

## Plantão psicológico como estratégia de clínica ampliada na atenção básica em saúde

Psychological duty as strategy of extended clinic in basic health care

**Fázia Beatriz Torres Amorim**

Instituto Müller-Granzotto. Clínica Diálogos. Rua José Sebastião de Carvalho, 450, 63041-520, Juazeiro do Norte, CE, Brasil. faziabeatrizpsi@gmail.com

**Andréa Batista de Andrade, Paulo Coelho Castelo Branco**

Universidade Federal da Bahia. Instituto Multidisciplinar em Saúde. Rua Rio de Contas, 58, 45029-094, Vitória da Conquista, BA, Brasil. andrea\_andrade@hotmail.com, paulocbranco@gmail.com

---

**Resumo.** O plantão psicológico se enquadra em uma perspectiva de promoção à saúde mental baseada no acolhimento emergencial da pessoa em situação de crise, corroborando os ideais da clínica ampliada e da atenção básica. Objetivamos problematizar o plantão psicológico como possível estratégia de clínica ampliada, apresentando os desafios e as possibilidades de sua implementação na atenção básica. Trata-se de um ensaio teórico-crítico, cuja sistematização apresenta três eixos: (i) o advento do plantão psicológico e o contexto do SUS; (ii) o plantão psicológico como estratégia da clínica ampliada; e (iii) a implementação do plantão psicológico na atenção básica. Conclui-se que o plantão psicológico amplia o serviço de Psicologia na atenção básica e facilita seu acesso à comunidade, aumenta a resolutividade dos casos e contribui para a integralidade da atenção, colaborando para a materialização dos princípios doutrinários do SUS.

**Palavras-chave:** clínica ampliada, plantão psicológico, saúde mental.

**Abstract.** The psychological duty fits in a mental health promotion perspective based on the emergency reception of the person in crisis, underpinning the extended clinic and basic health care ideals. We aim at problematizing the psychological duty as a possible strategy of extended clinic, presenting the possibilities and challenges of its implementation in basic care. This is a theoretical-critical essay organized in three axes: (i) the advent of psychological duty and the SUS context; (ii) the psychological duty as an extended clinic strategy; (iii) the implementation of psychological duty in basic care. We conclude that psychological duty expands the psychological service in basic care and facilitates its access to community, increases the resolution of cases and contributes to the wholeness of attention, collaborating to the materialization of SUS' doctrinal principles.

**Keywords:** extended clinic, psychological duty, mental health.

---

O plantão psicológico é uma modalidade clínica distinta da psicoterapia, cuja proposta se baseia na escuta e intervenção psicológica com ênfase nas potencialidades humanas, nas autopercepções sobre uma situação-problema e no acolhimento à circunstância de crise (Schmidt, 2009; Scorsolini-Comim, 2014). No Brasil, seu surgimento tem origem no Serviço de Aconselhamento Psicológico (SAP) do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP) (Tassinari, 1999).

Vale destacar que, nas décadas de 1970-1980, houve um intenso desenvolvimento de terapias de curta duração, nas quais as propostas de plantão psicológico (com orientação na Abordagem Centrada na Pessoa) e psicoterapia breve (norteadas pela Psicanálise) encontraram profícuos estudos (Rosenthal, 1999). Ressaltamos, no entanto, que tais discussões versavam sobre a inserção da clínica psicológica, predominantemente, nas práticas hospitalares, escolares e em clínicas-escola (Mota e Goto, 2009).

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. Essa inserção incorreu em uma mudança no processo de formação e atuação do psicólogo, sobretudo nas grades curriculares dos cursos de graduação em Psicologia, que passaram a incluir disciplinas vinculadas à área da Saúde Coletiva (Ferreira Neto, 2011).

Com efeito, a expansão dos serviços de Psicologia nessa área possibilitou um novo contexto de ingresso do plantão psicológico como estratégia de clínica ampliada na atenção básica à saúde, em que psicólogos e estagiários passaram a utilizá-lo nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Entretanto, a sistematização e a resolutividade da utilização do plantão psicológico na atenção básica não são, ainda, totalmente conhecidas, conforme verificamos, mediante um levantamento bibliográfico nos seguintes bancos de dados virtuais: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Portal de Periódicos em Psicologia (PePSIC). No total, encontramos 19 artigos com o descritor plantão psicológico, dos quais nenhum trata do seu uso na atenção

básica à saúde e apenas 01 estudo (Tassinari, 2012) aborda uma relação entre plantão e clínica ampliada. Indicando, pois, uma escassez na produção científica sobre a temática proposta por este artigo.

Nesse panorama, no que concerne ao recorte deste estudo, objetivamos problematizar os eventuais desafios e possibilidades do plantão psicológico como estratégia da clínica ampliada na atenção básica à saúde, considerando os aspectos históricos, conceituais e práticos que norteiam essa relação. Acreditamos que a compreensão do plantão na conjectura Estratégia Saúde da Família (ESF) e do NASF possibilitará avanços no plano do conhecimento sobre a temática, bem como no aprimoramento de sua implementação na atenção básica à saúde.

Para alcançarmos o objetivo aludido, elaboramos uma reflexão teórico-crítica que se desdobra em três eixos temáticos. O primeiro tópico se refere ao advento do plantão psicológico no contexto de reorientação do modelo assistencial no Sistema Único de Saúde (SUS). O segundo diz respeito às confluências conceituais do plantão psicológico como a prática da clínica ampliada. Por fim, o terceiro eixo trata da implementação do plantão psicológico na atenção básica à saúde, a saber, na ESF e no NASF. Tais eixos serão apresentados a seguir.

## O advento do plantão psicológico e o contexto do Sistema Único de Saúde

O advento do plantão psicológico, no Brasil, remete ao desenvolvimento do aconselhamento psicológico não diretivo (Scorsolini-Comim, 2014). Vale ressaltar que as ideias oriundas dessa perspectiva de aconselhamento circulavam no Rio de Janeiro desde as décadas de 1940-1950, no Instituto de Seleção e Orientação Profissional da Fundação Getúlio Vargas, pelos trabalhos de Mariana Alvim, Antonius Benko e Ruth Scheffer (Rosenberg, 1987).

Na década de 1950, em São Paulo, no IPUSP, coube a Oswaldo de Barros Santos a difusão de tal perspectiva de aconselhamento. Ao final da década de 1960, Santos havia implementado uma base consistente de disciplinas e práticas norteadas pela abordagem de Carl Rogers, em especial nos campos do Aconselhamento Psicológico e da Orientação Educacional (Rosenberg, 1979).

Fruto desse contexto de difusão do aconselhamento não diretivo, Rachel Lea Rosenberg, em 1967, concluiu sua graduação no IPUSP,

e, em 1968, tornou-se docente desse instituto, atuando nos campos da Psicologia Educacional, da Aprendizagem, do Desenvolvimento e da Personalidade (Morato, 2008).

Segundo Rosenberg (1979), a motivação para desenvolver atividades de orientação rogeriana ocorreu devido ao seu contato com Santos. No pensamento da autora, essa afiliação acadêmica e profissional aconteceu devido aos seguintes motivos. Primeiro, uma crítica à Psicanálise e às técnicas diretivas, na resolução de problemas pessoais de clientes que procuravam ajuda – a Psicanálise se restringia às motivações ocultas para reconhecer as vivências pessoais e refleti-las, enquanto as aludidas técnicas programavam uma mudança de comportamento, com esteio em uma entrega das escolhas da vida a outrem. O segundo motivo concerne ao objetivo de propiciar a pessoa que procura ajuda “condições de ela própria identificar e organizar o seu próprio mundo a partir de sentimentos, experiências e percepções que só ela teria o direito e a capacidade de avaliar e conhecer” (Rosenberg, 1979, p. 167).

Devido à iniciativa da estudante, professora e militante política Lara Iavelberg, em 1966, as atividades de aconselhamento ocorreram na Faculdade de Filosofia Ciências e Letras (FFCL) da USP, com prestações de serviços ao curso de vestibular no Grêmio estudantil dessa instituição. Rosenberg (1987), em 1968, assumiu a coordenação e a administração do então chamado Serviço de Psicologia do Grêmio.

Com a ascensão da ditadura militar, ocorreu um deslocamento espacial dos cursos da USP, e o trabalho no Grêmio adquiriu conotações contrastantes à instabilidade política instaurada. Houve, então, perseguição militar a Iavelberg<sup>1</sup> (Gaspari, 2002), e as atividades de aconselhamento foram interrompidas. Diante dessas experiências e provocações, Santos e Rosenberg fundaram, em 1969, o SAP-IPUSP, organização independente das subordinações do Departamento da FFCL (Rosenberg, 1987).

A prática de aconselhamento consistia, então, em um acolhimento individualizado, no qual, mediante as divulgações do serviço, a pessoa se inscreve, passa por uma entrevista (triagem) e é encaminhada para o atendimento. Essa configuração ocorria mediante a disponibilidade do estagiário para assumir

uma atitude de plantão – ainda não concebido como psicológico – em horários definidos para receber, ouvir, inscrever e encaminhar a pessoa. Nesse momento, buscava-se, também, aliviar as inquietações, as ansiedades e as angústias imediatas que a pessoa trazia. Esses contatos iniciais propiciaram maior liberdade para o estagiário realizar o primeiro contato com o cliente – liberando os supervisores dessa função para ficarem disponíveis para retirar dúvidas e, posteriormente, refletir com os estagiários tais acolhimentos (Rosenberg, 1987).

Salienta-se que a modalidade de plantão surge como uma flexibilidade da estrutura de aconselhamento para acompanhar os processos pessoais de quem procura o serviço – e não nasce de uma conjuntura teórico-administrativa prévia (Rosenberg, 1987).

No caso de situações consideradas graves, o plantonista possibilitava uma margem de retorno para o cliente. Destarte, diante da demanda de clientes que retornavam e do aumento da fila de espera por um atendimento psicológico, percebeu-se a necessidade de oferecer maior preparo para a equipe de estagiários plantonistas, com o objetivo de acolher a dinâmica de cada tipo de demanda, sem recair em um contato breve, destituído de profundidade e complexidade de ajuda.

No final da década de 1970, o plantão transcende as cercanias do IPUSP e, sob a orientação inicial de Rosenberg, passa a funcionar no Centro de Desenvolvimento da Pessoa (CDP), no Instituto Sedes *Sapientiae*, um reconhecido centro paulista de formação e prestação de serviços psicológicos (Rosenthal, 1999).

Ainda na década de 1970, em paralelo ao desenvolvimento do plantão, Rosenberg (1977) apontava para novos rumos da psicoterapia, ao indicar as influências dos pensamentos de Rogers, da Psicologia Existencial-Humanista e da antipsiquiatria como reformulações dos modelos clássicos de clínica.

Ao descrever as características – comunicação não verbal, variações no tempo e atendimentos em grupo – que ampliam a atuação psicoterapêutica, Rosenberg (1977) fincou importante contribuição ao entendimento clínico do plantão: a concepção de uma terapia para o agora. Essa é uma tendência que reduzia a importância do psicodiagnóstico e da triagem

<sup>1</sup> Além de psicóloga e docente, Iavelberg foi uma militante de esquerda que afrontou o regime militar brasileiro. Ela participou da Vanguarda Popular Missionária, junto com Dilma Rousseff, e foi militante do MR-8, tornando-se namorada do guerrilheiro Carlos Lamarca. Em 1971, encurralada por militares, Iavelberg se suicidou com um tiro (Gaspari, 2002). Em 2003, após a exumação do corpo, foi constatado que Iavelberg morreria assassinada com vários tiros (Agência Brasil, 2004).

para enfatizar maior contato entre psicólogo e cliente, em qualquer tipo de demanda. Nessa terapia, qualquer pessoa poderia se beneficiar da relação de ajuda, em atendimentos sem duração pré-definida, pois

*[...] a matéria básica da terapia deixa de ser identificada aos recursos do terapeuta e passa a consistir na tendência e na potencialidade, que existem no ser humano, para a auto-realização. [...] A presença ativa e real do terapeuta adequado assegura a força necessária para continuar neste caminho acidentado, cheio de imprevistos, para o auto-encontro (Rosenberg, 1977, p. 61).*

Essas características, somadas à atitude não diretiva, tornam-se presentes no surgimento do plantão psicológico. Eis a transição do plantão, entendido como “uma disponibilidade mais atenciosa de recepção aos clientes que procuravam inscrição para o atendimento regular em aconselhamento psicológico” (Rosenthal, 1999, p. 16), para o plantão psicológico, concebido como

*o poder transformador da escuta atenciosa, não diretiva, centrada no cliente, confiante na tendência ao desenvolvimento das potencialidades inerentes à pessoa (tendência atualizante), e na possibilidade de essa tendência ser estimulada, mesmo através de um único encontro com o profissional, desde que este último possa oferecer sua presença inteira, através de sua própria congruência, capacidade de empatia e aceitação incondicional do outro (Rosenthal, 1999, p. 16).*

Durante a década de 1980, no CDP, com a coordenação e supervisão de Raquel Wrona e supervisões posteriormente exercidas por Miguel Mahfoud<sup>2</sup>, o plantão psicológico encontra um campo fértil de desenvolvimento. Frisa-se que, no mencionado centro, a execução do plantão psicológico foi inspirada pelo modelo das *walk-in clinics* estadunidenses, clínicas – populares nas décadas de 1970-1980 – que focavam atendimentos médicos e psicológicos emergenciais (Rosenthal, 1999).

Diante do florescimento da prática do plantão psicológico, somente em 1987, Mahfoud publicou o capítulo intitulado “A vivência de um desafio: plantão psicológico”, o qual sistematiza essa prática e discute alguns casos clínicos. Mahfoud (1987, p. 75) conceitua a locução *plantão* como exercício profissional de disponibilidade para aten-

der qualquer tipo de pessoa e demanda, “em períodos de tempo previamente determinados e ininterruptos”. De tal modo, o “plantão permite um sistema de inscrição, por si, terapêutico – já no momento de pedido de atendimento. Isso porque propicia ao cliente configurar com mais clareza o seu pedido de ajuda” (Mahfoud, 1987, p. 83). A postura clínica do plantonista consiste em

*aceitar manter-se no momento presente, centrado na vivência da problemática que emerge com a ansiedade e força particulares no próprio momento de pedido de ajuda, acompanhando a variação da percepção de si e das circunstâncias pela direção que a clarificação levar – eis a disponibilidade do psicólogo-conselheiro, que possibilita o atendimento em plantão psicológico (Mahfoud, 1987, p. 83).*

Torna-se característica dessa modalidade de ajuda requerer do plantonista as seguintes disponibilidades (Mahfoud, 1987): enfrentar os mais variados tipos de demandas sem se pautar por planejamentos prévios; considerar que esse encontro pode ser único e variar na duração do seu tempo; tornar-se um eixo de referência existencial naquele momento de necessidade de ajuda; possibilitar indicações e encaminhamentos para outros tipos de serviços; e ponderar a necessidade de retorno do cliente, caso haja necessidade.

O plantão psicológico se distingue do modelo clássico de triagem, pois oferece mais autonomia ao estagiário para acolher, atender e avaliar quais são as possibilidades de continuidade e encaminhamento pertinentes à dinâmica da experiência do cliente. Isso requer uma abertura institucional, bem como a criação de uma rede informativa de contatos com outras instituições – recursos de saúde e educação (Mahfoud, 1987).

A proposta do plantão psicológico foi justificada, segundo Mahfoud (1987), como uma possibilidade de atuação do psicólogo diante de um período histórico de escassez na oferta de recursos em saúde mental para a população brasileira. O plantão psicológico se configura, também, como uma resposta perante o contexto de especialização e priorização de atendimentos psicológicos pautados pela resolução de casos mais graves (por exemplo, transtornos mentais), possibilitando uma proposta de promoção à saúde.

<sup>2</sup> Ressalta-se que Wrona, também conhecida como Rosenthal, estudou no IPUSP em 1975-1976 (Vasconcelos, 2009). Mahfoud, igualmente, estudou no mencionado instituto em 1976-1980.

Na década de 1990, o Conselho Federal de Psicologia deixa de considerar o plantão psicológico como prática alternativa para reconhecê-lo como uma abordagem dotada de saber e técnica, que aguarda por pesquisas que comprovem a sua eficácia (Mahfoud, 1999a). Em 1999, é publicado o livro “Plantão psicológico: novos horizontes”, primeira obra dedicada exclusivamente ao plantão psicológico. Nesse alvitre (Mahfoud, 1999b), observa-se uma ampliação do plantão psicológico para outros âmbitos que não, unicamente, os da clínica-escola (por exemplo, hospitais psiquiátricos e colégios), bem como se apresentam os resultados de pesquisas que investigam processos de formação e aprendizagem de plantonistas.

Contemporaneamente, 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 (Souza e Souza, 2011). É possível encontrar, ainda, experiências de aplicação dessa modalidade de ajuda em diversas instituições (Dutra, 2004; Vieira e Boris, 2012), sob a orientação de outras abordagens (Vasconcelos, 2009). Constitui, portanto, premissa fundamental do plantão psicológico formar profissionais psicólogos com o intento de promover saúde mental à comunidade (Rosenberg, 1987).

A difusão da prática de plantão psicológico na comunidade também encontrou um contexto mais propício com o processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica e dos preceitos do SUS, possibilitando uma maior inserção e ampliação da Psicologia nas políticas públicas. O plantão psicológico, nesse contexto, emerge como uma possibilidade de atender de modo mais resolutivo à demanda reprimida por um cuidado em saúde mental, visto que aumenta a capacidade de proporcionar de maneira adequada uma solução aos problemas do usuário através de atendimentos no território adstrito ou encaminhando-o para onde suas necessidades possam ser atendidas, conforme o nível de complexidade.

A prática do plantão psicológico, nas políticas públicas, mais especificamente na atenção básica à saúde, situa-se como uma proposta recente, que visa à promoção da saúde, evitando a cronicidade ou o aparecimento de transtornos mentais e, reduzindo, assim, sua incidência e prevalência. Além disso, o plantão na atenção básica permite a ampliação

do acesso à atenção psicológica, garantindo a entrada dos usuários de saúde mental aos serviços do SUS.

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

Vale ressaltar que o SUS surgiu como fruto do movimento de Reforma Sanitária brasileira, inspirado nas propostas apresentadas pela VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Basicamente, as principais ideias discutidas naquela época eram as seguintes: a busca por uma concepção mais ampliada da saúde; a saúde como direito e dever do estado; a instituição de um sistema único de saúde, atravessado pelo princípio da universalidade, integralidade, descentralização e hierarquização do serviço; e a valorização da participação popular e do controle social dos serviços públicos de saúde (Brasil, 1986).

Não obstante esse período histórico fosse marcado por restritivas políticas aos investimentos das áreas sociais, o SUS instituiu, em 1994, o Programa de Saúde da Família, hoje denominado ESF. Atualmente, a ESF configura-se como o maior programa assistencial desenvolvido em larga escala em todo Brasil, trazendo um enorme potencial para materializar, de forma consistente, a Atenção Primária a Saúde (APS) no país (Organização Pan-Americana de Saúde, 2010).

A APS representa o primeiro contato do usuário com a rede assistencial dentro do sistema de saúde, tendo como característica principal a continuidade e a integralidade da atenção, além da coordenação da assistência dentro do próprio sistema. Entende-se por integralidade a compreensão de que o homem não é um ser fragmentado e possui diversas demandas objetivas e subjetivas que devem ser assistidas por um sistema de saúde articulado de modo intrasetorial e intersetorial (Brasil, 2009a). Nessa perspectiva, o plantão possibilita integrar as dimensões subjetivas do usuário no processo de cuidado no âmbi-

to da saúde coletiva, possibilitando intervenções de saúde mental na atenção básica.

A APS fornece, ainda, atenção centrada na família e favorece a participação comunitária. Portanto, a ESF, vertente brasileira da APS, vem provocando de fato e de direito, um importante movimento de reorientação do modelo de assistência no país (Organização Pan-Americana de Saúde, 2010).

No intuito de apoiar a inserção da ESF na rede de serviços, como também ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização e intensificar as ações da APS, é que o Ministério da Saúde, em 2008, implanta o NASF. Este, por sua vez, serve de suporte à ESF por intermédio do apoio matricial, entendido como a oferta de conhecimentos e propostas de ações conjuntas a partir da responsabilização compartilhada entre as equipes de referência e contrarreferência (Brasil, 2009b).

A proposta do NASF reitera a importância da interdisciplinaridade e da intersetorialidade para superar a prática clínica centrada na doença. Isso significa que é necessário reconhecer que os usuários não se limitam às expressões das doenças de que são portadores (Brasil, 2009b).

Nesse contexto, a clínica ampliada surge na tentativa de integrar várias abordagens para possibilitar um manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde (Brasil, 2009a). Trata-se de colocar em discussão a fragmentação do processo de trabalho e a necessidade de criar um contexto favorável de cuidado da pessoa, considerando seus aspectos familiares, sociais e comunitários. Nessa conjuntura, o plantão psicológico no âmbito da saúde coletiva, exercido por psicólogos na ESF e no NASF, insere-se em uma proposta de APS abalizada pelo SUS.

## O plantão psicológico como estratégia da clínica ampliada

Consoante Paparelli e Martins-Nogueira (2007), existem três vertentes delineadoras que caracterizam o plantão psicológico. A primeira vertente se refere ao ponto de vista da instituição, que deve exigir o planejamento do espaço físico, a sistematização e a organização do serviço, como também dispor de recursos disponíveis a serem utilizados. Tais recursos se relacionam à rede de apoio externa, aos recursos humanos e materiais, dentre outros. A segunda diz respeito às habilidades e competências do profissional, cuja exigência alude à disponibilidade deste para a ocorrência inu-

sitada, de lidar com o não planejado e com a possibilidade de acolher a demanda daquele que o procura em situação circunstancial. E, por fim, a terceira inclui a perspectiva do cliente, em que este deve ser capaz de perceber o plantão psicológico como uma referência, um porto seguro para a sua necessidade imediata.

A partir da complexidade das características do plantão psicológico, percebe-se que este se contrapõe à visão da clínica psicológica convencional, na qual se sustenta em uma análise estrutural da personalidade humana focada nos aspectos psicopatológicos do indivíduo. O plantão alvitra uma clínica mais abrangente, baseada em uma concepção preventiva, respondendo a uma necessidade da comunidade em seu viver cotidiano (Palmieri e Cury, 2007).

Castelo Branco *et al.* (2010) acrescentam que o plantão psicológico possui breve duração e busca a reorganização da personalidade, enquanto a psicoterapia clínica tem caráter prolongado, objetivando reestruturar a personalidade do indivíduo, eliminando os sintomas existentes nesse processo. Apenas em alguns casos, quando a pessoa não possui uma queixa específica, a psicoterapia é direcionada para o autoconhecimento e o desenvolvimento de suas potencialidades.

Desse modo, a modalidade de plantão visa a atender a demanda da pessoa em crise que necessita de um acolhimento específico, como também de uma postura compreensiva do profissional para minimizar o estado de angústia, desajuste ou sofrimento (Schmidt, 2004). A proposta do plantão, portanto, é situacional/contextual e busca eliminar a tensão orgânica emergencial da crise por meio da facilitação de *insights* e da ressignificação da vivência de uma situação-problema (Schmidt, 2009).

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

Apesar das severas críticas à clínica tradicional, no que concerne ao reducionismo biológico, ao caráter medicalizante e ao seu papel

na manutenção do *status quo*, deve-se reconhecer suas contribuições para evitar e aliviar a dor, além de tratar e reabilitar pessoas. Por outro lado, faz-se necessário superar os limites da clínica tradicional, em busca de uma prática que valorize as relações intersubjetivas na produção do cuidado, visto que o processo de cura sempre pressupõe a relação entre sujeitos (Carvalho e Cunha, 2006). Na tentativa de ultrapassar as limitações da clínica tradicional, surge a proposta da clínica ampliada.

A clínica ampliada se refere, portanto, à utilização de saberes e práticas de saúde contextualizadas socioculturalmente e instrumentalizadas pela técnica para dar respostas singulares às demandas de saúde, com nítido apelo à intersubjetividade das ações. O objetivo primordial da clínica ampliada é construir vínculos com a comunidade, valorizando suas narrativas a partir de uma escuta presente e de uma postura ética e humanizadora (Favoreto, 2006).

A clínica ampliada, portanto, ancora-se no trabalho vivo em saúde, que significa a possibilidade de os profissionais de saúde irem além da prescrição, exame e medicação. Para Merhy (2002), sem desconsiderar a importância das tecnologias-duras, o cuidado em saúde também deve ser operado por meio do uso de tecnologias-leves baseadas em estratégias relacionais e comunicacionais que garantam a qualidade da assistência.

De acordo com o Ministério da Saúde, a clínica ampliada utiliza como meios de trabalho a integração da equipe multiprofissional, a adstrição de clientela, a construção de vínculo, a elaboração do projeto terapêutico conforme a necessidade que cada caso requeira e a ampliação dos recursos de intervenção sobre o processo saúde-doença (Brasil, 2009a). Tais meios convergem com a proposta do plantão psicológico enquanto estratégia da clínica ampliada na atenção básica.

A clínica ampliada, assim como o plantão psicológico, entende que as pessoas não se limitam às expressões sintomatológicas, visto que são influenciadas pela história social, cultural e psíquica. Essa constatação significa dizer que a clínica ampliada e o plantão psicológico visam ao pacto entre profissionais e usuários, possibilitando a participação e a autonomia daquele que sofre.

Acredita-se que congregando os aspectos subjetivos dos usuários ao projeto terapêutico aumenta a resolutividade do serviço e a adesão ao tratamento e gera maiores responsabi-

lidades na produção do cuidado (Carvalho e Cunha, 2006). Nesse aporte, a clínica ampliada busca uma negociação simbólica entre seus diversos atores sociais – gestores, profissionais e usuários – na tentativa de garantir a integralidade nas práticas de saúde, além de qualificar as respostas às demandas dos usuários.

Ao problematizar sobre a clínica ampliada, o Ministério da Saúde (Brasil, 2009a) reconhece a importância da construção do vínculo nas práticas de saúde ao afirmar que “Tanto profissionais quanto usuários, individualmente ou coletivamente, percebendo ou não, depositam afetos diversos uns sobre os outros” (p. 27). Tal perspectiva acena para uma atitude ética no cuidado à saúde, que implica uma “disponibilidade pessoal, em que cada profissional permite ser afetado por uma outra via não-teórica e de não-isenção: a dos sentidos, dos afetos e a da abertura ao outro, que exige uma abertura a novos diálogos e uma contínua reflexão” (Carvalho *et al.*, 2008, p. 705).

O plantão psicológico, destarte, pode contribuir na efetivação de práticas ampliadas, que neutralizem a demasiada fragmentação do processo de trabalho em saúde por meio da valorização da escuta e da construção de vínculo com usuários e comunidade. Mais do que uma remodelagem da atenção aos serviços de saúde, o plantão e a clínica ampliada aludem a um compromisso ético marcado pela humanização do cuidado e pela garantia da cidadania, favorecendo uma maior qualidade de vida das pessoas e da comunidade.

### **A implementação do plantão psicológico na atenção básica**

O presente eixo temático reflete sobre o modo como vem se estruturando a saúde mental na atenção básica, analisando as possibilidades e os desafios da implementação do plantão psicológico na ESF e no NASF.

Durante muitos anos, o campo da saúde mental foi marcado por modelos asilares baseados em paradigmas somaticistas e biologicistas. A partir da reforma psiquiátrica e do movimento antimanicomial, as práticas hospitalocêntricas passaram a ser alvo de críticas, por gerarem, dentre outros efeitos, a exclusão social, a despersonalização e a cronicidade dos usuários psiquiátricos (Amarante, 1996).

Atualmente, o termo saúde mental, inspirado na Reforma Psiquiátrica, constitui-se um campo de saberes e práticas associado ao modelo psicossocial. Este, por sua vez, tem a

finalidade de desospitalização, desmedicalização e implicação subjetiva e sociocultural a partir da horizontalização das relações de poder entre profissionais e usuários (Amarante, 1996). Tal perspectiva coaduna com a ideia de desinstitucionalização proposta por Nicácio e Campos (2004, p. 72), os quais afirmam que

*a desinstitucionalização propõe uma diferente perspectiva ética, teórica e política para compreender a questão da loucura e as relações produzidas no contexto social [...]. Isso implica numa profunda transformação das relações entre as pessoas e as instituições, dos modos de pensar e fazer saúde mental e dos processos de ausência de valor social e de exclusão das pessoas com a experiência do sofrimento psíquico.*

A desinstitucionalização de usuários com longo histórico de internações está na pauta da Política Nacional de Saúde Mental, visto que propõe a redução gradual e planejada dos leitos em hospitais psiquiátricos, indicando a implementação de ações comunitárias na rede de saúde mental que sejam capazes de atender com resolutividade os usuários que necessitam de cuidado (Brasil, 2005). Sundfeld (2010) reitera que esse novo modelo de assistência prioriza uma abordagem preventiva e de promoção à saúde, contrapondo-se ao foco na queixa e/ou no sintoma, no tratamento curativo e na atenção médico-centrada.

Para além da doença, é necessário que exista a produção de escuta, de vínculo e de um fazer interdisciplinar para reorientar o cuidado em saúde mental de maneira efetiva. A proposta da reforma psiquiátrica é aproximar a assistência em saúde mental da rede social, familiar e cultural do usuário, tornando possível a reapropriação da sua história de vida e do seu processo de saúde/adoecimento (Brasil, 2005).

Percebe-se que a inclusão da atenção em saúde mental na atenção básica é fundamental para desmontar o hospital psiquiátrico e agenciar o cuidado no território. Nesse contexto, o plantão psicológico pode ser uma possibilidade importante para ser utilizada na ESF, visto que as situações de risco e de crise aparecem de forma mais direta nas UBS, lugar de atuação onde o profissional de saúde passa a lidar mais intensamente com os agravos psicossociais e problemas comunitários. Desse modo, o psicólogo pode acolher o usuário de saúde mental em crise e encaminhá-lo para o serviço mais adequado, caso ainda haja necessidade de fazê-lo.

Salienta-se que a utilização do plantão psicológico na ESF carece de uma rede em saúde

mental bem estruturada para que o plantonista possa garantir a continuidade do usuário na rede, principalmente no que concerne ao CAPS. É necessário que o CAPS, referência no cuidado em saúde mental, seja bem articulado com a atenção básica, visto que a saúde mental não é isolada à saúde como um todo.

A integração entre CAPS e ESF é fundamental para que haja o acompanhamento e o agenciamento do usuário e sua família na rede (Bezerra e Dimenstein, 2008). Isso permite o reforço da intersectorialidade, aspecto tão fundante para a concretização de uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico de modo responsável. A garantia da integralidade no nível organizacional (Mattos, 2003) aos usuários de saúde mental inibe o desejo de manicômio presente na sociedade (Nicácio e Campos, 2004), visto que a crise consegue ser conduzida na rede.

Nessa perspectiva de integração, é importante enfatizar que o plantão psicológico na atenção básica não objetiva atender usuários em situação de crise psicótica com certa cronicidade, servindo de emergência psiquiátrica. A crise à qual nos referimos no plantão psicológico diz respeito à pessoa que apresenta sofrimento psíquico por uma perda ou aquisição de modo situacional e contextual. Apenas o CAPS e o Hospital-dia em saúde mental estão preparados para atender usuários com transtornos mentais graves e persistentes.

Outro aspecto relevante para a efetivação do serviço de plantão psicológico na atenção básica deve-se à importância do trabalho conjunto entre o psicólogo e o agente comunitário em saúde (ACS), principal elo entre a unidade de saúde e a comunidade. É dever do psicólogo capacitar esse agente, no que concerne aos conhecimentos básicos em saúde mental, para que o ACS tenha condições de identificar os casos que precisam do plantão psicológico e encaminhá-los para o serviço de Psicologia da UBS. A capacitação em saúde mental do ACS pelo psicólogo é uma ação indicada nas diretrizes do NASF, na qual pode ser realizada a discussão de casos acompanhados em visitas domiciliares e a análise dialogada e crítica de textos sobre saúde mental. Nessa capacitação, o psicólogo pode problematizar as indicações para o plantão psicológico, a saber: vivências ou atitudes que colocam o usuário em risco iminente de morte, desorganização ou imobilização da existência, crises recentes e situacionais, lutos afetivos, etc. (Castelo Branco *et al.*, 2010).

Ressalta-se que o desenvolvimento do plantão na atenção básica implica em adaptações teóricas, dentre elas, a inserção do ACS na identificação dos casos e a possibilidade do psicólogo realizar o plantão em domicílio para os usuários que não podem se deslocar para a UBS. A identificação dos casos não pode ser realizada de maneira invasiva nas residências ou para rotular os usuários. Esse processo ocorre mediante o cuidado longitudinal e a construção do vínculo e da confiança entre ACS e usuários. A possibilidade de responder às crises situacionais na atenção básica por meio do plantão psicológico contribui para o processo de Reforma Psiquiátrica, uma vez que previne a cronificação do sofrimento e permite o desenvolvimento de intervenções no território, superando o modelo asilar baseado no isolamento.

O ACS pode igualmente ajudar na divulgação do serviço de plantão psicológico. É imprescindível que a população do território adstrito tenha conhecimento da função do plantão, assim como dos horários e dias disponíveis para atender a comunidade. Caso contrário, corre-se o risco de o psicólogo disponibilizar o serviço e ficar com a sala de atendimento vazia. Caso exista uma equipe volante de matriciamento em saúde mental no território, esta também pode referenciar o serviço de plantão psicológico ao identificar demandas nas visitas domiciliares.

Vale destacar que, em algumas situações específicas (pessoas com dificuldades de locomoção, por exemplo), o plantão psicológico na atenção básica pode apresentar uma mudança no local de encontro entre o psicólogo plantonista e o usuário. Na proposta tradicional do plantão psicológico, o usuário sempre busca o serviço quando identifica a necessidade em local fixo. Entretanto, na atenção básica, o psicólogo pode ir ao encontro do usuário para realizar plantão psicológico em domicílio.

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. Segundo a portaria nº 1.886 do Ministério da Saúde, recomenda-se que exista uma equipe mínima para compor a ESF, que seria: médico, enfermeiro e ACS. Com relação ao dentista, ele só é contratado quando se reconhece uma demanda expressiva (Brasil, 2009b).

Nesse caso, cabe ao gestor do município decidir pela inclusão ou não do psicólogo na equipe. Essa carência da psicologia nas equi-

pes de ESF inviabiliza, por vezes, a implantação do serviço de plantão psicológico, visto que apenas o psicólogo pode realizá-lo.

Diante da constatação da carência de algumas especialidades na ESF, o Ministério da Saúde criou o NASF, cujo objetivo principal é apoiar e ampliar os serviços da ESF, aperfeiçoando a atenção básica no território. O NASF é constituído por profissionais especializados (farmacêuticos, fonoaudiólogos, médicos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, fisioterapeutas, educadores físicos e assistentes sociais) que devem atuar de forma conjunta com a equipe da ESF, compartilhando e apoiando as práticas de saúde por meio do apoio matricial e de atividades pedagógicas de capacitação (Brasil, 2009b).

Chama-nos atenção a obrigatoriedade de ter, pelo menos, um profissional em saúde mental (psicólogo, terapeuta ocupacional ou psiquiatra) no NASF, tendo em vista a atual amplitude epidemiológica dos transtornos mentais na população brasileira. Apesar de essa inclusão obrigatória, geralmente, o psicólogo do NASF fica responsável por volta de 08 a 20 equipes da ESF, assim como todos os profissionais que compõem a equipe do NASF. Esse fato inviabiliza a proposta do plantão psicológico no NASF, visto que o papel do psicólogo nesse dispositivo é discutir casos clínicos com a equipe multidisciplinar da atenção básica, realizar atendimentos individuais e grupais, capacitar os agentes de saúde mental e realizar visitas domiciliares em diversas UBS por semana (Brasil, 2009b).

Nesse contexto, identificamos um possível obstáculo ao psicólogo do NASF de implantar o serviço de plantão psicológico em uma comunidade na qual ele terá dificuldade de criar vínculos, de divulgar o serviço de plantão e de articular-se adequadamente com o CAPS. A quantidade de equipes da ESF e de pessoas dos diversos territórios que o psicólogo do NASF precisa oferecer cobertura, impede a implementação do plantão enquanto um serviço intermitente e ininterrupto.

Consideramos, pois, que o serviço do plantão seria mais viável no NASF a partir de uma equipe fixa de estagiários de Psicologia que pudesse dar suporte ao psicólogo de uma UBS de base, favorecendo a continuidade do serviço.

Outro obstáculo para a implantação do serviço de plantão psicológico no NASF se relaciona ao fato de este não representar a porta de entrada na rede de saúde, correndo o risco de sobrecarregar a UBS. A atuação do

psicólogo do NASF com usuários e familiares só acontece a partir de encaminhamentos dos profissionais da equipe de ESF. Nesse sentido, o plantão no NASF desencadearia um serviço que atendesse uma demanda livre, divergindo da proposta de sua diretriz já estabelecida.

Diante desse panorama, acredita-se que a implantação do plantão psicológico coaduna com a proposta da APS, principal eixo da atenção básica, que prima pela prevenção e promoção da saúde. Acredita-se, porém, que 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.

### Considerações finais

Acreditamos que 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. Além disso, tanto o plantão quanto a clínica ampliada sugerem a produção de autonomia e a participação do usuário no processo do cuidado, valorizando práticas interdisciplinares e contextualizadas socioculturalmente.

As mudanças significativas nos modelos assistenciais e na organização dos serviços de saúde (mental) convocam um reposicionamento da Psicologia no campo da saúde coletiva. Nesse sentido, o plantão psicológico se torna uma importante estratégia de cuidado na atenção básica, visto que possibilita a inserção da clínica psicológica na comunidade e a organização da demanda espontânea em saúde mental, contribuindo para um melhor acolhimento na porta de entrada dos serviços de saúde.

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. Assim, essa estratégia se configura como modalidade de escuta especializada adequada a atender um número maior de pessoas da comunidade, onde, muitas vezes, não possuem recursos financeiros para acessar um atendimento psicológico particular.

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. Desse modo, é possível garantir a continuidade, o acompanhamento e o agenciamento do usuário e sua família na rede de saúde.

Compartilhamos a ideia de que 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, pois valorizam práticas pautadas na integralidade e na humanização do cuidado e contribuem para a concretização de uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico.

Ressalvamos, por fim, que, apesar da profundidade com que tratamos e refletimos a possibilidade do plantão psicológico como estratégia da atenção básica e dos benefícios que essa prática psicológica pode gerar para a população, entendemos a necessidade de mais pesquisas, sobretudo empíricas, além de aperfeiçoamentos do plantão psicológico na área da saúde coletiva.

### Referências

- AGÊNCIA BRASIL. 2004. *Morte de Iara Iavelberg, companheira de Lamarca, ainda não foi esclarecida, por Débora Xavier*. Disponível em: <http://agencia-brasil.ebc.com.br/noticia/2004-12-01/morte-de-iara-iavelberg-companheira-de-lamarca-ainda-nao-foi-esclarecida>. Acesso em: 16/08/2012.
- AMARANTE, P. 1996. *O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 264 p.  
<http://dx.doi.org/10.7476/9788575413272>
- BEZERRA, E.; DIMENSTEIN, M. 2008. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 28(3):632-645.  
<http://dx.doi.org/10.1590/s1414-98932008000300015>
- BRASIL. 1986. *8ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, Ministério da Saúde, 430 p.
- BRASIL. 2005. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Brasília, Ministério da Saúde, 56 p.
- BRASIL. 2009a. *A clínica ampliada e compartilhada*. Brasília, Ministério da Saúde, 68 p.
- BRASIL. 2009b. *Diretrizes do NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Brasília, Ministério da Saúde, 160 p.
- CARVALHO, S.; CUNHA, G. 2006. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: G. CAMPOS; M. MINAYO; M. AKERMAN; M. DRUMOND; U. CARVALHO (orgs.), *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo, Hucitec/Fiocruz, p. 837-868.
- CARVALHO, L.; BOSI, M.; FREIRE, J. 2008. Dimensão ética do cuidado em saúde mental na rede pública de serviços. *Revista de Saúde Pública*

- ca, 42(4):700-706. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n4/6931.pdf>. Acesso em: 03/03/2012.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000400017>
- CASTELO BRANCO, P.; SOUSA, A.; SALES, Y.; VASCONCELOS, T.; CAVALCANTE JR., F. 2010. O plantão psicológico como serviço de atendimento emergencial no estado do Ceará e o aprendizado de tornar-se psicoterapeuta-plantonista. In: M. TASSIGNY; P. PASSOS (orgs.), *Temas em psicologia I: experiências em pesquisa*. Fortaleza, Universidade de Fortaleza, p. 137-168.
- DUTRA, E. 2004. Considerações sobre as significações da psicologia clínica na contemporaneidade. *Estudos de Psicologia*, 9(2):381-387. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v9n2/a21v9n2.pdf>. Acesso em 24/06/2015.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2004000200021>
- FAVORETO, C. 2006. A velha e renovada clínica dirigida à produção de um cuidado integral em saúde. In: R. PINHEIRO; R. MATTOS (orgs.), *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro, Cepesc/UERJ/Abrasco, p. 205-219.
- FERREIRA NETO, J. 2011. *Psicologia, políticas públicas e o SUS*. São Paulo/Belo Horizonte, Escuta/Fapemig, 224 p.
- GASPARI, E. 2002. *A ditadura militar escancarada (As ilusões armadas)*. São Paulo, Companhia das Letras, 560 p.
- MAHFOUD, M. 1987. A vivência de um desafio: plantão psicológico. In: R. ROSENBERG (org.), *Aconselhamento psicológico centrado na pessoa*. São Paulo, EPU, p. 75-83.
- MAHFOUD, M. 1999a. Introdução – frutos maduros do plantão psicológico. In: M. MAHFOUD (org.), *Plantão psicológico: novos horizontes*. São Paulo, Companhia Ilimitada, p. 11-14.
- MAHFOUD, M. 1999b. *Plantão psicológico: novos horizontes*. São Paulo, Companhia Ilimitada, 140 p.
- MATTOS, R. 2003. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: R. PINHEIRO; R. MATTOS (orgs.), *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro, UERJ/IMS/ABRASCO, p. 45-59.
- MERHY, E. 2002. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo, Hucitec, 192 p.
- MORATO, H. 2008. Sobre Rachel Léa Rosenberg (1931/1987). *Psicologia USP*, 19(1):98-100. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-65642008000100012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642008000100012). Acesso em: 07/10/2014.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642008000100012>
- MOTA, S.; GOTO, T. 2009. Plantão psicológico no CRAS em Poços de Caldas. *Fractal*, 21(3):521-530. Disponível em: <http://www.uff.br/periodicos-humanas/index.php/Fractal/article/viewFile/82/356>. Acesso em: 07/10/2014.  
<http://dx.doi.org/10.1590/s1984-02922009000300007>
- NICÁCIO, M.; CAMPOS, G. 2004. A complexidade da atenção às situações de crise: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de práticas inovadoras em saúde mental. *Revista de Terapia Ocupacional*, 15(2):71-81. Disponível em: [http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-91042004000200006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-91042004000200006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 07/10/2014.  
<http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v15i2p71-81>
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. 2010. *A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS*. Brasília, Organização Pan-Americana de Saúde, 111 p.
- PALMIERI, T.; CURY, V. 2007. Plantão psicológico em hospital geral: um estudo fenomenológico. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(3):472-479.  
<http://dx.doi.org/10.1590/s0102-79722007000300015>
- PAPARELLI, R.; MARTINS-NOGUEIRA, M. 2007. Psicólogos em formação: vivências e demandas em plantão psicológico. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 27(1):64-79.  
<http://dx.doi.org/10.1590/s1414-98932007000100006>
- ROSENBERG, R. 1977. Terapia para agora. In: C. ROGERS; R. ROSENBERG, *A pessoa como centro*. São Paulo, EPU, p. 49-68.
- ROSENBERG, R. 1979. Apêndice – um trajeto brasileiro. In: R. EVANS, *Carl Rogers: o homem e suas ideias*. São Paulo, Martins Fontes, p. 162-179.
- ROSENBERG, R. 1987. Introdução: biografia de um serviço. In: R. ROSENBERG (org.), *Aconselhamento Psicológico Centrado na Pessoa*. São Paulo, EPU, p. 1-13.
- ROSENTHAL, R. 1999. O plantão psicológico no Instituto Sedes Sapientiae: uma proposta de atendimento aberto à comunidade. In: M. MAHFOUD (org.), *Plantão psicológico: novos horizontes*. São Paulo, Companhia Ilimitada, p. 15-28.
- SCORSOLINI-COMIM, F. 2014. Aconselhamento psicológico e psicoterapia: aproximações e distanciamentos. *Contextos Clínicos*, 7(1):2-14. Disponível em: <http://revistas.unisinos.br/index.php/contextosclnicos/article/view/ctc.2014.71.01/4115>. Acesso em: 07/10/2014.  
<http://dx.doi.org/10.4013/ctc.2014.71.01>
- SCHMIDT, M. 2004. Plantão psicológico, universidade pública e política de saúde mental. *Estudos de Psicologia*, 21(3):173-192.  
<http://dx.doi.org/10.1590/s0103-166x2004000300003>
- SCHMIDT, M. 2009. O nome, a taxonomia e o campo do aconselhamento psicológico. In: H.T. MORATO; C.L. BARRETO; A.P. NUNES (orgs.), *Aconselhamento psicológico numa perspectiva fenomenológica existencial: uma introdução*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, p. 1-21.
- SOUZA, B.; SOUZA, A. 2011. Plantão psicológico no Brasil (1997-2009): saberes e práticas compartilhados. *Estudos de Psicologia*, 28(2):241-249. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103166X2011000200011&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103166X2011000200011&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 07/10/2014.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2011000200011>
- SUNDFELD, A. 2010. Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. *Physis*, 20(4):1079-1097. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312010000400002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000400002). Acesso em: 15/09/2014.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000400002>

- TASSINARI, M. 1999. *Plantão psicológico centrado na pessoa como promoção de saúde no contexto escolar*. Rio de Janeiro, RJ. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 155 p.
- TASSINARI, M. 2012. Desdobramentos clínicos das propostas humanistas em processos de promoção da saúde. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 12(3):911-923. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812012000300012&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812012000300012&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 04/10/2014.  
<http://dx.doi.org/10.12957/epp.2012.8228>
- VASCONCELOS, T. 2009. *A atitude clínica no plantão psicológico: composição da fotografia experiencial do terapeuta-sherpa*. Fortaleza, CE. Dissertação de Mestrado. Universidade de Fortaleza, 136 p.
- VIEIRA, E.; BORIS, G. 2012. O plantão psicológico como possibilidade de interlocução da psicologia clínica com as políticas públicas. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 12(3):883-896. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v12n3/v12n3a10.pdf>. Acesso em: 24/06/2015.  
<http://dx.doi.org/10.12957/epp.2012.8226>

Submetido: 27/04/2015

Aceito: 21/07/2015