



A PRÁTICA DO PLANTÃO PSICOLÓGICO EM UM HOSPITAL PEDIÁTRICO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Leonídia Aparecida Pereira da Silva¹. Gracielle Malheiro dos Santos². Guilherme Wellington Teixeira de Lima³. Rejane Medeiros de Holanda Borges⁴. Virginia Teles Carneiro⁵

1 Graduada em Psicologia pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) e Residente de Psicologia da Residência Multiprofissional em Saúde da Criança (REMUSC/SES-PB). Av. Floriano Peixoto, 793, Apartamento 409C. Jaguaribe, CEP: 58015-280. João Pessoa - PB, Brasil, E-mail: leonidiapereira1@gmail.com;

2 Doutoranda em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo (USP) e Docente no curso de Nutrição da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG);

3 Graduado em Psicologia pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG);

4 Mestre em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e Tutora de psicologia da Residência Multiprofissional em Saúde da Criança (REMUSC/SES-PB);

5 Doutora em Psicologia pela Universidade Federal da Bahia e Docente no curso de Psicologia da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG).

RESUMO

O plantão psicológico de base centrada na pessoa é uma modalidade clínica que se caracteriza por atender a pessoa no momento de sua necessidade, promovendo uma ação terapêutica em resposta às questões emergenciais apresentadas pelo cliente. Este trabalho objetiva relatar a experiência sobre a prática do plantão psicológico desenvolvido em um hospital pediátrico. O público-alvo foi: crianças, adolescentes, pais, mães e/ou responsáveis que apresentassem questões relativas a crianças e adolescentes. Os atendimentos ocorreram por demanda livre no ambulatório do hospital, sendo exigida a numeração do cartão do SUS da criança ou do adolescente. As queixas mais recorrentes em crianças foram: dificuldade para aceitar regras, limites e lidar com frustrações, encaminhamento escolar devido a comportamento agressivo, agitação e dificuldades na interação com seus pares. Já as demandas frequentes em adolescentes foram: sensação de ansiedade, ideação suicida, tentativa de suicídio, automutilação, humor deprimido e sensação de depressão. A queixa era trazida pelos pais/responsáveis e no caso de crianças, as intervenções e orientações eram dirigidas a eles e, quando possível, às crianças. No tocante aos adolescentes, o atendimento era direcionado a eles e, em seguida, eram feitas orientações e intervenções aos pais/responsáveis. Em meio à postura empática, autêntica e ao interesse do plantonista em ajudar, era explorado junto com o cliente no “momento – já” as possibilidades inexploradas que surgiam. Tornou possível o desdobramento da queixa inicial num movimento em busca de crescimento e de mudança. Ao cliente era dado o direito a até três retornos e, se necessário, era encaminhado para psicoterapia.

Palavras-chave: Psicologia Clínica; Psicologia da Criança; Psicologia do Adolescente; Assistência Ambulatorial.

THE PRACTICE OF PSYCHOLOGICAL CARE SERVICE IN A PEDIATRIC HOSPITAL: A REPORT OF EXPERIENCE



ABSTRACT

The person-centered practice of psychological care service is a clinical modality that is characterized by serving the person at the time of need, promoting therapeutic action in response to the emergency issues presented by the client. This work aims to report the experience on the practice of psychological care service developed in a pediatric hospital. The target audience was: children, adolescents and parents, mothers and / or guardians who presented problems related to children and adolescents. The most recurrent complaints in children were: difficulty accepting rules, limits and dealing with frustrations, school referral due to aggressive behavior, agitation and difficulties in interacting with peers. The frequent demands in adolescents were: feeling of anxiety, suicidal ideation, attempted suicide, self-mutilation, depressed mood and feeling of depression. The complaint was brought by the parents / guardians and in the case of children, interventions and guidelines were addressed to them and, when possible, to the children. With regard to adolescents, interventions was directed to them and then, guidelines and interventions were made to parents / guardians. In the midst of an empathetic, authentic posture and the interest of the on-duty psychologist to help, the unexplored possibilities that arose were explored together with the client at the “moment - now”. It made possible the development of the initial problem in a movement in search of growth and change. The clients were entitled to up to three returns and, if necessary, was referred to psychotherapy.

Keywords: Psychology Clinical; Psychology Child; Psychology Adolescent; Ambulatory Care.

INTRODUÇÃO

O plantão psicológico surgiu em 1969 no Serviço de Aconselhamento Psicológico do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP), inicialmente com o objetivo de ser uma alternativa às longas filas de espera para atendimento (1). Baseado no modelo de aconselhamento psicológico proposto por Carl Rogers, se propõe a atender pessoas que possuem demandas emergenciais, com a finalidade de promover uma ação terapêutica e preventiva. Pode ser definido como “um tipo de atendimento psicológico que se completa em si mesmo”, podendo ser realizada uma ou mais consultas sem duração preestabelecida com o intuito de atender a pessoa no “momento exato (ou quase exato) de sua necessidade, para ajudá-la a compreender melhor sua emergência e seu movimento de procurar ajuda e, se necessário, encaminhá-la a outros Serviços”(2).

Para tanto, o plantonista se coloca à disposição em determinado dia e horário no local onde o atendimento será realizado para atender por demanda livre. Possibilita, assim, o atendimento a uma diversidade de pessoas que trazem diferentes problemas,



o que leva o plantonista a entrar em contato com o inesperado, estimulando o desenvolvimento de um fazer clínico diferenciado da psicoterapia, especialmente no que se refere ao tempo de atendimento, já que o plantão não prevê a continuidade dos atendimentos e também no que se refere à imprevisibilidade constante das queixas e relações estabelecidas.

No entanto, essa modalidade de atendimento clínica não objetiva substituir a atividade psicoterápica, mas sim, propor um modelo de atendimento clínico que intenciona ampliar as possibilidades de intervenção frente às demandas sociais emergentes, “entendendo este tipo de intervenção mais adequada a uma nova postura da psicologia clínica, em que o psicólogo deverá estar comprometido com a escuta e o acolhimento do outro onde quer que esteja” (1).

Plantonista e cliente vão juntos buscar no “momento – já” as possibilidades ainda inexploradas que podem ser encontradas por meio de uma postura empática, acolhedora, autêntica e sem julgamentos, onde a escuta e a comunicação sensível em conjunto com a genuína disponibilidade em ajudar do plantonista desempenham papel efetivo, sobretudo no que se refere a possibilitar o desdobramento da queixa inicial em um movimento em busca de crescimento e de mudança da pessoa que procurou ajuda (1).

Para tanto, são propostas algumas instâncias ou momentos, que incidem num plantão psicológico e, por conseguinte, na relação *cliente – plantonista*, os quais podem ocorrer ao longo de um único atendimento ou dissolvido no contingente de atendimentos que forem realizados (3). O primeiro aspecto a se considerar é a Tendência Atualizante, conceito teórico proposto por Carl Rogers, criador da Abordagem Centrada na Pessoa (ACP), que afirma que todo organismo é movido por uma tendência inerente a desenvolver todas as suas potencialidades, de maneira a favorecer um amadurecimento cada vez mais complexo (4). A primeira instância ou momento será a atuação do terapeuta-plantonista no sentido de facilitar maior fluidez desta força psíquica por meio de uma escuta acolhedora, empática e horizontal, que proporcione ao cliente um espaço confortável e seguro, no qual sintam-se à vontade para falar e tomar consciência de suas questões e comportamentos (3). A segunda instância ou momento é a *compreensão diagnóstica*, por meio da qual o terapeuta será capaz de alcançar uma visão clínica acerca do problema da pessoa em atendimento e de modo que será capaz de facilitar-lhe um acolhimento, tomada de consciência, orientação ou um encaminhamento do cliente para o que lhe for



necessário, caso precise (3). O terceiro se refere ao encaminhamento propriamente dito, que poderá ser feito posteriormente à escuta qualificada e atenta, intencionando proporcionar ao cliente uma abertura para que ele possa maturar a sua questão, repensá-la ou até mesmo solucionar as suas dificuldades (3). O plantonista deve oferecer a possibilidade de retorno ao cliente, mas é o cliente que decidirá se retornará ou não. O último momento é o encerramento, que acontece sempre ao final do atendimento, levando em consideração que cada atendimento é único, pois o plantonista nunca terá certeza se o cliente irá retornar.

Diante do exposto, o objetivo do presente trabalho é relatar a experiência com a prática do plantão psicológico realizado em um hospital pediátrico, com recorte temporal compreendido entre os meses de maio e dezembro do ano de 2019. O atendimento surgiu a partir de discussões sobre a necessidade de atendimentos por demanda espontânea no ambulatório de um hospital pediátrico de João Pessoa – PB, caracterizando-se como uma iniciativa inovadora que objetivava dar conta do número cada vez mais crescente de procura por atendimento psicológico no referido serviço. Vale destacar que já havia a oferta da modalidade clínica de psicoterapia individual, mas ela por si só não conseguia abarcar a alta demanda de procura por atendimento psicológico.

METODOLOGIA PARA IMPLANTAÇÃO DO PLANTÃO PSICOLÓGICO

Para iniciar o Plantão na instituição, foi necessário primeiramente compreender quem seria o público-alvo. O hospital atende a crianças e adolescentes, logo, o atendimento também necessitaria ser extensivo aos pais e/ou responsáveis. Ficou definido, portanto, que poderiam ser atendidos crianças, adolescentes, pais, mães e/ou responsáveis que apresentassem questões relativas a crianças e adolescentes.

A divulgação ocorreu por meio de cartazes espalhados por diversos locais do hospital, como também por meio de conversas com profissionais atuantes na instituição. Com o passar do tempo, as próprias pessoas atendidas comunicavam a existência do Plantão Psicológico para terceiros. Os atendimentos ocorreram em uma sala fechada, no ambulatório do hospital, a partir de livre demanda. Foram realizados 87 atendimentos. Desse total, 53 (76,81%) eram crianças entre 2 e 12 anos incompletos e 16 (23,18%) eram adolescentes entre 12 e 17 anos. Destes, alguns buscaram retorno, sendo atendidos mais de uma vez. Não era necessário agendamento prévio para ser atendido, sendo exigida a apresentação do cartão do



SUS (Sistema Único de Saúde) da criança e/ou do adolescente. O tempo de atendimento e os retornos dependeram de decisões conjuntas do plantonista e do cliente, tomadas no decorrer da sessão, tal qual pressupõem os princípios teóricos do plantão psicológico conforme propõem estudiosos do assunto (2).

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A PRÁTICA DO PLANTÃO NO HOSPITAL PEDIÁTRICO

Após a realização de um acolhimento inicial onde era explicado como funcionava o atendimento, era firmado um contrato terapêutico, além de ser identificado se naquele primeiro momento o responsável havia trazido a criança/adolescente ou não. Caso viesse sozinho, as intervenções e orientações eram feitas num atendimento exclusivo com o(a) responsável e era indicada a importância de um retorno trazendo a criança ou o adolescente quando se fazia necessário atendê-los também.

Foi delimitado até quatro atendimentos por pessoa, ou seja, após o primeiro atendimento era possível retornar até três vezes. Tal sistematização foi feita a partir de informações encontradas na literatura existente acerca do Plantão Psicológico, deparando-se com o máximo de 5 atendimentos por cliente (2,3). Para essa escolha, considerou-se a necessidade de cuidado psíquico com as pessoas que buscavam pelo serviço, mas também o volume de demanda surgida para atendimento psicológico no ambulatório em questão.

Para cada cliente era preenchida uma ficha de controle e isso era explicado a pessoa que ali estava procurando por ajuda. Era realizado o registro da queixa inicial, o nome do responsável pela criança/adolescente e o seu número de celular para contato. Era explicado que quando houvesse a necessidade de psicoterapia, a partir de uma avaliação conjunta entre plantonista e cliente, ele seria encaminhado para o próprio serviço - lista de espera - ou para outros tipos de serviços que viesse a necessitar.

Em relação à criança ou adolescente, era registrado o seu nome, idade, número de cartão do SUS, se tinha irmãos, o seu endereço, com quem morava e em qual turno estudava. Em seguida, no caso de crianças, era realizada uma curta entrevista com o(a) responsável sobre a história de vida da criança, sendo preferível realizá-la sem a presença da criança e quando não era possível, era evitado fazer certas perguntas que pudessem causar algum desconforto a ela.



O conteúdo das perguntas dizia respeito se a gravidez havia sido desejada; se havia sido tranquila; a idade em que começou a andar; quais foram as primeiras palavras; se apresentava alguma doença/patologia; se já realizou alguma cirurgia, se já foi internado; com que idade foi para a creche; como foi a adaptação na creche; com que idade foi para a escola; como foi a adaptação na escola; se é uma criança ativa ou não; se tem contato com outras crianças e se faz amizade facilmente ou não.

Esses questionamentos sobre a história de vida da criança eram feitos objetivando conhecer melhor certas características dela, bem como certos momentos marcantes de sua vida que poderiam possibilitar uma melhor compreensão sobre aquela criança cujo responsável havia identificado necessidade de receber atendimento de um profissional da psicologia.

A escuta em relação à mãe, pai e/ou responsável focava na queixa relativa à criança/adolescente por ele trazida e nas implicações geradas na vida de ambos, procurando entender os significados da queixa para essa pessoa que estava procurando ajuda. Era avaliado o tipo de intervenção, se seria um atendimento apenas ao solicitante ou se era necessário também fazê-lo a criança ou ao adolescente.

Quando havia a necessidade de realizar o plantão de escuta com a criança, eram utilizados princípios da Ludoterapia Centrada na Criança (LCC) (5), uma modalidade de psicoterapia infantil que tem como preceito a oportunidade de oferecer à criança a possibilidade de crescimento pessoal a partir de condições favoráveis. “Sendo o brinquedo seu meio natural de autoexpressão, lhe é dada a oportunidade de, brincando, expandir seus sentimentos acumulados de tensão, frustração, insegurança” (5). Libertando-se desses sentimentos por meio do brinquedo, ela toma consciência deles, os compreende, encara, aprende a lidar com eles ou os supera (5). A LCC defende que a confiança na capacidade da criança é basilar para que a psicoterapia possa alcançar êxito, possibilitando que ela descubra o seu caminho, teste a si mesma, conheça a sua personalidade e assuma a responsabilidade por suas próprias ações (5).

Diante disso, se utilizou de tais princípios enquanto subsídio para a realização do plantão psicológico destinado ao público infantil, em especial, ancorou-se nos respectivos princípios básicos propostos pela LCC. Foram eles: sensibilidade; compreensão; genuíno interesse pela criança; estabelecimento de um sentimento de permissividade; reconhecer e refletir os sentimentos da criança; manter o respeito por ela; deixar a criança indicar o caminho e o estabelecimento de limites. Podendo a



aceitação dos sentimentos da criança, de acordo com a autora, ocorrer tanto verbalmente quanto por meio não-verbal (5,6).

Nessa tessitura, as queixas surgidas com relação a crianças foram: Agitação, comportamento agressivo, dificuldade para aceitar regras e limites e lidar com frustrações, dificuldade de aprendizagem, sensação de ansiedade, Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e Autismo. Tais queixas eram observadas pelos pais e/ou responsáveis e/ou pela escola a qual sinalizava a necessidade de encaminhamento para psicologia e/ou psiquiatria. Além destes, apareceram também: sensação de tristeza devido a separação de pais, sensação de tristeza devido à mudança de escola, luto, encoprese, medo de ir ao dentista decorrente de trauma vivido em consulta odontológica, sono irregular, uso excessivo de celular e convivência em lar temporário.

No que diz respeito a essa maior procura por atendimento psicológico ter sido para crianças, faz-se importante fazer menção ao processo de psicopatologização da infância, bem como da medicalização da infância os quais parecem estar diretamente ligadas a essa busca. A lógica da inversão do procedimento psiquiátrico pautada pela produção dos medicamentos a qual determina a fabricação de diagnósticos. Nesse sentido, tal inversão não só informa sobre o distúrbio como também o produz, consistindo o mesmo então em um processo de psicopatologização da infância, bem como da medicalização da infância (7).

Além disso, destaca-se a recorrência de encaminhamentos escolares. Quanto a isso, estudos apontam que a lógica dos mesmos se relaciona com o poder de vários saberes e determinadas instâncias legitimadas de demandarem tratamento psicológico e/ou psiquiátrico para crianças incidindo em um ciclo repetitivo (6).

Nesse viés, a escola, confrontada com a falta de disciplina da criança e com dificuldades na sua aprendizagem solicita que a família intervenha. Porém, “diante da ‘dita’ insuficiência da intervenção parental, a escola, ou encaminha a criança ao neuropediatra ou psiquiatra infantil, ou aciona o conselho tutelar, alegando negligência familiar” (6). Assim, o agenciamento da medicalização na infância seria feito pelas instâncias sociais: escola, família, conselho tutelar os quais são administrados por adultos que por sua vez tem demonstrado cada vez mais que não sabem mais lidar com as crianças o que faz com que coloquem na medicina a responsabilidade de dar conta do que eles não dão mais (7). Sobretudo, é atribuída à escola o caráter de propulsor fundamental da inclusão da criança no domínio médico-psiquiátrico, uma vez



que a escola cobra dos pais uma postura, uma ação perante o filho que não presta atenção, que não aprende, que manifesta um comportamento tido pela escola como sendo inadequado (7). Percebe-se a necessidade de lançar outro olhar sobre a infância que não seja o movimento hegemônico de encaminhar a criança para a medicalização, afinal, tomando como analogia o TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade) tem-se que ao invés das crianças, seríamos nós, os adultos que somos hiperativos por sermos expostos e regulados por excessiva quantidade de estímulos e de exigências.

Já com relação ao público adolescente, eram realizadas algumas perguntas para o(a) responsável que focassem na queixa por ele(a) trazida, a fim de entender melhor a problemática. Em seguida, o adolescente era atendido no mesmo dia caso estivesse no local e caso não estivesse, era indicado que viesse num outro dia para ser atendido (a).

Em adolescentes, as queixas giravam em torno de sensação de ansiedade, ideação suicida e tentativa de suicídio, humor deprimido e sensação de depressão, irritabilidade, bullying, cyberbullying, baixa autoestima, isolamento, automutilação, dificuldades e/ou recusa em se alimentar, dificuldade em assumir orientação sexual homossexual, crises existenciais/perda de identidade, conflitos familiares; separação dos pais, TDAH, sono desregular e pensamentos negativos.

Pode-se identificar que os problemas relacionados às emoções e à afetividade ganharam destaque no caso do público adolescente se fazendo presentes como uma das motivações predominantes que levaram à busca por atendimento psicológico. Resultados esses que se relacionam com achados presentes na literatura voltada para a adolescência no que se refere à ocorrência de problemáticas emocionais na adolescência (8). Na literatura encontram-se dados que apontam a necessária presença na adolescência de questões afetivas, destacando a importância de ser dedicada atenção aos problemas que podem surgir em decorrência das dificuldades comumente encontradas pelos adolescentes na lida com essas questões em sua vida (8).

A participação dos pais é importante nesse processo, ouvindo, compreendendo, orientando e estando atento aos filhos no sentido de observar sinais e de cuidar e intervir quando necessário. A atuação do psicólogo nesse contexto pode facilitar esse processo de manejo desses conflitos à medida em que são trabalhados os sentimentos, pensamentos e dificuldades com os quais o adolescente se depara (8).



No entanto, diante de um modo de vida cada vez mais produtivista e baseado no competitivismo ao qual os pais são submetidos, há a tendência de que se disponha de pouco tempo e de baixa qualidade do convívio entre pais e/ou responsáveis para com as crianças e adolescentes.

Vale destacar que em nossa cultura a adolescência é, por si só, caracterizada como um período “normal” de crise para o indivíduo, devido a mudanças corporais, psíquicas, entre outras. As crises fazem parte da vida e no contexto da adolescência ganham destaque por possibilitar amadurecimento, crescimento e desenvolvimento de condições de enfrentamento com diferentes demandas. Dessa forma, a crise não necessariamente seria algo indesejável (8).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implementação do plantão psicológico no contexto de hospital pediátrico foi uma ação inovadora no serviço que possibilitou a várias crianças, adolescentes e responsáveis o acesso a atendimento psicológico, visto que muitos relataram ter feito triagem em outros serviços, mas sem conseguir vaga ou sequer um atendimento emergencial. Foi esse o maior diferencial dessa modalidade, o de poder proporcionar no “momento-já” o atendimento e o acolhimento da demanda trazido pelo cliente.

Além disso, destaca-se que plantonista e cliente exploravam juntos no “momento – já” as possibilidades inexploradas que surgiam em meio à postura empática, autêntica e ao interesse do plantonista em ajudar, tornando possível o movimento de desdobramento da queixa inicial num movimento em busca de crescimento e de mudança. Foi perceptível por meio dessa iniciativa, a importância do desenvolvimento de novas estratégias de ação voltadas para amenizar o sofrimento psíquico do público infanto-juvenil e de seus pais, mães e/ou responsáveis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Rebouças, MSS, Dutra, E. Plantão psicológico: uma prática clínica da contemporaneidade. Rev. Abordagem Gestalt. Psicol. 2010; jan/jul; 1 (16): 19-28.

Tassinari M. Plantão psicológico como promoção de saúde. In: Bacellar A. A psicologia humanista na prática: reflexões sobre a abordagem centrada na pessoa. Palhoça: Editora da UNISUL; 2009.

Bartz, SS. Plantão psicológico: Atendimento criativo à demanda de emergência. Interações estud. pesqui. Psicol. 1997 jan/jul; 1 (3): 21-37.



Rogers CR. Um jeito de ser. São Paulo: EPU; 2016 [1980].

Axline, VM. Ludoterapia: a dinâmica interior da criança. Belo Horizonte: Interlivros, 1984.

Brito, RAC de, Paiva, VMB. Psicoterapia de Rogers e ludoterapia de Axline: convergências e divergências. Rev. NUFEN [periódicos na Internet]. 2012 jun. [acesso em 20 jan 2020]; 4(1): 102-114. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912012000100009&lng=pt&nrm=iso

Kamers, M. A fabricação da loucura na infância: psiquiatrização do discurso e medicalização da criança. Estilos clin. [periódicos na Internet]. 2013 abr. [acesso em 28 fev 2020], 18(1): 153-165. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282013000100010&lng=pt&nrm=iso. ISSN 1415-7128.

Macedo, MMMK, Baldo, MA, Santos, RL dos, Ribas, RF, Silva, SM da, Gonçalves, TG. Medeiros Kother et al. Motivos de busca de atendimento psicológico por adolescentes em uma clínica-escola. Psicol. teor. prat. [periódicos na Internet]. 2011 ago. [acesso em 28 fev 2020], 13(2):63-75. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872011000200005&lng=pt&nrm=iso. ISSN 1516-3687.