integridade, afirmarmos a existência dessa lacuna da saúde mental, enquanto oferta de serviço de atenção psicológica na atenção primária, já que não há uma exigência do profissional de psicologia, da qual é o profissional responsável no cuidado e prevenção em saúde mental.

Esta realidade enfraquece a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e sobrecarrega os CAPS com casos primários, tornando inacessível para muitos usuários, por não ter vagas, as filas se tornam longas e sem perspectivas. Indo além, o sistema não tem espaço para as demandas de prevenção e promoção de saúde mental, como acontece nos casos sem diagnósticos, com crise existencial e sintomas de angústias. Sendo está à função da ABS, prevenir, cuidar, e tratar para não agravar e precisar chegar à atenção secundária e/ou terciária.

Os pontos de atendimento da rede de atenção psicossocial (RAPS) na ABS, são voltados as pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas ou, com transtornos mentais. A Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) não aborda intervenções de serviços na ABS, na mesma lógica de porta de entrada. A única oferta de serviço psicológico que existia na ABS era através do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), sendo modificado, passou a ser opcional e não mais uma das equipes obrigatórias. Mas não houve mudança na composição da equipe, a psicologia continua como proposta na composição e não uma especialidade obrigatória.

É nítido argumentar que as pessoas que dependem da oferta dos serviços públicos de saúde, inclusive, os serviços de saúde mental encaram esta realidade relacionada a dificuldade ao acesso dos serviços de psicologia. De modo geral, os

menos favorecidos sofrem com a oferta de cuidado à saúde, e quando o assunto é saúde mental e acesso ao psicólogo, retornamos ao viés da profissão elitizada. Para quem pode contratar o serviço privado de atendimento psicológico, tem a oportunidade de abordar suas questões emocionais, e os demais padecem da ausência do lugar de escuta e acolhimento.

A psicologia, como um saber científico e aplicado, está inserida no âmbito da saúde há pouco tempo, e vem ampliando suas formas de atuação no âmbito do SUS. No entanto, tais avanços, por vezes, transparece ocorrer de forma limitada e insuficiente. Alguns psicólogos são inseridos nos serviços de saúde, onde não há um vínculo contínuo do trabalho psicológico para estreitar os laços com as demais redes de atenção. Isso aumenta as demandas da comunidade, que resulta no travamento do sistema de territorialização, e sistema hierarquizado das redes de saúde.

É a partir dos princípios do SUS e do próprio objetivo da ABS, que podemos pensar em estratégias de saúde mental na atenção primária. Portanto, ao reconhecer as características do plantão psicológico, em trabalhar no acolhimento emergencial de demandas espontâneas, na promoção do acesso o mais ágil, para aliviar o sofrimento e não agravar o estado de saúde. Um trabalho de promoção e prevenção, que está em concordância aos princípios da ABS.

O plantão psicológico é uma modalidade clínica reconhecida pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), uma prática que se aplica em vários contextos na promoção de saúde mental. No serviço de saúde, o plantão psicológico já conquistou alguns espaços, por exemplo, a área hospitalar. Na ABS ele aparece em algumas pesquisas de forma escassa e dispersa, algumas direcionadas à rede de ABS e outras sobre políticas públicas e saúde mental. É importante salientar, que o plantão psicológico não é a solução para os problemas da saúde pública, mas uma abertura para pensar na promoção da saúde mental com acesso à clínica psicológica na ABS.

Diante da revisão de literatura, é possível analisar a predominância da modalidade do plantão psicológico na oferta em projetos universitários e sua expansão, de modo geral, é realizada na própria instituição ou através de convênios. Desse modo, é possível afirmar que os projetos universitários sustentam esse lugar de acesso ao serviço psicológico, por muitas vezes, sendo porta de entrada para os serviços de saúde mental.

A real conjuntura de dificuldade para encontrar equipamentos qualificados para atender a população em situações diversas de saúde mental na ABS, suscita articular as capacidades do plantão psicológico que adequam também, esse contexto de prevenção e promoção de saúde. Foi possível perceber na prática, enquanto estagiária, os estreitamentos de potencialidades e dificuldades do plantão psicológico em uma Unidade Básica de Saúde (UBS).

Além dos fatores estruturais da sociedade, pesquisar o plantão psicológico perpassa por uma experiência que faz-se olhar de outra forma para a psicologia e a sua atuação dentro do SUS, mais diretamente a ABS como fenômeno primário desse sistema de redes. Escrever sobre o tema do Plantão Psicológico é resgatar da memória, vivências marcantes que tive como plantonista. É buscar, de forma incansável, estratégias para lidar com o contexto socioeconômico e cultural, sem se prender apenas nas estruturas tradicionais da psicologia clínica. Se abrir para novas possibilidades, com criatividade, e se reestruturar nos espaços conforme as necessidades presentes, alcançando locais que demandam do serviço.

Contextualizar a relevância da atenção psicológica na atenção primária, é tornar um serviço acessível para a comunidade, e fortalecer o compromisso ético-político de uma psicologia para todos.

O Plantão Psicológico está inserido na minha veia experiencial do campo social de atuação e pesquisa desde o período acadêmico de Psicologia, e profissional. O encontro ocorreu através do Laboratório de Estudos em Psicoterapia, Fenomenologia e Sociedade (LAPFES), vinculado ao Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Ceará (UFC), a partir do projeto de extensão Plantão Psicológico no qual atuei na Clínica Escola da UFC e um Posto de Saúde da Prefeitura de Fortaleza. Tal experiência revelou a relevância dessa prática com o propósito de promover saúde na população em diversos locais, como uma ação estratégica de saúde pública.

Desse modo, está pesquisa foi idealizada e iniciada como estudo de campo na realização de entrevistas com psicólogos em atuação na ABS, na cidade de São Luís, Maranhão. Na tentativa de compreender a partir dos psicólogos a prática do plantão psicológico com estratégia na ABS. Primeiramente, ocorreu a dificuldade burocrática da autorização e liberação dos documentos que consta as informações de todas as unidades de serviços da ABS e todos os psicólogos contratados. Após obter os documentos assinados com

autorização da Secretaria Municipal de Saúde, da ordem da Superintendência de Educação e Saúde, deparou-se com a dificuldade de encontrar os psicólogos da relação nas unidades, intercorrências de atividades externas e alguns não estavam mais ativos. Dessa maneira, os atrasos impossibilitaram a realização das entrevistas.

Ao mesmo tempo, na pesquisa bibliográfica, para contextualizar teoricamente os dois assuntos centrais, “plantão psicológico e saúde mental na atenção básica” encontrei o impasse de direcionamento da oferta de serviços de saúde mental nas legislações da ABS e PNSM que conectam com as dificuldades na ABS. A PNSM aponta o CAPS como porta de entrada da saúde mental, da qual diverge com a instituição que rege a saúde pública no Brasil, o SUS. Essa questão revela a problemática como pauta de desconstrução das estruturas políticas que norteiam a saúde mental no Brasil.

No entanto, existe uma carência de pesquisas sobre o plantão psicológico na ABS, e para adentrar na pesquisa sobre o Plantão Psicológico como intervenção, implicou aprofundar maior conhecimento sobre a problemática da saúde mental na ABS e refletir sobre o lugar do profissional de psicologia. Acredito que a pesquisa teórica tem uma grande relevância para esse cenário atual da saúde mental na ABS e, na perspectiva do plantão psicológico. Desse modo, a decisão da revisão de literatura sistemática, como encaminhamento para pesquisa dessa dissertação, compreendendo também as dificuldades a partir da Secretaria de Saúde do Município de São Luís com os documentos e a liberação de acesso e contato com os psicólogos que atuam na atenção primária.

Diante da problemática da falta de acesso aos serviços de atendimentos psicológicos como prevenção e promoção de saúde mental na ABS, surgiu uma questão norteadora que delimita a investigação na pesquisa: quais as contribuições do plantão psicológico no contexto da ABS?

Com o tema “Plantão Psicológico na Atenção Básica como estratégia em saúde mental”, sendo assim, esta pesquisa tem o objetivo geral de analisar a interface do plantão psicológico na atenção básica como estratégia de intervenção em saúde mental a partir da revisão sistemática. Para isso, foram destinados os objetivos específicos: 1) identificar os serviços de saúde mental na atenção básica e a relação com a psicologia; 2) discutir as características e configurações do plantão psicológico como estratégia de intervenção na saúde mental; 3) descrever

e analisar a produção científica sobre Plantão Psicológico na atenção básica e as possíveis contribuições e dificuldades.

A metodologia da pesquisa é guiada pela revisão sistemática de literatura, na abordagem qualitativa de cunho exploratório, descritivo e documental, pautada na análise fenomenológica. O método de revisão sistemática segue a proposta de alcançar os objetivos através de métodos sistemáticos e definidos. Para isso utilizo o instrumento PRISMA com um fluxograma de quatro etapas, 1) identificação dos estudos, 2) seleção, 3) elegibilidade, e 4) inclusão. Esse método é “frequentemente utilizado como ponto de partida para o desenvolvimento de instruções sobre práticas clínicas” (MOHER *et al.*, 2015, p.335), na área da saúde.

Trata-se de uma abordagem qualitativa, com o objetivo de analisar as contribuições e não mensurar numericamente a atuação do plantão psicológico, nem a quantidade de artigos. Para Minayo (2001), a pesquisa qualitativa apresenta o sentido dos fenômenos, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, dos processos para não os reduzir a operações temáticas.

Por tratar-se de um tema específico de poucas referências, o cunho exploratório aborda o compromisso de explorar esta lacuna que existe na área. Do mesmo modo, configura-se descritiva porque objetiva descrever o cenário através da revisão sistemática. E documental por identificar as legislações e leis do Ministério da Saúde que interferem na elaboração da pesquisa no âmbito da saúde mental na ABS.

O método fenomenológico será usado para analisar os resultados descritos na coleta de dados, que consiste no ato de descrever um olhar crítico sobre o fenômeno que se emerge diante dos fatos na busca do sentido, uma volta as coisas mesmas. A postura fenomenológica propõe uma suspensão dos *à* priori para alcançar o fenômeno que se apresenta, ao colocar “o mundo” (atitude natural) entre parênteses, o que Husserl denomina de “*redução fenomenológica*” (ZILES, 2007).

Conforme o método de procedimento para a coleta de dados foi usado o descritor “plantão psicológico”, a partir dos periódicos da CAPES, PEPsic e SciELO indexados, primeiramente, entre os anos de 2002 a 2022, na delimitação de apenas artigos publicados na língua portuguesa no Brasil. A seleção dos artigos segue a ferramenta do fluxograma PRISMA com a leitura dos títulos e resumos, a partir das palavras-chave “plantão psicológico” “saúde mental” e

“atenção básica à saúde” que devem estar contida. Os estudos selecionados para análise descritiva serão submetidos à leitura na íntegra.

Para organizar a elaboração da pesquisa foram divididos os temas de forma estratégica para seguir o entendimento do assunto e chegar aos resultados. Assim, a seção um aborda o tema “ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE” que aborda conhecimentos básicos para compreender seus fatores históricos, características e funções da atenção primária. A identificação dos serviços de saúde mental no contexto da ABS e o lugar da psicologia nesse seguimento de atuação. Com isso surge os problemas sobre a saúde mental no SUS como oferta de saúde integral.

A segunda seção com o título “PLANTÃO PSICOLÓGICO”, trata-se de um momento de aprofundamento teórico que coleta as principais referências do tema no Brasil. O objetivo é caracterizar a modalidade do plantão psicológico de várias possibilidades, para facilitar o conhecimento de forma detalhada e sensível no aspecto experiencial da vivência.

A terceira seção apresenta o assunto “A NOÇÃO DE SAÚDE E O PLANTÃO PSICOLÓGICO: UM OLHAR FENOMENOLÓGICO” com a discussão da clínica psicológica e a perspectiva de saúde, que a partir da atitude fenomenológica surge uma visão crítica sobre a relação predominante da metafísica na saúde. A busca é contextualizar as forças do sistema biopolítico, a prevalência do modelo biomédico, e o papel da psicologia. E assim, apresentar o plantão psicológico como uma ação de democratização dos serviços de saúde mental na rede de atenção básica.

A escolha desse seguimento parte da experiência enquanto pesquisadora, que no momento inicial precisei adentrar no conhecimento da ABS com suas inúmeras legislações para assegurar sobre as determinações legítimas do Ministério da Saúde que organiza e estrutura as ofertas de serviço público de saúde. Então, desse modo, a leitura da pesquisa segue com as informações estruturadas sobre o campo de atuação do objeto de estudo, para ampliar a compreensão da seção seguinte sobre o plantão psicológico.

Logo em seguida, apresenta-se o “MÉTODO” com o detalhamento dos procedimentos metodológicos, com critérios sistêmicos e categorizados, justificando as escolhas em cada etapa. É descrito todos os critérios de delimitação para a elegibilidade do estudo. Os “RESULTADOS”, foram alcançados

por meio do conteúdo elaborado através da síntese e, análise dos pontos relevantes encontrados nos artigos selecionados.

O ponto adiante de DISCUSSÕES, apresenta uma análise dos resultados e responde o objetivo geral da pesquisa a partir do problema norteador, o qual são as contribuições do plantão psicológico no contexto da ABS, e os desafios e possibilidades do plantão psicológico como estratégia de intervenção em saúde mental.

Consideram-se relevantes as reflexões críticas desta pesquisa sobre o fenômeno contemporâneo das demandas sociais que implicam diretamente na área da psicologia, como responsabilização social e ética-política. Que desperta o olhar para uma clínica social, que democratiza o acesso à psicologia. Acredita-se que os resultados desse estudo possam alimentar outras pesquisas e reflexões diante dos resultados apresentados.

Para encarecer este primeiro momento de apresentações da pesquisa, que conta também minha relação com o estudo, assim, foi preservado o uso da conjugação pessoal, mas as sessões adiante seguirão no formato impessoal.

Uma boa leitura!

## **1. ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE**

A saúde no Brasil tem um percurso de disputa social em consonância com a histórica do país, um caminho de significados, transformações e sofrimento daqueles que não tinham acesso à saúde e aos que participaram dos movimentos de luta pela democratização da saúde. Desde modo, apresentamos a história da saúde pública no Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) e a Atenção Básica à Saúde (ABS), com o objetivo de contextualizar o caminho para a chegada do SUS, e destacar o que compete a ABS no cuidado à saúde mental. E como a psicologia está inserida na ABS.

A atenção primária, é considerado como sinônimo de atenção básica, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017) ambas são consideradas de forma associada aos princípios e diretrizes do próprio documento.

### **1.1 Contexto Histórico do SUS**

A constituição Federal de 1988 é um marco da sociedade brasileira, um avanço aos direitos da população, dentro dessa conquista histórica, consta a saúde brasileira com a criação do SUS. Para isso, vários movimentos de luta pela cidadania, na desconstrução do regime militar, e na organização dos serviços de saúde durante o percurso da sua criação foram necessários para alcançar tal conquista. Deve-se também considerar as transformações sociais, econômicas e políticas, devido a isso será apresentado abaixo, os caminhos para a chegada do SUS.

No início do século XX, o Brasil enfrentava a falta de saneamento básico, com exposições de lixos e o despejo dos esgotos em rios, contexto a qual provocava várias doenças, e, infelizmente ainda se trata de uma realidade presente na atualidade. Porém, no século XX, a saúde era vista como ausência de doença, assim, não existiam políticas voltadas para a prevenção. Barbosa *et al.*, (2020), afirmam que neste período surgiram algumas políticas sanitárias com serviço de saneamento rural e o combate de doenças endêmicas, que representam pequenas mudanças de postura para o cuidado à saúde de forma coletiva.



Nos anos 20 a 30, o acesso a saúde era através de médicos privados e filantropias de origem religiosa ou militar (BARBOSA *et al.*, 2020). Os trabalhadores de carteira assinada conquistaram o acesso a saúde pública através da contribuição previdenciária, isso após inúmeras manifestações e greves. Essas conquistas foram concretizadas ainda no governo de Getúlio Vargas, com o Instituto de Aposentadoria e Pensão (IAPM), entretanto, esta ação excluía a população pobre, desempregada, que vivia dependendo de caridades, e por isso, muitos morriam nas Santas Casas de Misericórdia ou até mesmo nas ruas (OLIVEIRA, 2012).

Devido os avanços das endemias, a insuficiência das medidas higienistas e as campanhas de vacinação, fizeram com que o governo passasse a encarar a saúde como política efetiva (BARBOSA; RÊGO; BARROS, 2020). Em 1941 foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde a partir da Lei n.º 378 de 13 de janeiro de 1937 com o novo Ministério da Educação e Saúde, com o objetivo de atender diferentes problemas de saúde e da assistência no âmbito estadual e municipal, conforme o Decreto n.º 6. 788 de 30 de janeiro de 1941.

Em contraponto com Barbosa, Rêgo e Barros (2020), na III Conferência Nacional de Saúde em 1963, foi evidenciada a municipalização dos serviços de saúde com a proposta de descentralizar a saúde e atribuir as competências do governo federal, estadual e municipal.

Antes do regime militar, o Ministério da Saúde foi desvinculado da educação, no ano de 1953, órgão regulamentador, mas sem execução de políticas públicas, já que o Plano Nacional de Saúde não saía do papel, os institutos de previdência foram transformados em Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), a qual favoreceu a ampliação da classe de trabalhadores, incluindo domésticas, autônomos e rurais. Esta ação contribuiu em parte por intensificar a privação dos serviços de saúde, o que viabilizou a prática de uma medicina lucrativa e curativa (BARBOSA; RÊGO; BARROS, 2020). Realidade que só agravou durante o golpe militar.

A saúde durante a ditadura militar representou todo um contexto sócio-histórico que faz-nos compreender as circunstâncias emergenciais, os limites, e as construções sociais, diante do autoritarismo e a repressão. A crise econômica com o nível da inflação, fez com que os mais pobres fossem empurrados para as áreas periféricas da cidade, sob a dependência das prefeituras e dos serviços sociais

básicos que também eram precários, pois nos anos de 1970, dezenas já haviam, criado Unidades Básicas de atendimento à saúde (SANTOS, 2018). Cabe pontuar que, nesse período, a saúde ainda não era dever do Estado.

O sistema da municipalização do serviço de saúde fortaleceu as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) para promover movimentos na elaboração de política pública em prol da cidadania no Brasil. Santos (2018) afirma que “essas muitas iniciativas antecipavam, na prática, os princípios da universalidade, integralidade e igualdade que viriam a ser consagrados na Constituição de 1988”.

A sociedade brasileira não suportava mais o descaso com a integridade, e os movimentos sanitaristas reuniram todos que faziam parte desta luta, contando com os centros de formações, universidades e alunos, pesquisadores, Secretarias de Saúde, Ministério da Previdência e da Saúde e a comunidade resistente. Esse movimento foi chamado de “Movimento da Reforma Sanitária Brasileira” (MRSB) (SANTOS, 2018). “Nos anos de 1970, em decorrência das demonstrações de enfraquecimento do regime autoritário, a sociedade brasileira começava a dar expressivos sinais de resistências com a criação de várias iniciativas e mobilizações” (AMARANTE; RIZZOTTO; COSTA, 2015, p. 2024).

Durante a década de 70 e 80, vários encontros foram registrados: Comissões, Simpósios, reuniões regionais e nacionais das Secretarias Municipais de Saúde; passos fundamentais para alcançar no final da ditadura o convênio com o Ministério da Previdência e da Assistência Social, aliando as três forças: Secretaria Municipal, Estadual e Ministério da Saúde (SANTOS, 2018).

Conforme Amarante, Rizzotto e Costa (2015), os acadêmicos e pesquisadores envolvidos na Reforma Sanitária Brasileira (RSB) sentiram a necessidade de um espaço de construção crítica sobre a saúde pública que articulasse com a política, economia, sociedade e ideologia, assim nasceu, em 1976, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) com sua revista *Saúde em Debate*,

[...] propósito de ser um meio para divulgar o pensamento crítico sobre a evolução histórica e a forma institucional da saúde; interpretar a íntima relação existente entre a saúde, a lógica social de poder e os movimentos de resistência e ser um espaço democrático para divulgar novos ideais sobre saúde, originadas desse emergente pensamento no Brasil e no continente latino-americano (AMARANTE; RIZZOTTO; COSTA, 2015. p.2024).

A revista *Saúde em Debate*, se materializa na comunicação com a sociedade, captura de acontecimentos e memórias a qual hoje contam a luta resistente pela democratização da saúde e longos caminhos da RSB, como também, a presença do regime nas políticas de saúde no reforço privativo capturado pelo modelo médico centrado nos hospitais, alimentado pela previdência.

Para Amarante, Rizzotto e Costa (2015), a revista *Saúde em Debate* representava um local para questionar a política de saúde, as circunstâncias situacionais da figura de governo autoritário, e o valor dado a vida das pessoas e a segregação. Uma saúde atribulada ao poder social e financeiro.

O trabalho de controle na saúde dos municípios resultou materiais de defesa para as propostas da 8ª Conferência Nacional de saúde em 1986 (SANTOS, 2018), como também, todo instrumento articulado pelos representantes da revista *Saúde em Debate* durante os dez anos de mobilização da Reforma Sanitária que envolvia a reforma dos serviços, setores administrativos e exclusivamente o conceito ampliado de saúde como direto (AMARANTE; RIZZOTTO; COSTA, 2015).

Art.196 “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2016. p.118).

Por isso, é relevante enfatizar que foi através do MRSB que as propostas se concretizaram na constituição de 88 e na criação do SUS. As propostas referentes à saúde é a própria reforma sanitária brasileira, que envolve os movimentos de resistência e mobilização da população trabalhista, contando com profissionais da saúde ou não, com apoio das universidades, o movimento estudantil e CEBES. A reforma sanitária é o movimento da sociedade na luta pela democratização da saúde pública.

### **1.1.1 Implantações da ABS**

Antes do surgimento do SUS, no Brasil, a política de saúde era organizada por uma tentativa de regionalização, como já descrito anteriormente. Foi através

do relatório de Dawson, no início do século XX, o primeiro documento a apresentar o termo de atenção primária a saúde (APS) como crítica ao modelo assistencial de saúde, de cunho curativo, reducionista e atenção individualizada. O cenário internacional era de preocupação com a saúde, o atual modelo de saúde estava fracassado, pois além do nível alto de custo, existia um agravamento dos casos médicos e a não resolução (MATTA; MOROSINI, 2008).

A perspectiva do documento de Dawson era constituir um equipamento de serviço a saúde o mais próximo possível dos usuários, por médicos generalistas do próprio município, sem provocar o deslocamento, assim, a saúde estaria ao alcance da população, de fácil e rápido acesso, com isso, manter o acompanhamento médico preventivo e curativo.

Desse modo, surge o modelo de atenção à saúde direcionada ao trabalho regionalizado, contínuo e sistematizado, com ações de prevenção, promoção e tratamento, voltado para os indivíduos e comunidades (MATTA; MOROSINI, 2008). A mudança do modelo assistencial para os modelos de atenção é um marco internacional para a criação da APS, uma estratégia de organização presente em diversos países, uma diferença presente na abordagem humanizada, e mais do que isso, a dinâmica de acompanhamento considerando o primeiro contato e a permanência do cuidado integral do usuário ao longo da vida, incluindo os aspectos familiares e comunitários.

Segundo UNA-SUS/UFMA (2016) este relatório Dawson, no Reino Unido, consagra a origem das Redes de Atenção à Saúde (RAS) na década de 1920, após a Primeira Guerra Mundial, proposta de reestruturar o sistema de saúde no formato regionalizado, e que a discussão mais atual é representada pela Declaração de Alta Ata.

De acordo com Melo *et al.*, (2018) a conferência internacional de Alma Ata, na década de 70, reuniu os governantes de vários países, que resultou na carta de declaração aos cuidados primários de saúde em ação de urgência para todos os governos em promover a saúde de todos os povos do mundo, com isso “o ideário de Alma Ata é frequentemente destacado como marco fundamental para a APS” (MELO *et al.*, 2018). Este documento foi realizado através da Organização Mundial de Saúde (OMS) onde ressalta o objetivo geral da conferência, conhecido como Saúde para Todos no Ano 2000, bem como a definição de APS.

Os governos têm pela saúde de seus povos uma responsabilidade que só pode ser realizada mediante adequadas medidas sanitárias e sociais. Uma das principais metas sociais dos governos, das organizações internacionais e de toda a comunidade mundial na próxima década deve ser a de que todos os povos do mundo, até o ano 2000, atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva. Os cuidados primários de saúde constituem a chave para que essa meta seja atingida, como parte do desenvolvimento, no espírito da justiça social (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA – 12 de setembro de 1978, publicado em 2002).

A Declaração de Alma-Ata foi o documento principal para a criação da APS, e a partir dela gerou a “Carta de Ottawa”, na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em novembro de 1986, em Ottawa, na Assembleia Mundial da Saúde. A OMS mais uma vez provocou o compromisso de todas as autoridades mundiais com a nova saúde pública, sobre as ações intersetoriais necessárias para o setor, e define promoção de saúde, reforçando o lema: *Saúde para Todos no Ano 2000*.

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (CARTA DE OTTAWA – novembro de 1986, p.1).

É com este cenário internacional de saúde que os movimentos de mudanças foram ocorrendo. Durante a ditadura no Brasil, houve um disparo na precarização a saúde pública, e a partir da reforma sanitária, na década de 70 e 80, o SUS se concretiza, sendo instituído pela Constituição Federal de 1988. Matta e Morosini (2008, p.48) afirma que “com o movimento sanitário, as concepções da APS foram incorporadas aos ideários reformistas, compreendendo a necessidade de reorientação do modelo assistencial, rompendo com o modelo médico-privatista vigente até o início dos anos 80”.

Conforme a Lei 8.080, o SUS foi regulamentado em 1990, desde então, se inicia a busca da sua estruturação, com a implantação de programas e ações. Com isso, possibilitou a construção de políticas para a formação da ABS, a qual se tornou referência no Brasil diante os cuidados primários da proposta de reorganizar o modelo de saúde da APS. Logo, a formação da ABS se constituiu a

partir dos princípios do SUS, em geral, a universalidade, descentralização, integralidade e a participação popular, prevista na portaria da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2006, e com isso registra a definição de ABS (MATTA; MOROSINI, 2008).

A primeira edição da PNAB em 2006, demarca o propósito e a concepção de atenção básica, envolvida pelas propriedades da APS, estabelecendo a saúde da família como novo projeto de lei e de reorganização da ABS, além de descrever as funções das Unidades Básicas de Saúde (UBS), também registrou a necessidade de diferentes modalidades e reafirmando a presença da Estratégia de Saúde da Família (ESF) (MELO *et al.*, 2018). Depois surgiram a edição da PNAB em 2011 e uma nova edição atualizada em 2017.

A PNAB é sistematizada em um conjunto de normativas para abranger os serviços ligados a Atenção Básica, a elaboração de atualizações favorece uma adaptação ao contexto social atual partindo dos avanços apoiados na ciência, revisando normas, procedimentos, aderindo novos programas e inovando outros. Melo *et al.*, (2018) mostra em sua pesquisa sobre as mudanças nas PNAB que algumas atualizações não se referem aos avanços para a melhoria da política de saúde, no entanto, se referem a um retrocesso. As atualizações mostram uma mudança de perfil da ABS desconsiderando sua principal configuração e eliminando gradualmente a ESF, ação que deveria estar voltada para enfrentar os problemas e limites, entretanto, está se torna uma grave ameaça a esta política pública.

No tópico seguinte, apresentaremos as principais legislações da ABS, e suas atualizações até o momento da pesquisa.

## **1.2 Definições e configurações da ABS**

A atenção primária é regida por meio da PNAB, que denomina as ações e serviços que norteiam a organização em saúde. Para ser colocada em prática são criados os programas de atenção à saúde para as ações serem realizadas, sendo elas individuais ou coletivas.

A ABS é a principal porta de entrada dos usuários no sistema público de saúde, o meio de articulação das RAS que ordena ações e serviços a partir das

necessidades da população (BRASIL, 2017), objetivando a promoção e manutenção da saúde, prevenção de doenças, em busca de solucionar os possíveis casos de agravos e encaminhar os mais graves para outra complexidade de atenção à saúde.

A definição de ABS está presente no artigo 2 da PNAB, na portaria nº2.436/2017:

A Atenção Básica é o 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, desenvolvida por meio de 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 (BRASIL, 2017).

O SUS se organiza por meio das RAS e se estrutura a partir da APS. A PNAB (2017) considera APS e ABS como sinônimos, utilizando mais a expressão Atenção Básica (AB). A RAS, é organização tecnológica e logística para oferecer serviços e ações à saúde de forma contínua e integral, para tanto, a RAS conta com a comunicação das Redes de Atenção conforme suas complexidades: Atenção Básica, Média complexidade e Alta complexidade (UNA-SUS/UFMA, 2016). Sendo assim, a ABS tem o papel dentro da RAS de estruturar os sistemas e por isso é considerada a porta de entrada responsável para direcionar o usuário, mantendo o vínculo e a continuidade à atenção com o trabalho de acompanhamento. Desse modo a ABS desempenha um papel de filtragem com a capacidade de desenvolver um sistema de organização diante inúmeros serviços ofertados nas RAS (PENSE SUS).

Na proposta de estabelecer os princípios e diretrizes do SUS e construir o novo modelo de saúde, foi implantado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF) no início da década de 90, tempos depois, em 1996 os dois programas se tornam um só, sendo intitulado como “Estratégia de Saúde da Família (ESF)” (MELO *et al.*, 2018). A ESF, antes era considerada apenas um programa, se tornou um modelo de saúde prioritário presente na ABS como norteador na sua rede de serviços, conforme Art. 4º da PNAB de 2017, assim sendo, a ESF é responsável pela “expansão e consolidação da Atenção Básica”.

E é de acordo com os princípios e diretrizes da ABS, foram orientados a organizar a relação de serviços e suas características conforme a realidade de

cada população. Os princípios que estão organizados até hoje, são: a Universalidade, Equidade e Integridade; e as diretrizes: regionalização e hierarquização, territorialização e adstrição, cuidado centrado na pessoa, e resolutividade (BRASIL, 2017).

Os estabelecimentos de referência para a prestação das ações e serviços da Atenção Básica são denominados de Unidade Básica de Saúde (UBS), nomeado e definido na PNAB de 2017 no Art. 6, se tornando a referência de acesso para população. O espaço físico das UBS são pontos de apoio, mas a Atenção Básica não conta apenas com este tipo de unidade e equipamento de saúde, há também a Unidade Básica de Saúde Fluvial e Unidade Ontológica Móvel (BRASIL, 2017).

A configuração das UBS é organizada por algumas equipes: Equipe de Saúde da Família (eSF), Equipe de Atenção Primária (eAP) (a antiga Equipe de Atenção Básica, instituída em 2019), Equipe de Saúde Bucal (eSB), Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), e Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) (BRASIL, 2019).

A diferença da eSF corresponde a carga horária de 40 horas, a obrigatoriedade de estarem vinculados apenas em uma das equipes, e a composição de profissionais que conta minimamente por médicos, enfermeiros, auxiliares e/ou técnicos de enfermagem e agentes sanitário de saúde (ACS); a composição da eAP conta minimamente com o médico e o enfermeiro; o NASF-AB é formado por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar em uma composição ampla de profissionais da saúde (BRASIL, 2019). Desse modo, a articulação entre as eSF e a eAP, contribuiu para um olhar mais integral ao tratamento, promovendo a prevenção e promoção. A eSF “aprofunda os processos de territorialização e responsabilidade sanitárias das equipes de saúde” (MATTA; MOROSINI, 2008).

Portanto, a configuração da ABS pode ser considerada a figura principal da ESF para desenvolver a organização das propostas da APS, a partir do desenho de seu diagrama a qual corresponde com as primeiras implantações nos anos 90 e na primeira década de 2000, priorizando a promoção de saúde, o cuidado humanizado, a ampliação do acesso à saúde, e outros. Por isso, Melo *et al.* (2018) afirmam que os anos 2000 foi representado pelo avanço da ESF em sua expansão nas áreas urbanas, como também, a implantação das equipes de saúde



Bucal, e mais ainda, a inclusão do NASF. Entretanto, o autor mostra que, com as atualizações da PNAB 2017, o NASF mudou seu sistema de matriciamento, criado em 2008 para promover mais acesso à saúde na atenção primária, e nomeou de NASF-AB, abstraindo e eliminando “a noção de apoio de matricial”.

Para além da ESF, existem vários outros programas que integram a Atenção Básica, ações que objetivam oferecer atividades para não se restringir ao equipamento da UBS, e assim outros programas são instituídos nos territórios, por exemplo, o Programa de Saúde na Escola (PSE), Equipes de Consultório na Rua (eCR), Programa Academia da Saúde (PAS), etc. (BRASIL, 2017).

As UBS receberam essa denominação na PNAB de 2017, e em 2020, a atualização da PNAB criou a nova Unidade de Saúde da Família (USF) que configura uma exigência da presença de pelo menos 1 equipe de Saúde da Família, sem alteração na composição profissional. Antes a escolha era da gestão entre eSF e eAP. Outra atualização foi a inclusão do Programa Saúde na Hora, com a implantação do horário estendido das UBS e USF, a proposta é reduzir as filas nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e Emergências Hospitalares, com a presença de usuários de baixo risco de Saúde (BRASIL, 2020b).

Não será possível, nesse trabalho, transcorrer minuciosamente sobre todos os programas e estratégias que comportam a Atenção Básica de Saúde, nem tão pouco, apresentar todas as atualizações da PNAB até 2022, mas é viável mencionar os programas, estratégias e atualizações relevantes, por meio da proposta de pesquisa que apresenta de modo geral as configurações dos serviços ofertados nas unidades de saúde.

Diante as atualizações da PNAB, é possível analisar os avanços no início até 2011, e logo depois, o retrocesso em pontos importantes, como afirma Melo *et al.*, (2018) em sua pesquisa. Os desafios aumentaram na tentativa de articular as estratégias de saúde, conservando o princípio de integralidade, cuidado humanizado, e a interdisciplinaridade.

### 1.3 Saúde Mental na Atenção Básica

Após a apresentação das configurações da atenção básica, conforme sua organização, os serviços e as ações prestadas em detrimento da Estratégia de Saúde da Família nas unidades de saúde e nos programas de saúde, é visível que a composição profissional limita os formatos de atuação. Então, foi possível observar que esta apresentação mostra as ações que entram em discordância com a real proposta do SUS, mais precisamente da Atenção Primária.

Uma discordância que tem relação direta com a atenção à saúde mental na ABS é o corte do NASF como uma das equipes obrigatórias, sendo que era a única equipe multiprofissional formada por profissionais da saúde mental, o que incluía o psicólogo. O NASF antes fazia parte da formação das equipes que estruturavam os serviços da ABS, mas após as alterações na PNAB de 2017, a equipe do NASF e a equipe de atenção básica (eAB) transformaram em um só NASF-AB, sendo opcional para o gestor da UBS a formação do NASF, sabendo que a eAB não tem a mesma composição de profissionais.

No Caderno de ABS nº 37 de Saúde Mental, é mencionado a participação da equipe do NASF na elaboração do Projeto Terapêutico Singular, junto com a eSF (BRASIL, 2013). A eSF é uma estratégia prioritária da ABS que objetiva a reorganização, não há obrigatoriedade na formação da equipe a presença de um profissional de saúde mental, o que acarreta prejuízos na realização desse trabalho.

[...] compreende-se como profissionais de saúde mental médico psiquiatra, psicólogo, assistente social, enfermeiro ou terapeuta ocupacional, conforme disposto no Capítulo III, do Anexo da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017).

A saúde mental na ABS é estruturada a partir da Rede de Atenção Psicossocial (RASP), responsável pelo cuidado e enfrentamento de pessoas em sofrimento e problemas de saúde mental. A RAS é um instrumento para criar, ampliar e articular pontos estratégicos de atenção à saúde, de acordo com a Portaria nº 3.088 de 2011, e seu objetivo geral é ampliar o acesso e garantir a articulação e integração dos pontos de atenção psicossocial, como redes de acolhimento, acompanhamento e urgências (BRASIL, 2011).

Deste modo, a RASP é constituída nas três atenções à saúde, primária, secundária e terciária. No que compete a atenção primária, os pontos de atenção

são as UBS, as eCR, Centros de Convivências, equipe de Apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório e por último a equipe de atenção básica a população específica (BRASIL, 2011). Sanine e Silva (2021), confirmam que o trabalho integrado do antigo NASF, dentro dessa composição aparece indispensável na articulação com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que faz parte da atenção secundária.

Os pontos de atenção à saúde na ABS envolvem o trabalho de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, como trabalhos em grupos, ofertar temáticas que promova o conhecimento e autonomia em questões pertinentes na comunidade, favorecendo o entendimento dos pontos de saúde para a busca de demandas, explorando, com isso, o autoconhecimento das questões individuais e sociais a partir da convivência e acolhimento, entre outros.

A saúde mental no SUS é assegurada pela PNSM, da qual é constituída sob a Lei 10.216 de 6 de abril de 2001, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”, tornando assim, dever do Estado o desenvolvimento de políticas públicas no âmbito da saúde mental, em assistência e promoção de ações e programas (BRASIL,2001). Ao considerar a Lei 10.216 de 2001, está assegurada às pessoas acometidas de transtornos mentais e seus familiares ou responsáveis, porém, em 2011 a portaria n.º 3.088 da RASP amplia essa visão e acrescenta as pessoas em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de drogas. Essa ampliação é significativa para compreender a problemática do modelo assistencial em saúde mental, decorrente da substituição do modelo hospitalocêntrico e manicomial.

Considerar apenas as pessoas com problemas de transtornos mentais é alimentar a patologização do sofrimento e o fenômeno da medicalização, mais precisamente, significa deixar de fora aquele que não foi diagnosticado com transtorno mental ou tornar necessário a busca por um transtorno mental para ter acesso ao cuidado à saúde mental. Isso traz o diagnóstico para o centro do cuidado, no lugar de ser a pessoa cuidada. Então, as pessoas com sofrimento ou com um transtorno mental serão acolhidas nos pontos de apoio já mencionados, sem o viés institucional, mas de integração das redes de cuidado, conforme suas necessidades.

O trabalho de promoção de saúde acontece na ABS, o que deixa claro a esse setor a importância das definições dos programas e ações para a atenção primária firmar o seu papel de cuidado, descongestionando a atenção secundária de nível especializado. “A promoção de saúde é uma intervenção anterior à prevenção de doenças” (HELENO, *et al.*, 2022, p. 272) uma dedicação de tempo a problemas individuais e coletivos presentes na comunidade, que requer intervenções multiprofissionais e interdisciplinares das equipes de saúde da ABS.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) foi instituída pela Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006, e redefinida pela Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. A Portaria nº 2.446/2014 foi revogada pela Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. A PNPS ratificou o compromisso do Estado brasileiro com a ampliação e a qualificação de ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do SUS; e, a partir de então, foi inserida na agenda estratégica dos gestores do SUS e nos Planos Nacionais de Saúde subsequentes, ampliando as possibilidades das políticas públicas existentes (Brasil, 2018, p. 5).

A PNPS fundamenta os princípios do SUS e da RAS, esses princípios contribui na operacionalização da ABS que é a principal porta de entrada e centro de comunicação, o que garante a oferta integral às pessoas. A promoção a saúde mental deve ser ofertada no âmbito individual e coletivo, para consolidar sua proposta de atenção primária com devidas ações e programas. A solução de problemas primários no âmbito da ABS e não usar como a única possibilidade o encaminhamento para os CAPS, tornando o serviço sobrecarregado. Além disso, promover o cuidado primário significa garantir a prevenção do adoecimento ou agravamento do problema, esse também é um fenômeno consequente que objetiva a atenção primária a qual busca não necessitar chegar a atenção secundária. O cuidado antes da presença de doença é o que contempla a definição de saúde.

“A saúde mental é um estado de bem-estar mental que permite às pessoas lidar com o estresse da vida, realizar suas habilidades, aprender bem e trabalhar bem e contribuir para sua comunidade. É um componente integral da saúde e bem-estar que sustenta nossas habilidades individuais e coletivas para tomar decisões” (OMS, 2022a).

“A saúde mental é mais do que a ausência de transtornos mentais. Ela existe em um continuum complexo, que é experimentado de forma diferente de uma pessoa para outra, com vários graus de dificuldade e angústia e resultados sociais e clínicos potencialmente muito diferentes” (OMS, 2022a).

Mesmo que a ABS tenha um potencial enquanto rede de saúde na distribuição dos serviços conforme a proposta dos dispositivos; Santos e Bosi (2021), afirmam na pesquisa de saúde mental na ABS reconhecer nas perspectivas dos profissionais uma visão semelhante a um projeto institucional e de medicalização, aliado a isso, aponta a dificuldade do NASF em construção de um vínculo com a eSF para um acúmulo teórico-prático, já que existe uma alta rotatividade. Se está realidade é difícil, imagina sem a equipe do NASF, que foi idealizada para potencializar as ações da eSF.

O corte do NASF ocorre a partir da Portaria n.º 2.979 de 12 de novembro de 2019 (BRASIL, 2019) que instituiu o Programa Previne Brasil, novo modelo de financiamento da ABS, entre tantas alterações os principais pontos que a comete são os repasses de recursos para as despesas com as equipes da ESF e as equipes multiprofissionais, e a revogação das equipes do NASF-AB. A redefinição do registro das equipes de Atenção Primária e Saúde Mental no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) conforme a Portaria n.º 99 de 7 de fevereiro de 2020, se consolida, cada vez mais, a extinção do NASF.

O NASF foi criado conforme a Portaria n.º 154 de 24 de janeiro de 2008, considerando a integralidade da atenção como diretrizes do SUS que ordena ações de saúde para garantir às pessoas e à coletividade as condições de bem-estar físico, mental e social, como descreve o artigo 3º da lei n.º 8.080 de 1990. Uma defesa à organização da ESF que preconiza a estruturação do cuidado, à saúde da atenção básica e considerando o desenvolvimento das ações de promoção da saúde que contemple as diretrizes nacionais para a saúde mental da reforma psiquiátrica, a qual constitui o Sistema Único de Saúde no Brasil (BRASIL, 2008).

O NASF-AB, composto por uma equipe multiprofissional e transdisciplinar que regulam suas ações e serviços a partir das demandas identificadas no trabalho em equipe para ser realizado de forma integral à necessidade da comunidade. Os profissionais que poderão compor a essa equipe são: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário (BRASIL, 2017).

Conforme os tipos de equipes presentes na atualização da PNAB de 2017, a equipe do NASF-AB não tem uma composição mínima obrigatória, “a definição das categorias profissionais é de autonomia do gestor local, devendo ser

escolhida de acordo com as necessidades dos territórios” (BRASIL, 2017). Essa autonomia é preocupante a partir das diferentes visões, entendimentos e conhecimentos dos gestores das UBS sobre a contextualização da implantação do NASF na ABS, o que poderá desmobilizar essas equipes da composição da ABS, enfraquecendo cada vez mais sua instalação, desestimulando o campo de residência para as outras áreas além da medicina, odontologia e enfermagem.

Desta forma, a formação da equipe alternará de uma UBS para outra, podendo assim não haver psicólogos na formação da equipe, e também, outros profissionais específicos ao cuidado da saúde mental, conforme a Portaria n.º 60, de 26 de novembro de 2020, a qual compreende como profissional de saúde mental, o médico psiquiatra, psicólogo, assistente social, enfermeiro ou terapeuta ocupacional (BRASIL, 2020c).

Pontuar o NASF neste tópico, é reafirmar o trabalho de saúde mental na atenção básica e repensar conforme as demandas primárias à saúde mental presentes na sociedade, com a realidade atual dos CAPS com filas absurdas e sem vagas. Identificar problemas primários relacionados às pessoas em sofrimento ou transtorno mental e encaminhar para atenção especializada (CASP) parece a única saída quando deparamos com UBS sem equipes multiprofissionais. A questão é como configurar uma atenção à saúde mental na ABS sem uma equipe apropriada com no mínimo um psicólogo, psiquiatra, assistente social, enfermeiro ou terapeuta ocupacional.

A problemática está em reafirmar o espaço da atenção à saúde mental e demarcar o campo dos profissionais da área, na luta persistente de construir e reconstruir um alicerce nos princípios da reforma psiquiátrica brasileira, e para além de concretizar o trabalho em equipe, tornando-se rotina os espaços de troca, discussões e planejamentos da ESF (SANTOS; BOSI, 2021).

Há uma grande procura por atendimento psicológico e muito deles são pessoas em sofrimento que não se configuram em uma doença da categoria psicopatológica. No CAPS não tem espaço, pois se encontram lotados por demandas especializadas e por conta de inúmeros encaminhamentos de casos primários. Mas como não encaminhar se não há um primeiro acesso ao psicólogo e/ou psiquiatra em muitas UBS?

Um número significativo de notícias sobre saúde mental no Brasil declara essa afirmação. Considera-se que a América Latina é o maior continente com

pessoas em estado de depressão (BRASIL, 2022c). Uma reportagem da CNN Brasil no dia 14 de janeiro de 2023 aponta que o uso de medicamentos para a saúde mental cresceu cerca de 58% entre os anos de 2017 e 2021 no Brasil, antidepressivos e estabilizadores de humor, dados confirmados pelo Conselho Federal de Farmácia (CNN BRASIL, 2023). No caso do suicídio, a gravidade é estampada na categoria dos adolescentes e jovens adultos, considerada a quarta causa de morte entre os 15 e 29 anos, e responsável por 1 em cada mortes no mundo (OMS, 2022b).

O “SUS realizou quase 60 milhões de atendimentos psicossociais nos CAPS de todo o Brasil entre 2019 e 2021”, o Ministério da Saúde informa que para ampliar o suporte dado a população vai capacitar os profissionais de saúde da ABS para identificar precocemente os transtornos mentais e sintomas relacionados, como ansiedade, depressão, surtos psicóticos, ideação suicida, crise de agitação e agressividade (BRASIL, 2022a). Está capacitação beneficia a população, mas não é o suficiente para as questões problemáticas presentes na atenção à saúde mental na AB.

A realidade dos CAPS é lamentável ao imaginar quem demanda desse espaço precisa de um ambiente harmônico e colaborativo, e pelo contrário, além de lutar com o estado de saúde também tem que lutar na busca de atendimento e suporte psicológico. De acordo com o Correio Braziliense da cidade do Distrito Federal, o relato da mãe de uma usuária é somente mais uma brasileira em desespero na busca de tratamento no âmbito da saúde mental no CAPS:

Ela faz acompanhamento desde os seis anos, mas quando completou 18, eles quiseram que ela começasse a ficar visitando apenas a UPA (Unidade de Pronto-Atendimento) e pegando os medicamentos. No entanto, isso não é o bastante para o caso dela. Infelizmente, aqui no Caps III de Samambaia, não tem vaga. Parece que o governo deixa tudo difícil para a gente desistir" (CORREIO BRAZILIENSE, 2022).

Após pandemia da Covid-19, o enfrentamento atualmente é com a pandemia da saúde mental, que agravou a partir das circunstâncias de isolamento, vulnerabilidade social, instabilidade de empregos, e inúmeros casos de lutos, dentre outras. O Governo Federal lançou estratégias para cuidar da saúde mental no SUS, uma das ações inovadoras são as teleconsultas, prática realizada durante a pandemia pela rede privada de saúde. “O objetivo é ampliar a assistência de pessoas com transtorno mental leve”, com o lema: “falar é o

primeiro passo para salvar vidas”. Os agendamentos são realizados pelas equipes da UBS, contando semanalmente com 12 mil teleconsultas de psicólogos e 6 mil de psiquiátricas, acontecendo 24 horas por dia (BRASIL, 2022b).

Para contextualizar a problemática da saúde mental na ABS e o contexto da alteração de financiamento com a retirada do NASF, todas essas notícias esclarecem a real demanda das equipes multiprofissionais. Os prejuízos foram tamanhos desde então, após a pandemia seria inevitável a criação de ações para reparar o buraco recorrente na ABS à saúde mental. A V Conferência Estadual de Saúde Mental do Paraná, em Curitiba, em 25 de outubro de 2022, com foco nas ações pós-pandemia manifesta proposta de retomar o cuidado na área, com isso, o secretário de saúde debate sobre a relevância da ampliação de alternativas de financiamento, que ao longo do tempo acabou diminuindo (CGN/PARANÁ, 2022).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), antes mesmo da pandemia Covid-19, o Brasil apresentava o 1º lugar no ranking do transtorno de ansiedade e o 5º lugar com os transtornos de depressão. Segundo a pesquisa na Universidade do Estado do Rio (UERJ), os casos de ansiedade tiveram o valor dobrado, e nos casos de depressão houve um aumento de 90%. Para quem receber 1 salário-mínimo, a superlotação e precarização são os desafios a serem enfrentados, considerando os que mais sofrem com transtornos psicológicos. Tendo em vista que, o serviço de atendimento do psicológico e psiquiátrico no sistema privado, têm um custo muito alto para essa realidade. Desse modo, torna-se improvável o acesso e a procura do cuidado à saúde mental das pessoas de baixo poder aquisitivo.

#### **1.4 O Psicólogo na Atenção Básica à Saúde**

Os 30 anos de implantação do SUS representam, sem dúvidas, um avanço em políticas públicas de saúde com acesso a todos, de modo integral e descentralizado. Mas, entretanto, alguns dos princípios do SUS precisam entrar em consonância com a legislações vigentes, assim sendo, as propostas de implantações podem entrar em discordância e descaracterizar o sistema, o que alimenta uma cadeia de ausências de prestações de serviços (OLIVEIRA; COSTA, 2022). A saúde mental no SUS ainda se apresenta como desafio em todas as



complexidades de atenção, e na ABS, o caminho é confuso sem demarcação sólida, como é notório no tópico anterior.

Para compreender os fatores que causam o distanciamento do modelo de atenção básica e a atenção à saúde mental, conforme as políticas e legislações já apresentadas, é preciso analisar sua criação e contextualizar os fenômenos históricos envolvidos. Visto que, são as duas políticas que direcionam e organizam todo o sistema de cuidado à saúde mental na ABS.

Ao analisar os documentos que instituí a ABS, como a PNAB e outros, é nítida a incoerência entre elas e à legislação de saúde mental, o que corrobora com o desencontro na promoção, prevenção e tratamento à saúde mental na ABS. Os primeiros documentos que configuram a ABS determinam a eSF como a referência, porta de entrada à saúde, e organizadoras do SUS; e já as políticas específicas de saúde mental apontam que a porta de entrada e organizadoras da rede de serviços de saúde mental são os CAPS. Essa incoerência mostra a visão dicotômica de saúde nos documentos do próprio sistema de saúde, como se a saúde mental na realidade à parte da saúde. Criando uma segregação das redes de atenção à saúde, tornando a saúde mental uma rede de saúde separada (BÖING; CREPALDI, 2010).

O mesmo autor fomenta os fatores históricos para contextualizar essa dicotomia, e evidencia que os momentos de luta da saúde pública, como o movimento da “reforma sanitária” e a luta antimanicomial, ocorreram paralelamente no mesmo período, mas em segmentos de políticas públicas diferentes, uma na saúde coletiva e a outra na saúde mental. Esse fator pode citar um indício de um caminho bifurcado.

A Reforma Sanitária muda a concepção de saúde e evidencia as condições existentes no cotidiano como fator primordial; o que integra a saúde mental à saúde de modo geral. Porém, a existência forte da percepção dicotômica do físico e mental reforça essa separação do trabalho psicológico, como a saúde física alcançasse uma prioridade emergencial para ficar em uma escala geral, e os fatores psicológicos à parte.

Se a ABS é a porta de entrada do SUS, na função de descentralizar e abranger os serviços, sendo o contato principal da rede, então o dever é também ser a porta de entrada na saúde mental e organizar ações sistemáticas, como também, estruturar o acesso nas demais complexidades, sustentando a

corresponsabilidade. Quando o CAPS se encarrega da função da ABS, os usuários se deslocam diretamente para lá, sem a eSF ter um primeiro contato e realizar trabalhos primários, construir vínculos e continuidade no cuidado. A saúde mental fica separada da saúde integral, e potencializa conseqüentemente o aumento de demandas reprimidas nas UBS (BÖING; CREPALDI, 2010).

Isso não quer dizer que o CAPS não possa ser uma porta de entrada em algumas situações, no entanto, independentemente dessa funcionalidade do sistema, não substitui o dever da ABS de coordenar, conforme é estabelecido nos princípios do SUS (CFP, 2019). O CAPS não tem possibilidade de atender à amplas demandas, não há vagas, pois se trata de um serviço especializado com práticas individuais e acompanhamentos periódicos.

Há iniciativas em distinguir os espaços de tratamento pelas escalas do nível do transtorno mental, como por exemplo, os leves e moderados são na ABS e os graves e persistentes são no CAPS, sem caracterizar uma divisão engessada na prática, pois os serviços estão voltados para o cuidado centrado nas necessidades e possibilidades do usuário, e do que tem disponível na rede (CFP, 2019). Essa perspectiva fortalece a RASP.

A ideia de saúde ampliada, que levou a consecução do princípio da integralidade, foram novidades que trouxeram uma nova condição normativa para o setor saúde e seus ethos. Com a integralidade, passou a ser possível a consideração das significações sociais que influenciam o uso que cada indivíduo faz do seu corpo, bem como foi possível ultrapassar modelo biológico como central, o desvio da individualização e patologia, a ampliação de práticas para além da “presença de doença” e até mesmo a problematização da medicalização da vida cotidiana e horizontalização do que sejam práticas saudáveis (CFP, 2019, p. 20).

A saúde mental e a luta antimanicomial; a promoção de saúde mental e a prevenção do adoecimento e agravamento psicológico no cotidiano dos brasileiros, perante a precariedade de assistências para obter o mínimo de qualidade de vida; e a oferta dos serviços psicológicos na atenção ao cuidado individual e comunitário. Esses três pontos solicitam a inserção do psicólogo no contexto de ABS como inevitável, já que é a área de conhecimento específica aos cuidados de saúde mental.

A ABS surge como uma área de atuação para o psicólogo com grandes expectativas para a rede de saúde na construção de uma mudança na “racionalidade em saúde”, seu papel profissional implica o sofrimento ético-político, que contextualiza situações de vulnerabilidade e relações de exclusão de

modo geral. A atuação do psicólogo na ABS é compreendida a partir das circunstâncias previstas na situação sócio-histórica dos usuários do serviço de saúde, que determinam o processo de adoecimento e saúde, “um ethos a ser transformado” (CFP, 2019, p. 32).

No entanto, a entrada da psicologia na saúde pública não foi representada por esse pensamento, e conta com uma divergência nos primeiros anos de atuação. Voltada mais para um modelo biomédico, onde a clínica se mantém longe da real demanda que representava nos territórios subjacentes. Uma configuração de assistência pontual e sem organização sistemática (OLIVEIRA; COSTA, 2022) demarcada na década de 70 como a entrada na revolução da saúde em concentrar na prevenção das doenças, e depois durante o século XX uma nova revolução, agora centrada na saúde, que muda o olhar dos estudiosos e políticos, a partir do fenômeno epidêmico “o comportamento” (HELENO, *et al.*, 2022).

Essa perspectiva mostra como a visão centrada na doença é característica do modelo biomédico, pois parte do conhecimento científico da patologia. O campo muda quando se concentra na saúde tornando necessário a ampliação do foco, que caracteriza o modelo biopsicossocial. Os autores Heleno *et al.*, (2022), confirmam, ao afirmarem que as doenças com causas comportamentais são responsáveis pelo maior número de mortalidade.

A atuação do psicólogo na atenção à saúde perpassa sobre uma dimensão ética que contempla a ABS, como os princípios da relação do papel profissional e político. Não há uma condição que exija o que é, e não é permitido, mas uma construção contextual do cotidiano do psicólogo (CFP, 2019). E claro, considerando o Código de ética Profissional de psicologia e os princípios e diretrizes do SUS. Essa contextualização da prática do psicólogo na ABS é referenciada por Cintra e Bernardo (2017), quando afirmam que o profissional deve juntar seu conhecimento com o saber do usuário sobre sua saúde, para assim, construir no cotidiano de trabalho suas ações conforme cada UBS, cada comunidade e cada situação presente.

É relevante acentuar que a ligação da psicologia e a ABS é bastante nova, considerada ainda em formação pelo modo diferente de compreender esse lugar de atuação e a relação com o trabalho, mas também pelo fato cronológico, que foi a partir da atuação do psicólogo no NASF em 2008 (CFP, 2019). Para Oliveira e

Costa (2022), está na composição do NASF não configura de fato um lugar determinado para a atuação do psicólogo na atenção básica, em razão de não fazer parte da equipe mínima da saúde da família, apenas o enfermeiro e o médico (clínico geral) do nível superior. Por não haver esse local na promoção e prevenção em saúde, os psicólogos do NASF por muitas vezes exercem o papel de especialista na ABS. Um problema que transborda o sistema de ABS, que conforme Böing e Crepaldi (2010) esse fenômeno define o desconhecimento e a indefinição da atuação do psicólogo no trabalho de vigilância, qualificação e legitimação da continuidade do trabalho em promoção de saúde. Que ocorre a partir dos gestores das UBS, dos profissionais de saúde, e pelos psicólogos.

Ressalta-se que os Nasf-AB não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo (estes, quando necessários, devem ser regulados pelas equipes que atuam na Atenção Básica). Devem, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes, atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus diversos pontos de atenção, além de outros equipamentos sociais públicos/privados, redes sociais e comunitárias (BRASIL, 2017).

Apesar do NASF não compor o psicólogo em uma equipe mínima, foi ela até então que possibilitou uma inclusão mais característica com o modelo biopsicossocial, diferente da clínica biomédica, referente ao poder médico alimentado no SUS que se apresenta na equipe mínima da eSF. O NASF incorpora ações estratégicas advinda da reforma psiquiátrica como Apoio Matricial, Projeto Saúde no Território, Projeto Terapêutico Individual, Humanização, Clínica Ampliada, Práticas Integrativas e Complementares, e outras. As propostas têm relação direta com o conceito de saúde (OLIVEIRA; COSTA, 2022).

Dentre os fatores problematizados, aponta o funcionamento com base em cuidados profissionais exclusivamente por médicos e enfermeiras, destacando a ausência de uma equipe interdisciplinar. Segundo o consultor, há que se instituir um novo ciclo na atenção primária no Brasil, o que implicará assumi-la verdadeiramente, e não só discursivamente, como a estratégia de organização do SUS (BÖING; CREPALDI, 2010, p. 645).

É curioso, de antemão, analisar a atualização da PNAB de 2017 e as demais portarias de consolidação, desse modo, pode-se destacar que a palavra “saúde mental” não aparece em todo o texto, pelo contrário, aparece uma única vez a palavra “psicológico” localizada nos princípios e diretrizes do Art. 3º da Portaria n.º 2.436. Seguindo o mesmo raciocínio, é viável analisar o caderno de

atenção básica, n.º34, de saúde mental do Ministério da Saúde de 2013, as palavras psicólogo e psicóloga aparecem duas vezes cada uma, com duas menções do NASF. Atividades de promoção de saúde e intervenção em crises, não são mencionadas na intervenção psicológica o critério de participação e contribuição do profissional em psicologia. É preciso considerar a importância da preparação de outros profissionais para eventuais casos, mas isso não comete a uma ação direta. Mesmo sabendo da relevância do papel profissional da equipe e o fortalecimento do trabalho transdisciplinar, isso não substitui a atuação do psicólogo.

A própria pesquisa de Böing; Crepaldi (2010), demonstra bem esse assunto, mesmo que considerando o ano ela se mostra pertinente na figura atual:

[...] evidencia-se que as políticas públicas de saúde tratam da inclusão do profissional de Psicologia em um número reduzido de documentos, 14 dos 964 pesquisados e nestes há uma prevalência da sua inclusão nos níveis secundário e terciário de atenção. Ressalta-se que, com relação ao primeiro nível de atenção, os documentos determinam a inclusão do psicólogo em um único local: na equipe mínima da atenção básica do sistema penitenciário (BÖING; CREPALDI, 2010, p. 641, grifo nosso).

Conforme a pesquisa, os 14 documentos, retirando a ABS que já foi mencionada, se dividem nas seguintes atenções à saúde: 4 para a saúde de modo geral, sem especificar o nível de atenção ou o local de atuação; 6 documentos referenciam a atenção secundária e registram 7 lugares distintos, que apontam as equipes de atuação sendo o NAPS/CAPS, equipes de apoio em saúde mental e NASF; e por fim 4 documentos na atenção terciária, registrando 9 locais, entre eles hospitais e serviços especializados.

Cabe esclarecer que as equipes de apoio em saúde mental e os NASF não são claramente definidos nos documentos em um nível de atenção específico. Foram classificados como atenção secundária em função de seu processo de trabalho” (BÖING; CREPALDI, 2010, p. 641).

Os documentos referentes a ABS destinam o modelo de Apoio Matricial com a responsabilidades das equipes matriciais e eSF, com ações interdisciplinares e intersetoriais na presença desses profissionais, pois é o que a literatura espera da atuação na ABS. Explicando que uma equipe matricial é responsável por 8 a 20 eSF, como no caso do NASF. A ampla quantidade de eSF e o modelo de trabalho previsto, confirmado por Böing e Crepaldi (2010) a inviabilidade de sua execução, tornando o trabalho uma atuação especializada.

[...] a organização dessas equipes e seu processo de trabalho reforçam tal dicotomia, na medida em que mantêm a saúde mental como especialidade, e não como parte da saúde integral que deve ser abordada na atenção básica, no cotidiano da unidade local de saúde, na comunidade (BÖING; CREPALDI, 2010, p. 644).

Esta realidade coloca o serviço de saúde mental na ABS de frente a um vácuo, distanciando das ações primárias à saúde e ao mesmo tempo não realizando nenhum serviço devidamente. Uma falha que acarreta prejuízos no sistema, tornando difícil a solução de demandas, por impossibilitar as ações intersetoriais para estruturar o segmento das demandas primárias e secundárias. De modo contrário, uma demanda primária na atenção secundária, será mal assistida, levando a uma percepção de fracasso no atendimento ou incapacidade de recebê-la.

Na pesquisa de Rodrigues; Kostulski e Arpini (2021) os residentes se mostram disponíveis para um trabalho coletivo e sem limitação ao modelo clínico tradicional, que atenda aos princípios da ABS, no que condiz a literatura. Porém, revelam ter dificuldades com as cobranças para realizar atendimentos individuais, e encara o desafio do alto número de demandas para a psicologia. É necessário um olhar crítico para a ocupação do psicólogo na atenção à saúde pública, mais precisamente na ABS, é indispensável a reflexão ética e política no qual coloca a demanda da pessoa no centro do atendimento. É essencial carimbar esse espaço de atuação com o papel de analisar criticamente, costurar suas ações através do compromisso da profissão de psicólogo e atuar enquanto rede, em equipe multiprofissional.

Não cabe apenas delinear a atuação do psicólogo na rede de atenção como integrante da eSF para promover as mudanças sistemáticas na rede de ABS, depende também de outros fatores como a própria formação em psicologia, questões culturais e de identidade profissional, e a habilidade do psicólogo em “flexibilizar e contextualizar” o seu conhecimento com a prática, sem esquecer do posicionamento ético-político (BÖING; CREPALDI, 2010).

Importa acentuar que muitos psicólogos recém-formados, ao comporem as equipes de ABS, precisam repensar sobre a atuação desse profissional neste campo, assim, Oliveira e Costa, (2022) consideram a carência da consolidação das referências teóricos-técnicos durante a graduação de psicologia. Para o psicólogo atuar na área de atenção à saúde é necessário ter além dos

conhecimentos psicológicos os contextos epidemiológicos, de políticas públicas, antropologia da saúde, sociologia da saúde, educação para a saúde e outros. Esses conhecimentos atravessam as intervenções práticas do psicólogo na ABS que influencia na priorização da saúde global e não enviesada por um olhar psicologizante, com foco no mental. Por ser porta de entrada receberá todos os contextos de saúde-doença, portanto, após acolher encaminhará para as respectivas necessidades, como por exemplo, se for situação de abuso ou vulnerabilidade, entrar em contato com assistente social e/ou Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) (HELENO, *et al.*, 2022).

O Conselho Federal de Psicologia produziu a partir do Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP), o documento de “Referências Técnicas para a atuação de psicólogos(os) na Atenção Básica à Saúde”, um instrumento que orienta e qualifica a prática profissional auxiliando os profissionais e estudantes a demarcarem esse território com o compromisso ético-político da psicologia, caracterizando sua atuação numa perspectiva crítica em prol da sociedade na luta pela saúde como dever do estado e direito de todos (CFP, 2019). “Um profissional dessa política não pode estar alheio a esse cenário e deve assumir um posicionamento político a ele, em defesa do SUS e dos seus princípios doutrinários” (Oliveira; Costa, 2022, p. 19).

O que cabe nesse momento em debate é, ressaltar o quanto a inserção do psicólogo favorece e concretiza as ações devidamente previstas para a atenção básica, e que a ausência de um profissional de saúde mental na eSF retira a possibilidade de organizar o sistema de forma mais efetivo e concreto, para tornar o serviço integral e interdisciplinar, como centro condutor no cuidado à saúde mental. Os efeitos dessa ausência serão encontrados na complexidade da saúde integral, encaminhados para atenção secundária e terciária.

## **2. PLANTÃO PSICOLÓGICO**

### **2.1 Percurso histórico do Plantão Psicológico**

Primordialmente, o plantão psicológico tem origem nos anos 60, constituído por Rachel Lea Rosenberg, docente do Serviço de Aconselhamento de Psicologia (SAP) do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP), criado para oferecer à comunidade um novo tipo de serviço de pronto atendimento imediato, baseado em experiências no modelo norte americano “walk in clinics”. Na década de 1970, foi criado o Centro de Desenvolvimento da Pessoa (CDP) – grupo de psicologia Humanista baseado na abordagem centrada na pessoa, na qual Rachel era coordenadora e acreditava que o serviço prestado através do plantão psicológico - voltado para uma escuta atenciosa, empática e imediata centrada no cliente - tinha um efeito transformador diante das dificuldades na qual a pessoa se encontrava.

O plantão psicológico surgiu no Brasil a partir da prática de aconselhamento psicológico criada pela Abordagem Centrada na Pessoa (ACP) de Carl Rogers.

As primeiras práticas de acesso ao psicólogo no Brasil foram voltadas ao psicodiagnóstico e as dimensões teóricas do behaviorismo e a psicanálise. O surgimento do Aconselhamento Psicológico de Rogers contextualiza a entrada da Psicologia Humanista no país. O termo aconselhamento psicológico representa um movimento inicial estratégico de permissão da prática de escuta do psicólogo à população, que segundo Wrona (2013), a psicoterapia era prática exclusiva dos médicos psiquiatras. Com isso, Carl Rogers é considerado o responsável pelo reconhecimento dos psicólogos enquanto psicoterapeutas no Brasil (WRONA, 2013).

Antes do Roger aparecer no Brasil, o prof. Oswaldo de Barros Santos foi o pioneiro em transmitir a ACP no país, com a introdução da disciplina de Aconselhamento Psicológico no curso de psicologia da Universidade de São Paulo (USP) na década de 60 (HOMENAGEADO, 2003), e mais tarde, em 1969, junto com Rachel Léa Rosenberg, sua ex-aluna do curso, a criação do SAP no IPUSP (MORATO, 2008). A USP é reconhecida como uma das “primeiras instituições a integrar, oficialmente, a ACP como opção de prática na formação de psicólogos e



a oferecer aconselhamento psicológico no atendimento à população” (MORATO, 2008, p.98).

Rosenberg (1987), descreve em seu livro *“Aconselhamento Psicológico Centrado na Pessoa”* o caminho para a criação deste Serviço de Plantão Psicológico, originado no IPUSP, e sustenta a representação desse marco na história da psicologia, da clínica e da psicoterapia. Havia uma necessidade de promover um local de estágio na disciplina de Aconselhamento Psicológico do IPUSP (MORATO, 2006) e ao mesmo tempo, oportunizar os atendimentos psicológicos à comunidade, que fundamenta essa prática clínica (ALMEIDA, 2005).

Na época, as pessoas que procuravam o atendimento regular, estas tinham que ficar na fila de espera, assim, o “plantão” era oferecido como possibilidade de acolhimento mais rápido. Com o sucesso do serviço, o plantão psicológico ficou bem requisitado, mesmo com um número razoável de estagiários e salas disponíveis, os atendimentos se tornaram difíceis devido ao excesso de usuários aguardando atendimento. Esse contexto provocou as primeiras reflexões sobre as potencialidades do serviço e as implicações dos fatores contraditórios que ocorria com o excesso da demanda. As filas geradas no SAP fugiam da proposta de plantão psicológico (EISENLOHR, 1999). Com isso, o serviço foi paralisado por um tempo e, segundo Rosenthal (2012) ainda no mesmo período um novo serviço foi criado no Instituto SEDES Sapientiae (SEDES) como um curso de expansão.

É possível destacar que o Plantão Psicológico vem se desenvolvendo e se consolidando como modalidade clínica, nas pesquisas, projetos de extensão e práticas (FURIGO, 2008), mas acreditamos que com mais de 50 anos de prática é possível afirmar que a implantação se resume em trabalhos universitários de prestação de serviço, e escassas opções no contexto da clínica profissional. Será que os psicólogos não nomeiam sua prática como plantão psicológico? Mas será que eles conhecem o Plantão Psicológico, e tiveram experiência durante a graduação?

Miguel Mahfoud foi o primeiro a levar o assunto do plantão psicológico a público, em 1987, sistematizando a prática dessa modalidade clínica e suas formas de inserção em diferentes contextos (REBOUÇAS; DUTRA, 2010).

Apesar do Plantão Psicológico ter raízes na disciplina de graduação em psicologia, sua prática por muitas vezes aparece como trabalho extracurricular, como projeto de extensão. De acordo com Furigo (2008) é a partir da formação profissional, que é construído o perfil do psicólogo, em sua responsabilidade social e habilidades técnicas. Com o poder de explorar seu conhecimento de acordo com as problemáticas atuais da sociedade, com a visão política, econômica e cultural.

Pensar no surgimento do Plantão Psicológico é ir além das datas de criação, está relacionado ao contexto sócio-histórico e as movimentações em sua volta. Ainda sobre o livro de Rosenberg (1987), na introdução ela conta sua trajetória com o aconselhamento psicológico desde a graduação e mencionou sua amiga e colega de trabalho Lara Lavelberg, que provocou um olhar comunitário e político para a psicologia “ela que quis um país livre e uma psicologia justa”, no qual homenageia. A prática de aconselhamento psicológico durante o 5º ano do curso de psicologia no cursinho da USP “levou-nos a acreditar, definitivamente, num novo modelo clínico de Psicologia, que ultrapassava o consultório para chegar à comunidade” (ROSENBERG, 1987, p.3).

Está seria então a proposta do Plantão Psicológico, uma alternativa para os atendimentos psicológicos tradicionais, as psicoterapias, com valores fora da realidade de muitos? Ou seria uma modalidade de serviço para diminuir filas em clínicas? Será que uma forma política de deselitização da psicologia/ psicoterapia, já que este formato atente apenas uma camada da população favorecida economicamente? Provavelmente não são estes os motivos originais e primários, mas seus resultados acolhem à estas demandas sociais (WRONA, 2013) e da psicologia no Brasil.

É possível compreender o surgimento da prática de aconselhamento psicológico na USP como também uma manifestação ética-política. “A necessidade de a Psicologia acompanhando as mudanças sociais” “que demandavam para além da cientificidade de investigações, intervenções e teorias” “como valor ético no compromisso científico e social do psicólogo” “promover uma prática mais humanizante de atenção psicológica a instituições, reconhecendo seus profissionais como agentes sociais de mudança” (TARCINARI; DURANGE, 2011, p.52).

Muitos dos avanços que a psicologia vinha conquistando ao longo dos movimentos da classe até a regulamentação enquanto ciência e profissão, foram

significativamente barrados e regredidos com o golpe da ditadura em 1964 (MEMÓRIA, 1992).

Desse modo, a instalação do serviço de Plantão Psicológico no período de 1969, era uma novidade para a psicologia clínica (CHAVES; HENRIQUES, 2008) que devido a situação política de repressão, todos os movimentos na faculdade de filosofia, nas ciências humanas e sociais, eram traduzidos como luta contra a ditadura, diante disso, os revolucionários, caracterizando a posição da psicologia na sociedade e sua busca de reconhecimento e da regulamentação da profissão em 1962.

O Aconselhamento Psicológico, como prática, surge num cenário marcado pela absoluta necessidade de reconstrução das sociedades do pós-guerra. Havia necessidade por práticas psicológicas que contemplassem a destruição causada por esses conflitos, atendendo, como agir emergencial, à demanda de uma sociedade marcada pelo estilhaçamento das relações humanas: experiência de instabilidade e falta de sentido contemporâneas intensificadas pelo avanço sem precedentes de um capitalismo cada vez mais tecnológico. É, pois, a partir da própria demanda social que surge a prática do Aconselhamento Psicológico (MORATO, 2006. p.2).

Como foi mencionado anteriormente, a prática de atendimento psicológico era exercida por médicos e pedagogos, profissionais ligados a doença mental e ajustamento educacional. Após a regulamentação da psicologia como profissão no Brasil, os psicólogos tiveram uma grande luta para ocupar os espaços em defesa do campo profissional, dominados pelos médicos. Até o final da década de 70, os caminhos demarcados foram a psicologia clínica, organizacional e educacional (MEMÓRIA, 1992).

A prática clínica da medicina carrega fortemente a influência da psicanálise, com isso a Psicologia Clínica foi lançada no modelo clássico de atuação com foco individualizante, voltado para os processos psicológicos e psicopatológicos, no objetivo de diagnosticar e atender no formato de psicoterapia (TASSINARI; DURANGE, 2011).

Pensar a psicologia clínica vai além da patologização, da necessidade de traçar um diagnóstico do seu estado presente, é disponibilidade de tempo como cuidado e acolhimento das angústias, das situações problemas que o rodeiam. Dutra (2004, p. 384) confirma ao dizer que a prática clínica está presente “sempre que o sofrimento do sujeito cria uma demanda, mas não necessariamente quando se instala uma patologia”.

O percurso da contemporaneidade é explicar o ser humano em sua totalidade através das teorias, na perda da singularidade, pois ao entrar em contato com o sofrimento, a tristeza, a decepção e a frustração, é rapidamente levado ao diagnóstico de depressão. Compreender os acontecimentos como fenômenos que são partes do ser.

Desse modo, acolher o outro no seu sofrimento subjetivo, considerando a dimensão social, significa a des-reificação da sua natureza universal, ao se considerar o sofrimento como um momento do sujeito, com sentidos e significações diferentes para cada um, e de acordo com o seu modo de ser e de viver, não conduzindo, necessariamente, a uma patologia (DUTRA, 2004, p. 384).

Desse modo, elencar os assuntos da psicologia clínica, psicoterapia e as demandas sociais, elas remetem a compreensão de que não é apenas o modelo tradicional de clínica, a psicoterapia, que será o suficiente para atender as demandas sociais. Estar em uma crise ou emergência, não implica exclusivamente na necessidade de fazer uma psicoterapia. Com isso, a proposta do plantão psicológico foi fundamentada como uma modalidade clínica que desmistifica a noção de clínica na psicologia.

Por vezes, um único atendimento pode ser suficiente para aquele momento presente, como se apresenta o plantão psicológico. Furigo (2008, p. 187) corrobora quando afirma que “muitas dessas pessoas não procuram uma análise profunda de sua personalidade e muito menos possuem recursos financeiros para manter um tratamento desses”. A psicoterapia não é a única prática eficiente, e o plantão psicológica mostra esta evidência.

Na busca de literatura sobre Plantão Psicológico, os pesquisadores relacionam a prática como uma referência de democratizar o acesso da psicologia clínica, como atuação acadêmica de estágios ou projetos de extensão, e como acolhimento da singularidade, movimento de despatologização.

Diante das indagações dos contextos sócio-histórico para o surgimento do plantão psicológico, Mahfoud (1999) comenta que a proposta era inovadora para o que a comunidade da psicologia reconhecia como seguro para os saberes técnicos. Então, o autor afirma que, na época, o CFP em documento oficial registra a prática do plantão psicológico como técnica alternativa, regular e aceita, significando um rompimento de barreiras com os modelos tradicionais. Porém, o

Conselho esperava, na década de 90, uma avaliação com maior rigor científico conforme as pesquisas e práticas nas instituições superiores (MAHFOUD, 1999).

O plantão psicológico é reconhecido como uma prática clínica da psicologia, encontramos a citação acima de Mahfoud (1999) que afirma essa posição, mas na procura do documento no site do CFP direcionado para a regulamentação da prática, nenhum arquivo foi encontrado.

## **2.2 Conceituando o Plantão Psicológico**

O Plantão Psicológico surgiu em 1969, e tem quase a mesma idade que a Psicologia enquanto profissão no Brasil, regulamentada em 1962. No apêndice encontra-se uma linha do tempo para compreensão dos dados citados na seção anterior sobre o SUS, com a referência da psicologia e o plantão psicológico.

Para ser consolidado como uma opção de modalidade clínica, é necessário o conhecimento da prática entre os psicólogos. Porém, acredita-se que, ser oriundo do Aconselhamento Psicológico influencie a aproximação, afastamento ou desconhecimento do plantão psicológico. Os psicólogos da ACP conhecem normalmente o Plantão Psicológico através da disciplina de Aconselhamento e contexto histórico da abordagem.

O Platão Psicológico surgiu a partir do Aconselhamento Psicológico da ACP, e a discussão sobre o tema se torna necessária para conhecer e compreender a prática.

Em consonância a isso, a palavra aconselhamento aborda um assunto polêmico na psicologia, interpretada de diversas formas, até mesmo, dar conselhos, conforme usado no senso comum, o que causa estranhamento (ROCHA, 2011) ao entender como uma ação de direcionar o cliente, o que não alinha com o papel da profissão, independente da abordagem. Mas, a mesma autora corrobora ao afirmar que “não é assim, no entanto, que compreendemos e exercitamos o aconselhamento” (ROCHA, 2011, p. 120).

Pensar no Aconselhamento Psicológico é compreender seu processo de acontecimentos através da relação de pessoas que estão envolvidas, por meio de algo que seja preciso considerar atentamente as circunstâncias, que uma ou mais

delas estejam passando. O significado da palavra aconselhar e a compressão de Schmidt (1987) ajuda a entender:

Aconselhar – verbo, ação – condensa múltiplos significados. Desdobra-se e desloca-se em sentidos por vezes contraditórios, antagônicos. [...]aconselhar vem do verbo latino consiliare e nos remete a consilium, que significa com/unidade, com/união. Esta significação é importante, pois supõe a ação de duas ou mais pessoas voltadas para a consideração de algo. [...]Aconselhar, nesse sentido, não significa fazer ou pensar pelo outro, mas fazer ou pensar com o outro. (SCHMIDT, 1987, p. IX)

A perspectiva do Aconselhamento Psicológico é caracterizada pela disponibilidade do conselheiro para atender o cliente independente da demanda e, com isso, poder compartilhar e explorar suas queixas e tudo que for suficientemente necessário para o cliente. O conselheiro proporciona um espaço de acolhimento sem saber e direcionar o caminho do atendimento, que pode ser seguido como uma orientação, focando sempre na disponibilidade e flexibilidade em buscar alternativas de ajuda (REBOUÇAS; DUTRA, 2010).

A partir deste raciocínio pode-se entender o Plantão Psicológico. Questiona-se sobre a mudança do nome de aconselhamento para plantão, o que pode ter uma relação com o significado da palavra ou com a própria proposta da modalidade, para além da abordagem de origem. Não foi encontrado na literatura uma explicação para essa mudança.

O Plantão Psicológico está para além de uma abordagem psicológica, é uma atitude, uma escolha de disponibilidade de escutar o outro sem perspectiva de traçar nenhum tratamento, pois a existência dele é o tratar. É a oportunidade única de estar presente e disponível para o outro na crise, sem perspectiva de retorno e seguimento diagnóstico. É o “psicologista” na entrega do encontro sem a precisão da definição do acontecimento para psicodiagnosticar.

Ao saber que o plantão psicológico surgiu no modelo de aconselhamento psicológico proposto por Rogers, é possível identificar segundo Morato (1999), que o ele não priorizou às técnicas, mas sim às possibilidades de ajuda nessa relação, que, a partir das demandas sociais que surgiam, novas formulações eram criadas, neste campo por conta das necessidades. No entanto, não podemos reduzir o Plantão Psicológico a ACP. No primeiro livro sobre o tema de Rosenberg em 1987, Morato (1987) escreveu um capítulo no livro que provoca o questionamento sobre a ACP enquanto teoria ou atitude na relação de ajuda? E

logo mais tarde, Morato em 1999 lança um livro sobre *Aconselhamento psicológico na visão da fenomenológica-existencial*.

A palavra plantão tem origem do francês *planton*, significa soldado, algo que permanece firme e em alerta para servir; o sentido da palavra que indica o verbo plantar, do latim *plantare*, significa plantar algo na terra na espera de criar raízes; e, a própria palavra nos remete pensar nos trabalhos noturnos em hospitais e outras instituições (REBOUÇAS; DUTRA, 2010). O Plantão Psicológico indica o significado profundo da palavra, aqui trazida, na atitude do psicólogo para aquele que o procura, de manter-se plantado a disposição e de plantar junto na relação de acolhimento do sofrimento. Tassinari (1999) traz essa ideia de forma sensível ao “entender como um estar disponível diante de um organismo vivo que cresce e precisa ser cuidado”.

Considera-se o Plantão Psicológico como uma modalidade clínica contemporânea, com o olhar dimensionado às complexidades das novas demandas e configurações, voltadas em direção ao contexto histórico explícito na realidade de quem procura ajuda. O compromisso está em acompanhar o fenômeno psíquico seguindo a ordem da experiência subjetiva, e não padrões estabelecidos das características dos consultórios particulares. A preocupação geradora são os modos de enfrentamento dos desafios de inovação da psicologia no contexto da saúde mental (DANTAS, *et al.*, 2016).

O Plantão Psicológico caracteriza-se como acolhimento e escuta no exato momento que se procura ajuda, que promove um espaço de elaboração e resignificação do sofrimento, que através do atendimento os recursos necessários serão emergidos conforme escolhas e possibilidades para as demandas emergidas no atendimento (MORATO, 1999).

[...]um tipo de atendimento psicológico, que se completa em si mesmo, realizado em uma ou mais consultas sem duração pré-determinada, objetivando receber qualquer pessoa no momento exato de sua necessidade, para ajudá-la a compreender melhor sua emergência e, se necessário, encaminhá-la a outros serviços. (Tassinari, 1999, p.44)

A psicologia clínica está inserida no contexto de emergência da psicologia como um fenômeno contínuo. A realidade da prática clínica do profissional de psicologia estava direcionada apenas a uma atividade liberal de psicoterapeuta, restrita a pessoas com privilégio econômico (VIEIRA; BORIS, 2012).

A prática do Plantão Psicológico apresenta-se, portanto, como resposta aos fenômenos psicológicos no contexto social, isso corresponde a uma postura com compromisso ético ao papel do trabalho do psicólogo clínico. Para tanto, a importância de contextualizar o fazer clínico, inserindo-o numa perspectiva política e considerando a complexidade do humano, requer a articulação de métodos e referências padronizadas com as singularidades dos processos de subjetivação, de saúde e adoecimento (POMBO-DE-BARROS; MARSDEN, 2008).

Dessa forma, a proposta é disponibilizar um espaço de escuta e acolhimento, e disponibilizar-se a estar junto a elas atualmente, na problemática que emergir, promovendo os recursos e ampliando as possibilidades de compreensão, o que possibilita sua inserção em diversos contextos e órgãos (REBOUÇAS; DUTRA, 2010) da qual visam uma intervenção potente para a saúde pública, que esteja no alcance da população que depende do serviço.

O plantão psicológico é visto como uma prática eficiente para promover o maior número de atendimentos psicológicos por meio de uma modalidade clínica que explora a emergência do momento. Apesar do serviço ser uma excelente ferramenta na saúde pública capaz de atender a todos e democratizar o acesso ao psicólogo, este é o resultado e não a razão da modalidade. Para não configurarmos o plantão psicológico como uma ação voltada para atendimento social, de ações universitárias, que amaram sua atuação até os dias atuais.

Desse modo, desperta-se para entender, que ao mesmo tempo, atender as demandas contemporâneas não se deve atribuir ao objetivo do serviço do plantão psicológico a requisição da urgência na resolução das questões sociais, a prática não sustenta esta lógica (SOUZA; TEIXEIRA, 2022) apesar de dar conta das demandas emergências, o objetivo do plantão está na pessoa que sofre, e preserva o lugar de acolhimento e o que deixa em segundo plano a solução ou cura, como queira chamar.

A característica de uma prática democrática, acessível, que expande a oportunidade e autonomia, uma modalidade psicológica que transmite uma flexibilidade e plasticidade, considera-se a experiência do vivido a partir de suas demandas como centro e realidade da clínica (SOUZA; FARIAS, 2015).

A intenção não é ocupar o lugar da psicoterapia, muito pelo contrário, é ampliar as possibilidades de atuação. “É importante lembrar que o plantão psicológico não é solução para tudo; existem limites que são maiores, como à



grande desigualdade social e a defasagem dos serviços públicos” (REBOUÇAS; DUTRA, 2010, p.26).

A realidade econômica da população urbana nos apresenta um nível alto de desemprego e condições precárias de vida, com ausência de redes de apoio social, o que coloca a população em uma linha favorável ao nível elevado de estresse social e transtornos mentais (TASSINARI; DURANGE, 2011).

O plantão psicológico é um espaço aberto para expressão e manifestação dos processos de subjetivação, ilustrando as diversas dinâmicas e possibilidades de existência de pessoas inseridas em contextos sociais e econômicos adversos, por eles também, constituídos com poucas oportunidades para manifestar suas angústias e conflitos.

De acordo com a OMS, define-se saúde como “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não consistindo somente a ausência de uma doença ou enfermidade”, e, com o intuito de mapear a real condição de saúde e de vida da população, surge o Relatório Sobre a Saúde no Mundo (2001) que auxilia os órgãos governamentais na criação de políticas eficientes (TASSINARI; DURANGE, 2011. p.44).

Então, pode-se afirmar, que o plantão psicológico tem um perfil estratégico de clínica ampliada, a partir de suas características de acolhimento e acesso ao serviço de saúde mental, em sua atuação preventiva e junto à comunidade, explorando o trabalho interdisciplinar. “Para além da doença, é necessário que exista a produção de escuta, de vínculo e de fazer interdisciplinar para reorientar o cuidado em saúde mental de maneira efetiva” (AMORIM; ANDRADE; BRANCO, 2015, p. 148).

### **2.3 Tipos, implantações e definições**

O nascimento do Plantão Psicológico no SAP no IPUSP a partir da clínica social é conforme Rebouças; Dutra (2010) é uma referência do surgimento do plantão em outros contextos como escolas, hospitais, empresas, varas de famílias, delegacias e consultórios particulares. O que representa um chamado para a atualização das práticas tradicionais diante das necessidades do mundo

contemporâneo, como a clínica tradicional e outras atividades do psicólogo dentro das instituições e espaços de atuação parecem não dar conta.

O plantão surge como alternativa para driblar as inúmeras demandas, trabalhando com o inesperado e o momento presente, da urgência ou emergência. Ele precisa ser desenvolvido com flexibilidade e não sendo reduzido a uma clínica tradicional (DE SOUZA; DE SOUZA, 2011).

Uma pesquisa recente de revisão sistemática do plantão psicológico de Silva, *et al.*, (2020) destacou-se os locais de inserção a partir de trabalhos publicados, a área clínica segue liderando, já as áreas educacionais, delegacia da mulher e ligadas as políticas públicas de saúde aparecem em mesmo nível. Considerando a predominância da atuação universitária na prestação de serviço em diversos contextos de prática (BRANCO, 2021).

A intenção aqui é identificar as possibilidades de implantação do serviço de plantão psicológico em alguns contextos e, mostrar a flexibilidade da modalidade para atender às demandas de promoção em saúde mental. É possível dimensionar as práticas em instituições públicas ou privadas; direcionadas a um público específico ou aberta a comunidade; sendo projetos de implantação universitária ou ação de um profissional presente em alguma instituição; em clínicas, considerando as clínicas-escolas e os consultórios privados; e por último a modalidade online como ferramenta rica no mundo contemporâneo. Atrelando a praticidade para quem tem acesso à tecnologia, pois durante a pandemia esse foi o recurso possível.

Trabalhar com o plantão pode contribuir com o esvaziamento de filas ou redução de demandas, pois muitos casos um encontro pode ser suficiente, e se for necessário encaminhar para outros serviços. Apesar que o objetivo do plantão não é a diminuição de filas de espera em atendimento psicológico individualizado, mas, ele provoca uma abertura para sanar inúmeras demandas (MENDES; NAVES, 2021) de quem guarda sofrimento porque não tem espaço ou oportunidade para compartilhar e organizar seus conflitos e problemas.

Na escola, por exemplo, um ambiente vivo de oportunidades à aprendizagem e desenvolvimento, a cobrança por competência é frequente. A equipe de profissionais e os alunos, além disso, lidam com várias questões e implicações pessoais, sociais e econômicas que afetam a vida de modo geral. O plantão para os educadores é uma atitude de cuidado, de promover um espaço de

fala, colocar para fora suas angústias que perpassa por sua vida pessoal e afeta sua atitude perante os alunos (NUNES; OLIVEIRA; MELO, 2019). No caso do plantão psicológico para os alunos, o espaço de acolhimento surge como uma referência para eles, e um termômetro do estado de saúde mental do contexto escolar. A promoção desse lugar está voltada para a saúde mental e não para a solução de problemas, o interesse está na relação e responsabilização.

Na escola são várias atividades que os psicólogos escolares precisam dar conta, que outras demandas ficam sem espaços no planejamento, da mesma forma que em outras instituições, e por muitas vezes, quando algo acontece e surge uma demanda a parte, o psicólogo para sua atividade e abre o espaço para atender. Já nos hospitais ou serviços à saúde, sendo público ou particular, existe uma dificuldade ou ausência de acesso ao psicólogo, pois ele exerce outras funções e atividades.

A proposta inicial do plantão psicológico se configura numa disponibilidade mais livre na duração do acolhimento sem um tempo pré-determinado previamente, e uma escuta no momento do sofrimento. No contexto do Hospital encontraremos a pessoa em sofrimento e/ou adoecimento em certa desorganização na vida do paciente e da família, na busca de clarificar seus sentimentos e significados que demandam seu sofrimento. Sendo possível, a equipe plantonista está disponível para atender toda a comunidade hospitalar, enquanto pacientes, familiares e acompanhantes, e a equipe multiprofissional (CARVALHO *et al.*, 2021).

A proposta do plantão é promover um espaço para escuta urgentemente no momento que precisa ou o mais próximo possível. É importante que o psicólogo reservar um período para esse serviço sem a necessidade de ser interrompido para exercer outra atividade. Um momento de entrega para aqueles que precisam e procuram ajuda, uma luz, um ouvir de forma empática.

Muitas vezes o plantão é ofertado à comunidade. Dentro desse contexto, é válido ressaltar, que há também a prática voltada para os trabalhadores da instituição, como promoção de saúde mental. O que implica nessa implantação é que se o psicólogo que atuará no serviço trabalhar na instituição e tiver relação direta com os funcionários terá um problema para exercer esse papel de escuta, pois implicará no vínculo e na confiança da fala.

A prática do plantão pode ser vista enquanto uma modalidade ou serviço. O serviço de plantão psicológico pode ser compreendido para Branco (2021) “com base em uma abordagem, composta por uma teoria psicológica e um método clínico; estabelecido em diversas áreas de atuação profissional”. Apesar do plantão ter raízes na ACP por questões epistemológicas do Aconselhamento Psicológico, outras abordagens já aderiram a essa prática como por exemplo a Fenomenologia Existencial (MIGUEL; MAHFOUD, 1999; HENRIETTE; MORATO, 1999), a Terapia Cognitiva Comportamental (PIMENTEL-DE-MEDEIROS *et al.*, 2021), a Psicanálise (ORTOLAN *et al.*, 2019), a Yunguiana (FURIGO, 2006), e a Gestalt-terapia (SOARES, 2019). Apenas uma representação das possibilidades de abordagens psicológicas no plantão.

Incentivar o desenvolvimento do plantão psicológico em outras perspectivas pode ser um movimento importante no sentido de trazer à baila não apenas outras compreensões do que vem a ser o atendimento psicológico na urgência, mas também de estratégias e recursos que podem ser utilizados para o acolhimento e para o bem-estar psicológico daquele que busca ajuda (SCORSOLINI-COMIN, 2015).

Ampliar a oferta de serviços de plantão psicológico, implica encarar os desafios da implantação. Requer a compreensão do plantão psicológico como um projeto de possíveis parcerias, com um ambiente estruturado o suficiente para os psicólogos e plantonistas atenderem a quantidade de demanda que o local necessita. No caso de órgãos públicos, a parceria pode ser feita com universidades para obtenção de extensionistas, estagiários e profissionais para atender juntamente com o psicológico, no caso psiquiatras.

É preciso realizar um mapeamento e territorialização dos demais serviços ofertados na comunidade para possíveis encaminhamentos, atentar-se para a divulgação em campos estratégicos com maiores demandas psicológicas. Compreende-se que isso também pode levar a um aumento na procura do atendimento do plantão (Mendes; Naves, 2021) gerando filas, desistências e não atendendo a todos que procuram. Por isso, é preciso ficar atento para o plantão psicológico não acabar com sua originalidade de atendimento emergencial.

Sem comprometer a real proposta do plantão, a questão é promover o acolhimento, é querer estar com o outro que o procura no momento real de sofrimento, sem previsão de intervenção, apenas com o problema que surgir e com o que se tem de suporte naquele instante, ampliando a visão sobre as

possibilidades (MAHFOUD, 1987). Isso é promoção de saúde em uma perspectiva de prevenção a partir da clínica do plantão psicológico. A questão necessária é oferecer o espaço para democratizar o acesso à psicologia, e favorecer as pessoas que conforme Silva *et al.*, (2020) estão à margem da sociedade e que independente da sua demanda o foco é definido por quem procura ajuda.

É por essa sistemática que o plantão psicológico traz a partir dessa configuração que se viabiliza a sua inserção em diversos contextos de atuação do psicólogo, desconstruindo uma visão de clínica tradicional como ferramenta única de atendimento clínico psicológico, que amplia o acesso para alcançar o nível social minoritário (SILVA, 2020).

#### **2.4 Plantão Psicológico: a clínica contemporânea no SUS**

Em definição e características, o plantão psicológico se configura como uma clínica contemporânea, que se adapta ao cenário atual de demandas presentes na sociedade brasileira, com atendimentos psicológicos de urgência e emergência, no qual quem numera essa relevância é a própria pessoa que procura o serviço.

Para localizar o serviço do Plantão psicológico no SUS, identifique a realidade atual de acesso ao atendimento psicológico no Brasil e associe com os três princípios básicos do SUS: universalidade, equidade e integralidade. Contudo, um problema recorrente no serviço de saúde pública do Brasil é a escassez e o temor da fila de espera. Em 2018 no Datafolha/CFM ocorreram 3 pesquisas que denotam: queixa por tempo de espera, sendo o fator com avaliação mais negativa do SUS; a percepção dos brasileiros sobre a saúde, em que 89% classificaram como péssima, ruim ou regular, contando a saúde pública e privada; e o estudo que revela a dificuldade de acesso a serviço na rede pública de saúde, sendo 59% de atendimentos com profissionais não médicos, como psicólogos, nutricionistas e fisioterapeutas.

Desse modo, cabe ao SUS garantir o acesso ao sistema público de saúde de forma universal e igualitária, com o foco em reduzir risco, doenças e agravos da população em serviços de prevenção, proteção e recuperação. Conforme o IBGE (2023) a projeção da população do Brasil, em dezembro 2022, chega a

quase 210 milhões de pessoas. Em 2019, antes da pandemia, o IBGE divulgou que 71,5% dos brasileiros (referente a 150 milhões de pessoas na época) dependem do SUS para tratamento na rede pública de saúde (IBGE, 2020).

Com os resultados das pesquisas acima, há pelo menos três pontos que se alimentam entre si: a incapacidade do SUS de cumprir com a grande demanda de acesso ao serviço, a necessidade do serviço pela maior parte da população, e a insatisfação das pessoas com o serviço público de saúde.

Do mesmo modo, na saúde mental a situação não é diferente, e a população afirma ter dificuldade de acesso aos atendimentos com psicólogos na rede pública, com fila de espera e agendamento prolongado. Assim, é improvável o atendimento psicológico de clínica tradicional dar conta dessa realidade, e intervir perante a quantidade e o tempo para as demandas (GÓES; PORTO; FRENANDES, 2021). Podemos ver que a Psicologia Clínica, desde seus primórdios, quase que invariavelmente respondeu ao sofrimento de um paciente com a ideia de tratamento, através da psicoterapia individual (TASSINARI; DURANGE, 2019).

A prática do plantão psicológico viabiliza esta dinâmica de atendimento, a expressão da urgência psicológica representa a não relevância do psicodiagnóstico. A consciência de que o atendimento pode ser único, torna-se um grande fator de mobilização tanto para o cliente, quanto para o psicólogo (TASSINARI; DURANGE, 2019), dessa forma as características do plantão na realidade do SUS enquanto atendimento com o inesperado e demanda da pessoa atendida. A agenda dos psicólogos pode incluir essa modalidade de prática ou até mesmo a implantação como serviço, integrada ao planejamento de ações, destinando um dia ou turno específico para esta demanda.

Com isso, o plantão psicológico surge como estratégia para ampliar o acesso ao cuidado e acolhimento no serviço de saúde mental, que garante um maior fluxo de pessoas atendidas sem perder o propósito e a qualidade do serviço (GÓES; PORTO; FERNANDES, 2021) reconhecendo que esta modalidade ou serviço não é autossuficiente no serviço de saúde pública.

A necessidade de acolher a todos que procuram cuidado à saúde é a proposta do SUS. O plantão psicológico por sua abordagem de caráter emergencial, visa garantir que esse acesso seja facilitado e agilizado o quanto

antes. Por isso que o plantão surge como uma clínica contemporânea do SUS, que se encaixa bem com seus princípios.

O plantão psicológico no SUS também conta com a articulação das redes, na medida que os plantonistas recebem as demandas, assim, é possível compreender as que são coletivas da comunidade. É possível pontuar que através dos atendimentos que surgem as necessidades, assim, outras instituições públicas e/ou projetos sociais, a quais serão integradas nas informações de territorialização, servindo para realizar encaminhamentos e trabalhos parceiros. Pois essa é “a emergência de trabalhar com as questões provenientes da pessoa atendida, pois se sabe, que a psicologia também possui um papel fundamental na prevenção de transtornos, agravamento de quadros psicológicos, e outros prejuízos”. “É possível enxugar as demandas e/ou espera de atendimento do SUS, podendo beneficiar todos que dependem e usufruem de tal sistema” (GÓES; PORTO; FERNANDES, 2021).

Quem está em sofrimento tem pressa pelo cuidado, tem sede de acolhimento e escuta, a espera prolongada, a ausência de escuta por longo tempo pode levar a piora da situação da saúde mental e comprometer as atividades do dia a dia, como trabalho, estudo, os cuidados da casa e de si, entrando em estado de vulnerabilidade psíquica. E para os que já vivem em situação de vulnerabilidade social, a situação é ainda mais preocupante e delicada.

[...]A rede amplia os espaços de cuidados da doença, funcionando como agentes de ajuda, encaminhamento e incentivo a utilização dos sistemas de saúde e ao autocuidado. [...]da mesma forma que uma rede fortalecida pode trazer benefícios ao cliente, uma rede que não tenha essas características pode dificultar o processo de acesso à saúde. (GÓES; PORTO; FERNANDES, 2021. p.5331).

O plantão no contexto do SUS agiliza e aumenta o número de acesso, abrindo a possibilidade de as pessoas terem acesso ao serviço da psicologia, já que o acesso ao psicólogo no SUS está por muitas vezes interligado ao CAPES, com o foco no psicodiagnóstico e no tratamento. Pois, além dessa possibilidade, apenas a opção do psicólogo em clínica privada, algo fora da realidade de quem depende do SUS. Então o plantão psicológico pode favorecer a promoção do acesso à saúde mental na saúde público do Brasil.

### **3 A NOÇÃO DE SAÚDE E O PLANTÃO PSICOLÓGICO: UM OLHAR FENOMENOLÓGICO**

O plantão psicológico enquanto modalidade clínica contemporânea, dimensiona seu olhar aos fenômenos que a sociedade demanda da clínica, que se caracteriza no acolhimento da escuta em contato com o momento presente, a garantia da emergência daquele que sofre, sem perder de vista a pessoa que surgiu, única, para as categorias patológicas.

Por muitos anos, a psicologia clínica estava direcionada apenas a uma atividade liberal de psicoterapeuta, restrita a pessoas com privilégio econômico. Os serviços de suporte psicológico da rede pública, apresentados anteriormente, representam um avanço, porém na ABS a escassez é enorme. Essa dificuldade de acesso, encarada pela população constantemente, muito está relacionada com a noção de saúde neste contexto. Por conta da especificidade e o foco nos casos graves com prescrição de tratamento. Parece não haver espaço para casos ocasionais, que demandam apenas uma escuta única, sem foco de medicalização e continuidade do tratamento.

A proposta é através do plantão psicológico apresentar a compreensão de saúde, e a partir da atitude fenomenológica juntamente relação da psicologia enquanto ciência no âmbito da saúde. Nesta seção a ideia é problematizar a metafísica presente nos estudos da saúde, centrado na medicina, que remam na contramão da perspectiva de saúde sob o olhar fenomenológico, a partir da redução fenomenológica, conforme o filósofo Heidegger. Uma crítica a um possível instrumento social, tecnologia de poder, com base no sistema de biopoder em Foucault.

O sistema de saúde brasileiro se organiza a partir da linha médica cartesiana que parte do problema para o tratamento e as medicalizações. Como a Psicologia se encontra neste contexto de atuação? Para responder é preciso entender que temos várias psicologias – abordagens teóricas – que contextualizam com os períodos históricos e epistemológicos.



### 3.1 Saúde e doença: um olhar fenomenológico

O conceito de saúde e os pensamentos sobre doenças estão presentes fortemente na metafísica, que compreende a partir dos fundamentos ontológicos, a medicina e seus diagnósticos, que se sustentam neste caminho até hoje. Independente da época, a linha ontológica foi o apoio para a compreensão e o diagnóstico, no qual apresentam as doenças em suas classificações, predomina sua recorrência à metafísica, e a necessidade dos métodos ontológicos para identificar os fenômenos ônticos (NOGUEIRA, 2007).

Neste sentido, a saúde é compreendida a partir das classificações do padrão normal e anormal pré-estabelecidos e comparados com o estado presente da pessoa, uma interpretação da saúde enquanto uma dinâmica física e mensurável. Sendo assim, com esse modelo de pensamento, por exemplo, o médico exerce o poder da cura com a “verdade científica”, e pode afirmar quem tem o conhecimento e o controle da saúde na sociedade. Uma maneira de operar sobre a vida do corpo social introduzindo a ciência médica como forma determinante, que traduz as manifestações do sujeito nos processos vitais, objetivando a mensuração e regulação, para que se torne necessário a medicalização enquanto instituição biopolítica para o problema “doença” (DUARTE, 2006). Como afirma Foucault, “poder de causar a vida ou devolver à morte” (1999, p.130).

Administrar a vida e o corpo da população através desse modelo de pensamento, é expor a todo modo que a própria pessoa não sabe sobre si mesma, e está nas mãos de quem detém o conhecimento científico empirista. Colocá-la, por exemplo, refém do modelo biomédico, impede o desenvolvimento de sua autonomia, objetivando os corpos e tornando-os manuseáveis para a produção dessa tecnologia de poder, que se volta a acreditar ser o único caminho, e o melhor.

Foucault, descreve em seu livro “*O nascimento da clínica*” o modo como o corpo humano é um espaço da natureza que origina as partes repartidas da doença, as classificações categóricas que se baseiam nos traços medidos das linhas e superfícies fixados na imagem categorizada, no atlas de anatomia (2014). “Na perspectiva terapêutica, gerada e praticada pela faculdade de medicina, a

saúde não tem nenhuma relevância, pois o que se pretende é a supressão ou eliminação da doença por fatores e procedimentos práticos” (ALMEIDA FILHO, 2011, p. 21). “Atitude que “impede toda indiscrição terapêutica” (FOUCAULT, 2014, p. 7).

A subjetivação do ser como abertura para compreender sua existência e os fenômenos, não mais como um modelo teórico-explicativo que responde a verdade sobre o ser, mas sim, a clarificação no âmbito das possibilidades de ser-no-mundo. Heidegger, apresenta a desconstrução desse processo de objetivação na metafísica e na ciência moderna, quando se refere a essência do ser-aí como a sua própria existência, e não como substância capaz de objetivar (CARDINALLI, 2015).

A liberdade é a essência do homem em direção à clareira do ser, sua ausência impossibilita compreender os entes em sua totalidade (HEIDEGGER, 2001). Enquanto liberdade, o homem é a potência do ser, diferenciando-o dos objetos e animais (NOGUEIRA, 2007). Enquanto tal representação do homem, o modo existencial do ser é capturado por essa imagem, e se apresenta na relação vivencial do ser-no-mundo.

Para Heidegger a saúde e a doença são manifestações de ser do *Dasein*, que a natureza detém o poder espontâneo de cura (*natura medicatrix*), ou seja, a cura natural, onde o próprio corpo diante da doença se movimenta naturalmente para combater e recuperar o equilíbrio (NOGUEIRA, 2007).

O fator espontâneo de cura nos coloca a pensar sobre a relação de poder sobre esse corpo que adocece. Na predominância da posição biomédica, mesmo está sendo hoje revertida pelo modelo biopsicossocial. Esse fator é ignorado na intervenção, o foco é na descoberta da classificação nosológica, na presença da doença, e no invisível do corpo real que se apresenta.

A partir da interpretação correta dos sintomas da doença, o sucesso da cura dependera apenas do medicamento. E todo o “mérito” e “poder” é entregue nas mãos daquele que tem a bússola do caminho da cura, o “médico”.

Historicamente tal compreensão do poder espontâneo de cura do corpo vem da antiga ontologia da *physis* assumida pelos médicos gregos, para quem a saúde é um equilíbrio de poder (*isonomia*) ou mistura apropriada (*krasis*) entre elementos ou humores do corpo, enquanto a enfermidade é o seu contrário, uma espécie de desequilíbrio ou desordem (*diskrasia*) (NOGUEIRA, 2007, p. 436).

Em contrapartida a liberdade do *Dasein* como clarificação do fenômeno e poder espontâneo de cura, Foucault apresenta a imagem da sociedade durante o século XVII para o XIX que perpassa pelo poder biopolítico. A luta que surge a biopolítica, que configura a construção histórica desse homem como objeto empírico, disciplinado e controlado pela política estatal (DUARTE, 2006), que ao “dominar” a vida, conceitua o poder da morte.

A doença não é a pura negação da condição psicossomática da saúde. O ser sadio, o estar bem, o encontrar-se bem, não está simplesmente ausente: está perturbado. A doença é um fenômeno de privação. Toda privação implica a co-pertinência essencial de alguma coisa que se privou de outra e que precisa desta outra coisa (HEIDEGGER, 2001, p. 73).

Desse modo, a compreensão de doença partirá dos fenômenos que percorrem o processo de privação dessa clarificação, que impossibilita a espontaneidade da cura. Para Heidegger, o fenômeno de privação ocupa o espaço do ser que adocece, mas não quer dizer uma simples negação de saúde, por isso, é preciso ter cuidado na lógica dialética, esta compreensão deve partir do modo de existir e se confirma como uma privação ontológica (NOGUEIRA, 2007).

De qualquer forma, não se pode desconsiderar o lugar da ciência objetivista da medicina, mas é preciso ressaltar os fenômenos que não pertencem a esta compreensão cartesiana. Então sabe-se que a medicina não obtém o poder da cura, pois não faz parte da doença, mas da própria saúde humana, apenas através do funcionamento orgânico das forças vitais do corpo que se sustenta na própria *arché* da *physis*” (NOGUEIRA, 2007).

Portanto, Heidegger enfatiza que a *téchne*<sup>2</sup> jamais conseguirá substituir a *physis*<sup>3</sup> e tornar a *arché*<sup>4</sup> da saúde, e alcançar a natureza substancial do corpo físico através da técnica, pois o possível para o filósofo é apenas contribuir com a *physis* apressando ou não o tempo da cura. O filósofo ainda afirma que, a perspectiva só seria possível se a vida fosse tecnicamente produtível, nesse caso não existiria a saúde, logo não haveria o nascer e o morrer (NOGUEIRA, 2007).

<sup>2</sup> Segundo o Oxford Dictionary, *téchne* (τέχνη) traduz-se em inglês por “craft”, o que em português, significa habilidade, nomeadamente técnica, num sentido amplo: o poder de transformar a matéria em algo.

<sup>3</sup> Segundo a oficina de filosofia, *physis*: significa, no contexto dos primeiros filósofos, o conjunto de todas as coisas naturais que existem.

<sup>4</sup> Segundo a oficina de filosofia, *Arché*: significa a fonte, a origem e a raiz de todas as coisas da *physis*, de onde as coisas vêm e para onde vão.

Deste modo, não cabe a análise da causa física e efeitos mensuráveis “como” processo determinista, pois o homem em sua essência manifesta sua potencialidade conforme suas demandas em relação ao mundo. Este pensamento nos coloca em um papel de autonomia e proprietário do nosso próprio corpo, enquanto fonte de poder de cura.

Então, compreender a saúde conforme a perspectiva fenomenológica existencial de Heidegger, é abrir portas para um caminho contrário da força que predomina no sistema de saúde no Brasil, mesmo que haja políticas para humanizar a rede de assistência à saúde sob o olhar biopsicossocial, como a política de humanização, o olhar biomédico ainda é predominante.

Pode-se indagar que o fenômeno da doença é produto que sustenta o sistema de biopoder, como contribuição da saúde do homem, na posição determinista das técnicas de controle das necessidades humanas. Porém, a psicologia tem seu papel de poder na sociedade, e com isso, refletir sobre a sua posição perante a sociedade na questão problemática de saúde pública.

### **3.2 A Psicologia fenomenologia existencial**

A Psicologia enquanto ciência moderna torna-se um conhecimento próprio, com várias abordagens e posições epistemológicas. Dessa forma, unificar a área, encontrar o objeto e o método torna-se um trabalho árduo para o emprego desta ciência. É fundamental compreender os estudos históricos epistemológicos para problematizar o contexto teórico e metodológico da Psicologia Científica Moderna (MASSIMI; CARDOSO, 2013).

Para ser considerada ciência, a Psicologia precisou, no final do século XIX, assumir o método das ciências exatas e naturais, que considera a experiência objetiva de caráter científico. Wilhelm Wundt (1832-1920) foi o fundador dos estudos da psicologia experimental, e, após as críticas de Kant ao dizer que para a psicologia se tornar ciência separada da filosofia deveria seguir o modelo das ciências naturais com objeto claro capaz de realizar análises, ele supera essas críticas e fundamentam os estudos das experiências internas através das sensações corpóreas, como matematização dos processos da consciência (MASSIMI; CARDOSO, 2013). Wundt consolidou a psicologia

enquanto ciência com o método de introspecção experimental, tornando um caminho possível para estudar as experiências subjetivas de modo objetivo.

Conforme o sistema biopolítico citado por Foucault, anteriormente, é estruturado o modelo do que é normal na medicina, que no período do século XVIII imperava-se a intervenção sobre o corpo humano em prol da força para a produtividade, porém os fatores de normalidade, que denominava os parâmetros de rendimento social, sua capacidade e possibilidades funcionais, passaram a ser consideradas através da medicina mental, com a psicologia e as ciências sociais (ALMEIDA FILHO, 2011).

Diante disso, importa acrescentar que a consolidação marcada no contexto alemão do século XIX, na herança dos filósofos do século XVII e XVIII, enraíza a Psicologia enquanto ciência à luz da metafísica. Desse modo, a psicologia científica foi proposta por Wundt e James no final do século XIX, que elaboraram o projeto sistemático e iniciou-se a psicologia moderna. Esta contextualização apresenta uma relevância para a compreensão do crescimento da Psicologia científica separada da metafísica (ABIB, 2009).

Para Ales Bello (2006) a fenomenologia enquanto proposta filosófica surge baseada na psicologia, como oposição aos modelos da metafísica. Edmund Husserl (1859-1938) funda a fenomenologia em oposição ao psicologismo, acreditando que a verdade do enunciado não depende da estrutura psicofísica que a lógica e a filosofia não reduzem à Psicologia.

Para Husserl, a fenomenologia seguia o caminho da gnosiologia, que se direciona para refletir em torno do conhecimento, à natureza e aos limites; o interesse está relacionado ao “como é possível conhecer o objeto, seja ele natural, psíquico ou espiritual” (MASSIMI; CARDOSO, 2013, p. 57).

A filósofa Edith Stein (1891-1942) aborda a consciência com relação a denominação de pessoa e define como subjetividade. Mas para Heidegger, superar a metafísica implica a superação da subjetividade e, com isso, o termo *Dasein* vem como possibilidade de discussão, não para definir o sujeito, mas para designar o composto alma e corpo, o ente lançado no mundo, em constante relação com outros entes, o ser *Dasein* humano (FERREIRA, 2017).

Para Seibt (2012), os caminhos na investigação Heideggeriana, ocorrem a partir da concepção de mundo onde a existência (ser-no-mundo) é transcendência, sendo assim "o fosso que separava o sujeito e o objeto foi coberto

pela unidade entre a existência e o mundo, garantida pela transcendência" (Binswanger, 1967, p. 238 apud SEIBT, 2012 p. 210).

A respeito do movimento epistemológico, Husserl comenta sobre a posição contrária ao conhecimento vigente que carrega séculos de exercícios de pensamentos:

Neles, tudo o que é desconhecido é horizonte de algo conhecido. Todo empenho metodológico se prende ao já dado, todo aprimoramento do método, a um método já existente; trata-se, no geral, de mero desenvolvimento de métodos especiais, que se adaptam ao estilo já prefixado e estável de uma metodologia científica verificada e seguem esse estilo nas suas descobertas. Quão diferente é na fenomenologia! (HUSSERL, 1913, apud MASSIMI; CARDOSO, 2013, p. 57,).

Assim, a fenomenologia enquanto ciência de fundamentos absolutos, irá se ocupar então, da análise das vivências intencionais do sujeito transcendental (MASSIMI; CARDOSO, 2013. p. 59), o qual possui as facetas subjetivas e objetivas, pois ambas são necessárias para compreender a vivência, sendo assim, a intencionalidade da consciência é uma manifestação para romper a divisão entre o sujeito e objeto do conhecimento (MASSIMI; CARDOSO, 2013).

Então, o estudo filosófico de Heidegger se movimenta enquanto ciência ontológica, já que a ciência ôntica se ocupa de uma área delimitada de objetos, a partir da qual é possível dialogar e respeitar os níveis nos quais os envolvidos se movimentam. A analítica existencial de Heidegger não quer ser uma filosofia que forneça elementos ontológicos, mas afirmações ônticas sobre o homem a partir da descrição fenomenológica, tornando uma ciência empírica fenomenológica. Quando se retrata de ciência empírica, neste caso, não se refere as positivistas com formato metódico que busca descrever, explicar e controlar (SEIBT, 2012).

As contribuições de Seibt (2012) em sua pesquisa sobre "Heidegger e a Psicologia existencial" nos oportuniza compreender que o projeto de Heidegger de superação a objetivação da existência do homem, ao esconder o seu existir, considera uma profunda avaliação dos fundamentos que sustentam a nossa civilização, recolocando as condições originárias de qualquer comportamento teórico.

Desse modo, muda o olhar do psicólogo e/ou do médico, por exemplo, para os transtornos mentais, que passa a compreender esse fenômeno como alterações na estrutura essencial e relações estruturais do ser-no-mundo, como função transcendental, que liga a natureza do espaço e tempo para fundamentar a

compreensão da análise existencial (SEIBT, 2012). Não mais reconhece apenas o pensamento reducionista das disfunções orgânicas.

Então, a psicologia abre uma nova proposta, do modo que, a técnica não se encontra no centro da atuação do psicólogo. A psicologia fenomenológica parte da perspectiva do fenômeno que surge, sem o direcionamento para classificação das categorias que nomeiam o ser humano, mas para a experiência que descreve o próprio vivido. Então, o controle sobre a denominação do outro perde sua força, como também o direcionamento, isso implica no olhar sobre os diagnósticos.

No entanto, ao reconhecer que a Psicologia faz parte das instituições sociais de poder, como também o Estado e a Medicina. Duarte (2006) debate as questões que Foucault expõe em seu estudo:

[...] inovou a teoria social ao pensar o poder como um conjunto plural de práticas e relações sociais constituídas historicamente, ativas por meio de dispositivos estratégicos que alcançam a todos, visto que tais poderes se exercem no interior das instituições sociais em que se desenrola a vida cotidiana do indivíduo moderno: a escola, a fábrica, a prisão, a família, o hospital, o exército (p. 110). [...]o poder é pensado como relação que se exerce, que impõe efeitos, que funciona de maneira positiva ao produzir realidades e não apenas como força negativa de destruição e repressão (p. 111).

A Psicologia científica fenomenológica aqui apresentada, considerando a noção positiva de “poder” que exerce na relação com a população, trilha um caminho de resistência à normalização e controle, ou como Heidegger menciona, a “superação” diante dos padrões exigidos pelo sistema estatal. Por isso abordaremos a proposta do plantão psicológico como uma clínica contemporânea que promove o espaço de escuta e uma posição da Psicologia exercendo o “poder” de forma ética no papel profissional perante as demandas da sociedade.

### **3.3 Plantão Psicológico como democratização do acesso e efetivação da saúde integral**

No âmbito da ABS, a população tem acesso ao serviço de psicologia através de ações das equipes que compõem o profissional ou com o NASF. A carência do psicólogo na ABS provoca uma maior demanda de saúde mental e torna o acesso burocrático, o que surge a necessidade dos médicos e demais

profissionais encaminhar para o CAPES. O que nos leva a refletir sobre esse direcionamento como fenômeno de adoecimento mental para a oferta do serviço.

Nesse panorama atual da rede de saúde mental, é difícil encontrar um cenário possível de oferta de serviço para atender casos leves de emergência psicológica, como angústia e conflitos que perpassam no cotidiano e afetam a saúde mental de todos nós. Desse modo, cabe uma escuta qualificada, o acesso ao psicólogo para um atendimento de forma autônoma, daquele que sofre e procura ajuda. Um momento que pode ser única, um suporte psicológico, seguindo a autonomia daquele que procura um médico no posto de saúde.

Nos anos de 1980, Mahfoud (1987) retrata bem esta realidade, quando ressalta sobre os poucos recursos de saúde mental e acrescenta a falta de informações sobre a área diante de suas especificidades, assim como as procuras ocasionais tornam-se uma demanda difícil para os serviços psicológicos, já que em sua maioria são ofertados para casos mais pertinentes e graves.

Para isso, existem os atendimentos psicológicos especializados no CAPS, que ocorre através do encaminhamento da perspectiva diagnóstica. Nesse caso o acesso é restrito, lotado, e inviabilizado para as demandas em questão. Na obra de Mahfoud que aborda os desafios do plantão psicológico é explícito a carência desse lugar de escuta, e mesmo tendo mais de 3 décadas essa realidade se perdura aos dias atuais.

Como atender à demanda de Paula, que estando apaixonada por um rapaz é pressionada pelo marido a resolver-se com quem fica, num prazo de 15 dias, sob pena de ser expulsa de casa, e não se sente em condições de resolver isso? Ou de Sérgio que, preocupado com sua esposa por ela estar ouvindo vozes e acordar à noite imaginando que ele tenha morrido, pede atendimento para ela? Que tipo de atendimento seria adequado a Miriam, que, tornando-se viúva aos 30 anos, defronta-se com fortes mudanças em suas relações pessoais com seu filho de três anos, com sua família e a do marido, e com amigos, e pede ajuda no sentido de localizar-se melhor? (MAHFOUD, 1987, p. 75).

Nos casos citados acima, a partir da lógica classificatória das patologias, é primeiramente vista a doença, e facilmente psicodiagnosticada e medicalizada. Antes mesmo da escuta psicológica, do espaço que surge o fenômeno das angústias do ser, para clarificação do modo de existir, e diante do processo de estabelecer meios de cura a partir das possibilidades.

O plantão psicológico, visa compreender através da promoção deste espaço, que desconstrói o lugar centro no psicodiagnóstico, e no direcionamento



único da medicina. O “plantão” está associado a um serviço profissional de psicologia que esteja disponível para qualquer pessoa que o procura. Do ponto de vista institucional, requer uma sistematicidade, e do ponto de vista profissional neste sistema, o psicólogo precisa estar disponível para o não planejado – o inesperado – em um único momento, e do ponto de vista do usuário do serviço é uma referência para que necessita desse momento (MAHFOUD, 1987).

Para muitos profissionais a única forma de atender as demandas psicológicas – emergencial/ espontâneo – de escuta, seria a clínica tradicional – psicoterapia – mas a questão problema inserida no cotidiano dessa pessoa que procura ajuda não requer esse processo temporal, e por isso o plantão psicológico tem a característica de focar na experiência do cliente e não no problema, respondendo a partir de si. Que potencializa o poder de cura através da liberdade e a oportunidade do cuidado à saúde mental como método preventivo.

Percebemos que essa conexão do tema do plantão psicológico e saúde pública como espaço de democratização do acesso ao suporte psicológico, posiciona-se no lugar de crítica para as estruturas deterministas, que não desconsidera a importância dos demais modelos de clínica, mas acredita que no cuidado à saúde como promoção e prevenção, na ABS o plantão psicológico é uma estratégia legítima de oferta saúde mental.

Nesse sentido, o campo de trabalho do psicólogo da ABS, precisa ser repensado diante das demandas da sociedade atual e de acordo com o compromisso ético-político para além das configurações predominantes. O plantão psicológico ocupada este lugar de luta democrática, como papel da psicologia na responsabilização social.

Por isso, a psicologia como ciência e seu olhar para a saúde, é um movimento que atravessa também a compreensão do sistema biopolítico, que através do olhar da psicologia fenomenológica existencial na prática do plantão psicológico, a saúde mental é questionada no lugar de prevenção na atenção primária, conforme o acesso livre aos médicos no cuidado à saúde do corpo, na posição dicotômica. Assim, a “concepção de Heidegger permite superar a dicotomia sujeito e objeto que impera no conhecimento em geral e na psicologia” (SEIBT, 2012, p. 210).

Por fim, o plantão psicológico adota a posição do cuidado à saúde integralmente, como rege o SUS. Pois, a saúde mental é saúde, e sabe-se que

está dicotomia está mais do que ultrapassada, apesar de ainda predominar no sistema de saúde. Mas, o plantão psicológico surge na psicologia como o fenômeno de resistência e superação da objetividade do trabalho do psicólogo.

## 4 CAMINHOS METODOLÓGICOS

### 4.1 Estratégias de busca e seleção dos artigos

Para realizar este estudo, adotou-se o método de execução da revisão sistemática de literatura que determina princípios sistêmicos e declarados para a identificação, seleção e avaliação crítica das pesquisas de interesse, e a coleta e análise de dados extraídos para a revisão. Através da formulação de uma pergunta clara, orientadora, dos critérios de inclusão e exclusão, sendo assim, possível uma replicação do estudo (MOHER *et al.*, 2015).

Inicia-se com a escolha do banco de dados para a coleta dos estudos a serem analisados, sendo os Periódicos da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), SciELO (Scientific Electronic Library Online) e PEPSIC (Periódicos Eletrônicos de Psicologia), por considerar a relevância para a área de psicologia e o volume de estudos sobre o tema do Plantão Psicológico. O percurso da coleta de dados foi direcionado através dos critérios do modelo do PRISMA 2020 Diagrama Flow (Statement - Transparent reporting of systematic reviews and meta-analysis), método que identifica todos os estudos realizados sobre a presente pesquisa de forma específica para a questão norteadora. Com a seguinte pergunta: Quais as contribuições do plantão psicológico no contexto da ABS?

Com a questão norteadora, a busca dos estudos teve o objetivo de encontrar os trabalhos sobre o plantão psicológico realizado na ABS, que fossem publicados na língua portuguesa, e, apenas, estudos em formato de artigo nas seguintes bases de dados da CAPES, SciELO e PEPSIC. A princípio com os descritores “plantão psicológico”, “atenção básica e “saúde mental”, e o período nos anos de 2012 a 2022, foi visto no processo de busca a escassez de estudos sobre o tema. Então, para ampliar a busca de artigos, foi decido apenas o descritor “plantão psicológico”, sem o limite de critério dos anos.

Com isso, na seleção dos artigos para compor a amostra da revisão sistemática, foram primeiramente excluídos os artigos fora da estratégia de busca (ver Tabela 1), como também, os artigos repetidos. Mesmo com o descritor “plantão psicológico”, o resultado da busca não foi extenso, entretanto, com isso, ampliou-se a quantidade de artigos para seleção final. Conforme a quantidade

total que surgiu em cada base de dados. Sem período pré-determinado, a seleção dos estudos contém todos os artigos disponíveis nas bases de dados escolhidas, a partir do descritor “plantão psicológico”, publicados até janeiro de 2023.

**Tabela 01 – Estratégia de busca**

**ESTRATÉGIA DE BUSCA DOS ARTIGOS**

---

*Artigos – Periódicos da CAPES, SciELO e PEPSIC*

*Língua Portuguesa*

*Sem limite de critério de anos*

*Tema do “plantão psicológico”*

---

Fonte: Elaborada pela autora (2023)

Todos os artigos selecionados, com base na tabela 01, foram organizados em formulário no Excel por ordem dos anos publicados, com dados sobre o autor, palavras-chave, título, bases de dados, revista, referências e resumo. Em seguida, através da leitura dos títulos e resumos foram excluídos os artigos que não abordavam plantão psicológico, apesar de ser mencionado no resumo e/ou nas palavras-chave.

Agora, diante de todos os artigos sobre a teoria do plantão psicológico com temas gerais, publicados na base de dados da CAPES, SciELO e PEPSIC, conforme o critério de busca para ampliar a seleção, delimitou-se o critério de inclusão e exclusão através das temáticas que atravessam a questão problema da revisão. Todos os estudos de plantão psicológico com foco: no “SUS”, que, levante as questões da “saúde pública”, como também os estudos no contexto da atenção básica ou primária; que debata a política pública e o sistema de saúde mental, e a prática do plantão psicológico, para afirmar o lugar de direito à saúde; e o psicólogo na política pública.

Portanto, foi realizado novamente a leitura dos títulos e resumos para a seleção a partir dos critérios de inclusão dos estudos de plantão psicológico envolvido diretamente com os temas citados acima, com as seguintes palavras-chave: políticas públicas, saúde mental, saúde pública, psicologia na política pública, atenção básica ou primária.

Do mesmo modo, foi selecionado para os critérios de exclusão, os artigos sobre: aconselhamento psicológico, sessão única e terapia narrativa, ou com outras práticas adversas que não seja plantão psicológico; os estudos no contexto do SUS na atenção secundária ou terciária; Sistema Único de Assistencial Social (SUAS); as pesquisas com discussão sobre políticas públicas fora do contexto da saúde; e saúde mental no contexto fora do objetivo da presente pesquisa. Para isso, foi preciso realizar três vezes a leitura dos títulos e resumos, em momentos diferentes, para assegurar a qualidade da seleção com os critérios de abordagens descritos. Abaixo, estão os critérios de inclusão e exclusão (ver Tabela 2).

**Tabela 02** – Critérios de inclusão e exclusão

<b>CRITÉRIOS DE INCLUSÃO</b>	<b>CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO</b>
<i>SUS ou Saúde pública</i>	<i>Aconselhamento psicológico; sessão única; terapia narrativa</i>
<i>Atenção Básica ou primária</i>	<i>Contexto da atenção secundária e terciária</i>
<i>Saúde mental como política pública</i>	<i>SUAS</i>
<i>Política pública e sistema de saúde</i>	<i>Políticas públicas fora do contexto da saúde</i>
	<i>Saúde mental em contexto divergente do objetivo da pesquisa</i>

Fonte: Elaborada pela autora (2023)

Dessa maneira, a partir dessa seleção mais específica, foi possível caracterizar todos os artigos, sobre a natureza da pesquisa e os campos de atuação. Não há o interesse de extrair percentual numérico dessa realidade, o propósito é apenas apresentar o que foi observado antes do momento de inclusão final. Uma forma de mostrar um panorama dos estudos sobre as temáticas, a partir das bases de dados escolhidas, mesmo não sendo o objetivo da pesquisa.

Com isso, os artigos quanto as características dos estudos: qualitativo, quantitativo, e, quali quantitativo; os estudos com foco teórico, pesquisas de campo; revisão de literatura; estudos que apresentam o plantão psicológico a partir de projetos universitários referente a prática no serviço escola (ver Tabela 3). Para selecionar as características no quesito qualitativo e quantitativo, nem todos os autores descreviam na pesquisa se os estudos eram qualitativos ou quantitativos, por isso, foi avaliado sua metodologia. Na questão da natureza do estudo, as pesquisas teóricas direcionam-se para a reflexão de um tema, conceito

ou descrição técnica. Em relação aos tipos de revisões de literatura da discussão, a partir de projetos universitários e a atuação no serviço escolar, demonstraram ser pontos mais detalhados na descrição das pesquisas, e assim, mais prático de observar.

**Tabela 03** – Relação de Artigos encontrado antes da Inclusão final:  
Apresentação geral das naturezas das pesquisas.

CARCTERÍSTICAS	QUANTIDADES
Qualitativo	41
Quantitativo	3
Quali/Quanti	1
Pesq. Teórica	10
Pesquisa de campo	35
Revisão Sistemática e integrativa	2
Projeto Universitário	29
Serviço Escola	11

Fonte: Elaborada pela autora (2023)

Na continuação da apresentação do panorama, a Tabela 04 mostra os campos de atuação do plantão psicológico com a respectiva quantidade de artigos, e ainda especifica temáticas dentro de cada contexto. Por exemplo, no SUS foi encontrado três artigos, sendo dois sobre atenção básica e um sobre política pública; já no caso do contexto da política pública, um foi sobre projeto universitário e saúde mental como política pública, dois a respeito da psicologia clínica, clínica-escola e a relação com as políticas públicas, e mais um sobre atenção básica. A somatória das temáticas não contabiliza a quantidade de artigos por ter estudos que abordam mais de um aspecto temático, conforme a demonstração abaixo.

**Tabela 04** – Apresentação geral das temáticas antes da Inclusão final

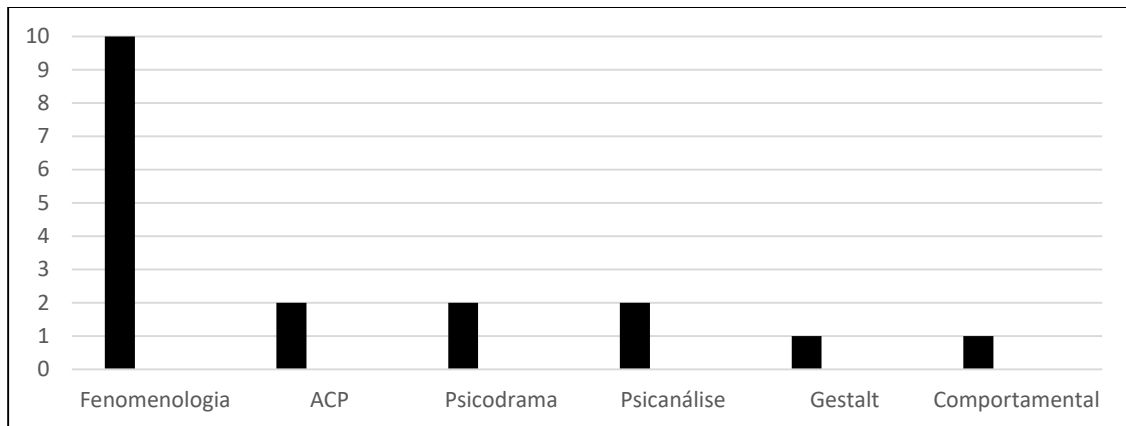
CONTEXTO	QUANTIDADE	TEMÁTICA
SUS	3	2 Atenção Básica 1 saúde pública/política de acesso
SUAS	3	1 Política de Assistências Sociais 1 Conselho Tutelar 1 CRAS
Saúde mental	4	1 Atenção Básica 1 Terreiro Umbanda 1 Recurso de acesso 1 Política pública
Política pública	4	1 Projeto universitário e saúde mental 1 Psicologia Clínica e Clínica-Escola 1 Psicologia Clínica e Clínica-Escola no SUAS 1 Atenção Básica
Distrito Policial	1	Atitude Cartográfica
Delegacia da mulher	3	Todos os Projetos Universitários
Medida Socioeducativa	2	1 Agentes e Adolescentes 1 Adolescentes
Hospitais	5	2 Funcionários 2 Acesso a comunidade 1 Formação
Online	2	2 Covid-19 (Fenomenologia e Comportamental)
Abordagem	18	10 Fenomenologia 2 ACP 2 Psicodrama 2 Psicanálise 1 Gestalt-terapia 1 Comportamental

Fonte: CAPES, SciELO e PEPSIC. Acessados em janeiro de 2023.

Então, pode-se observar que ao considerar a temática eles acabam se repetindo em alguns contextos da tabela. A finalidade é apresentar o cenário. Todos os artigos foram selecionados através do resumo, e sabemos que, por muitas vezes, não são elaborados de maneira que relatem o contexto processual da pesquisa. Com isso, pode-se considerar que os artigos excluídos, dessa

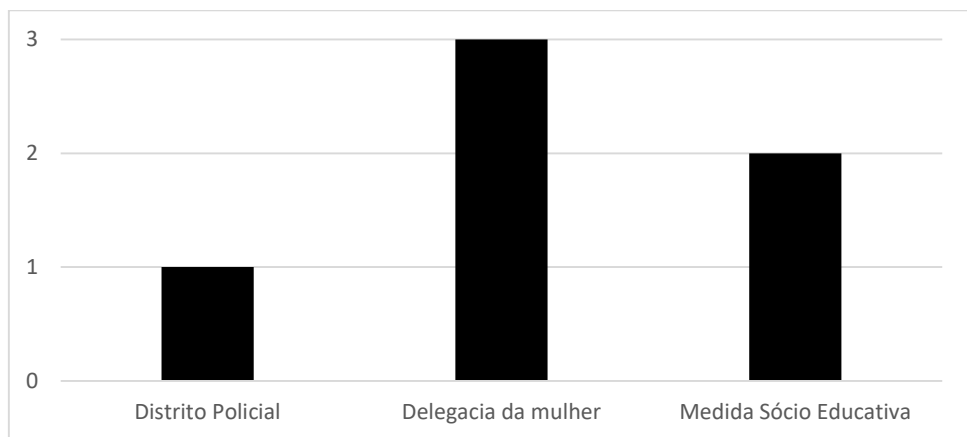
mostra, possam abordar o tema em seu artigo completo e não aparecer no resumo. Sendo assim, excluído por estratégia de seleção por resumo.

**Gráfico 1** – Abordagens encontradas nas pesquisas referente a Tabela 4.



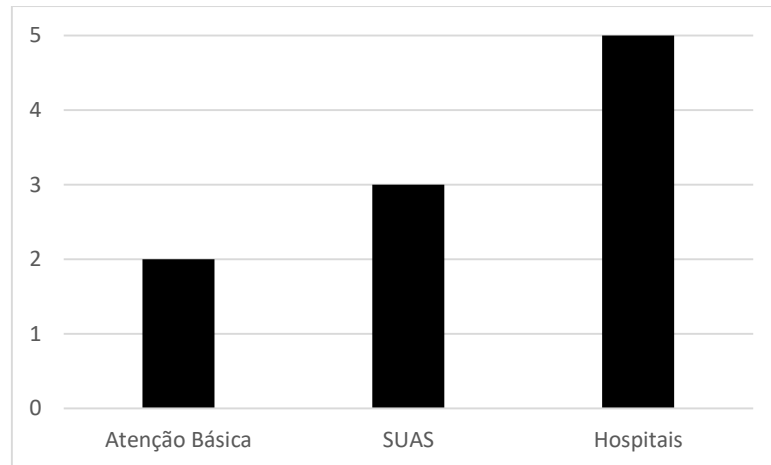
Fonte: CAPES, SciELO e PEPSIC. Acessados em janeiro de 2023. Elaborado pela autora.

**Gráfico 2** – Contexto de atuação referente a Tabela 4.



Fonte: CAPES, SciELO e PEPSIC. Acessados em janeiro de 2023. Elaborado pela autora.



**Gráfico 2** – Contexto de atuação referente a Tabela 4.

Fonte: CAPES, SciELO e PEPSIC. Acessados em janeiro de 2023. Elaborado pela autora.

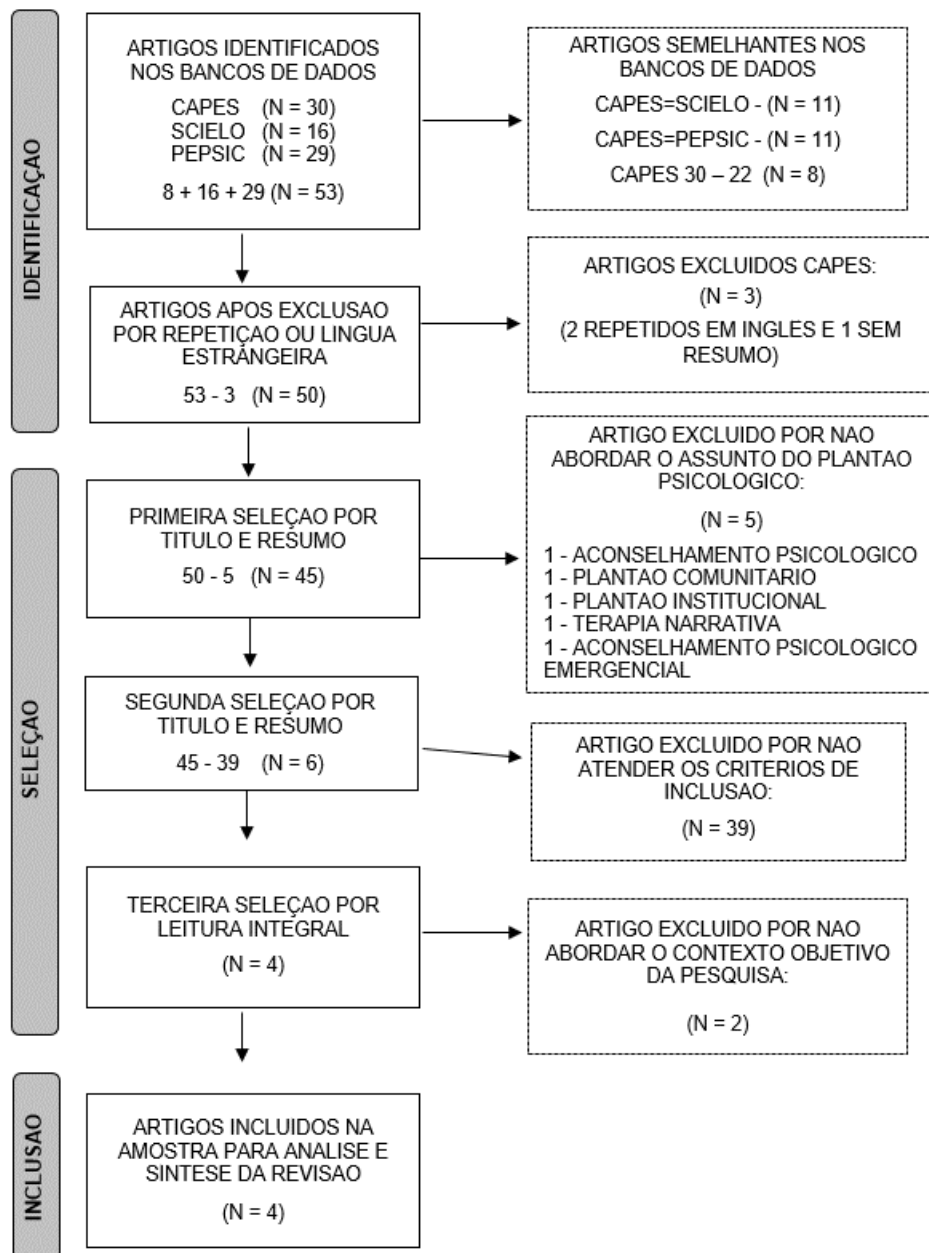
## 4.2 Seleção dos estudos

Na Figura 01, apresenta-se o Fluxograma de todo o percurso para a seleção final dos artigos, de acordo com a proposta do método PRISMA 2020. Durante o caminho percorrido obtiveram-se artigos repetidos nas bases de dados, os periódicos da CAPES com a SciELO, e, CAPES com a PEPSIC. Somente 5 artigos apresentam-se apenas na CAPES. O que reforça a relevância da escolha do portal de periódicos da CAPES, um dos maiores acervos virtuais de produção científica do Brasil, ligado a instituições de ensino e pesquisa.

Na parte de “identificação” foram excluídos os artigos de língua inglesa e os duplicados, restando 50 artigos nesta etapa. Um dos artigos excluídos foi pelo motivo de não apresentar o resumo na plataforma, apesar do título está em português, informa-se que o idioma é inglês, e não foi possível ter acesso ao trabalho completo através do link.

O Fluxograma do PRISMA 2020 da Figura 01, é bem autoexplicativa. Na parte da “seleção” ocorreram três momentos de exclusão através da leitura do título e resumo dos 50 artigos. No primeiro momento foram excluídos 5 artigos por não se referir ao tema do plantão psicológico. Em seguida, com nova leitura, 39 artigos não atendiam aos critérios de inclusão, já mencionados antes. Contabilizando 6 artigos para a leitura do trabalho completo, e assim, finalizar a seleção da amostra.

**Figura 01** — Fluxograma do processo de seleção de artigos segundo o método PRISMA 2020



Fonte: CAPES, SciELO e PEPsic. Acessados em janeiro de 2023.

Para realizar o Fluxograma de PRISMA, ao mesmo tempo, foi elaborado um formulário no Excel, como já mencionado anteriormente, que deu origem a Tabela 03 e 04.

Após a leitura na íntegra, e avaliação de pertinência do interesse da pesquisa, foi excluído mais dois artigos. Apesar de conter nos resumos o debate sobre a política pública e os recursos disponíveis de saúde mental, o trabalho completo tem o foco restrito nos relatos de experiência dos atendimentos. Desse

modo, obteve-se a soma de 4 artigos que atenderam aos critérios, incluídos na revisão sistemática.

Os dois últimos artigos excluídos por não atender o objetivo da pesquisa, refere-se ao risco de viés. A medida em que eles se encaixam aos critérios, é realizada a leitura, nota-se, um viés voltado para a modalidade do plantão psicológico, enquanto abordagem psicológica, detalhando o processo de atendimento. Ao ampliar a coleta o risco de viés aumenta, mas a avaliação de qualidade possibilita um melhor recorde dessa amostra.

A estratégia de ampliar a coleta de artigos através do descritor “plantão psicológico” surgiu a partir do resultado de apenas dois artigos ligados diretamente com o tema de ABS. Para isso, contextualiza-se o problema da pesquisa a partir dos aspectos ligados ao tema, como os assuntos de saúde pública, política pública, saúde mental e atenção primária. Então, foi possível apresentar melhor o contexto dos aspectos temáticos que envolvem o objetivo da pesquisa, e assim, chegar a quatro artigos finais. Todos eles voltados para a prática do plantão.

### **4.3 Processo de seleção dos dados**

Através da leitura e compreensão dos estudos selecionados, foi possível pensar na organização de um formulário. A seleção dos dados dos artigos foi realizada a partir desse formulário no Word (Anexo), elaborado pela própria autora. O formulário foi utilizado visando orientar a leitura para a extração dos dados, como esquema. As informações que contam no formulário são divididas em seis estruturas essenciais dos fenômenos, de acordo com análise dos estudos.

1. Informações gerais dos estudos;
2. O contexto de atuação do Plantão Psicológico;
3. Apresentar as dificuldades e necessidades na saúde pública e especificamente na ABS para adotar o Plantão Psicológico como proposta de intervenção;
4. Destacar as possibilidades de novas configurações a partir do Plantão Psicológico;
5. O lugar do Psicólogo na ABS;

6. As contribuições da formação do Psicólogo para a implantação do Plantão Psicológico.

Este formulário foi constantemente adaptado, até chegar neste formato, a fim de aprimorar e ajustar com as devidas atribuições. Está adaptação favoreceu a uma elaboração dinâmica que resultou a um formulário com as estruturas essenciais dos fenômenos, relevantes para o contexto do assunto de plantão psicológico.

O formulário indica um instrumento de guia para a leitura mais comprometida, na busca e seleção dos dados, identificando os fatores que implicam com o objetivo da revisão sistemática. Sobretudo, isso não configura uma estruturação determinada e fixa, pois essas estruturas abrem espaços para outros aspectos que surgem enquanto fenômeno na análise dos dados, que compõem e complementar o contexto dos resultados, ampliando as discussões. Por isso, as citações contextuais amplamente e não diretiva, pois as estruturas são divididas para organizar metodologicamente os resultados, mas sabendo que são interligadas.

## **5. RESULTADOS**

Os resultados estão apresentados com base nos critérios do formulário do item 4.3. Porém, estão divididos em três etapas, a primeira com as características gerais dos estudos, em seguida, uma avaliação de qualidade da seleção dos artigos, e por último, a apresentação das evidências dos dados.

### **5.1 Características gerais das pesquisas**

A pesquisa foi realizada nas bases de dados da CAPES, SciELO e PEPSIC, obteve a inclusão de 4 artigos, que resultou nos períodos de 2004 a 2016, para a amostra da análise qualitativa, e aplicação do método Prisma 2020. Os dois artigos excluídos na fase final, não estão presentes nos resultados.

A fim de organizar a apresentação das características gerais dos quatro artigos, consideraram-se as seguintes categorias, elaboradas por Ferreira e Yoshida (2004) e adaptada pela pesquisadora: (1) composição das bases de dados; (2) ano de publicação; (3) autoria (quantidade de autores por artigo); (4) filiação institucional dos autores; (5) região geográfica dos autores; (6) fonte de publicação (os periódicos); (7) alvo temático; (8) natureza do trabalho e (9) local da pesquisa. O propósito neste primeiro momento é mostrar todas as informações de forma objetiva, para facilitar a compreensão.

No item da composição das bases de dados, apenas um (1) artigo não está presente no periódico da CAPES, constando somente na PEPSIC; dois (2) estão na PEPSIC e CAPES; um (1) está na SciELO e CAPES. Na Tabela 5, apresenta-se esta informação e a relação dos anos de publicação dos artigos selecionados. O mais antigo é de 2004, os outros três (3) foram depois de 2010, e o último já faz 7 anos.

**Tabela 5 – Bases de Dados e ano de publicação**

Ano de publicação	Base de Dados	Quantidade
2004	SciELO/ CAPES	1
2012	PEPSIC/ CAPES	1
2015	PEPSIC	1
2016	PEPSIC/ CAPES	1
Total		4

Fonte: CAPES, SciELO e PEPSIC. Acessados em janeiro de 2023.

Quanto ao item autoria, contabiliza-se 9 autores na soma dos 4 artigos, e apenas 1 de autoria única, referente ao de 2004. Os mais recentes são de autoria dupla e tripla, que mostra uma representação mais recente das pesquisas.

A partir da filiação dos autores, mostra-se uma articulação das instituições de ensino e até mesmo em diferentes regiões do país. As instituições filiadas são na maioria institutos de psicologia das universidades e apenas um foge dessa margem. Os 4 artigos apresentam instituições diferentes entre eles, ocorrendo repetições somente nas instituições do mesmo artigo, como aparece na Tabela 6, que está descrita na sequência anual e separadas por linhas.

**Tabela 6 – Filiação institucional e região dos autores**

Autor(es)	Instituição Filiada	Região
SCHMIDT, M. L. S.	Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo – IPUSP	Sudeste
VIEIRA, E. M; BORIS, G. D. J. B.	Universidade Federal do Pará – UFPA Universidade de Fortaleza – UNIFOR	Norte e Nordeste
AMORIM, F. B. T; *ANDRADE, A. B.;	Instituto Müller-Granzotto. Clínica Diálogos – CE	Nordeste
*BRANCO, P. C. C.	*Instituto Multidisciplinar em Saúde – Universidade Federal da Bahia – UFBA	
GONÇALVES, L. O.;	Universidade Federal de Goiás – Campus Jataí	Centro-Oeste e Sudeste
*FARINHA, M. G.;	*Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia/MG	
*GOTO, T. A.		

---

Fonte: CAPES, SciELO e PEPSIC. Acessados em janeiro de 2023.

Na categoria da região geográfica do país, de acordo com as filiações dos autores, a região sul do país é a única que não aparece. O destaque é para a região Nordeste e Sudeste com dois artigos cada, sendo um solo e outro em parceria com outra região. A região Norte apresenta um artigo em parceria com o Nordeste, e a região centro-oeste também um artigo, em parceria com o Sudeste.

Deve-se observar que em todos os artigos os autores identificam a procedência dos trabalhos, vinculando o autor a sua instituição, o que possibilita esta amostra gráfica das regiões.

E, conforme o item da fonte de publicação, todos os artigos apresentaram as identificações dos periódicos. Assim, facilita a observação dos artigos publicados em revista dentro e fora do estado e região dos pesquisadores. Portanto, as fontes de publicação citadas são: Estudos de Psicologia (Pontifícia Universidade Católica – PUC-Campinas), Estudos e Pesquisas em psicologia (Universidade do Estado do Rio de Janeiro), Contextos Clínicos (Universidade do Vale do Rio dos Sinos – São Leopoldo – Rio Grande do Sul) e Abordagem Gestáltica (Instituto de Treinamento e Pesquisa em Gestalt-Terapia de Goiânia) (Tabela 7).

**Tabela 7 – Fonte de publicação**

Título do Periódico	Instituição/ Editora	Quantidade
Revista Estudos de Psicologia	Pontifícia Universidade Católica – PUC-Campinas	1
Revista Estudos e Pesquisas em psicologia	Universidade do Estado do Rio de Janeiro	1
Revista Contextos Clínicos	Universidade do Vale do Rio dos Sinos -São Leopoldo- Rio Grande do Sul	1
Revista da Abordagem Gestáltica	Instituto de Treinamento e Pesquisa em Gestalt-Terapia de Goiânia	1
<b>Total</b>		<b>4</b>

---

Fonte: CAPES, SciELO e PEPSIC. Acessados em janeiro de 2023.

Com relação ao alvo temático das pesquisas, obteve-se uma contextualização ampla do tema do Plantão psicológico, conforme a Tabela 8. No campo dos projetos de extensão universitária, um (1) artigo traz a problemática da utilização dos projetos de plantão psicológico na ausência de políticas públicas em saúde, e no âmbito da inserção da psicologia clínica nas políticas públicas com modelo tradicional clínico, o outro artigo, aborda a crítica do papel do psicólogo nesse lugar e a demanda de espaço de escuta, que a partir do relato de experiência da prática do plantão psicológico surge o questionamento desse modelo. Em seguida, a temática dos outros 2 artigos está relacionada com a atuação da psicologia na ABS, o primeiro artigo é referente a caracterização do atendimento do plantão psicológico com a clínica ampliada e a ABS, e o próximo artigo está voltado para o relato de experiência do plantão para afirmar a abrangência desse formato de atendimento para a prevenção à saúde mental.

No que se refere à natureza dos trabalhos, a metade é relato de experiência e a outra é estudo teórico. Diante as definições de identificação citadas na metodologia. Para finalizar esta apresentação, na Tabela 8, mostra-se estas informações e a localização das pesquisas de relato de experiência. É preciso destacar que as pesquisas de relato de experiência da amostra têm a participação de autores de outros lugares, na soma da construção de conhecimento.

**Tabela 8 – Alvo temático**

Alvo Temático	Natureza do trabalho	Local da Pesquisa
Plantão Psicológico como projeto universitário, como política pública de saúde mental na ausência do serviço público de saúde.	Estudo teórico	-
A inserção do psicólogo clínico nas políticas públicas, que, a partir da insuficiência da simples oferta da escuta questiona-se qual o seu papel neste lugar. O Plantão Psicológico surge como questionador desse modelo.	Relato de experiência	Pará
O atendimento do Plantão Psicológico como ação de promoção à saúde mental que caracteriza a clínica ampliada e a própria atenção básica, de acordo com suas diretrizes.	Estudo teórico	-
Analisa o psicólogo na Atenção Primária e a abrangência dos atendimentos no formato de Plantão Psicológico, como instrumento viável e pertinente na prevenção em saúde mental.	Relato de experiência	Goiás



---

Fonte: CAPES, SciELO e PEPSIC. Acessados em janeiro de 2023.

Nesse ponto, o relato de experiência do estado do Pará contou com a participação de outro pesquisador do estado do Ceará. Da mesma forma, aconteceu com o de Goiás que teve a colaboração de mais dois pesquisadores de Uberlândia, Minas Gerais.

## **5.2 Avaliação da seleção dos artigos**

A fim de fazer a análise qualitativa dos artigos selecionados seguiu para a verificação de qualidade dos critérios de elegibilidade de inclusão a partir da seleção dos temas de plantão psicológico relacionados ao foco temáticos já mencionadas na metodologia. Conforme os temas: políticas públicas e saúde mental, saúde pública e SUS, atenção primária, atenção básica, e o psicólogo nas políticas públicas.

Após a seleção da leitura dos resumos, somaram o total de 6 artigos. Com a leitura completa dos 6 estudos, estes temas foram melhor avaliados com o objetivo da revisão. Na metodologia é citado a seleção dos 4 artigos selecionados, e no item 3.2, que aparece os riscos de viés dos 2 artigos excluídos.

Portanto, há que se mencionar, os fundamentos que manifestam as razões da seleção dos estudos para a extração dos dados, pois se nota que os dois primeiros não abordam o tema da ABS, mas contempla outros critérios de inclusão. E apenas os dois últimos artigos então direcionados para o contexto da ABS.

Na Tabela 8 com a apresentação dos alvos temáticos, a contextualização teórica do primeiro artigo, sobre os projetos de extensão universitária com a prática do plantão psicológico com o objetivo de problematizar esse lugar de atuação na ausência das políticas públicas nos serviços de saúde da população. O artigo promove a questão presente na política pública de saúde mental e os direcionamentos governamentais que “colocam questões cruciais à prática do Plantão Psicológico e impõem a tarefa de pensar formas de enfrentar e resistir à atual conjuntura das políticas de saúde mental” (SCHMIDT, 2004, p. 174).

Para a presente pesquisa está discussão explora um assunto relevante que apresenta o cenário da atuação do plantão psicológico, a partir de projetos universitários, partindo da amostra da política pública de saúde em geral, para os estudos mais específicos da ABS.

No segundo artigo, a temática da política pública aparece novamente, no entanto, o debate está voltado para a atuação do psicólogo neste contexto, como questionamento da psicologia clínica a partir do modelo tradicional. Desse modo, o artigo provoca uma temática relevante do papel do psicólogo nas políticas públicas, e um novo olhar para a psicologia clínica com a prática do plantão psicológico. Desperta-se o olhar para os modelos tradicionais e rígidos da atuação do psicólogo na ABS. “É exatamente neste apontar para fora do espaço físico da Clínica de Psicologia que o Plantão Psicológico cria uma possibilidade” (VIEIRA; BORES, 2012. p.892), pois é através desse olhar que se desperta um desafio para a psicologia.

### **5.3 Apresentação dos dados coletados**

Na proposta de analisar a inter-relação do plantão psicológico e a atenção básica como estratégia em saúde mental, foi identificado em cada estudo as estruturas de análise, a partir do formulário de extração dos dados. A descrição dos dados e evidências segue as estruturas essenciais dos fenômenos organizadas no item 4.3, entretanto, encontra-se na etapa 2 a 6.

A apresentação dos resultados está em formato de texto com as citações dos autores e ilustrado com quadros de cada estrutura no final. Para organizar, a elaboração está registrada da seguinte forma: (1) contexto de atuação, (2) impasses na ABS e/ou na saúde pública, (3) o lugar do psicólogo na ABS e/ou saúde pública, (4) possibilidades e contribuições, e (5) formação em psicologia.

Quanto ao contexto de atuação do plantão psicológico (Figura 2), temos dois estudos de relato de experiência que utilizaram da prática universitária como fonte da pesquisa, na atuação de projeto de extensão e estágio. Os outros dois artigos são de estudo teórico, o primeiro aponta para os projetos universitários como parcerias em políticas públicas e o segundo vincula a prática do plantão na ABS.

O artigo de Vieira e Boris (2012) intitulado “*O plantão psicológico como possibilidade de interlocução da psicologia clínica com as políticas públicas*”, apresenta um relato de experiência do plantão psicológico desenvolvido pelos autores na UFPA desde 2009, sem identificar o papel do autor nessa atuação. O segundo relato de experiência é dos autores Gonçalves, Farinha e Goto (2016) com o título “*Plantão psicológico em unidade básica de saúde: atendimento em abordagem humanista-fenomenológica*”, este descreve a vivência a partir de uma estagiária que atendeu na UBS em Goiás, na prática do estágio em psicologia clínica na modalidade do plantão psicológico.

A pesquisa de Schmidt (2004) é o estudo mais antigo que temos como amostra, o título é “*Plantão psicológico, universidade pública e políticas de saúde mental*”, contextualiza as atividades do plantão psicológico perante a mobilização histórica de surgimento e resistência, diante dos atendimentos em projetos universitários na parceria com a saúde pública, que debate as condições universitárias para manutenção dos projetos de extensão e a sua atuação como ato de luta e democratização e responsabilização social.

A produção de Amorim, Andrade e Branco (2015) abordam o estudo teórica “*Plantão psicológico como estratégia de clínica ampliada na atenção básica em saúde mental*” que fundamenta a prática do plantão psicológico na ABS através da premissa dos próprios princípios do sistema de rede primária, o plantão psicológico como prática destaca a eficiência da modalidade clínica enquanto estratégia de acolhimento na rede de atenção preventiva.

**Figura 2 - Apresentação da estrutura essencial do fenômeno do Contexto de Atuação.**

Contexto de atuação do Plantão Psicológico		
SCHMIDT, 2004	<p>A pergunta é: quais as consequências sociais e políticas de se criarem redes de atendimento que “substituem” os equipamentos públicos, admitindo, pois, que cabe à sociedade organizada dar conta das tarefas de cuidado à saúde? (p. 188)</p> <p>Plantão Psicológico é uma prática de resistência e não pode, nem deve, esperar dessas políticas a sustentação que requer (p. 191).</p>	<p>O plantão psicológico representa ação de democratização da universidade com o contexto da sociedade perante a interrogação da sua função social e não produtivista, ele nasce como projeto universitário e prevalece está permanência, como luta de acesso à políticas públicas de saúde.</p>
Vieira; Boris, 2012	<p>O plantão psicológico desenvolvido na universidade com atuação de voluntários (alunos) e supervisão de professor psicólogo, que inclui treinamento e atendimentos fora da cidade.</p> <p>Como fazer plantão psicológico sem que ele seja uma simples variação da clínica tradicional? (Vieira; Boris, 2012, p. 892)</p> <p>...inserção do plantão psicológico em instituição que executam programas e projetos vinculados a políticas públicas (p. 893)</p>	<p>O entendimento carregado historicamente da psicologia clínica compromete o olhar do psicólogo em sua atuação no campo social. O plantão psicológico surgiu como divisor da perspectiva da clínica tradicional, a partir do diálogo da psicologia clínica com as políticas públicas. Uma redefinição de clínica na contemporânea na ação de fazer política pública, de modo que o lugar de escuta não “psicologiza” ou “patologiza” as queixas, mas reconhece a função política e social da escuta clínica.</p>
Amorim; Andrade; Branco, 2015	<p>Na década de 2000 e até então, o plantão psicológico se configura como um serviço presente em distintas instituições brasileiras de ensino superior, e comparece como objeto de estudo em diversas pesquisas de mestrado e doutorado (p. 145)</p>	<p>O plantão psicológico é uma perspectiva de expansão potente do serviço de Psicologia na atenção básica, visto que se aproxima dos preceitos da clínica ampliada ao propor a superação da clínica tradicional centrada na doença e uma concepção de promoção à saúde mental (Amorim; Andrade; Branco, 2015, p. 150)</p>
Gonçalves, Farinha e Goto, 2016	<p>Parceria da universidade com a Unidade Básica de Saúde (UBS) a partir do serviço de saúde Programa de Estratégia de Saúde da Família (ESF) com duas equipes de Saúde da Família, os usuários são encaminhados pelos profissionais da unidade para atendimento psicológico através de estagiários do curso de Psicologia.</p>	<p>Implantar o plantão psicológico onde há anos oferecia somente o tratamento clínico tradicional (psicoterapias), foi um grande desafio, mas a luta surgiu a partir de psicólogos que estavam desconfortáveis com a situação da política de acesso a saúde mental.</p>

Fonte: CAPES, SciELO e PEPSIC. Acessados em janeiro de 2023

Em relação aos impasses (Figura 3) existentes no sistema de saúde pública e mais precisamente na ABS, relacionam-se aspectos que dificultam a implantação do plantão psicológico, onde os estudos mostram alguns alertas, que de modo geral, volta-se para esfera preventiva como caminho de cuidado em saúde mental.

Os dois artigos que retratam sobre o plantão na área da ABS, são os mais recentes, sendo eles: Amorim, Andrade e Branco (2015) que aponta para a falta de psicólogos para realizar os atendimentos nas unidades, como também a quantidade de atividades atribuídas ao psicólogo do NASF, dificultado o mesmo atuar na prática do plantão psicológico; e Gonçalves, Farinha e Goto (2016), em seu relato da prática, constatou a falta de informação dos profissionais da UBS que dificultou o encaminhamento de alguns pacientes para o plantão psicológico.

Mesmo que o estudo de Vieira e Boris (2012) não apresenta dados relacionados diretamente a ABS, ele mostra a escassez do sistema de rede de saúde para poder encaminhar os pacientes depois de atendidos no plantão psicológico. Com isso, evidencia a relevância da oferta de escuta e questiona o olhar para a psicologia clínica, pois não cabe mais encaixar a psicologia clínica com o modelo tradicional como no início da regulamentação da profissão. Assim, o estudo, mostra o plantão como a clínica contemporânea para esta visão.

Os impasses apresentados no artigo de Schmidt (2004) que tem relação com o plantão psicológico na ABS, surge na discussão do âmbito geral da saúde, de acordo com a experiência vivida durante um período de governo na cidade de São Paulo, através da implantação do serviço preventivo de saúde mental na ABS integrado as demais redes de atenção à saúde mental. Como também indica a mudança de mentalidade dos profissionais e da comunidade para cuidado preventivo. Nesse sentido, realça os prejuízos nas mudanças de governantes, que na entrada e saída alteram o sistema de assistência à saúde.

**Figura 3** - Apresentação da estrutura essencial do fenômeno dos Impasses da ABS.

Impasses na ABS e da saúde pública para a implantação do plantão psicológico		
Schmidt, 2004	<p>...desdobramentos na esfera da prevenção, da mudança de mentalidade sobre o sofrimento psíquico entre profissionais e comunidade, (p. 176)</p> <p>Uma rede integrada pela presença de equipes de saúde mental em Unidades Básicas de Saúde (UBS), hospitais-dia, centros de convivência, enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais deu suporte a uma qualitativa mudança do atendimento à saúde mental municipal (p. 178)</p>	Schmidt, apresenta em seu estudo os movimentos de governo, na entrada e saída dos governantes, a variação no plano estadual que afeta diretamente a assistência na área de saúde mental, um aumenta a produtividade com programas vinculados à prevenção, e já outro desfaz ou não faz o que se espera: a priorização do atendimento primário.
Vieira; Boris (2012)	O plantão, como modalidade contemporânea de atuação no campo da Psicologia Clínica, reconhece a necessidade da oferta de escuta a quem passa por sofrimento. Todavia, aponta também sua insuficiência quanto a futuros encaminhamentos a estes que buscam ajuda no serviço (p. 893).	Falar de Psicologia Clínica como no início da regulamentação da profissão (p. 893).
Amorim; Andrade; Branco, 2015	Um dos entraves da utilização do plantão na ESF se relaciona ao fato de poucas equipes apresentarem o psicólogo para realizar os atendimentos na UBS (p. 149).	O psicólogo do NASF fica responsável por volta de 08 a 20 equipes da ESF. Esse fato inviabiliza a proposta do plantão psicológico no NASF (p. 149).  ...terá dificuldade de criar vínculos, de divulgar o serviço de plantão e de articular-se adequadamente com o CAPS (p. 149).
Gonçalves, Farinha e Goto (2016)	Nossa experiência revelou que muitos profissionais da UBS não tinham as informações da realização dos plantões psicológicos, mas quando souberam, passaram a encaminhar os pacientes que estavam tratando para este trabalho (p. 230)	Os psicólogos têm então um desafio, que é o de, incorporando-se ao ESF e ao que ele tem de inovador e reorganizador da assistência, poder enriquecê-lo com a visão do conjunto para cuidar das pessoas de forma integral (p. 231)

Fonte: CAPES, SciELO e PEPSIC. Acessados em janeiro de 2023

No que toca o lugar do psicólogo na ABS (Figura 4), remete analisar as condições que consideram a psicologia na rede de prevenção, promoção e cuidado primário. Gonçalves, Farinha e Goto (2016) descobrem em seu estudo ser algo novo para a psicologia realizar atendimento na UBS, que a própria atuação da área nas políticas públicas é recente. A concepção tradicional da formação é um fato que interligam estes pontos. A psicologia se inseriu na saúde coletiva por meio do CAPS e o NASF, entre outros dispositivos da rede psicossocial, e até hoje são os espaços abertos para a entrada da psicologia, conforme cita Amorim; Andrade e Branco (2015) da qual destacam em sua produção, que considera as

mudanças significativas nos modelos de assistência, mas que precisa de um reposicionamento da psicologia.

As pesquisas de Schmidt (2004), Vieira e Boris (2012), ambos mostram a necessidade das políticas públicas de saúde mental a partir do acesso à psicologia, enquanto serviço de prevenção. Vieira e Boris (2012) questiona o lugar do psicólogo clínico nesta oferta, e acredita ser preciso reconstituir esta atuação para possibilitar a intervenção no campo da política pública.

A partir da investigação de Schmidt (2004) a escassez do serviço aumenta a privatização, o plantão psicólogo enquanto projeto de extensão representa a abertura para acolher as demandas do serviço público, porém, por muitas vezes, não tem como dar continuidade no apoio por não ter a opção de um encaminhamento seguro. Assim enfatiza que a experiência do plantão mostrou o quanto a aproximação e o conhecimento dos diferentes equipamentos estruturam a prática a partir da riqueza da regionalização.

**Figura 4** - Apresentação da estrutura essencial do fenômeno do lugar do psicólogo na ABS.

O lugar do Psicólogo na ABS		
Schmidt, 2004	<p>Diante do cenário de escassez do serviço de saúde pública "...a saúde mental não foi priorizada e em que as propostas de privatização dos serviços de saúde avançaram (p. 176). O desmantelamento da rede pública de atenção à saúde mental repercute no Plantão Psicológico (p. 175).</p> <p>... ao manter-se estruturado e aberto, acaba por receber uma parte da clientela que é expulsa do atendimento público (p. 175).</p> <p>... por outro lado, deixa de contar com o apoio de equipamentos de saúde mental para os quais a clientela poderia ser encaminhada com segurança (p. 176).</p>	<p>A parceria da rede pública de atendimento à saúde com a extensão universitária "...propiciou a aproximação e um maior conhecimento mútuo entre os diferentes equipamentos, dando origem a redes formais e informais de referências pautadas pela regionalidade e pela natureza dos serviços prestados" (p. 177).</p>
Vieira; Borís, 2012	<p>Indicamos aqui as políticas públicas como um profícuo e necessário campo de diálogo na reconstituição da Psicologia Clínica contemporânea (p. 893).</p> <p>Tal vivência têm nos mostrado um possível e profícuo diálogo da Psicologia com políticas públicas que re-situa o lugar ocupado pelo psicólogo clínico.</p>	<p>...situar as instituições que executam esses programas numa condição diferenciada da de simples prestadoras de serviço à população, bem como se reconhece uma função política e social da escuta clínica (p. 893).</p>
Amorim; Andrade; Branco, 2015	<p>Impulsionada pela Reforma Psiquiátrica Brasileira e pela implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), apenas na década de 1980 até o momento atual, a Psicologia brasileira se inseriu no âmbito da Saúde Coletiva mediante sua atuação nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), dentre outros dispositivos que constituem a rede psicossocial (p. 142).</p>	<p>As mudanças significativas nos modelos assistenciais e na organização dos serviços de saúde (mental) convocam um reposicionamento da Psicologia no campo da saúde coletiva (p. 150).</p>
Gonçalves; Farinha; Goto, 2016	<p>Percebemos que o atendimento em Psicologia é algo novo para o público dessa UBS e é um campo de atuação que muito tem a contribuir tanto com a população atendida como com a equipe de profissionais que ali trabalham (p.231).</p> <p>Isso pode ser observado não só pela recente participação e atuação do profissional psicólogo nas políticas públicas (...)mas, também, pela concepção tradicional de sua formação clínica desde o início da profissão (p. 227).</p>	<p>...a oferta do plantão psicológico, como alternativa de intervenção, ao contrário da tradicional oferecida por outros estágios (p. 231)</p>

Fonte: CAPES, SciELO e PEPSIC. Acessados em janeiro de 2023

Para viabilizar o plantão psicológico na ABS deve-se considerar mudanças (Figura 5) nas configurações do sistema de saúde pública e na ABS, desse modo, os autores apresentam questões que possibilitam a implantação, sendo mais específico os estudos de 2015 e 2016 que retrata a realizada da atenção básica. E



os demais, atribui aos pontos de potência das características do plantão que surge como possibilidade por contribuir com o contexto da ABS.

A cultura médica de buscar do cuidado em saúde através da urgência é um olhar presente nos pacientes e nos profissionais de saúde, confirma a pesquisa de Gonçalves, Farinha e Goto (2016) quando mostram que os usuários da UBS aderiram ao plantão pela junção da necessidade e praticidade. É possível afirmar que o dinamismo e a resolutividade marcaram a experiência do plantão na UBS a partir do relato dos autores que ressalta contribuir com a função UBS na promoção de saúde e prevenção do agravamento de doença.

Na configuração da rede da ABS, as mudanças indicadas por Amorim, Andrade e Branco (2015), ressalta-se a princípio que requer um novo olhar para a saúde mental para efetivar a proposta do SUS, e afirma que o plantão psicológico aumenta a resolutividade e amplia o acesso. Todavia, para isso, os autores mostram necessário contratar mais psicólogos e inseri-los nas equipes de ESF, e adicionar estagiários no NASF; que o trabalho do psicólogo deve ser integrado com o CAPS, e em conjunto com os ACS e as equipes de matriciamento em saúde mental. O estudo mostra que a implantação será mais adequada nas ideias da ESF e não no NASF, pois apresenta a necessidade da vinculação com a comunidade.

Na prática do plantão psicológico Vieira e Boris (2012) contam que a oferta do plantão com uma equipe de estagiários, na disponibilidade de um tempo determinado na semana para realizar os atendimentos, sob supervisão do psicólogo, abre espaço para que as pessoas procurem quando sentir necessidade, proporcionando um acolhimento emergencial sem burocracia.

O resultado das possibilidades e contribuições do estudo de Schmidt (2004) perante a preocupação com clientes de condições emocionais que necessitam de cuidado intenso e não tem acesso na rede pública, acaba chegando nos projetos de extensão universitários, caracterizando seu público pela diversidade de demandas, a partir de um atendimento sensível e preparado para o imprevisível.

**Figura 5** - Apresentação da estrutura essencial do fenômeno das Possibilidades e Contribuições.

Possibilidades e contribuições para o Plantão Psicológico na ABS		
Schmidt, 2004	O projeto de plantão psicológico enquanto projeto de extensão na USP, aumenta cada vez mais o número de clientes, a maior parte deles com experiência emocionais e condições de vida preocupante, que requer cuidado intenso, e ainda com a atual situação socioeconômica da população de baixa e média renda. Incluindo a descaracterização e desarticulação dos serviços públicos de saúde mental em São Paulo.	Por acolher a diversidade de demandas que se apresentam, sem nenhuma previsibilidade, a cada período, o Plantão Psicológico requer sensibilidade e invenção nos modos de responder, que também se caracterizam pela diversidade, singularidade e pluralidade (p. 175).
Vieira; Boris, 2012	Uma equipe de plantonistas, geralmente estagiários de Psicologia Clínica sob supervisão, fica disponível durante horas e dias fixos a serem estabelecidos para atendimento de demandas de pessoas que julgam necessitar de atendimento emergencial. Não funciona, portanto, com filas de espera (p. 889).	
Amorim; Andrade; Branco, 2015	Ressaltamos que a implantação do serviço de plantão na atenção básica requer algumas medidas, tais como: a articulação entre a UBS e o CAPS; o trabalho conjunto entre o psicólogo, o ACS e a equipe de matriciamento em saúde mental; a contratação de mais psicólogos nas equipes de ESF; e a inserção de estagiários de Psicologia nas equipes do NASF (p. 150). O plantão teria um funcionamento mais adequado e alinhado com os ideais da ESF, necessitando de uma maior ampliação de psicólogos contratados para as equipes da referida estratégia (p. 150).	A proposta do plantão psicológico na atenção básica pode aumentar a resolutividade dos casos e ampliar o acesso dos usuários na rede de saúde através do atendimento mais breve, focal e emergencial (p. 150). O novo modelo de atenção em saúde proposto pelo SUS, a clínica ampliada e o plantão psicológico convergem para a efetivação das políticas de saúde mental (p. 150).
Gonçalves, Farinha e Goto (2016)	Pelo olhar dos profissionais, os pacientes só buscam o apoio deles no momento de emergências ou desconforto (p. 230). O plantão psicológico na ABS "...contribui que muitas pessoas aceitassem serem atendidas já que elas já estavam em atendimento com outros profissionais da UBS, facilitando que não houvesse mais deslocamentos até a unidade" (p. 231).	Percebendo o público atendido e a demanda dessas instituições, o plantão psicológico pode ser uma alternativa para acolher promovendo dinamismo e resolutividade ao serviço de saúde, promovendo saúde e prevenção de agravamento de adoecimentos, contribuindo assim como a UBS e a comunidade.

Fonte: CAPES, SciELO e PEPSIC. Acessados em janeiro de 2023

E por fim, para ocupar este espaço da ABS com a psicologia, como apresenta os resultados das estruturas anteriores, condições precisam ser mudadas neste contexto, ainda assim, as pesquisas também ressaltam que a formação do psicólogo (Figura 6) também é um aspecto relevante para compor esta proposta.

Desse modo, Vieira e Boris (2012) indicam em seu estudo que a formação em psicologia tem uma ideia liberal de clínica privada, que se distancia do

entendimento da prática clínica no contexto social, isso aparece na estruturação curricular voltada para a psicoterapia.

Gonçalves, Farinha e Goto (2016), ressaltam a cultura do campo da assistência pública à saúde, e relata ser um desafio do psicólogo implicar na substituição desse paradigma da clínica, para construir um novo modelo de atenção à saúde pública. O autor aproveita para citar Dimenstein, (1998) que garante ser mais favorável para o psicólogo ter um modelo ampliado de atuação no campo da assistência pública à saúde.

O plantão psicológico representa a experimentação desse campo de formação de psicólogos na área do atendimento psicológico que se compromete com o desenvolvimento da saúde pública, resultado encontrado na pesquisa de Schmidt (2004). Com isso, Amorim, Andrade e Branco (2015) apoiam e completam essa ideia e, com isso afirmam que o plantão psicológico se configura neste lugar de formação, e este é fundamental nesse processo, a partir do propósito de promoção à saúde mental para a comunidade.

**Quadro 6** - Apresentação da estrutura essencial do fenômeno da Formação do Psicólogo.

Formação do psicólogo e a proposta do Plantão Psicológico		
Schmidt, 2004	O Plantão Psicológico foi se constituindo um campo de experimentação na área do atendimento psicológico, e esta experimentação teve, como metas complementares, a formação de psicólogos comprometidos com uma postura crítica e investigativa em relação à saúde pública (p. 188).	
Vieira; Boris (2012)	...concepção de clínica presente na formação, distante ainda de um modelo que não reproduz a ideia liberal de "consultório privado, mas portando uma compreensão ampliada do campo, com destaque para a preocupação sobre o "contexto social" da prática clínica (p. 893).	...ainda há um modo de estruturação de currículos nos cursos de Psicologia que privilegia a preparação de psicoterapeutas (p. 893).
Amorim; Andrade; Branco, 2015	Constitui, portanto, premissa fundamental do plantão psicológico formar profissionais psicólogos com o intento de promover saúde mental à comunidade (Rosenberg, 1987 apud p. 145).	
Gonçalves, Farinha e Goto (2016)	...a Psicologia pode ser mais útil ao campo da assistência pública à saúde a partir do momento que sua cultura profissional passe a fornecer modelos ampliados de atuação (Dimenstein, 1998 apud p. 226).	Esse é um dos grandes desafios que o psicólogo enfrenta no campo da assistência pública à saúde, na medida em que implica na substituição do paradigma da clínica pelo da saúde pública, o que requer um novo modelo de atenção à saúde e de relação com o usuário, além de um modo sempre dinâmico de fazer saúde (p. 226).

Fonte: CAPES, SciELO e PEPSIC. Acessados em janeiro de 2023

## 6. DISCUSSÕES

Os estudos de plantão psicológico como política pública na ABS podem gerar várias evidências sobre a prestação de serviço de saúde mental na atenção primária, e anunciam a disparidade da PNAB e a PNSM na distorção de saúde como cuidado integral. O que pode auxiliar na deliberação para incorporar a ABS como porta de entrada para saúde mental.

De acordo com a revisão sistemática dos estudos e o conhecimento das políticas que regem o SUS, não existe uma ação efetiva de atendimento psicológico aberto a população na ABS de acesso direto, como caráter preventivo, que parte da autonomia de quem procura espaço de escuta, para além da atividade do NASF. Os autores Amorim, Andrade e Branco (2015) corroboram ao sinalizar que a psicologia na ABS está inserida com o NASF, que atualmente conforme as novas legislações, agora é NASF-AB, equipe não obrigatória para ABS.

Intercorrente as disparidades encontradas nas políticas públicas do SUS voltadas para a saúde mental na rede de ABS, as pesquisas condizem quanto ao resultado unânime das ações do plantão psicológico serem a partir de intervenções das instituições universitárias, em parcerias com UBS por meio de projeto de extensão e estágio. O que garante à inexistência de uma ação efetivada e assídua do plantão psicológico como política pública na atenção primária, pois a não obrigatoriedade do psicólogo nas equipes de ABS inviabiliza esta ação, uma vez que este é um exercício legal do profissional de psicologia.

Diante desse cenário, o lugar do psicólogo na ABS é efêmero, inconstante e dispensável. Mesmo sendo optado pelo gestor da UBS a inclusão do NASF-AB e em seguida a escolha do psicólogo para compor a equipe, de acordo com Amorim, Andrade e Branco (2015) citam que as atribuições são extremas e inviabiliza a implantação do plantão psicológico através desta atuação. E, apesar deles realizarem atendimentos individuais e grupais, não são demandas espontâneas. Os autores ainda alegam o obstáculo da aproximação com a comunidade para a construção de vínculos, pois a quantidade de territórios cobertos por essa equipe “impede a implementação do plantão enquanto um serviço intermitente e ininterrupto” (AMORIM; ANDRADE; BRANCO, 2015, p. 149).

Então, a princípio, estes impasses são originários do próprio sistema de saúde pública, que interfere diretamente nas ações de cuidado da saúde mental da população. As pesquisas não apresentam a relação de divergência das políticas no âmbito da saúde mental (PNSM) e da saúde coletiva (PNAB), o que traz a originalidade dessa pesquisa, na medida que, apenas 2 artigos foram encontrados sobre o assunto e nenhuma sobre revisão sistemática. Apesar que, são mais de 15 anos desde que as duas políticas então simultaneamente decretadas, mas os estudos não contestam esta realidade.

Há quase 20 anos, Schmidt (2004) denunciava que a saúde mental não era priorizada, afirmando que a atenção primária funcionava a partir do interesse de cada governo. Uma realidade que está presente até os dias atuais. Portanto, é de extrema importância revelar, que, as condições atuais do contexto da ABS, provoca uma análise para reformulação das legislações, no que se refere a distorção da porta de entrada da saúde mental para a atenção secundária (CAPS). Esse achado comprova a inexistência de uma política que legitime a proposta de saúde integral do SUS na atenção primária.

Diante das circunstâncias de negligência com a saúde mental na ABS, o plantão psicológico surge como ressonância ao expor a necessidade da população de um espaço de acolhimento, onde Vieira e Boris (2012) falam sobre a oferta do lugar de escuta de forma espontânea, daquele que sofre e está em conflito, com isso, Gonçalves, Farinha e Goto (2016) acrescentam que o atendimento na UBS é algo novo.

Segundo Schmidt (2004), Amorim, Andrade e Branco (2015), Gonçalves, Farinha e Goto (2016) por meio da realização de ações universitárias, resultando no acolhimento das pessoas que não encontram serviços destinados na ABS e/ou são expulsas da atenção secundária, por falta de vaga ou perfil para o atendimento.

Embora, o plantão psicológico se configure predominantemente como um serviço de ações isoladas das distintas instituições superiores, e em parceria com o sistema de saúde (AMORIM; ANDRADE; BRANCO, 2015), os resultados mostraram possibilidades para consolidar esta proposta como estratégia na ABS. Mas, para apresentar, será levado em consideração as estruturas essenciais dos fenômenos presentes na interface do plantão psicológico na ABS, os quais foram destacados nos resultados. Após a demonstração, pode-se observar que as

possibilidades e dificuldades estão inteiramente interligadas com os demais fenômenos: o lugar do psicólogo na ABS, o contexto de atuação do plantão psicológico e a formação em psicologia.

Então, percebeu-se que os impasses registrados estão ligados com a configuração da ABS ao posicionar o lugar do psicólogo, conforme foi debatido anteriormente, como também, o contexto de atuação do plantão psicológico e a formação em psicologia, que fundamenta as concepções da psicologia clínica. Portanto, as possibilidades, são constatadas a partir dessas dificuldades encontradas, seguindo o mesmo caminho, das configurações da ABS, dos contextos de atuação e da formação.

Diante dos impasses encontrados nas pesquisas e nos documentos das legislações em relação as configurações da ABS, as propostas de Amorim, Andrade e Branco (2015) concordam com a menção da reformulação das políticas de Saúde Mental e ABS, enquanto os autores sugerem a contratação de mais psicólogos. Sabe-se que os plantões são locais requisitados pela comunidade, onde há uma crescente no aumento de público na medida em torna-se conhecido, na frequência de demandas variáveis e inesperadas (SCHMIDT, 2004). O que requisita para além da contratação de psicólogos, a formação de uma equipe de plantonistas, formada por estagiários de psicologia como sugere Vieira e Boris (2012), Amorim, Andrade e Branco (2015). Com a especificação de que os psicólogos plantonistas devem fazer parte da equipe de ESF e os estagiários da equipe do NASF (AMORIM; ANDRADE; BRANCO, 2015).

Caso o psicólogo queira implantar o serviço de plantão psicológico de forma solitária, sem equipe, isso não inviabiliza a prática, mas impossibilitará de ampliar a oferta do serviço. Sabendo que o plantão não tem a característica de agendamento e seleção de demandas, recebendo todos que buscam o atendimento durante o horário previsto do serviço.

Desse modo, o plantão psicológico configura-se a partir de um espaço registrado pela comunidade como um lugar de procura espontânea, com horários e dias fixos para atendimento emergencial (VIEIRA; BORIS, 2012). Amorim, Andrade e Branco (2015) afirmam que para funcionar mais adequadamente precisa está alinhado aos ideais da equipe de ESF, e trabalhar em conjunto com o ACS e a equipe de matriciamento em saúde mental, sempre articulando a integração da UBS com o CAPS. Esses pontos são extremamente relevantes para

a adesão do serviço na UBS, pois com eles a divulgação e a territorialização ajudarão nos possíveis direcionamentos e encaminhamentos.

Estas possibilidades apresentadas vislumbram um cenário de implantação do plantão psicológico como estratégia de saúde mental nas UBS, de modo consolidado em ações intervaladas e contínua, e não uma estratégia imediatista, com ações isoladas das universidades sem o compromisso da rede de saúde pública para a continuidade da promoção. O plantão psicológico é uma modalidade clínica com atendimentos de caráter emergencial, mas a proposta não é de um serviço que atua de forma emergencial, pelo contrário, de maneira consistente e semanalmente.

É interessante haver a aproximação da UBS com os cursos de psicologia para possíveis parcerias durante os semestres, diante disso, outra possibilidade seria as residências em psicologia na ABS, para fortalecer o serviço do plantão psicológico com os psicólogos, e todos os profissionais da rede de atenção. Além de capacitações dos profissionais de saúde da ABS sobre o conhecimento do plantão psicológico.

Assim, o questionamento do Schmidt (2004), sobre “as consequências sociais e políticas” do serviço universitário ser compensatório na falta saúde pública, pode ser replicado através do ideal previsto da responsabilização da rede de saúde pública, e a oferta do espaço de formação dos psicólogos a partir do campo de experimentação da prática do plantão psicológico. Pois a quantidade de plantonistas para formar uma boa equipe pode ser complementada com residentes, estagiários e/ou extensionistas.

Seguindo a proposta de apresentar as dificuldades e possibilidades; para estruturar o serviço de plantão psicológico nas configurações da ABS, implicará, simultaneamente, na “concepção de clínica presente na formação em psicologia” (VIEIRA; BORIS, 2012, p. 893), na medida que, refletimos a respeito do conhecimento dos psicólogos sobre a modalidade clínica do plantão psicológico.

Para aderir a prática do serviço os profissionais precisam conhecer a modalidade. Mas, a problemática está na perspectiva da formação dos psicólogos no Brasil, que para esta atuação precisam estar “comprometidos com uma postura crítica e investigativa em relação a saúde pública” (SCHMIDT, 2004, p. 188). Onde não cabe mais aquela visão de psicologia clínica do início da profissão

da década de 60. Registrar esse lugar da formação é também trazer a psicologia para essa posição de responsabilização social.

O plantão psicológico nasce nesse lugar de democratização e resistência, na luta por acesso à política pública de saúde mental, antes mesmo de pensar em espaços para a formação de psicólogos, mas que estes fatores se retroalimentam. A abertura de ações em saúde mental para suprir as necessidades da comunidade, e promove concomitantemente a formação em uma clínica comprometida com o contexto social.

Conforme Gonçalves, Farinha e Goto (2016) foi um enorme desafio, na época, implantar o plantão psicológico, por ser uma clínica diferente do que já existia há anos como tratamento psicológico (as psicoterapias). E aparentemente, está visão de clínica tradicional continua enraizada na classe de psicólogos.

A carência da produção científica retrata o lugar do plantão psicológico neste espaço de atuação, também através da estruturação da formação profissional, que conforme Vieira e Boris (2012) constituída por um currículo que privilegia a prática liberal do consultório privado, em um modelo de preparação voltada para às psicoterapias.

Atualmente, depois de muitos anos da criação do plantão psicológico, do SUS, das legislações e até alterações no currículo de formação, percebe-se que os psicólogos da rede de ABS, não vinculados às instituições superiores, não aparecem nas pesquisas como atuantes das ações do plantão. Não há nenhuma menção nos relatos de experiência e nem nos estudos teóricos. Isso representa, de alguma forma, que os psicólogos não aderem à modalidade clínica do plantão psicológico em suas atividades profissionais na ABS, ou talvez, não produzam conhecimento científico, publicações.

O serviço do plantão psicológico induz a uma reconstituição da prática clínica psicológica pela exigência de dialogar com as políticas públicas, (VIEIRA; BORIS, 2012), mas este olhar se torna comprometido quando se define clínica apenas pelo viés tradicional. O plantão psicológico na ABS é oportuno para mudanças significativas no modelo de atendimento da clínica psicológico (AMORIM; ANDRADE; BRANCO, 2015) na atenção primária, para desconstruir a ideia de que não se faz atendimento clínico na ABS, e lançar a clínica como especialização da atenção secundária. Mas, o que estão chamando de clínica?



O plantão psicológico como modalidade clínica, responde as demandas sociais, amplia o acesso ao atendimento psicológico ao ofertar lugar de escuta, prioriza uma postura de fazer política pública (VIEIRA; BORIS, 2012), supera a clínica tradicional centrada na doença, (GONÇALVES; FARINHA; GOTO, 2016), que reposiciona a psicologia no âmbito da saúde (AMORIM; ANDRADE; BRANCO, 2015) e o lugar da psicologia clínica (VIEIRA; BORIS, 2012).

A imprevisibilidade das demandas e o contato com a necessidade do outro sem perspectiva de retorno, focado atualmente, retrata a experiência do plantão. Vieira e Boris (2012) acrescentam que, na escuta o psicólogo reconhece na clínica o trabalho político e social, sem perder o fenômeno que surge no atendimento, a não psicopatologizar as demandas. Schmidt (2004) ressalta o quanto o plantonista precisar adentrar nesta experiência que requer sensibilidade para proporcionar o suficiente que o outra demanda, articulando inovações no modo do cuidar daquele que é singular, e plural.

De acordo com estas características, e a partir dos resultados, comprovam-se que o plantão psicológico é uma ferramenta que possibilita promoção de saúde mental como política pública, que Amorim, Andrade e Branco (2015) afirmam que aumentar a resolutividade, com atendimento mais breve, focal e emergencial. Gonçalves; Farinha; Goto (2016) sinaliza para a praticidade das pessoas de aderirem ao serviço psicológico, pela facilidade de já estarem no local em outras consultas, despertando desse modo, um olhar de cuidado preventivo para a saúde mental.

Portanto, há 7 anos Gonçalves, Farinha e Goto (2016) afirmaram que os psicólogos teriam o desafio de adentrar na equipe de ESF para reorganizar a assistência, e incorporar realmente o cuidado de forma integral. O desafio continua, todavia, com o posicionamento da alteração das legislações para efetivar a ABS como porta de entrada da saúde de modo integral (saúde mental) como rege o SUS, e posicionar o lugar da psicologia clínica social na sua atuação, a partir do serviço de plantão psicológico.

O psicólogo da rede de ABS ao implantar o plantão psicológico deve despertar-se para as configurações da UBS, constatar o lugar do psicólogo e a prática clínica como estratégia de promoção de saúde mental, dentre outras atividades que fazem parte do seu papel na atenção primária, e vincular a

formação, tanto na presença de universitários e residentes, como também sua própria formação.

## 7. CONSIDERAÇÕES

A pesquisa realizada nesta dissertação no assunto de plantão psicológico na atenção básica e a política pública de saúde mental, propõe responder à pergunta: quais as contribuições do plantão psicológico no contexto da ABS? À procura da resposta, a pesquisa seguiu o caminho de analisar a interface do plantão psicológico na atenção básica, para isso foi destinado os objetivos: 1) identificar os serviços de saúde mental na atenção básica e a relação com a psicologia; 2) discutir as contribuições do plantão psicológico como estratégia de intervenção na saúde mental; 3) descrever e analisar a produção científica sobre Plantão Psicológico na atenção básica e as possíveis contribuições e dificuldades.

A partir do primeiro objetivo, pode-se ressaltar a importância do plantão psicológico como estratégia na ABS, na medida que os resultados afirmam a necessidade de ampliar o acesso ao atendimento psicológico como prevenção e promoção à saúde mental. Pois a entrada da psicologia na área da atenção primária é algo recente, e atualmente vem perdendo mais espaços pelas mudanças de legislações com a retirada do NASF como equipe obrigatória.

Foram 4 artigos completos selecionados para a revisão sistemática sobre plantão psicológico e política pública de saúde mental, entre eles, apenas 2 voltados para a atenção básica. A carência no Brasil de publicação, a presença unânime das ações universitárias em todos os estudos, e nenhum relato de atuação vinda de psicólogos profissionais da rede de saúde da atenção básica. Esses são registros de que os psicólogos não consolidaram o plantão psicológico enquanto prática em suas atuações profissionais, mais precisamente na atenção primária.

Em seguida, este panorama, reforça a tamanha relevância do estudo sobre o plantão psicológico no contexto da ABS, sabendo da potencialidade de sua ação estratégica ao ofertar amplo acesso ao serviço psicológico para a comunidade, de forma ágil e resolutiva, pela dinâmica de atendimentos emergências de caráter autônomo daquele que procura o serviço.

No entanto, a proposta do serviço de plantão psicológico como ação estratégica à saúde mental não está direcionada como ações emergenciais, os atendimentos são de caráter urgente/emergencial, mas não o serviço. Por isso, a

relevância de consolidar o serviço como ferramenta de saúde mental na ABS, ao reconhecer, a saúde como direito de todos, e os princípios do SUS.

Diante dos resultados da revisão, as possíveis contribuições e dificuldades foram analisadas conforme a interface vista no fenômeno do plantão psicológico na atenção básica, que no decorrer da pesquisa surgiu as estruturas fenomenais como clarificador para a análise do contexto. Que para além dos impasses e as possibilidades, surgiram a análise do contexto de atuação, o lugar do psicólogo na ABS, e a própria formação em psicologia.

Através da análise dos estudos, existem possibilidades para implantar o serviço do plantão na ABS, mas, requer alterações que envolvem os fenômenos acima. Os resultados mostram que, no contexto de atuação, as ações são isoladas a partir de instituições universitárias, e para consolidar devem ser vinculadas aos psicólogos da rede de saúde. Para isso, posicionam-se mudanças no lugar do psicólogo na ABS para promover mais contratações e acrescentar sua entrada na ESF. O que envolve a formação dos psicólogos, por muitas vezes com a ideia de clínica tradicional, pode impossibilitar a implantação do plantão psicológico na ABS.

As pesquisas anteriores apresentam alguns resultados sobre os fenômenos citados, todavia não trazem esta contextualização organizada em um só lugar, como é apresentado nessa revisão. Está é a primeira revisão sistemática sobre o tema, desse modo, pode-se analisar e anexar estes dados na pesquisa.

Então, a partir desta revisão e através do conhecimento das legislações foi encontrado uma discordância nas políticas que envolve o assunto central da pesquisa, a PNSM e a PNAB. Resultado que esclarece um grau de impedimento para efetivar a saúde integral defendida pelo SUS, como cuidado em saúde, sendo assim, transformando a ABS em porta de entrada para a saúde mental. Algo que pode fomentar os impedimentos de trabalho a saúde mental na atenção primária.

Desse modo, as contribuições dessa revisão direcionam-se à comunidade acadêmica, mais também a todos os profissionais psicólogos incomodados com a política de acesso à saúde mental, e a todos os profissionais que lutam pela democracia da saúde como direito de todos. Destaca-se que está pesquisa tem ricas contribuições para a mudança das legislações da PNSM e a PNAB. Entretanto, estas contribuições são feitos que também dependem da continuidade

com outras pesquisas e do posicionamento de luta política da classe de profissionais da saúde para a conquista desses direitos.

Por fim, com os dados dessa pesquisa, é possível adentrar em um estudo de campo, para compreender a falta de produção de conhecimento científico na ABS com a prática do plantão psicológico, pois estará fundamentado no panorama das pesquisas e das legislações até janeiro de 2023, com a necessidade de ouvir os psicólogos para compreender este fenômeno, conforme o contexto local da prática. E a partir da prática clínica do plantão psicológico na ABS pode-se compreender as demandas do território, e dessa forma analisar possíveis intervenções, como grupos temáticos no próprio plantão. Com isso, há inúmeras possibilidades de aprofundar em futuras pesquisas sobre a atuação dos psicólogos na atenção básica a partir desse estudo.

## REFERÊNCIAS

- ABIB, J. A. D. Epistemologia pluralizada e história da psicologia. *Scientiae Studia*, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 195-208, 2009.
- ALES BELLO, A. Fenomenologia e ciências humanas: implicações éticas. Trad. Ir. Jacina Turolo Garcia e Miguel Mahfoud. Bauru, São Paulo: Edusc, 2006.
- ALMEIDA, F. M. de. Ser clínico como educador: Uma leitura fenomenológico existencial de algumas temáticas na prática de profissionais de saúde e educação. Tese de Doutorado, IPUSP. São Paulo: s.n., 2005. 215 p.
- ALMEIDA FILHO, N. O que é saúde? Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.
- AMARANTE, P. RIZZOTTO, M. L. F. COSTA, A. M. Memória de um movimento: a revista Saúde em Debate e a reforma sanitária brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(7): p. 2023-2029, 2015.
- AMORIM, F. B. T.; ANDRADE, A. B. de; 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, 2015.
- PENSE SUS: ATENÇÃO Básica: SUS de A a Z. Fiocruz, Rio de Janeiro, [200?]. Acesso em: 28 out. 2021. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/atencao-basica>
- BARBOSA, N. A. S.; RÊGO, T. D. DE M.; BARROS, T. M. R. R. P. A história do SUS no Brasil e a política de saúde. *Braz. J. of Develop*, v. 6, n. 11, p.84966-84985, nov. 2020.
- BRANCO, P. C. C. Aspectos epistemológicos, históricos e contemporâneos do serviço de plantão psicológico: ensaio reflexivo. *Phenomenology, Humanities and Sciences*, v. 2, n 2, p. 265-274, 2021.
- BRASIL. [Constituição (1988)] Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Coordenação de Edições Técnicas, 2016. Acesso em: 28 out. 2021. Disponível em: [https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88\\_Livro\\_EC91\\_2016.pdf](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf)
- BRASIL. Lei Nº 10.216, de 6 de Abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, para ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica. Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com

necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, para a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde. Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Caderno de atenção básica: Saúde Mental. nº 34, Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_34\\_saude\\_mental.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf)

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica. Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde. Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Portaria nº 397, de 16 de março de 2020. Altera as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, nº 5 de 28 de setembro de 2017, e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o Programa Saúde na Hora. Ministério da Saúde, 2020b.

BRASIL. Portaria nº 60, de 26 de novembro de 2020. Define as regras de validação das equipes e serviços da Atenção Primária à Saúde, para fins da transferência dos incentivos financeiros federais de custeio. Ministério da Saúde, 2020c.

BRASIL. Sus realizou quase 60 milhões de atendimentos psicossociais nos CAPES de todo o Brasil entre 2019 e 2021. Ministério da Saúde. Abr, 2022a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/abril/sus-realizou-quase-60-milhoes-de-atendimentos-psicossociais-nos-caps-de-todo-o-brasil-entre-2019-e-2021>

BRASIL. Com investimento de R\$ 45 milhões, governo Federal lança estratégias para cuidar da saúde mental dos brasileiros. Ministério da Saúde. Jun, 2022b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/junho/com-investimento-de-r-45-milhoes-governo-federal-lanca-estrategias-para-cuidar-da-saude-mental-dos-brasileiros>

BRASIL. Na América Latina, Brasil é o país com maior prevalência de depressão. Ministério da Saúde. Set, 2022c. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/setembro/na-america-latina-brasil-e-o-pais-com-maior-prevalencia-de-depressao>

BÖING, E.; CREPALDI, M. A. O Psicólogo na Atenção Básica: Uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileira. PSICOLOGIA CIÊNCIA E PROFISSÃO: 30 (3), p. 634-649, 2010.

CARDINALLI, I. E. Heidegger: o estudo dos fenômenos humanos baseados na existência humana como ser-aí (Dasein). *Psicologia USP*: v.26, n. 2, p. 249-258, 2015.

CARTA DE OTTAWA. Primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde; novembro de 1986. Acesso em 21 de setembro de 2022. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta\\_ottawa.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf)>

CARVALHO, L. S. et al. Plantão psicológico em contexto hospitalar: compartilhando saberes, desmistificando práticas. *Pensar Acadêmico*, Manhuaçu, v. 20, n. 1, p. 106-116, 2022.

CFP. Conselho Federal de Psicologia. Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) na atenção básica à saúde. Conselho Federal de Psicologia, Conselhos Regionais de Psicologia e Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. 2 ed. Brasília: CFP, 2019.

CHAVES, P. B., HENRIQUES, W. M. Plantão Psicológico: De frente com o inesperado. *Psicol. Argum. abr./jun.*, 26(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.*: 37 (04), p. 8 - 9, 2017.

CGN/PARANÁ. Conferência de saúde mental debate pós pandemia e ampliação de alternativas de financiamento. 2022. Disponível em: <https://cgn.inf.br/noticia/953553/conferencia-de-saude-mental-debate-pos-pandemia-e-ampliacao-de-alternativas-de-financiamento>

CNN BRASIL. Uso de medicamentos para a saúde mental cresce no Brasil; especialistas alertam sobre cuidados. São Paulo, 2023. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/uso-de-medicamentos-para-a-saude-mental-cresce-no-brasil-especialistas-alertam-sobre-cuidados/>

CORREIO BRAZILIENSE. Saúde Mental: pacientes reclamam da falta de atendimentos digno nos CAPS. Distrito Federal, 2022. Disponível em: <https://www.correiobraziliense.com.br/cidades-df/2022/07/5018790-saude-mental-pacientes-reclamam-da-falta-de-atendimento-digno-nos-caps.html>

DANTAS, J. B.; DUTRA, A. B.; ALVES, A. C.; BENIGNO, G. G. F. et al. Plantão psicológico: ampliando possibilidades de escuta. *Revista De Psicologia*, v. 7, n. 1, p. 232-241, 2016.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. In: Ministério da Saúde (BR). 2002. Acesso em 20 de setembro de 2022. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_alma\\_ata.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf)>

DE SOUZA, A. M., & DE SOUZA, B. N. Plantão psicológico no Brasil (1997-2009): Saberes e práticas compartilhados. *Revista Estudos de Psicologia*, 28(2), 241-249, 2011.



DUARTE, R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. Cad. Pesqui. São Paulo, n. 115, p. 139-154, 2002.

DUARTE, A. Heidegger e Foucault, críticos da modernidade: humanismo, técnica e biopolítica. Trans/Form/Ação, São Paulo, 29(2): p. 95-114, 2006.

DUTRA, E. Considerações sobre as significações da psicologia clínica na contemporaneidade. Estudos de Psicologia, Natal, 9 (2), 2004.

EISENLOHR, M. G. V. Serviço de aconselhamento psicológico do IPUSP: breve histórico de sua criação e mudanças ocorridas na década de 90. In Morato, H. T. P. (Org.), Aconselhamento psicológico centrado na pessoa: novos desafios. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

FERREIRA, A. M. C. Heidegger e o projeto de superação da subjetividade. Princípios Revista de Filosofia, Natal, v.24, n.34, jan-abr, 2017.

FOUCAULT, M. História da sexualidade. Vol. 1 "A vontade de saber". Rio de Janeiro: Graal, 1999.

FOUCAULT, M. 1926-1984. O nascimento da clínica. 7.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014.

Furigo, R. C. P. Cuidando de crise emocionais no plantão psicológico referendado na escola junguiana. Tese de doutorado não-publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, 2006.

FURIGO, R. C. P. L. et al. Plantão psicológico: uma prática que se consolida. Boletim de psicologia, v. 58, n. 129, p. 185-192, 2008.

GÓES, B. L. B.; PORTO, N. C.; FERNANDEZ, N. M. C. O plantão psicológico na clínica psicossocial uma alternativa de acesso à saúde mental na saúde pública do Brasil. Brazilian Journal of Health Review, Curitiba, v.4, n.2, p. 5324-5335, mar./abr. 2021.

GONÇALVES, L. O.; FARINHA, M. G.; GOTO, T. A. Plantão psicológico em Unidade Básica de Saúde: Atendimento em Abordagem Humanista-fenomenológica. Revista da Abordagem Gestáltica - Phenomenological Studies - XXII(2): 225-232, jul-dez, 2016.

HEIDEGGER, M. Seminários de Zollikon. São Paulo: Vozes, 2001.

HOMENAGEADO: Oswaldo de Barros Santos. Psicol. cienc. prof. 23 (3), Set. 2003.

HELENO, M. G. V.; DURÃES, R. S. dos S.; REZENDE, M. M.; BENINCASA, M. Psicologia da Saúde: histórias e desafios. In: Entidades Nacionais da Psicologia Brasileira: o FENPB e suas histórias. 1. ed. Brasília: Conselho Federal de Psicologia – CFP, 2022.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Brasileiro de 2022. Rio de Janeiro: IBGE, 2023.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Saúde: IBGE aponta que 71,5% da população brasileira depende do SUS. 4 de setembro de 2020. Acesso em dezembro de 2020. Disponível em: <https://atarde.com.br/saude/ibge-aponta-que-715-da-populacao-brasileira-depender-do-sus-1127633#:~:text=O%20Instituto%20Brasileiro%20de%20Geografia,havia%20chegado%20ainda%20no%20pa%C3%ADs>.

MAHFOUD, Miguel. Plantão Psicológico: novos horizontes. 2ª ed. Revisada e ampliada. São Paulo: Companhia Ilimitada, 2012.

MAHFOUD, Miguel. A vivência de um desafio: plantão psicológico. In: ROSENBERG, Rachel Lea (org). Aconselhamento psicológico centrado na pessoa. São Paulo: EPU, 1987.

MASSIMI, M.; CARDOSO, C. de R. Fundamentação da Psicologia enquanto ciência da subjetividade: contribuições da fenomenologia de Edith Stein. In: MAHFOUD, M.; MASSIMI, M (org.). Edith Stein e a psicologia: teoria e pesquisa. 1. ed. Belo Horizonte: Artesã Editora, 2013.

MATTA, G.C.; MOROSINI, M. V. G. Atenção Primária à Saúde. In PERREIRA, I. B. LIMA, J. C. F. 2.ed. rev. ampliada. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

MELO, E. A. et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. Saúde Debate: Rio de Janeiro, V. 42, Número Especial 1, p. 38-51, Setembro, 2018.

MEMÓRIA. Psicol. cienc. prof. 12 (2), 1992. Acesso em: 13 de junho de 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-98931992000200002>>

MENDES, J. A. A.; NAVES, A. R. C. X. Implementação do plantão-psicológico no serviço escola de psicologia: relato de experiência. Diaphora, Porto Alegre, v. 10 (1), jan/jun, 2021.

MOHER, D. et al. The PRISMA Group. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 24(2): abr-jun, 2015. Disponível em: [www.prisma-statement.org](http://www.prisma-statement.org). Traduzido por: Taís Freire Galvão e Thais de Souza Andrade Pansani; retrotraduzido por: David Harrad.

MORATO, H. T. P. Abordagem centrada na pessoa: teoria ou atitude na relação de ajuda? In: ROSENBERG, R. L. (Org.). Aconselhamento psicológico Centrado na Pessoa. São Paulo: EPU, 1987

MORATO, H. T. P. Aconselhamento Psicológico: uma passagem para a interdisciplinaridade. In: MORATO, H. T. P. (org.) Aconselhamento Psicológico centrado na pessoa: novos desafios. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

MORATO, H. T. P. Pedido, queixa e demanda no Plantão Psicológico: querer poder ou precisar? VI Simpósio Nacional de Práticas Psicológicas em Instituição – Psicologia e Políticas Públicas. Vitória: UFES, 2006.

MORATO, H. T. P. Ponto de Vista. *Psicol. USP* 19 (1), Mar., 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-65642008000100012> Acesso em: 13 de junho de 2022.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade*. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

NOGUEIRA, Roberto Passos. A Saúde da Physis e a Saúde do Dasein em Heidegger. *Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17 (3): p. 429-450, 2007.

NUNES, A. I. B. L.; OLIVEIRA, A. B. F.; MELO, A. G. Psicologia escolar na escola pública: desafios para a formação do psicólogo. *Psicologia da Educação*, São Paulo, n. 48, p. 3-11, jan. 2019.

OLIVEIRA, A. L. de. História da saúde no Brasil: dos primórdios ao surgimento do SUS. *Encontros Teológicos* nº 61 Ano 27 / número 1 / 2012, p. 31-42.

OLIVEIRA, I. M. F. F.; COSTA, A. L. F. A prática psicológica na Atenção Básica: uma revisão de 30 anos de SUS. *Psicol. Pesqui.* v. 16: p 1-26, 2022.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Saúde mental: fortalecendo nossa resposta. 2022a (17 de junho). Disponível em: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

OMS. Organização Mundial de Saúde. Saúde mental: fortalecendo nossa resposta. 2022b (8 de julho). Disponível em: <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/mental-health>

ORTOLAN, M. L. M. et al. Possibilidade da psicanálise no serviço de plantão psicológico: um lugar de retificação subjetiva. *Stylus*: Rio de Janeiro. n. 39, p. 147-158, 2019.

PIMENTEL DE-MEDEIROS, A. G. A. et al. Plantão psicológico-comportamental na pandemia da CoViD-19. *Rev. bras. ter. cogn.*, v.17, n. 1, p. 58-65, 2021.

POMBO-DE-BARROS, C. F. P.; MARSDEN, M. Reflexões sobre a prática do psicólogo nos serviços de saúde pública. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 60, n. 1, 2008.

REBOUÇAS, M. S. S.; DUTRA, E. Plantão psicológico: uma prática clínica da contemporaneidade. *Rev. abordagem gestalt.*, v. 16, n. 1, p. 19-28, 2010.

ROCHA, M. C. Plantão Psicológico e triagem: aproximações e distanciamentos. *Rev. NUFEN*: São Paulo, vol. 3 n. 1, 2011.

RODRIGUES, P. M.; KOSTULSKI, C. A.; ARPINI, D. M. A construção de novas práticas na psicologia na atenção básica: a experiência de residentes psicólogos. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 31(2), 2021.

ROSENBERG, R. L. (Org.). *Aconselhamento Psicológico Centrado na Pessoa*. São Paulo: EPU, 1987.

ROSENTHAL, R. W. O Plantão Psicológico no Instituto Sedes Sapientiae: uma proposta de atendimento aberto à comunidade. In: MAHFOUD, Miguel. Plantão Psicológico: novos horizontes. 2ª ed. Revisada e ampliada. São Paulo: Companhia Ilimitada, 2012.

SANTOS, N. R. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6):1729-1736, 2018

SANTOS, R. C.; BOSI, M. L. M. Saúde Mental na Atenção Básica: perspectivas de profissionais da Estratégia Saúde da Família no Nordeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(5):1739-1748, 2021.

SCHMIDT, M. L. S. Abertura. In: ROSENBERG, R. L. (Org.). *Aconselhamento psicológico Centrado na Pessoa*. São Paulo: EPU, p. IX-X, 1987.

SEIBT, Cezar Luís. O pensamento de Heidegger na Psicologia existencial de Boss e Binswanger. *Temas psicologia*, v.20, n.1, Ribeirão Preto, jun, 2012.

SOARES, L. L. M. Plantão psicológico Gestático - A Escrita de uma Experiência. *Estud. pesqui. psicol.*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, pág. 997-1017, 2019.

SOUZA, S.; FARIAS, A. E. M. Plantão psicológico: a urgência da acolhida. In: SOUZA, S.; FILHO, F. B. S.; MONTENEGRO, L. A. A. *Plantão psicológico: ressignificando o humano na experiência da escuta e acolhimento*. 1 ed. Curitiba, PR: CRV, p. 264, 2015.

SOUZA, S.; TEIXEIRA, E. O. O NAEPSI e os desafios do plantão psicológico. In: SOUZA, S. *Plantão Psicológico e Saúde Mental: acolhimento on-line em tempos de crise*. Porto Alegre, RS: Editora Fi, p. 167, 2022.

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

TASSINARI, M. A. *Plantão psicológico centrado na pessoa como promoção de saúde no contexto escolar*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio de Janeiro. 1999.

TASSINARI, M. A.; DURANGE, W. *Plantão psicológico e sua inserção na contemporaneidade*. *Rev. NUFEN*, v. 3, n. 1, p. 41-64, 2011.

UNA-SUS/UFMA. *Redes de Atenção à Saúde: a atenção à saúde organizada em redes/ Nerícia Regina de Carvalho Oliveira*. São Luís, 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.*, v. 12, n. 3, p. 883-896, 2012.

WRONA, R. Uma história no Plantão Psicológico. In: TASSINARI, M. A.; CORDEIRO, A. P. da S.; DURANGE, W. T. (Org.) *Revisando o Plantão Psicológico centrado na Pessoa*. 1. Ed. Curitiba, PR: CRV, 2013.

ZILES, Urbano. Fenomenologia e teoria do conhecimento em Husserl. Rev. Abordagem Gestalt, vol.13, n.2, p. 216-221, 2007.

## APÊNDICES

### APENDICE A – LISTA DE DOCUMENTOS

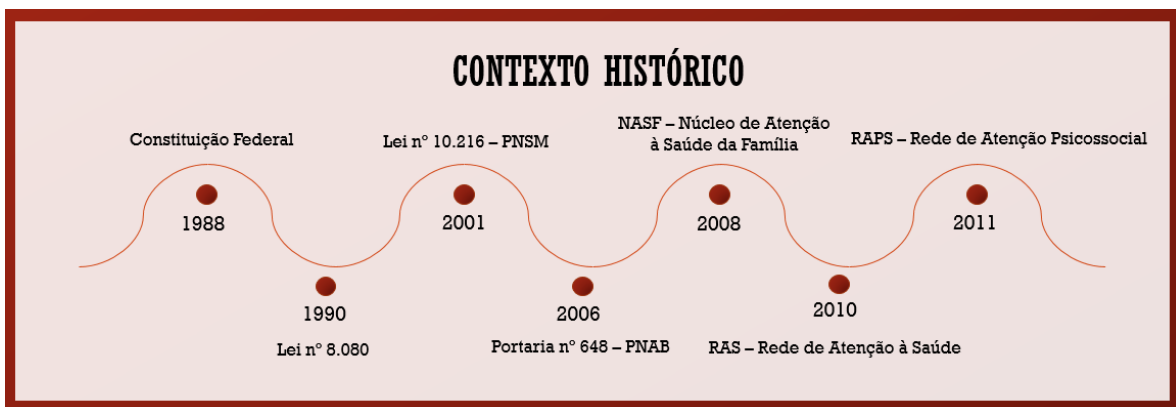
1. Constituição da República Federativa do Brasil
2. Lei Nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.
3. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF.
4. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.
5. Caderno de atenção básica: Saúde Mental. nº 34, Ministério da Saúde, 2013.
6. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica.
7. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS.
8. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde.
9. Portaria nº 397, de 16 de março de 2020. Altera as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, nº 5 de 28 de setembro de 2017, e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o Programa Saúde na Hora.
10. Portaria nº 60, de 26 de novembro de 2020. Define as regras de validação das equipes e serviços da Atenção Primária à Saúde, para fins da transferência dos incentivos financeiros federais de custeio.
11. CARTA DE OTTAWA. Primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde; novembro de 1986.
12. Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) na atenção básica à saúde. 2 ed. Brasília: CFP, 2019.

13. DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978

## APENDICE B – LINHA DO TEMPO: CONTEXTO HISTÓRICO DA SAÚDE E PLANTÃO PSICOLÓGICO



Fonte: Elaborada pela autora (2023)



Fonte: Elaborada pela autora (2023)