

Plantão Psicológico em uma Associação de Pessoas com Deficiência

Psychological Support at an Association for People with Disabilities

Wanda Mendes de Oliveira¹

Marciana Gonçalves Farinha²

Tatiana Benevides Magalhães Braga³

RESUMO: Este artigo apresenta uma pesquisa qualitativa que acompanhou a implantação de um serviço de plantão psicológico em uma associação voltada a pessoas com deficiência em uma cidade do interior de Minas Gerais. Realizou-se uma cartografia clínica do processo de implantação e dos atendimentos oferecidos, buscando compreender as principais demandas apresentadas pelo público atendido, bem como possíveis contribuições do plantão psicológico frente a tais demandas. Como resultados, observa-se que a totalidade da procura pelo serviço se deu entre mães de crianças com deficiência. Identificou-se três eixos de análise: as dificuldades em torno do diagnóstico, a responsabilização principal ou exclusiva das mães pelo cuidado das crianças, com recorrente abandono de projetos pessoais e profissionais e as contribuições do plantão psicológico na oferta de um espaço de acolhimento, reflexão e elaboração, na orientação do público e na articulação com a rede de assistência, promovendo acesso a atendimento e a direitos, articulada à construção de um espaço de discussão crítica sobre o contexto econômico, social e de gênero que influenciou a demanda. Conclui-se pela relevância do plantão psicológico no contexto de espaços voltados a pessoas com deficiência na elaboração da condição de deficiência, no impacto que a situação deflagrada pode demandar e na construção de espaços de acesso à cidadania.

Palavras chave: Plantão Psicológico. Psicologia Fenomenológica. Saúde Mental. Pessoas com Deficiência.

ABSTRACT: This article presents a qualitative study that followed the implementation of a psychological on-call service at an association dedicated to people with disabilities in a city in the interior of Minas Gerais, Brazil. A clinical cartography of the implementation process and the services provided was carried out, aiming to understand the main demands presented by the population served, as well as the potential contributions of the psychological on-call service in addressing these demands. The results show that all the individuals who sought the service were mothers of children with disabilities. Three main analytical axes were identified: the challenges surrounding the diagnosis, the primary or exclusive responsibility placed on mothers for the care of their children—often leading to the abandonment of personal and professional projects—and the contributions of the psychological on-call service in providing a space for support, reflection, and elaboration, offering guidance to the public, and facilitating connections with the social assistance network. This network promoted access to services and rights while also fostering the development of a critical space for discussing the economic, social, and gender-related context that shaped the demand. The study concludes by emphasizing the importance of the psychological on-call service in contexts focused on people with disabilities, particularly in supporting the process of understanding the condition of disability, addressing the impact of the situation on those involved, and creating spaces that promote access to citizenship.

Keywords: Psychological duty. Phenomenological Psychology. Mental health . Disabled people.

1- INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2018), a saúde transcende a ausência de doenças, sendo definida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, influenciado por fatores socioeconômicos, biológicos e ambientais. O Relatório Mundial de Saúde Mental (OMS, 2022) reforça a necessidade de valorizar e promover a saúde mental, remodelando ambientes e fortalecendo sistemas de apoio.

Nesse contexto, Dantas *et al.* (2019) destacam o impacto significativo do cuidado de crianças com múltiplas deficiências na saúde mental dos pais, gerando sobrecargas físicas e mentais, isolamento e dificuldades nas relações familiares, apontando para a importância de programas de intervenção familiar. Anjos e Morais (2021) destacam que famílias de crianças autistas enfrentam experiências adversas, como altos níveis de depressão, ansiedade e estresse, agravados por fatores como baixa qualidade conjugal, ausência de apoio familiar e comunitário, condições socioeconômicas precárias e falta de serviços multiprofissionais e políticas públicas. As dificuldades se iniciam na busca por diagnóstico e tratamento, passam pelo desgaste da rotina diária e culminam no processo de aceitação, frequentemente marcado pelo luto.

No âmbito social, Rodrigues e Pereira (2021) destacam as barreiras enfrentadas por pessoas com deficiência, como preconceito, falta de acessibilidade, baixa escolaridade e desafios no mercado de trabalho. Apesar de legislações inclusivas, como a Lei 13.146/2015 (Brasil, 2015), a inclusão requer mais do que ajustes legais, demandando uma mudança ideológica e a adaptação da sociedade à diversidade. Como estratégia que visa contemplar a ampla gama de transformações para o rompimento de barreiras ao cuidado e à inclusão,

Na perspectiva da construção de práticas inclusivas, alguns autores destacam estratégias que abrangem o contexto familiar e relacional da pessoa com deficiência. Camargo e Schlindwein (2022) enfatizam que a inclusão escolar de crianças com deficiência depende da saúde mental dos cuidadores, sugerindo estratégias como capacitação contínua, atividades de lazer e apoio psicossocial para mitigar o estresse e a sobrecarga. Portela e Costa (2022) exploram os desafios enfrentados por famílias de pessoas com deficiência intelectual, enfatizando o papel das redes de apoio parental e social na promoção do bem-estar e autonomia, defendendo uma abordagem multidisciplinar que considere as dinâmicas familiares ao longo do tempo. Lopes (2016) aponta que famílias de pessoas com deficiência buscam suporte externo como elemento essencial para seu bem-estar e práticas parentais positivas, evidenciando a necessidade de investimento no cuidado integral às famílias.

Embora algumas pesquisas apontem para a necessidade de cuidado à rede de apoio das pessoas com deficiência, sobretudo familiares, tal campo ainda é incipiente. Goitein e Cia (2011) ressaltam que, no campo da Psicologia, a revisão bibliográfica tem privilegiado o estudo das necessidades educacionais especiais (NEE) das crianças, relegando as experiências dos cuidadores a um papel secundário, a despeito da relevância das intervenções familiares no desenvolvimento infantil. Esses autores reconhecem, contudo, a limitação dos dados disponíveis para formular generalizações conclusivas, apontando para a necessidade de mais pesquisas, bem como para o aprimoramento na formação de profissionais da área. A Qualidade de Vida Familiar (QdVF) tem sido tema crescente em pesquisas internacionais, mas ainda é pouco explorada no Brasil, com estudos indicando barreiras relacionadas à falta de apoios formais e informais (Nunes *et al.*, 2021). Nesse contexto, torna-se fundamental fomentar pesquisas que enfoquem estratégias de adaptação positiva voltadas a familiares de pessoas com deficiência, tais como redes de apoio e grupos terapêuticos (Anjos & Morais, 2021).

O plantão psicológico (PP) consiste em uma prática psicológica que pode oferecer apoio e auxiliar na construção de redes de apoio em saúde. Trata-se de uma modalidade de

atendimento que se propõe a acolher pessoas em momentos de urgência, sem necessidade de agendamento prévio, permitindo que cliente e profissional trabalhem juntos para compreender desafios, desenvolver estratégias e explorar potenciais (Tassinari, 2003). O PP dessa forma oferece um espaço aberto que acolhe o indivíduo em momentos críticos, facilitando novos pedidos de ajuda e promovendo crescimento pessoal.

A partir da década de 1990, o PP expandiu-se para diversos contextos, refletindo uma postura crítica em relação às realidades investigadas e sendo utilizado como recurso não tradicional de assistência psicológica em contextos institucionais e comunitários (Scorsolini-Comin, 2015). Tal movimento aponta para a importância de incentivar o desenvolvimento do PP na construção de disciplinas mais sensíveis às demandas individuais e coletivas, enriquecendo o repertório de técnicas e promovendo uma atuação mais plural e inclusiva (Scorsolini-Comin, 2015).

Na última década, tal disseminação intensificou-se. O PP abrangeu as linhas teóricas da Abordagem Centrada na Pessoa, Fenomenologia Existencial, Psicodrama, Psicanálise, Terapia Cognitivo Comportamental e Existencialismo Sartreano, com notável ampliação na abordagem fenomenológica e existencial (Oliveira *et al.*, 2024). O PP consolidou-se ainda como prática de formação nos cursos de Psicologia, percorreu instituições de saúde, segurança pública, seguridade social, educação e espaços comunitários, passou a ser realizado também em modalidade on-line e destacou-se como recurso significativo para acolhimento do sofrimento na pandemia de COVID-19. Além disso, a modalidade de atendimento on-line emergiu como uma prática crescente, proporcionando maior acessibilidade e flexibilidade (Oliveira *et al.*, 2024).

O PP figura também como uma abordagem recente na atenção básica à saúde, alinhando-se à promoção da saúde e à prevenção de transtornos mentais, além de ampliar o acesso à assistência psicológica, possibilitando a inserção dos usuários nos serviços de saúde mental do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, a fundamentação do PP no acolhimento e na humanização do cuidado se coaduna com os princípios do SUS (Bom-Tempo e Braga, 2025). O PP, ao adotar essa perspectiva, possibilita um atendimento imediato e qualificado, assegurando que o sujeito seja compreendido em sua singularidade e que suas demandas sejam consideradas dentro de um contexto mais amplo de saúde. Dessa forma, não apenas a urgência psicológica é abordada, mas também são criadas condições para um acompanhamento longitudinal ou encaminhamentos adequados dentro da rede de saúde (Bom-Tempo e Braga, 2025).

Complementarmente, Vieira e Boris (2012), destacam o papel do PP na construção de uma escuta que transcenda as demandas individuais, em uma interlocução entre psicologia e políticas públicas. O caráter aberto do PP o torna um indicador relevante das demandas, dinâmicas e acontecimentos dentro de uma micro comunidade, possibilitando às instituições responsáveis o desenvolvimento de programas e projetos que se aproximem, se integrem e tenham efeito no campo de atuação. Isso implica reconhecer essas instituições não apenas como prestadoras de serviços à população, mas também como agentes com um papel político e social na escuta clínica.

No PP em perspectiva fenomenológica, o atendido é compreendido enquanto articulado a todas as dimensões de sua existência, mergulhado e atuante em seu tempo, suas relações, seu horizonte político, social, cultural, econômico, etc. A partir das narrativas trazidas à plantonista nos atendimentos, abriu-se espaço para a interrogação pelo sentido das experiências, permitindo, ao mesmo tempo, revelar as condições e dinâmicas humanas emergentes e favorecer a escuta clínica, ampliando a compreensão do sofrimento e das particularidades de cada vivência (Braga *et al.*, 2012). Este encontro clínico possibilita uma escuta voltada para o desvelamento do campo experiencial do sujeito, permitindo uma investigação cuidadosa dos modos de ser e das significações que emergem de suas vivências

(Braga *et al.*, 2012). Sob essa ótica, a práxis clínica promove a construção conjunta de sentidos para a experiência, situando-se como um movimento de ampliação das possibilidades existenciais (Heidegger, 2009), ao abrir espaços para o sujeito refletir sobre suas expressões e possibilidades de existir.

Nessa perspectiva, o PP parte da *queixa*, que se refere às questões que emergem no momento do relato ou manifestação dos atendidos, ou seja, àquilo que se traz como problema, situação ou desconforto imediato. A partir da *queixa*, busca-se elaborar a *demanda*, que se refere às necessidades mais profundas que se desvelam durante a intervenção psicológica, evidenciando o que necessita de atenção e cuidado. É a partir desse processo que se desdobra o *encaminhamento*, enquanto modo de direcionar a demanda elaborada no processo. Nesse sentido, o encaminhamento pode abranger tanto outras ações ou serviços especializados quanto modos em geral de encaminhar-se na existência, incluindo escolhas e processos que direcionam novos caminhos para as questões discutidas (Braga *et al.*, 2012). Ao ser compreendido enquanto apropriação e efetivação de um rumo existencial, o encaminhamento na perspectiva fenomenológica diferencia-se radicalmente da mera indicação de serviços, abrangendo orientações, discussões, decisões do atendido, acompanhamento de processos e demais ações que permitam o desdobrar das demandas elaboradas.

Priorizando as experiências subjetivas e os sentidos atribuídos pelos indivíduos, a perspectiva fenomenológica articula o PP ao contexto social, ao considerar as situações em que os atendidos se encontram, enfatizando a construção relacional com os participantes da paisagem social, integrando o contexto ao espaço clínico e ao próprio serviço, assim promovendo uma prática mais conectada à realidade dos atendidos. Clinicamente, não se escutam queixas isoladas, mas narrativas imersas no contexto interpretativo que atravessam as realidades vividas, nas quais as relações humanas se formam e se desenvolvem em situações cotidianas (Braga *et al.*, 2012).

Nessa perspectiva, alguns trabalhos realizados em diferentes instituições e comunidades (Aun *et al.*, 2006; Braga *et al.*, 2012; Braga *et al.*, 2019; Gonçalves *et al.*, 2016), apontam para a flexibilidade do PP em adaptar-se a contextos sociais com poucos recursos e para o modo como o PP permitiu dar voz aos processos e sentidos vivenciados por participantes das instituições e comunidades, possibilitando compreender, nas vozes singulares, também uma experiência coletiva, que se configura em uma cartografia clínica. Desse modo, a cartografia clínica se apresenta como uma metodologia de investigação interventiva que busca conhecer instituições e comunidades por meio da escuta das queixas, vivências, histórias e perspectivas dos agentes sociais nela envolvidos (Braga, 2014). Ao direcionar uma escuta atenta às questões vividas pelos agentes de um contexto social, o processo cartográfico permite simultaneamente conhecer esse contexto e articular vias de passagem e estratégias de intervenção voltadas à promoção da saúde e da cidadania (Braga, 2014).

Na articulação entre PP e cartografia clínica, pode-se identificar algumas questões emergentes nos serviços direcionados a pessoas com deficiência. Nobre e Souza (2018), ao pesquisar o PP voltado a cuidadores de crianças com autismo, destacam que, embora as histórias e necessidades que motivam a busca pelo serviço sejam diversas e singulares, alguns aspectos se repetem. Dentre esses, destaca-se o luto vivenciado diante do diagnóstico de autismo, os desafios enfrentados no cuidado diário com a criança e as dificuldades associadas ao isolamento social.

Assim, a relevância do PP em instituições voltadas para pessoas com deficiência fundamenta-se na necessidade de acolher e dar voz a essas pessoas, seus familiares e responsáveis, considerando que o cuidado com essa condição exige ações de readaptação à rotina diária, muitas vezes alheia ao contexto social e cotidiano, o que afeta a saúde física e mental dos envolvidos. Nesse sentido, cabe ao psicólogo acompanhar a expressão do

sofrimento e oferecer suporte emocional diante dos desafios enfrentados, contribuindo para a construção de estratégias de enfrentamento e resiliência. Diante deste cenário, a presente pesquisa realizou a cartografia clínica de um serviço de PP implantado em uma associação de pessoas com deficiência.

2- MÉTODO

Inicialmente, foi realizado um contato prévio das pesquisadoras com a presidente da Associação das Pessoas com Deficiência de uma cidade no interior de Minas Gerais, para obtenção de autorização para o desenvolvimento da pesquisa. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Uberlândia, sendo aprovado sobre o CAEE 77075423.9.0000.5152. Após esta fase, procedeu-se a prática do PP e, posteriormente, entrevistas com os participantes.

A pesquisa adotou a perspectiva fenomenológica, não buscando representações conceituais, explicações ou causas fixas, mas direcionando-se para a compreensão dos significados e sentidos construídos na fluidez da existência dos participantes (Critelli, 2016). Dessa perspectiva, o conhecimento não é absoluto, mas está sempre em um estado de potencial revisão, refletindo a riqueza e a criatividade da existência humana ao co-constituir linguagem e cultura.

A partir da perspectiva fenomenológica, a cartografia clínica foi utilizada como metodologia de pesquisa interventiva qualitativa. Esta metodologia parte da escuta clínica associada ao percurso por uma paisagem social, buscando compreender as demandas, questões e processos que conectam o contexto e a intervenção nele realizada (Braga, 2014). Desse modo, o próprio PP na Associação foi organizado com base na cartografia clínica, integrando a perspectiva fenomenológica como fundamento para a prática. Cada atendimento em PP se iniciava com a escuta clínica de uma queixa que incomodava o usuário e o levava a procurar pela psicóloga, buscando elaborar uma demanda, num processo em que o sujeito clarificasse para si seu sofrimento existencial e, a partir dessa elaboração, pudesse encaminhar sua existência. Essa abordagem sobre o plantão caracterizou-se como encontro compartilhado entre terapeuta e cliente, no qual a queixa emergente do cliente foi abordada dialogicamente, considerando seu universo e as interpretações sobre sua realidade.

O PP na perspectiva fenomenológica envolve uma escuta cuidadosa e voltada para o desenvolvimento do campo experiencial do sujeito, promovendo uma investigação dos modos de ser e das significações que emergem de suas vivências (Braga, 2014). Nesse processo, a organização do plantão envolveu uma etapa de questionamento e discussão, junto a profissionais e usuários, sobre as necessidades de atendimento da instituição, considerando as características do ambiente, a dinâmica das relações interpessoais, as interpretações das experiências vividas e as oportunidades para promover o bem-estar da comunidade, facilitando o acesso aos recursos disponíveis.

O serviço foi divulgado na instituição, não havendo nenhuma condição prévia para que os usuários participassem do atendimento, sendo este realizado no próprio horário de procura pelo PP. As visitas à instituição e realização do PP foram registradas em diários de bordo da pesquisadora, que buscaram narrar não apenas os fatos ocorridos no campo, mas as experiências, impregnações, impressões, reflexões, as articulações entre as vivências do pesquisador e os fenômenos emergentes no contexto (Braga, 2014, Braga *et al*, 2019). O processo cartográfico continuou ao longo da prática do PP, abarcando reflexões sobre o contexto social de produção das queixas, o tempo disponível para atendimento individual dos participantes, a gravidade dos casos atendidos, a avaliação do tempo de trabalho necessário ao acompanhamento adequado de cada caso, interlocuções com os atores institucionais e a compreensão e reformulação de discursos e práticas no processo de diálogo com a instituição.

Após três meses de funcionamento do PP, iniciou-se o convite para que os atendidos participassem de uma entrevista sobre sua experiência. A participação seria voluntária, sem interferência na continuidade do atendimento. Antes da coleta de dados, aqueles que optaram por participar receberam informações sobre os aspectos éticos e metodológicos do projeto, além do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) que detalhava os objetivos, riscos e benefícios da pesquisa. Os participantes tiveram espaço para tirar dúvidas e, após consentimento, assinaram o documento formalizando sua anuência.

A coleta de dados pela pesquisadora foi realizada junto aos participantes que assinaram o TCLE. Seis das doze pessoas atendidas no PP concederam entrevista para a pesquisa. As entrevistas semidirigidas, com duração de uma hora, ocorreram em ambiente privado e buscaram compreender detalhes das demandas apresentadas, bem como as influências do PP no cuidado articulado à situação vivida. O roteiro incluiu temas como os motivos da busca pelo serviço, impactos na percepção da deficiência e reflexões sobre a experiência. Os relatos foram gravados, transcritos integralmente e serão arquivados por cinco anos, garantindo sigilo e acesso restrito às pesquisadoras. Para preservar a identidade dos participantes, todos os nomes utilizados na pesquisa são fictícios.

3- RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 - A implementação do plantão psicológico e o contexto institucional

A Associação para Pessoas com Deficiência na qual o PP foi implantado existe há 36 anos em uma cidade de aproximadamente 50 mil habitantes do interior de Minas Gerais. De 1988 a 2023 a Associação tinha como escopo apenas pessoas com deficiência física, abrangendo todas as idades. A partir de 2023, começou a atender também crianças com diagnósticos voltados à deficiência intelectual, autismo e outros diagnósticos psicológicos e psiquiátricos com estatuto legal de deficiência. Isso tornou o público infantil majoritário, realizando-se o atendimento de adultos com deficiência atualmente apenas nos serviços de fisioterapia e transporte.

Segundo Santos (2016), a deficiência deve ser compreendida não apenas como uma limitação individual, mas como uma restrição à participação social resultante da interação entre características pessoais e barreiras de ordem social, ambiental e atitudinal. A partir dessa perspectiva, marcos legais como a Lei nº 12.764/2012, que reconhece o Transtorno do Espectro Autista como uma condição equiparada à deficiência e a Lei nº 13.146/2015, conhecida como Estatuto da Pessoa com Deficiência, representam avanços importantes ao garantirem o acesso a direitos e políticas públicas específicas. Tais legislações refletem influências de normativas internacionais, como a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF (OMS, 2001) e a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (ONU, 2006), que consolidam a noção de que a efetiva inclusão exige tanto a eliminação de barreiras, quanto a adoção de medidas que assegurem a participação plena e equitativa das pessoas com deficiência em todos os âmbitos da vida social.

Nesse contexto, a mudança observada na associação reflete um cenário de transformação psicossocial na abordagem da deficiência, que levou a um direcionamento do público atendido para as crianças que, dadas as articulações entre diagnósticos intelectuais e de desenvolvimento e o ingresso na vida escolar, acabam por constituir o maior contingente populacional alvo de diagnósticos relacionados a transtornos do desenvolvimento. Essa realidade é acompanhada por um processo crescente de medicalização da infância, no qual comportamentos considerados inadequados ou fora da norma escolar passam a ser rapidamente atribuídos a transtornos psíquicos, resultando em rotulações que desconsideram os determinantes sociais, educacionais e afetivos envolvidos (CRP-MG, 2016). Como aponta

o Conselho Regional de Psicologia de Minas Gerais, essa lógica reduz a complexidade dos processos de subjetivação da criança, deslocando a atenção das condições institucionais e pedagógicas para uma suposta disfunção individual a ser corrigida. Assim, a escola, muitas vezes, deixa de ser um espaço de inclusão e escuta para se tornar um local de exigência por produtividade e adaptação, contribuindo para a crescente demanda por diagnósticos e intervenções psiquiátricas precoces.

É nesse cenário, marcado por desafios ligados à inclusão escolar, à medicalização e à sobrecarga das famílias, que se insere a atuação da associação em questão. A associação é formada por voluntários, que tanto compõem a estrutura administrativa (presidente, vice-presidente, tesoureiro e secretários) quanto oferecem aos assistidos atendimentos (psicólogos, psicopedagogos, médicos) e aulas (professores de reforço, inglês, informática e xadrez). Há apenas três funcionários contratados – uma recepcionista e dois motoristas. As atividades funcionam de segunda-feira a sábado, nos turnos de manhã e tarde, com diferentes serviços organizados em rodízio. A partir da demanda de pessoas que aguardavam seus filhos e não tinham acesso a atendimento, surgiu a proposta do PP, que foi divulgado via WhatsApp e Instagram. Desse modo, o PP, funcionando semanalmente em uma sala do local, surgiu de um pedido da instituição, que constatou a necessidade de atendimento psicológico, sobretudo às mães que frequentavam o espaço.

Ao longo de dois meses, o número de participantes aumentou gradualmente, evidenciando a importância da divulgação e do tempo necessário para que os usuários passem a frequentar o serviço. Tal processo pode se relacionar ao que Braga *et al* (2019) descrevem sobre a importância da divulgação e do estabelecimento constante do espaço para a busca do público, havendo um hiato entre o momento da divulgação, o processo de circulação da informação, a decisão de utilizar o serviço e o efetivo comparecimento. A partir desse processo, o PP implementado se mostrou eficaz para alcançar um número maior de pessoas no momento de sua urgência: em três meses de funcionamento por três horas semanais, foram realizados 24 atendimentos.

O PP desenvolvido na instituição partiu da perspectiva fenomenológica de cartografia clínica em PP (Braga *et al*, 2012). Assim, envolveu a escuta de uma queixa, explorada em seus fenômenos e vivências relacionados, levando à construção de uma demanda a partir de um espaço de acolhimento, diálogo e reflexão, onde se construíram interpretações e questionamentos sobre a queixa. Tal processo elaborativo apontou para caminhos possíveis a partir do vivido, processo compreendido como encaminhamento.

O público atendido composto por mulheres, embora o espaço fosse aberto a qualquer adulto cuidador, foi revelador de um elemento marcante de gênero, que acompanhou uma queixa bastante frequente no PP: essas mães se diziam sobrecarregadas. No trabalho de elaboração e construção da demanda a partir do relato inicial da queixa pelas participantes, três elementos principais se destacaram na configuração da sobrecarga dessas mulheres: ausência de acesso a informações e dificuldades estruturais concernentes às políticas públicas, criando complicações em relação ao diagnóstico e ao tratamento dos filhos; a organização das relações familiares nas quais essas mulheres ocupavam um lugar central e muitas vezes solitário no cuidado, refletindo desigualdades de gênero profundamente enraizadas; e as dificuldades de acesso a serviços de atendimento voltados às condições de seus filhos. Esses fatores interligados compunham o cenário de exaustão e desamparo frequentemente relatado pelas participantes.

No desenvolvimento do PP, foi possível identificar três campos de contribuições principais do PP na instituição estudada: a necessidade de reorganização representada pela descoberta da deficiência e a construção de um espaço de discussão crítica sobre o diagnóstico; o contexto de gênero, econômico e social que influenciou a organização familiar de cuidado à criança com deficiência e, finalmente, a oferta de um espaço de acolhimento,

reflexão e elaboração das vivências, promovendo o autocuidado das atendidas e construindo uma articulação com a rede de assistência para a promoção da saúde e dos direitos das pessoas com deficiência e suas cuidadoras. Estes três eixos serão apresentados a seguir.

3.1.1 - A demanda do plantão psicológico e as dificuldades de diagnóstico e acesso ao tratamento

O PP consolidou-se como um espaço fundamental de acolhimento e escuta qualificada para famílias que enfrentam desafios relacionados ao diagnóstico de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA), Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e Transtorno do Desenvolvimento Intelectual (TDI). Nesse contexto, as mães, que frequentemente assumem o papel de principais cuidadoras se deparam com diversas dificuldades no processo de busca de diagnóstico e tratamento, tanto no âmbito familiar quanto social.

Das mães atendidas, duas observaram por si mesmas, problemas no desenvolvimento da criança enquanto dez foram orientadas pela creche sobre a possibilidade de algum problema no desenvolvimento infantil e a necessidade de procurar avaliação e atendimento. Por outro lado, todas as mães ouviram de algum familiar ou pessoa próxima que a criança “não tinha nada” e que procurar um diagnóstico era “besteira”. Três aspectos podem ser considerados a partir desse dado. O primeiro é o fato de que a observação de qualquer alteração, problema de saúde ou outra questão da criança foi predominante realizada por pessoas que exercem o papel de cuidado, em geral atribuído às mães e educadoras da pré-escola. O segundo é o fato do acesso aos profissionais de saúde, se apresentar de modo mais pontual e menos frequente, numa lógica em que seu contato ocorre após a constatação de um problema de saúde, apontando para escassez de ações preventivas. O terceiro aspecto se refere à invisibilização de problemas que destoam dos estereótipos em torno da deficiência, que levam familiares e pessoas próximas a negar a possibilidade de problemas no desenvolvimento antes mesmo de uma avaliação adequada.

Considerando tais aspectos, cabe analisar o papel da escola e dos profissionais de saúde no processo diagnóstico. Os relatos das atendidas sugerem que, assim como ocorre em casos de violência (Lemos *et al*, 2017), há um número significativo de suspeitas de problemas no desenvolvimento infantil identificados na escola que requerem cuidados, devido à ausência de formação específica de profissionais da educação sobre o tema. Assim, é preciso primeiramente diferenciar o papel da escola ao levantar suspeitas sobre problemas com a criança e o papel de profissionais especializados em elaborar um diagnóstico detalhado sobre um caso específico, em que não apenas se confirmam ou refutam eventuais problemas, mas também se espera uma compreensão mais ampla das causas e da dinâmica dos problemas observados, seja em âmbito social ou de saúde.

Da mesma forma, é fundamental que os educadores recebam capacitação adequada para conhecer e articular a rede de atendimento, compreendendo as diferentes especialidades envolvidas em cada situação. Esse preparo é essencial para garantir encaminhamentos apropriados às avaliações necessárias. Cid *et al*. (2019) destacam que muitos profissionais da educação não se sentem preparados para lidar com casos de sofrimento psíquico infantil, o que frequentemente resulta em encaminhamentos diretos aos serviços de saúde, sem articulação prévia com a rede intersetorial. Tal realidade reforça a urgência da formação continuada e da consolidação de vínculos entre os setores da educação, saúde e assistência social.

A escola deve ser compreendida como parceira no processo de cuidado, funcionando como elo entre a família e os serviços especializados, sem, contudo, assumir funções que são próprias dos profissionais da saúde. A falta de clareza nessa distinção pode contribuir para processos de medicalização, em que dificuldades de aprendizagem ou de adaptação escolar

acabam sendo precipitadamente rotuladas como transtornos mentais por educadores sem formação adequada. Além disso, como destacam Cid *et al.* (2019), a ausência de conhecimento sobre os recursos disponíveis na rede pode comprometer os encaminhamentos, atrasando o diagnóstico e o início do tratamento em casos que, de fato, exigem atenção especializada.

A maioria das mães, a partir da observação pessoal ou orientação escolar, foi procurar atendimento, exceto Regina, que inicialmente negou a possibilidade de algum problema após ouvir de familiares que a criança “não tinha nada”. Posteriormente, levou a uma consulta no pediatra devido a uma febre da criança e este lhe falou da necessidade de procurar atendimento para favorecer o desenvolvimento do filho, que passou a frequentar fonoaudióloga e psicóloga. A partir da mobilização por uma avaliação das condições da criança, o primeiro profissional procurado, em todos os casos, foi o médico, sendo em alguns casos um pediatra e em outros um neurologista.

No contexto dos primeiros atendimentos realizados, todas as mães enfrentaram discrepâncias na compreensão das condições de seus filhos, indo desde situações em que o problema da criança é simplesmente negado, até situações em que o diagnóstico é dado de maneira pouco cuidadosa, e precipitada, sem nenhuma avaliação mais profunda das condições físicas e psicológicas da criança e muitas vezes sem descartar outras hipóteses. Um exemplo é Fabiana, que ao buscar ajuda para o filho que não falava aos dois anos e quase não interagia com outras crianças, foi inicialmente informada por um neurologista que o problema da criança era “manha” e que seria resolvido se ela “educasse melhor” e fosse mais rígida com ele. Compreendendo que não houve uma avaliação, Fabiana marcou um segundo neurologista, que determinou um diagnóstico de autismo “só de olhar” a criança, em uma consulta que durou quinze minutos entre relatar suas preocupações, observar a criança, declarar o diagnóstico e orientar o uso de medicação. Fabiana levou a outros médicos, que não fecharam um diagnóstico, mas a criança passou a fazer atendimento psicológico, tendo a psicóloga, afirmado que o filho tem “traços de autismo”. A mãe atualmente tem dificuldade de compreender o comportamento da criança, que interage de maneira muito comunicativa com pessoas selecionadas, como a mãe, a psicóloga e algumas pessoas na escola, mas não se comunica com outros fora desse grupo, exceto se tiver muito interesse por algo, como por exemplo, um brinquedo específico de uma criança, com a qual passa a se comunicar de modo fluente.

Em alguns casos, as dificuldades na avaliação da criança passam a criar limites para acesso à assistência específica. Assim, por exemplo, ao receber orientação da creche para procurar atendimento devido ao comportamento do filho que não conversava e era agressivo, Regina ouviu da família que a criança “não tinha nada”. A criança passou por pediatra, fonoaudiólogo, psicóloga e neurologista, porém não houve fechamento de diagnóstico, o que fez com que a mãe não conseguisse vaga na APAE e precisasse fazer todos os atendimentos médicos, psicológicos e fonoaudiológicos de maneira particular, levando a dificuldades financeiras na família. Após um período de atendimento particular de um ano, finalmente houve a composição de um laudo que permitiu o acesso à APAE. Um último elemento a ser observado se refere às representações em torno do diagnóstico. Uma das atendidas, Esmeralda, relatou dificuldades iniciais em aceitar o diagnóstico de autismo, pois pensava que isso significaria que o filho não teria nenhum tipo de melhora no desenvolvimento e ficaria dependente dela o restante de sua vida.

Frente aos relatos das atendidas em torno das dificuldades de diagnóstico, diversos aspectos podem ser apontados. Do ponto de vista dos espaços de socialização, as atendidas lidam com múltiplas perspectivas de interpretação acerca do que se passa com a criança entre familiares, amigos e profissionais de educação, o que pode gerar conflitos e desentendimentos. Frases como “Esse menino nunca vai aprender” ou “Esse menino não tem

nada" são exemplos de discursos que refletem a falta de compreensão e, por vezes, a negação da condição da criança. Tal situação pode se agravar quando a negação é corroborada por um profissional de saúde, por exemplo no caso em que Fabiana obteve um parecer médico de que o comportamento do filho era “manha”, o que piorou os conflitos familiares em torno dos comportamentos da criança, gerando várias experiências de negação e frustração.

Do ponto de vista da avaliação em saúde, em apenas um caso houve solicitação de exames médicos mais detalhados pelo neurologista. Nenhum profissional, contudo, realizou uma investigação mais aprofundada do ambiente social e estrutural da criança, ou seja, não houve uma análise minuciosa das condições biológicas, nem do contexto psicossocial em que os sintomas se desenvolveram. Como exemplo de um elemento ambiental possível, embora haja atualmente conhecimento científico consolidado de que o uso excessivo de tecnologias digitais, como celulares, videogames, televisão, entre outros, possa estar relacionado a sintomas como desatenção, agitação e dificuldades de memória, frequentemente associados ao diagnóstico de TDAH (Souza, Scarpitta, Silva e Oliveira, 2025), nenhum dos profissionais investigou de forma mais cuidadosa o padrão de uso de telas pelas crianças atendidas. Em várias situações, as atendidas se depararam com devolutivas diferentes sem fundamentação clara, tornando a obtenção de um diagnóstico muitas vezes um percurso longo e repleto de incertezas, no qual as mães buscam respostas para comportamentos que, em muitos casos, geram estranhamento e preocupação.

Além da falta de aprofundamento dos aspectos constitutivos de um diagnóstico, há ainda diferentes perspectivas dos profissionais da saúde sobre esses transtornos: enquanto alguns especialistas adotaram uma visão mais biomédica, focada em avaliações neuropsicológicas, outros valorizaram abordagens mais amplas, que consideram fatores sociais, emocionais e ambientais no desenvolvimento da criança. Essas divergências geraram dúvidas e incertezas nas famílias, que se viram diante de recomendações e prognósticos distintos, dificultando a consolidação de um entendimento claro sobre a condição da criança. Embora algumas atendidas questionassem pareceres e condutas consideradas inadequadas, tais como diagnósticos sem avaliação aprofundada, algumas medicações e atendimentos excessivos, a maioria das atendidas não questiona o parecer recebido pelo primeiro profissional, levando a uma adesão acrítica a orientações nem sempre bem fundamentadas.

Podemos compreender as dificuldades vividas pelas atendidas em torno do processo diagnóstico de seus filhos sob o pano de fundo das ambiguidades, conflitos, avanços e retrocessos que envolvem, de um lado, a luta social pela garantia de direitos a pessoas com deficiência e, por outro lado, os processos históricos de transformação nas categorias diagnósticas dos transtornos mentais. Na perspectiva da luta pela garantia de direitos a pessoas com deficiência, vem ocorrendo desde os anos 1970 uma transformação significativa na perspectiva de compreensão sobre a deficiência, que é deslocada de um paradigma exclusivamente biológico para um paradigma funcional: a pessoa que deveria ser objeto de uma garantia de direitos ligada à deficiência seria não apenas aquela que apresentasse um substrato orgânico preciso, mas qualquer pessoa que apresentasse uma perda funcional significativa em seu cotidiano (Santos, 2016).

Tal ótica procura considerar que é na interação do sujeito com a sociedade, que as barreiras à plena inclusão são construídas ou superadas e que os diversos aspectos: biológicos, arquitetônicos, sociais e econômicos que constroem os lugares de adaptação e desadaptação dos sujeitos, devem ser considerados na concepção de deficiência. Assim, situações como dificuldades significativas de interação social, de desempenho e adaptação escolar, de funcionamento cognitivo e de processamento de informações, frequentemente descritas em diagnósticos relacionados a transtornos mentais diversos, passam a ser incluídas nesse entendimento e, inclusive, recebem o estatuto legal de deficiência (Santos, 2016).

Tais transformações na concepção sobre a deficiência, marcadas pela transição do paradigma biomédico para o paradigma social, acabam por encontrar outro processo de transformações históricas, relacionado aos critérios e modos de ordenação dos transtornos mentais. No surgimento da psiquiatria, entre os séculos XVII e XIX, havia um foco no adulto e na categorização de doenças. Esse enfoque foi sendo transformado entre o final do século XIX e o século XX, com o surgimento de compreensões pautadas no desenvolvimento humano e na relação entre o indivíduo e o contexto social, influenciadas por diversas correntes teóricas, como a psicanálise, e posteriormente pelos movimentos de reforma psiquiátrica.

Todavia, constata-se que, sobretudo nas últimas três décadas, a psiquiatria infantil tem se distanciado dessa perspectiva para se aproximar de uma psiquiatria descritiva, que amplia as categorias diagnósticas de modo a patologizar as condutas distanciadas de um modelo de normalidade esperado e apoia-se fortemente no uso de psicofármacos (Lima, 2017). Lima (2017) identifica, nesse período um processo de “inflação de transtornos” pelo qual os diagnósticos avançam para quadros até então considerados no espectro da normalidade, como dificuldades cotidianas que não necessariamente configuram patologias. Safatle, Silva Júnior e Dunker (2021) analisam, ainda, as recentes mudanças nas concepções da psiquiatria como articuladas aos processos de desempenho e exclusão do capitalismo.

Na interface entre a mudança da concepção de deficiência para um paradigma pautado na funcionalidade e a expansão de diagnósticos baseados em perspectivas de disfuncionalidade aplicadas a problemas cotidianos, encontra-se a polifonia de discursos sobre as reais condições dos filhos das participantes desta pesquisa. Seriam elas crianças com dificuldades comuns de aprendizagem ou socialização, rapidamente categorizadas como crianças com transtornos mentais? Ou, ao contrário, seriam crianças com transtornos mentais invisibilizadas por uma visão excessivamente biológica da deficiência? A inserção em um determinado rol de sintomas seria suficiente para compreender os problemas vivenciados por essas crianças?

Por um lado, observa-se um avanço na garantia de direitos associados ao reconhecimento legal da deficiência; por outro, constata-se a convivência com a medicalização excessiva e com o fenômeno que tem sido chamado de “epidemia de diagnósticos”. Nos casos atendidos, entre as solicitações de diagnóstico, a maioria com origem nas escolas, foi possível identificar tanto situações de deficiência, quanto casos em que dificuldades de aprendizagem foram equivocadamente interpretadas como tal. Esse cenário evidencia a necessidade de uma abordagem criteriosa e multidisciplinar, que compreenda de maneira crítica os tensionamentos e processos históricos e sociais envolvidos na produção de diagnósticos em saúde mental e no campo da deficiência tanto pelas escolas quanto pelos profissionais de saúde. Somente assim será possível garantir que cada indivíduo receba o suporte adequado, sem ser submetido a processos de medicalização ou à responsabilização individual por seu desempenho escolar.

3.1.2 - O plantão psicológico e as questões de gênero, desigualdades e organização do cuidado

Ao analisar a demanda atendida pelo PP em instituição voltada a pessoas com deficiência, destaca-se que o público foi totalmente composto por mães de crianças com deficiência. Tal composição está relacionada tanto à prevalência do público infantil na instituição quanto às questões de gênero, que levam a uma frequente atribuição da responsabilidade do cuidado às mulheres. Todas as participantes se queixaram da sobrecarga de tarefas oriunda do cuidado aos filhos, especialmente no contexto da deficiência, que envolvia a participação em diversas atividades, tais como consultas médicas, atendimentos psicológicos, fisioterapias, sessões de terapia ocupacional, realização de exames, reforço

escolar e outros atendimentos conforme a condição específica de cada quadro, além das frequentes dificuldades para acessar esses serviços.

Um aspecto importante da sobrecarga relatada dizia respeito a uma dinâmica recorrente observada no relato das participantes: a investigação e confirmação de um diagnóstico de deficiência ou com estatuto legal de deficiência implicavam uma demanda contínua por cuidados em saúde e educação. Tal rol de atividades, que representava um acréscimo de sobrecarga às famílias, era majoritariamente ou totalmente absorvido pelas mulheres, sendo naturalizado como parte do papel materno. Assim, a cultura familiar esperava que o cuidado, entendido como responsabilidade única das mulheres, incluísse se necessário a renúncia a outras atividades, expectativas ou espaços em suas vidas.

Das doze mulheres atendidas no PP, três eram separadas e nove casadas. Todas as mulheres separadas lidavam com o abandono da criança pelo pai, que não participava do cuidado pragmático, afetivo e financeiro da criança. Um deles chegou mesmo a ligar frequentemente para a ex-mulher, solicitando dinheiro até o momento em que esta cortou definitivamente o contato com ele. Uma das mulheres separadas casou-se novamente, todavia o padrasto contribuía apenas financeiramente, atribuindo o cuidado à mãe.

Das nove mulheres casadas, sete trabalhavam e duas tinham como atividade exclusiva o cuidado da casa e dos filhos. As sete mulheres casadas que trabalhavam, a despeito desta outra atividade, continuavam a exercer a tarefa de principal, e por vezes única de cuidadora da criança, necessitando conciliar os horários de trabalho com as atividades de atendimento dos filhos. Uma dessas mulheres chegou a sofrer pressão no trabalho e risco de demissão em razão de suas tentativas de conciliação entre trabalho e cuidado da criança. Assim, dez das doze mulheres atendidas viviam a situação de dupla jornada de trabalho característica de muitos lares brasileiros, resultado de uma divisão desigual do trabalho não remunerado com base no gênero.

As duas mulheres que não trabalhavam acabaram por abandonar a vida profissional em função exatamente das dificuldades de conciliação entre o trabalho e o cuidado dos filhos. Ambas vivenciaram situações semelhantes: estando empregadas, surgiam as constantes dificuldades de organizar o cuidado com as diversas atividades das crianças, diante desse cenário, realizaram uma discussão com os respectivos cônjuges para elencar providências a tomar, sendo em ambos os casos, decidido que as mulheres deixariam os empregos para dedicar-se exclusivamente ao cuidado das crianças.

Todos os relatos apresentados pelas atendidas evidenciam uma composição das relações familiares pautada no que Zanello (2018) denomina dispositivo materno, pelo qual a responsabilidade pelo cuidado a outrem, especialmente os filhos, é culturalmente atribuída às mulheres. Essa naturalização, não apenas invisibiliza o trabalho envolvido no cuidado, mas também o transforma em uma injunção identitária, na qual a mulher é interpelada a se dedicar aos outros em detrimento de si mesma, sob pena de perder a aprovação social ou afetiva. Tal processo social encontra, assim como nos casos atendidos, desdobramentos concretos. Deus *et al* (2021), analisando produções científicas publicadas entre 2012 e 2016 sobre a relação entre família, gênero e jornada de trabalho, encontram que as mães continuaram sendo as principais responsáveis pelas tarefas domésticas e pelos cuidados com os filhos, demonstrando a persistência da desigualdade de gênero na divisão das responsabilidades familiares.

Nos casos atendidos, podemos observar três desdobramentos da influência da dominação de gênero na organização das relações familiares: a naturalização do abandono paterno, a dupla jornada de trabalho das mulheres e a naturalização da anulação da vida profissional feminina em função das atividades de cuidado. Com relação à naturalização do abandono paterno, observamos uma constante configuração relacional em que o papel paterno é inexistente ou concentrado na tarefa do provimento financeiro, havendo uma desresponsabilização do cuidado paterno pelas crianças em todos os casos atendidos. Com

relação à anulação da própria vida, a concentração do cuidado como tarefa feminina se articulou à concepção, implícita ou explícita na dinâmica familiar, que as mães deveriam colocar em segundo plano seus projetos e experiências pessoais em função do cuidado da criança e que outras pessoas não teriam a responsabilidade do cuidado. Como resultados, são elas que mais se envolvem na condição de deficiência das crianças, o que na prática levou a situações de dupla ou tripla jornada de trabalho, com conciliação com o trabalho, o cuidado geral da casa e dos filhos e a condução do tratamento, bem como a experiências de abandono do emprego, de atividades pessoais ou outras formas de cuidado, em um processo em que as mães eram as que mais vivenciam um processo de sobrecarga e anulação pessoal em prol desse cuidado.

Ainda no campo da configuração familiar, diversas atendidas relataram situações em que familiares as consideravam más educadoras frente a comportamentos infantis considerados socialmente inadequados, mães negligentes frente a qualquer dificuldade vivida no cuidado das crianças, cobranças frente aos compromissos da criança sem nenhuma oferta de apoio. Assim, as mães relataram ser diariamente cobradas de educar melhor, levar aos tratamentos, dedicarem-se mais, todavia em apenas duas ocasiões as mães relataram algum familiar haver oferecido ajuda, nos dois casos quando estavam doentes. As constantes cobranças sem contrapartida de apoio levavam muitas mães a questionar sua capacidade de cuidado mesmo estando exaustas e a se afastarem de situações de convivência familiar, tais como comemorações, já que esperavam ser avaliadas nesses ambientes a partir das dificuldades que os filhos pudessem apresentar, gerando um processo de isolamento social do núcleo familiar.

Em todos os casos, as atendidas relataram grande sofrimento, que abrangia dificuldades de terem suas necessidades e posicionamentos ouvidos e legitimados no seio familiar, falta de apoio, conflitos familiares diante de questionamentos da ordem familiar encontrada, sentimentos de exclusão, invalidação, raiva, frustração e revolta diante de uma situação em que se sentiam impotentes. Os relatos das participantes refletiram as complexidades e pressões sociais relacionadas aos papéis de gênero, reforçando a ideia de que uma rotina exaustiva, marcada pelo cuidado com a casa, o esposo e os filhos, se insere em um dispositivo cultural que naturaliza o ato de cuidar como uma função feminina.

Em relação à oferta de um espaço de discussão crítica sobre o diagnóstico, o contexto de gênero, econômico e social que influenciou a organização familiar de cuidado à criança com deficiência. Regina relata que antes de ser atendida no PP, considerava os seus afazeres como obrigações naturais, nunca havia discutido criticamente sobre o impacto do diagnóstico do filho na organização familiar, nem como as implicações do contexto de gênero, econômico e social estavam presentes em sua vida. As reflexões sobre sua sobrecarga, a desigualdade na divisão das tarefas domésticas e o sentimento de abandono de si mesma revelaram como normas sociais e expectativas de gênero influenciaram profundamente sua vivência do cuidado. A terapia possibilitou que Regina questionasse essas estruturas, reconhecendo como sua identidade e seus desejos haviam sido silenciados diante da idealização da maternidade e do papel feminino. Assim, o espaço terapêutico funcionou como um lugar de resistência à medicalização e à naturalização das desigualdades, favorecendo a construção de alternativas mais justas e humanizadas de cuidado.

A vivência de Karen evidencia como as construções de gênero naturalizam e centralizam o cuidado nas figuras femininas, tornando invisível o trabalho que realizam e dificultando a partilha das responsabilidades. Além disso, aspectos econômicos, como a ausência de renda própria, somaram-se às pressões sociais e culturais, reforçando sua dependência emocional e financeira do marido. Karen vivia por conta de cuidar dos filhos, mas o marido invalidava (você não faz nada), mas a partir dos atendimentos, através da problematização dessas dinâmicas pela plantonista, se permitiu questionar o papel que lhe foi

socialmente imposto e vislumbrar novas formas de existência que rompem com a lógica da submissão e da renúncia pessoal em prol do cuidado exclusivo do outro. Voltou a trabalhar e redefiniu as responsabilidades em casa, abrindo caminhos para retomar o protagonismo em sua vida e repensar suas escolhas a partir de sua própria perspectiva, e não mais da expectativa social de abnegação.

O caso de Lúcia também evidenciou como o plantão pode ser um espaço potente para discutir criticamente os atravessamentos de gênero, classe e condições sociais que estruturam a experiência de cuidado com a filha. A dificuldade da filha na escola não é compreendida isoladamente, mas dentro de um contexto em que a mãe, marcada pela baixa escolaridade e pela ausência de rede de apoio, assume sozinha a responsabilidade pelo cuidado, enfrentando obstáculos concretos para garantir o acesso da filha aos serviços recomendados. Lúcia se conscientizou do modo como foi invalidada, a rede que ela considerava de apoio a estava convencendo que ela não era capaz de cuidar da filha porque não sabia ler, além disso, sua empregadora proibia acompanhar a filha aos atendimentos, mas como não tinha outra pessoa para acompanhar a criança, ela ia para não perder a vaga, e quando isso acontecia ela precisava compensar o horário no sábado, até que foi demitida. Com os atendimentos, Lúcia começou a participar do grupo de mães, criando uma rede de apoio, assim, quando foi demitida conseguiu trabalho como diarista e consegue conciliar com os atendimentos da filha. O PP problematizou a forma como essas estruturas impactam a vida de Lúcia, demonstrando como a desigualdade de gênero e a precariedade econômica, condicionam o modo como se organiza o cuidado no seio familiar. Ao articular essas dimensões, o PP vai além do acolhimento emocional e se torna um espaço de resistência, onde se reconhece que as dificuldades vividas por Lúcia não decorrem apenas de falhas individuais, mas de um sistema que historicamente exclui e silencia determinadas vozes, sobretudo as femininas e pobres.

O atendimento de Paula também se constituiu como um espaço de reflexão crítica sobre as implicações do diagnóstico de seu filho e sobre o modo como as estruturas sociais e de gênero moldam a organização do cuidado. A centralidade que lhe é atribuída no manejo das crises escolares da criança, somada à exclusividade no cuidado, revela como ainda recai sobre as mulheres, especialmente mães, a responsabilidade quase total pela manutenção da vida familiar, mesmo em contextos de vulnerabilidade. Ao dialogar com a plantonista, Paula passou a questionar a lógica que naturaliza essa sobrecarga, o que a levou a buscar o compartilhamento das responsabilidades com a escola e a retomar um espaço para si, por meio da pintura. Nesse processo, o plantão proporcionou um espaço de análise crítica sobre a forma como o gênero, a classe social e a deficiência operam conjuntamente na produção de desigualdades e de sofrimento, oferecendo suporte para que Paula se percebesse como sujeito ativo na transformação de sua realidade.

Nos casos relatados, essa perspectiva médica foi inicialmente visível em sua crença. Nas narrativas das participantes, foi possível perceber a tendência de procurar soluções rápidas e imediatas, frequentemente associadas à intervenção médica, sem explorar as dimensões mais amplas do seu sofrimento. Contudo, essa abordagem muitas vezes negligencia as dinâmicas estruturais e relacionais que sustentam o sofrimento, transferindo ao sujeito a responsabilidade de se ajustar, sem promover mudanças efetivas nos contextos que o afetam (Braga *et al.*, 2024). Regina relata que desde o falecimento de sua mãe, enfrentou uma sucessão de desafios que agravaram seu estado emocional, especialmente após o diagnóstico de seu filho com TEA e o adoecimento de seu pai. Inicialmente, acreditava que apenas os medicamentos seriam capazes de ajudá-la a lidar com suas emoções, e, apesar de conviver com um psicólogo no ambiente de trabalho, relutava em buscar apoio terapêutico. No entanto, ao ser alertada por uma colega sobre sua evidente sobrecarga, decidiu procurar o PP. A partir desse momento, passou a perceber a terapia como um espaço seguro para expressar seus sentimentos, reorganizar sua vida e enfrentar conflitos familiares e relacionais. Aprendeu a

priorizar seu bem-estar, estabelecer limites e dizer "não" quando necessário. Além disso, encontrou na prática de atividades físicas um refúgio, que lhe proporciona momentos de paz e concentração, afastando-a das preocupações diárias.

Nos casos atendidos, o PP possibilitou um caminho alternativo à lógica medicalizante. Durante as sessões, as pacientes puderam explorar e nomear seus sentimentos, reconhecendo o impacto do luto e das responsabilidades acumuladas, sobre sua saúde emocional. Esse processo de reflexão permitiu não apenas compreender melhor suas experiências, mas também adotar práticas de autocuidado, como organizar a rotina, expressar emoções e estabelecer limites. Essa trajetória ilustra o potencial transformador de intervenções terapêuticas que integram a dimensão subjetiva e contextual da experiência humana, superando a simples busca por desempenho funcional em situações desafiadoras.

Refletir sobre os benefícios dos tratamentos para além do diagnóstico, como atendidas e plantonista fizeram, permite reposicionar o foco no desenvolvimento do sujeito em seu contexto de vida, tal como enfatizado por Basaglia (1981). Ao suspender o peso do diagnóstico, o pensamento fenomenológico oferece a possibilidade de redirecionar o olhar para o sujeito concreto, imerso em seu mundo e em suas relações. Essa perspectiva questiona o entendimento tradicional das práticas terapêuticas e desafia-nos a desconstruir epistemologicamente essas práticas, buscando formas de respeitar e valorizar a experiência singular do sujeito em seus espaços reais de existência. Nesse sentido, o caso de uma das atendidas, ilustra tal perspectiva: ao observar o comportamento do filho, ela questiona o diagnóstico de autismo, relatando que ele se comunica em casa e na escola, compreende e responde a pedidos quando lhe convém, e expressa agressividade quando contrariado. A partir do diálogo com a plantonista, ambas reconhecem que mais relevante do que rotular é compreender os efeitos positivos que os cuidados e acompanhamentos vêm trazendo à criança, reafirmando que o essencial é promover seu desenvolvimento integral.

O surgimento de novas modalidades de prática psicológica, como o PP, reflete a capacidade da Psicologia de se reinventar em resposta às demandas sociais e históricas, construindo abordagens que considerem as particularidades do existir humano. Fundamentadas no diálogo com os sujeitos e na compreensão dos contextos em que eles estão inseridos, essas práticas possibilitam intervenções criativas e resolutivas, promovendo a transformação das realidades vividas (Braga e Farinha, 2024).

Ao abordar as experiências vividas no PP, seis participantes relataram em entrevista posterior ao atendimento que perceberam que precisavam de apoio e que o PP as auxiliou a reconhecer a necessidade de cuidado em saúde mental. O PP evidenciou a importância de uma abordagem que transcende o paradigma biomédico, ampliando o cuidado para incluir tanto as crianças com deficiência quanto suas famílias. Essa prática de cuidado para as famílias proporciona suporte emocional e social aos cuidadores, ajudando-os a elaborar e aceitar a deficiência, identificar habilidades e potencialidades, e construir novas perspectivas de futuro. No PP, a escuta permitiu que os cuidadores expressassem suas angústias e dificuldades, promovendo o fortalecimento emocional necessário para que desempenhem seu papel de forma mais saudável. Essa abordagem também desafiou a medicalização excessiva, que tende a reduzir o sofrimento humano a sintomas e diagnósticos, ignorando os contextos sociais e emocionais que influenciam essas experiências. Ao oferecer um espaço de reflexão, o plantão possibilitou a integração das experiências emocionais e contextuais, ajudando as participantes a desenvolver práticas de autocuidado e estratégias mais equilibradas para enfrentá-las.

Além disso, o PP contribuiu para desconstruir normas de gênero e dinâmicas culturais que sobrecarregam as mulheres, especialmente no contexto do cuidado familiar. A naturalização do papel de cuidadoras, muitas vezes atribuída às mulheres, foi questionada, permitindo que as participantes refletissem sobre seus desejos, limites e possibilidades de transformação. O plantão auxiliou na "desnaturalização" de comportamentos automatizados

que reproduzem normas opressivas, possibilitando que as participantes rompam com padrões que as aprisionam e explorem alternativas alinhadas aos seus projetos de vida. Ao desafiar o ideal de maternidade baseado na autoabnegação, promove-se uma visão mais equilibrada, que valoriza tanto o desenvolvimento da criança quanto o bem-estar e a autonomia das mães, incentivando a responsabilidade compartilhada entre família, escola e sociedade. As entrevistas demonstraram ainda um fortalecimento das participantes, com aumento da confiança e da capacidade de enfrentar desafios.

3.1.3 - O plantão psicológico como espaço de escuta, elaboração e articulação com a rede social

A construção de um espaço de escuta e acolhimento a cuidadores no PP deu luz a um processo psicossocial de invisibilização desse público. Sendo as crianças inseridas no processo de cuidado articulados à deficiência, tanto na instituição quanto na família, tais cuidadoras viviam experiências nas quais os sentimentos, expectativas e dificuldades das atendidas eram colocados em segundo plano, já que nem as instituições de atendimento aos filhos nem a rede de apoio psicossocial apresentavam alguma prática voltada às cuidadoras. Nessa perspectiva, a cartografia clínica operada pelo PP representou um ato de "revelação de si": à medida que foi sendo introduzido um ambiente de cuidado psicológico, as cuidadoras passaram a entender como poderiam se envolver com a escuta oferecida e qual é o propósito de uma intervenção. Isso possibilitou que cada sujeito se apropriasse do espaço de uma maneira mais relevante para suas questões. Dessa forma, a escuta no PP passou a se configurar como um espaço de visibilidade e reconhecimento, favorecendo a emergência de narrativas singulares que ilustram, de maneira concreta, as dificuldades vividas pelas atendidas, muitas delas efeitos do modo como o cuidado aos filhos ocorria.

O PP mostrou-se relevante na elaboração e visão crítica sobre o diagnóstico, tanto do ponto de vista da compreensão da rede de profissionais envolvidas e de suas perspectivas na construção de um olhar sobre a criança atendida quanto na compreensão de que o diagnóstico não significa uma determinação prévia das potencialidades e limites da criança. Para algumas atendidas, esse processo significou a elaboração de um luto das expectativas sobre a criança, a desconstrução de preconceitos em torno da deficiência, que tendiam a criar a imagem de um indivíduo totalmente incapaz, bem como a discussão sobre o medo de que a dependência dos filhos perdurasse na vida adulta. Desse modo, foi possível tanto a construção de uma perspectiva mais alinhada com as reais condições das crianças quanto uma focalização no desenvolvimento da criança, colocando num primeiro plano o cuidado e o tratamento e não o diagnóstico. Além disso, foi possível construir um espaço de discussão e elaboração de estratégias de ampliação das metodologias envolvidas de desenvolvimento das crianças, que poderiam envolver não apenas o atendimento médico tradicional, mas diversos atendimentos em saúde e espaços diversos de socialização, coordenação motora, aprimoramento cognitivo e educacional, tais como aulas de reforço escolar, atividades esportivas, espaços artísticos e outros, conforme as questões apresentadas pela criança. Além do processo de discussão e elaboração sobre as condições da criança, o espaço também auxiliou no mapeamento dos recursos presentes no município, facilitando o acesso do público atendido aos serviços. Nesse sentido, o PP apresentou um importante papel tanto na construção de um cuidado socialmente inserido e atravessado por múltiplos recursos quanto na garantia de acesso aos diferentes dispositivos de cuidado.

Em relação às questões de gênero, o PP mostrou-se fundamental por possibilitar um espaço de acolhimento dos sentimentos de solidão, sobrecarga, desvalorização, silenciamento, invalidação e dificuldades de diálogo presentes na rotina das atendidas, assim como de reflexão sobre os padrões relacionais construídos. Ao serem convocadas a falar sobre si e não apenas sobre os filhos, as atendidas passaram a identificar seus próprios limites e necessidades, o que favoreceu a construção de estratégias de enfrentamento mais saudáveis e

o reconhecimento do impacto da sobrecarga de responsabilidades em sua saúde mental e física.

Desse modo, o processo reflexivo proporcionado pelo PP permitiu situar os processos de autoanulação em sua relação com o contexto relacional, social e institucional mais amplo, possibilitando o reconhecimento dos processos de silenciamento. Assim, por exemplo, Fabiana traz conflitos familiares e uma sensação de sufocamento, que no processo do PP vai percebendo estar relacionada ao modo como era colocada, na família extensa exclusivamente como tendo a função de cuidar da mãe e do filho, sem apoio do esposo, tias ou outras pessoas, num contexto tanto de anulação de sua identidade quanto de infantilização de sua mãe e de seu filho. O PP, por um lado, possibilitou refletir criticamente sobre as relações próximas, a sobrecarga de responsabilidades e a ausência de apoio e, por outro, permitiu inverter vivencialmente a lógica em que tais cuidadoras eram colocadas, pois no atendimento se tornavam alvo e não sujeito do cuidado, criando um ambiente capaz de jogar luz sobre as dificuldades vividas.

Finalmente, o PP contribuiu na promoção da capacidade de autocuidado das atendidas. A característica de espaço de escuta qualificada e acolhedora do PP permitiu que as atendidas expressassem suas angústias, vulnerabilidades, conflitos, medos, dúvidas, frustrações e diversos afetos e vivências que possuíam pouca interlocução no contexto vivido por elas. Esse espaço de escuta não se limitou à escuta passiva, mas se mostrou ativo e sensível às nuances de sua experiência, favorecendo a construção de um vínculo terapêutico que encorajou as atendidas a refletir criticamente sobre sua trajetória. Assim, a possibilidade de nomear e elaborar sentimentos com liberdade e segurança foi muito importante tanto para o reconhecimento das condições afetivas das atendidas como para a vivência do cuidado no vínculo terapêutico, permitindo construir uma referência de um modo de relacionar-se mais respeitoso com os próprios afetos. Na situação de Regina, a experiência de sentir-se ouvida e validada em suas dores e angústias, foi importante para refletir sobre o modo como havia tentado silenciar tais sentimentos via automedicação.

O processo de olhar para si possibilitado pelo PP permitiu mudanças significativas na autoimagem das atendidas e foi fundamental para que elas desenvolvessem estratégias de desenvolvimento da autonomia e do autocuidado, ressignificando o papel materno e a identidade pessoal. No tocante à autoimagem, diversas atendidas passaram a se perceber com mais autonomia e competência, reconectando-se com sua subjetividade, reconhecendo suas necessidades emocionais e retomando aspectos negligenciados de si. Lúcia, por exemplo, elaborou dores relacionadas à sua trajetória escolar, em que se sentia incompetente por não ter tido acesso à escolarização adequada, à solidão na criação da filha e às limitações impostas pela vida adulta. Já para Paula, o PP possibilitou que revisse sua história, especialmente o luto não elaborado pela perda da filha, bem como os sentimentos de culpa que interferiam diretamente em sua relação com o filho e em sua própria vida. Ao ser ouvida com atenção e sensibilidade, Paula pôde reconhecer suas próprias necessidades emocionais e perceber que o autocuidado não é um abandono do outro, mas uma condição essencial para que possa continuar cuidando. Articulada a esse processo de ressignificação, destacou-se também a transformação na forma como as atendidas se relacionavam com o outro, passando a interpretar de maneira mais crítica as exigências e críticas recebidas quanto às suas decisões e modos de cuidar. Esse movimento favoreceu o desenvolvimento de maior assertividade nos diálogos e a redescoberta de sua própria capacidade de agir e transformar a realidade. O PP, nesse contexto, ofereceu uma escuta que não apenas acolhe, mas também convoca à reflexão, abrindo caminho para a elaboração do sofrimento e para a reconstrução subjetiva.

Em relação ao autocuidado, o fortalecimento emocional decorrente do processo de PP foi essencial para a retomada de projetos pessoais e atividades significativas, como trabalhar, frequentar academia, participar da igreja, voltar a estudar, tirar a carteira de motorista,

construir uma rotina com mais estabilidade. A escuta acolhedora da plantonista favoreceu o reconhecimento das necessidades das atendidas enquanto dignas de atenção e seu silenciamento enquanto processo derivado de diversos determinantes sociais que necessitavam ser desnaturalizados. A escuta, portanto, funcionou como um instrumento terapêutico de valorização subjetiva e fortalecimento do protagonismo das atendidas, favorecendo a construção de novas possibilidades de vida a partir das próprias narrativas apresentadas, abrindo caminho para a busca de outros recursos de apoio e a retomada da sua autonomia por meio de ações práticas. A escuta qualificada e o acolhimento oferecidos no PP funcionaram para muitas atendidas como um ponto inicial para se perceber como sujeito de direitos, reconhecendo-se merecedoras de cuidado e acesso a recursos que contribuam para sua saúde integral, além de fortalecer sua posição dentro das instituições, como no caso do direito à conciliação entre maternidade e realização pessoal.

No âmbito institucional, a escuta proporcionada pelo PP permitiu uma mudança no tratamento dado às cuidadoras, possibilitando a criação de projetos que trouxeram novos significados para o lugar ocupado por elas. Foi organizado um evento para o Dia das Mães, com ações voltadas ao autocuidado, que incluiu uma roda de conversa com as mães, que foi tão positiva que a associação decidiu mantê-la em alguns sábados. Outro projeto resultante da escuta do PP foi o encontro das crianças com e sem deficiência para desenvolvimento das habilidades sociais e fortalecimento da inclusão, realizados todo segundo sábado do mês, com a presença de um grupo de estagiários de psicologia. Acompanhar a expressão de dores e captar as singularidades das vivências alheias é um exercício de empatia, que, conforme destaca Braga *et al.* (2012), possibilita a orientação para ações cotidianas, promovendo uma maior apropriação do significado, enfrentando a patologização das vivências humanas e sua consequente medicalização.

O PP atuou como um dispositivo que rompe com práticas reducionistas que visam apenas categorizar sintomas, promovendo uma escuta comprometida com a transformação da realidade e com o fortalecimento da autonomia do sujeito. Essa proposta de atuação encontra respaldo na crítica à medicalização da experiência humana, que, conforme Barbiani *et al.* (2014), vai além do uso de medicamentos, abrangendo práticas que constroem uma visão centrada nas disfunções individuais, desconsiderando os determinantes sociais, políticos e históricos que atravessam o sofrimento. Ao enfatizar uma escuta que acolhe as singularidades e promove o reconhecimento da complexidade das vivências (Braga *et al.*, 2012), o PP se distancia de uma lógica patologizante e se afirma como espaço de cuidado ético, sensível e transformador. No contexto do atendimento em PP em uma associação de pessoas com deficiência, esse enfoque ganhou relevância especial devido aos desafios diários enfrentados pelas atendidas, em que a emergência de um diagnóstico de deficiência gera mobilizações e dificuldades atravessadas pelas dinâmicas sociais, familiares e institucionais anteriormente estabelecidas.

4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência com o plantão psicológico (PP) em uma associação de pessoas com deficiência evidenciou seu potencial para o acolhimento, a escuta qualificada, a construção compartilhada de sentidos e de um processo de reflexão crítica sobre os contextos vividos, permitindo redirecionamentos existenciais. O PP se mostrou fundamental para lidar com as complexidades emocionais associadas ao diagnóstico de deficiência em crianças, ao cuidado familiar sobrecarregado, e às relações atravessadas por desigualdades de gênero, condições econômicas adversas e práticas de exclusão social.

Nesse contexto, a escuta alicerçada nos referenciais da fenomenologia existencial e da cartografia clínica possibilitou a compreensão contextual das demandas, favorecendo o reposicionamento subjetivo das participantes frente às suas vivências e ao exercício do

cuidado. O questionamento do papel tradicional do psicólogo revelou-se essencial ao compreender a ação psicológica dentro do amplo contexto de experiências alcançado pelo PP, incluindo não apenas a dimensão subjetiva, mas também as condições concretas em que os indivíduos se encontravam. A exigência por maior flexibilidade na prática psicológica, lidando com atravessamentos institucionais, constantes situações de preconceito e desrespeito aos direitos garantidos por lei, mas não efetivos na prática, além da impossibilidade de prever horários de atendimento, permite a construção de uma clínica ampliada, tanto na compreensão dos atravessamentos sociais das queixas, tais como as questões de gênero e o discurso biomédico sobre o diagnóstico, quanto na elaboração e efetivação de estratégias de enfrentamento às dificuldades vividas, que abrangem todo o meio social e atuam no modo como questões sociais, institucionais e políticas influenciam a oferta de atendimento escolar e de saúde, bem como a organização familiar, produzindo sobrecargas e silenciamentos, sobretudo sobre as mulheres.

O PP, ao estar disponível para todas as relações e experiências emergentes no contexto da associação de pessoas com deficiência, ampliou seu campo de intervenção para além da escuta imediata da crise, tornando-se também um espaço de diálogo institucional, reflexão crítica e criação de propostas interventivas. Sob a ótica da cartografia clínica, a atuação da plantonista se revelou no contato e diálogo com o universo experiencial dos membros da associação. As intervenções ganharam significado à medida que a plantonista explorou o contexto específico dessas pessoas, promovendo um deslocamento das práticas tradicionais para uma abordagem mais integrativa e sensível às complexidades do cuidado em saúde. Este diálogo contribuiu para mudanças na própria instituição, que passou a incluir atividades voltadas aos responsáveis dos atendidos.

Esse estudo não pretende esgotar ou generalizar a compreensão sobre as experiências de pessoas com deficiência e seus cuidadores, mas aponta para a relevância do plantão psicológico como um serviço que contribui tanto para a saúde mental de pessoas com deficiência e seus familiares, quanto para a compreensão do contexto de produção dos sofrimentos a eles relacionados, dada sua abertura para a escuta de qualquer queixa e sua interlocução com a rede de assistência. A inserção do PP na associação de pessoas com deficiência demonstrou sua adaptabilidade e potência enquanto prática clínica voltada à promoção da justiça social, oferecendo suporte humanizado e acessível a populações em situação de vulnerabilidade. Dessa forma, o plantão psicológico, ao conjugar escuta clínica, crítica social e compromisso ético, configura-se como uma importante ferramenta para o fortalecimento subjetivo e político de sujeitos historicamente marginalizados.

AGRADECIMENTOS: Esta pesquisa foi desenvolvida com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

REFERÊNCIAS

- AUN, Heloisa Antonelli *et al*. Transgressão e juventude encarcerada: outras versões a partir do plantão psicológico em unidades de internação da FEBEM/SP. **Imaginário**, São Paulo, v. 12, n. 12, p. 35-53, jun. 2006. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-666X2006000100003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 11 maio 2025.
- BARBIANI, Rosângela *et al.*. Metamorfoses da medicalização e seus impactos na família brasileira. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 2, p. 567–587, 2014.
- BASAGLIA, Franco. **A instituição negada**: relatório de uma experiência no hospital psiquiátrico de Gorizia. 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1981.
- BOM-TEMPO, J. S.; BRAGA, T. B. M. Plantão proteger-se, humanização, interprofissionalidade e cartografia clínica como promoção da saúde. In: ZAGO, C. S. A. et

- al. (org.). **Atendimento terapêutico multiprofissional online na pandemia da Covid-19**. São José dos Campos: Editora Livervo, 2025. p. 50-82.
- BRAGA DOS ANJOS , Brenna; ARAÚJO DE MORAIS , Normanda. Las experiencias de familias con hijos autistas: revisión integrativa de la literatura. **Ciencias Psicológicas**, [S. l.], v. 15, n. 1, p. e-2347, 2021. DOI: 10.22235/cp.v15i1.2347. Disponível em: <https://revistas.ucu.edu.uy/index.php/cienciaspsicologicas/article/view/2347>. Acesso em: 11 may. 2025.
- BRAGA, Tatiana Benevides Magalhães; MOSQUEIRA, Sáshenka Meza; MORATO, Henriette Tognetti Penha. Cartografia clínica em plantão psicológico: investigação interventiva num projeto de atenção psicológica em distrito policial. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto , v. 20, n. 2, p. 555-570, dez. 2012 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2012000200020&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 11 maio 2025. <https://doi.org/10.9788/TP2012.2-20>.
- BRAGA, Tatiana Benevides Magalhães (2014). **Atenção Psicológica e Cenários Sociais: Ação Clínica, Instituições e Políticas Públicas na Promoção da Cidadania**. Curitiba: Juruá Editora.
- BRAGA, Tatiana Benevides Magalhães *et al* . Experiências de estagiários em plantão psicológico em hospitais: formação e ação clínica. **Rev. SPAGESP**, Ribeirão Preto , v. 20, n. 1, p. 99-112, jan. 2019 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702019000100008&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 11 maio 2025.
- BRAGA, Tatiana Benevides Magalhães *et al*. Soluções clínicas desenvolvidas em settings não tradicionais: experiências brasileiras. *In*: BRAGA, T. B. M.; FARINHA, M. G.(org.). **Clínica Ampliada: articulações interdisciplinares e contextos sociais**. Londrina: Editora Sorian, 2024. p.113-138.
- BRASIL. Diário Oficial da União. **Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015**. Institui o Estatuto da Pessoa com Deficiência. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2015/lei/113146.htm
- BRUST, Renata Elisa Feitosa; BRAGA, Tatiana Benevides Magalhães; FARINHA, Marciana Gonçalves. Problemas cotidianos, percepções da população e medicalização. *In*: BRAGA, T. B. M.; FARINHA, M. G.(org.). **Clínica Ampliada: articulações interdisciplinares e contextos sociais**. Londrina: Editora Sorian, 2024. p.63-88.
- CAMARGO, Julio Sérgio; SCHLINDWEIN, Vanderléia de Lurdes Dal Castel (2022). Saúde Mental dos Cuidadores de Alunos com Deficiência: uma revisão de literatura. **Revista Exitus**, 12(1), e022027. <https://doi.org/10.24065/2237-9460.2022v12n1ID1618>.
- CID, Maria Fernanda Barboza *et al.*. Saúde mental infantil e contexto escolar: as percepções dos educadores . **Pro-Posições**, v. 30, p. e20170093, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-6248-2017-0093>. Acesso em: 9 maio 2025.
- CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE MINAS GERAIS (CRP-MG). **Psicologia, medicalização e os desafios para a atuação na educação: experiências e reflexões a partir do contexto mineiro**. Belo Horizonte: CRP-MG, 2016. Disponível em: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/88321362/livro_crp_psicologia_educacao-libre.pdf. Acesso em: 11 maio 2025.
- CRITELLI, Dulce Mara (2016). **Analítica do sentido: Uma aproximação e interpretação do real de orientação fenomenológica**. 2ª. Ed. São Paulo: Brasiliense.
- DANTAS, Kaliny Oliveira *et al*. Repercussões do nascimento e do cuidado de crianças com deficiência múltipla na família: uma metassíntese qualitativa. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 6, p. e00157918, 2019.

- DEUS, Meiridiane Domingues de; SCHMITZ, Mariana Effting de Sousa; VIEIRA, Mauro Luís. Família, gênero e jornada de trabalho: uma revisão sistemática de literatura. **Gerais, Rev. Interinst. Psicol.**, Belo Horizonte , v. 14, n. 1, p. 1-28, abr. 2021 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202021000100009&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 12 maio 2025. <https://doi.org/10.36298/gerais202114e15805>.
- GOITEIN, Paula Cruz, CIA, Fernanda (2011). Interações familiares de crianças com necessidades educacionais especiais: revisão da literatura nacional. **Psicologia Escolar E Educacional**, 15(1), 43–51. <https://doi.org/10.1590/S1413-85572011000100005>
- GONCALVES, Lorrany de Oliveira; FARINHA, Marciana Gonçalves; GOTO, Tommy Akira. Plantão psicológico em unidade básica de saúde: atendimento em abordagem humanista-fenomenológica. **Rev. abordagem gestalt.**, Goiânia , v. 22, n. 2, p. 225-232, dez. 2016 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672016000200015&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 07 jun. 2024.
- HEIDEGGER, Martin (2009). **Ser e tempo** (F. S. Costa, Trad., 13ª ed.). Vozes. (Original publicado em 1927).
- LE MOS, A. K, et al. **Maria da Penha vai à escola: educar para prevenir e coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher**. Brasília: TJDF, 2017. *E-book*.
- LOPES, P. B. (2016). **Parentalidade, participação e suporte social: dando voz aos adolescentes com paralisia cerebral e às suas mães**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Carlos.
- NOBRE, Diana da Silva; SOUZA, Airle Miranda de. Vivências de pais e/ou cuidadores de crianças com autismo em um serviço de plantão psicológico. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 32, 2018. DOI: <https://doi.org/10.18471/rbe.v32.22706>.
- NUNES, Ana Célia; LUIZ, Erika Aquino Marques; BARBA, Patrícia Carla de Souza Della (2021). Qualidade de Vida Familiar: uma revisão integrativa sobre famílias de pessoas com deficiências. **Ciência & Saúde Coletiva**, 26(7), 2873–2888. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021267.06962019>
- OLIVEIRA, Wanda Mendes; BRAGA, Tatiana Benevides Magalhães; FARINHA, Marciana Gonçalves (2024). Plantão psicológico: Uma revisão de literatura da última década. **Cadernos da Fucamp**, v. 29, 60-85. <https://revistas.fucamp.edu.br/index.php/cadernos/article/view/3507>
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **World Mental Health Report**, 2018.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **World Mental Health Report**, 2022.
- PORTELA, Cláudia Paranhos; COSTA, Livia Alessandra Fialho (2022). Famílias de Pessoas com Deficiência Intelectual: Cuidar e educar nas redes parental e social de apoio. **Revista da FAEEBA: Educação e Contemporaneidade**, 31(68), 266-276. Epub 13 de janeiro de 2023. <https://doi.org/10.21879/faeaba2358-0194.2022.v31.n68.p266-276>.
- RODRIGUES, Pollyanna Salles; PEREIRA, Éverton Luís (2021). A percepção das pessoas com deficiência sobre o trabalho e a Lei de Cotas: uma revisão da literatura. **Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]**. 31(1). [Acessado 8 Setembro 2024] , e310114. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310114>>. ISSN 1809-4481.
- SANTOS, Wederson. Deficiência como restrição de participação social: desafios para avaliação a partir da Lei Brasileira de Inclusão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 10, p. 3007–3015, out. 2016.
- SOUZA, Bruna Laíse Bispo de; SCARPITTA, Amanda dos Santos; ALVES, Daniela Rodrigues; SILVA, Jailson Ferreira da; OLIVEIRA, Rosilene Souza. O impacto do uso de telas no desenvolvimento da criança: uma revisão de literatura. **Revista Semiárido De Visu**, [S. l.], p. 1–15, 2025. DOI: 10.31416/rsdv.v13i1.1370. Disponível em: <https://revistas.ifsertao-pe.edu.br/index.php/rsdv/article/view/1370>. Acesso em: 12 maio. 2025.

SAFATLE, Vladimir Pinheiro. SILVA JÚNIOR, Nelson da; T. A.; DUNKER, Christian Ingo Lenz. **Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico**. Belo Horizonte: Autêntica, 2021.

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

TASSINARI, M. A. **A Clínica da Urgência Psicológica**: contribuições da abordagem centrada na pessoa e da teoria do caos. 2003. 231 f. Tese Doutorado- Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, UFRJ/ Instituto de Psicologia, 2003.

VIEIRA, Emanuel Meireles; BORIS, Georges Daniel Janja Bloc (2012). O plantão psicológico como possibilidade de interlocução da psicologia clínica com as políticas públicas. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, 12(3), 883-896.

ZANELLO, Valeska. (2018). **Saúde mental, gênero e dispositivos**: *Cultura e processos de subjetivação*. Curitiba, PR: Appris.