

Título em português: **O Plantão Psicológico Como Ferramenta Pedagógica Para A Formação Humanizada Em Saúde**

Título em Inglês: **Psychological On-Call Care As A Pedagogical Tool For Humanized Health Education**

Djalma Alves de Magalhães Gomes Júnior<sup>1</sup>

**Resumo**

O presente estudo advém da tese de doutorado intitulada: “Psicologia e Medicina: qualificando acadêmicos de medicina para uma formação médica humanizada” e discute a construção e os efeitos de um dispositivo de acolhimento psicológico, inspirado no Plantão Psicológico, como ferramenta pedagógica para a formação humanizada de acadêmicos de medicina. A prática, desenvolvida em uma Unidade Básica de Saúde, contou com a participação de 161 acadêmicos e 137 pacientes atendidos entre agosto de 2022 e dezembro de 2023. Fundamentado na clínica ampliada, no método da cartografia e em perspectivas transdisciplinares do cuidado, o dispositivo possibilitou a vivência de experiências de escuta, acolhimento e construção de vínculo terapêutico em contexto real de atenção primária à saúde. Os dados foram produzidos a partir de diários de bordo elaborados após os atendimentos e analisados segundo o método da cartografia, acompanhando os processos emergentes nos encontros. Os resultados indicam que o plantão psicológico favoreceu o desenvolvimento de habilidades humanísticas, a ampliação da escuta clínica para além do modelo biomédico e a compreensão dos processos saúde-doença em suas dimensões subjetivas, sociais e relacionais. Observou-se ainda que a participação ativa dos estudantes na condução dos atendimentos contribuiu para a construção de estratégias de cuidado baseadas em tecnologias leves, autonomia e reflexão crítica. Conclui-se que o plantão psicológico pode operar simultaneamente como dispositivo de cuidado psicossocial e ferramenta pedagógica potente para a formação em saúde orientada pela humanização da assistência.

**Palavras-chave:** Plantão psicológico; formação médica; humanização em saúde; humanidades médicas; educação em saúde.

---

<sup>1</sup> Psicólogo Clínico (UFRRJ). Doutor em Psicologia (UFRRJ). Residente-Psicólogo do Núcleo de Acessibilidade e Inclusão (NAI/UFRRJ). Mestre em Psicologia (PPGPSI/UFRRJ). Especialista em Neurociências Aplicadas (EEFD/UFRJ). Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0758644400491084>.

### Abstract

This study derives from the doctoral thesis entitled: “Psychology and Medicine: qualifying medical students for a humanized medical education” and discusses the development and effects of a psychological welcoming device, inspired by Psychological On-Call Care, as a pedagogical tool for the humanized education of medical students. The practice, developed in a Primary Health Care Unit, involved the participation of 161 students and 137 patients assisted between August 2022 and December 2023. Grounded in the expanded clinic approach, in the cartographic method, and in transdisciplinary perspectives of care, the device enabled experiences of listening, welcoming, and the construction of therapeutic bonds within a real primary health care context. Data were produced from field journals prepared after the consultations and analyzed according to the cartographic method, following the processes emerging during the encounters. The results indicate that psychological on-call care fostered the development of humanistic skills, the expansion of clinical listening beyond the biomedical model, and the understanding of health–disease processes in their subjective, social, and relational dimensions. It was also observed that the active participation of students in conducting the consultations contributed to the construction of care strategies based on soft technologies, autonomy, and critical reflection. It is concluded that psychological on-call care can simultaneously operate as a psychosocial care device and a powerful pedagogical tool for health education oriented toward the humanization of care.

**Keywords:** Psychological on-call care; medical education; humanization in health; medical humanities; health education.

## 1 INTRODUÇÃO

O presente estudo advém de uma tese de doutorado intitulada: “Psicologia e Medicina: qualificando acadêmicos de medicina para uma formação médica humanizada”, que pretendeu construir um dispositivo de atendimento e acolhimento individual, inspirado no Plantão Psicológico, para os pacientes atendidos numa Unidade Básica de Saúde, ao mesmo tempo em que grupos de acadêmicos do quinto período de Medicina desenvolvessem habilidades de escuta, acolhimento e vínculo.

O Plantão Psicológico é uma intervenção psicológica que tem a finalidade de acolher a pessoa no exato momento de sua urgência psicológica ou no tempo mais próximo do surgimento desta (Silva et al, 2020); tal conceito de urgência é compreendido como um risco à saúde, de maneira não imediata, podendo ou não ter ameaça à vida (Giglio-Jacqemot, 2005;

Silva et al, 2020). O acolhimento imediato objetiva ofertar suporte, focado na demanda do paciente, no “aqui e agora”, visando criar condições para que a pessoa se reorganize e invente novos modos de lidar e enfrentar aquilo que produziu sua queixa.

Iniciado na década de 1960 no Brasil e fundamentado na Abordagem Centrada na Pessoa, surgiu como uma proposta alternativa de acolhimento, escuta e cuidado à saúde no Serviço de Aconselhamento de Psicologia do Instituto de Psicologia da USP (Silva et al, 2021). O acolhimento ocorre de modo imediato, breve e não diretivo e objetiva ofertar suporte com foco na demanda do paciente, no momento presente denominado de “aqui e agora”, visando criar condições para que a pessoa se reorganize e invente novos modos de lidar e enfrentar aquilo que produziu sua queixa; o atendimento pode acontecer de modo presencial, online/virtual, em grupo, de curta duração (com foco de até 3 encontros) ou como serviço de portas abertas (Santos, 2021). O Plantão Psicológico se diferencia da psicoterapia breve e do acolhimento em saúde nos objetivos, na duração e na estrutura de atendimento: o Plantão Psicológico tem caráter imediato, pontual e para situações de crise ou sofrimento agudo; a Psicoterapia Breve é um processo terapêutico estruturado, com tempo limitado, que visa tratar questões específicas (como luto, divórcio, dentre outros); o acolhimento em saúde é uma técnica de escuta qualificada e recepção do usuário na chegada em qualquer serviço de saúde (Silva et al, 2020; Santos, 2021).

Compreendemos o Plantão Psicológico como uma ferramenta para o cuidado psicossocial, inserido na proposta da clínica ampliada, uma vez que se insere na proposta de cuidado à saúde na Atenção Primária, intervindo em crises situacionais, prevenindo agravos, acolhendo sofrimento, ofertando cuidado para além do modelo biomédico e hospitalocêntrico, ampliando a oferta de cuidado à saúde mental, atendendo um número maior de pessoas, reduzindo a procura por atendimentos nos níveis secundários e terciários à saúde e garantindo acolhimento e suporte emocional de maneira integral, igualitária, interdisciplinar e universal, assegurados pela Lei nº 8080/90 (Amorim et al., 2015; Romagnoli & Vieira, 2019; Silva et al, 2020; Goés, Porto & Fernandez, 2021)

Desde o seu surgimento, o Plantão tem sido avaliado como uma estratégia para a formação acadêmica (com majoritária ênfase para o curso de psicologia), pois proporciona aos futuros profissionais o contato com os desafios e dificuldades na oferta de atendimento, permite a relação entre os conhecimentos teóricos apreendidos na sala de aula e a atuação na clínica, a partir do acolhimento dos pacientes, uma vez que este pode ser acompanhado e supervisionado (Brito e Dantas, 2016; Breschigliari e Jafelice, 2015; Moura & Holanda, 2020; Rocinholi & Vicente, 2020).

Buscaremos, no presente estudo, analisar como se deu a construção de um dispositivo de acolhimento inspirado no Plantão Psicológico em uma Unidade Básica de Saúde, bem como investigar as contribuições da atuação nesse plantão, realizado por estudantes de medicina, para a formação em saúde, especialmente no que se refere à humanização da assistência.

## 2 PERCURSO METODOLÓGICO

Participaram da prática 161 acadêmicos de medicina do Centro Universitário Multivix que cursaram a disciplina de Humanidades Médicas 5, nos semestres de 2022/2, 2023/1 e 2023/2. Os estudantes realizaram a prática de plantão psicológico durante 5 semanas, com carga horária de 4h semanal. Os atendimentos aconteceram dentro da Unidade Básica de Saúde do bairro de Maria Ortiz (UBSMO) como serviço de acolhimento para os residentes do bairro. Antes da realização dos atendimentos, os estudantes participaram de aulas e discussões teóricas sobre o Plantão Psicológico, o Método da Cartografia e a Clínica Transdisciplinar durante 5 semanas, como preparo para a prática no ambulatório.

Os atendimentos aconteceram a partir do agendamento prévio, com agenda aberta a cada 10 dias, visando possibilitar que todos os grupos de estudantes atendessem em todos os dias de atividades. Os atendimentos tiveram duração média de 90 minutos. Foram atendidos 137 pacientes.

No início do atendimento, todos os pacientes receberam orientações a respeito dos objetivos do Plantão, dos possíveis benefícios e riscos na participação, sobre a não-obrigatoriedade em participar, além da possibilidade de recusa e/ou interrupção do atendimento a qualquer instante. Nesta pesquisa, não foram atendidas as solicitações de atendimentos ou encaminhamentos para acompanhamento clínico, psicológico, psiquiátrico, de avaliação psicológica ou neuropsicológica. Os pacientes com encaminhamentos foram acolhidos e recomendados a seguir o fluxograma de atendimentos com os profissionais da própria UBSMO.

Todos os pacientes foram atendidos individualmente pelo pesquisador-professor e por um grupo de 3 a 5 estudantes presentes no dia e horário agendado. Os atendimentos aconteceram conforme disponibilidade de espaço físico na UBSMO. Foram colocadas cadeiras de forma circular, visando facilitar a comunicação e desenvolver uma participação onde todos pudessem se ver. Os acadêmicos utilizaram papel e caneta, tablets, celulares ou *notebooks* para realizar anotações ao longo dos encontros. Uma supervisão foi realizada após cada atendimento, visando discutir a experiência no atendimento.

Um diário de bordo individual foi confeccionado ao final de cada prática pelo pesquisador e estudantes, reunindo informações dos atendimentos e da supervisão, material que foi utilizado para a composição da presente estudo. Os dados foram discutidos a partir do Método da Cartografia, metodologia qualitativa, exploradora e implica pesquisa e intervenção, que visa acompanhar a processualidade que se deu nos atendimentos, em vez de representar objetos fixos (Kastrup & Barros, 2015). Ou seja, mais do que revelar e representar a realidade presente nos atendimentos, pretendemos mapear vetores-forças que constituíram a experiência de plantão psicológico, reconhecendo seus efeitos na promoção de saúde para os pacientes e de habilidades clínicas humanísticas para os estudantes.

Os diários de bordo foram analisados em 7 etapas, envolvendo a catalogação e organização, seguida de uma leitura integral e assistemática para rastreamento amplo do material e identificação de trechos que revelassem processualidades acerca da experiência de atendimento. Esses trechos foram aprofundados em uma leitura sistemática, permitindo a construção de unidades de sentido, que foram posteriormente agrupadas em tópicos temáticos. Em seguida, houve uma releitura de modo assistemático em todos os diários de bordo, buscando construir novas unidades temáticas. Um levantamento bibliográfico permitiu subsidiar a discussão, que foi feita concomitante ao Método da Cartografia. Por fim, os dados empíricos e teóricos possibilitaram a redação do presente estudo, visando compreender as experiências vividas nos atendimentos, bem como suas contribuições para a formação em saúde.

A presente pesquisa foi iniciada após a aprovação de comitê de ética e pesquisa. CAAE: 82127024.5.0000.0311. Número do parecer: 7.155.853. O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

### **3 CARTOGRAFIAS DO DISPOSITIVO DE ACOLHIMENTO**

#### **3.1 A ABERTURA DO ENCONTRO**

O início de um atendimento é uma das partes mais importantes do encontro, pois nele se tecem as primeiras impressões e interações, que poderão facilitar ou dificultar a construção do vínculo (Furlan, 2011). No decorrer das supervisões, os estudantes relataram que muitos pacientes já chegavam no atendimento com certo receio, resistência, retraídos, muito emocionados ou ansiosos e que o manejo de tais estados se tornava um desafio a ser enfrentado e que poderia ser realizado na recepção do paciente. Com isso, os estudantes experimentaram uma série de estratégias: passaram a buscar os pacientes na recepção da UBSMO e, neste

percurso, já realizavam uma espécie de varredura a respeito do comportamento paciente, buscando compreender que tipo de interação aquele encontro poderia permitir e quais comportamentos refletiam na melhor forma de interagir.

*“Eu ia buscar o paciente e ia me perguntando: melhor receber com um sorriso? Com um aperto de mão? Algum comentário sobre algo que chamou atenção, como o penteado, a roupa, os sapatos? Um abraço é demais? Faz sentido abrir a porta para o paciente ou perguntar se aceita uma água? É melhor receber o paciente na porta ou buscá-lo onde ele estiver e caminhar com ele até o consultório? A gente fala muito de humanizar a consulta, mas tem coisas que são muito básicas e fazem muito efeito”.* (Diário de Bordo, Grupo 40, Estudante E.).

Notamos que os acadêmicos passaram a fornecer pistas de que estávamos interessados em tecer uma aproximação genuína e sincera com o paciente, operando numa horizontalização do encontro. Com isso, passaram a construir um repertório de atitudes que poderiam ser utilizadas para facilitar a invenção da aproximação com os pacientes. Um destes recursos se mostrou de modo muito eficaz: os estudantes passaram a se apresentar apontando para o nome bordado no jaleco. Pudemos observar que muitos pacientes fizeram uso deste recurso e, no momento em que compartilhavam alguma coisa, olhavam para o bolso do jaleco dos estudantes e os chamavam pelo nome a cada interação, o que permitiu diminuir a impessoalidade no encontro.

### 3.2 A INVENÇÃO DO VÍNCULO TERAPÊUTICO

*“A gente é um bando de desconhecido, então fica difícil pra um menino de 9 anos se sentir confortável com a gente, do nada. Eu vi que ele tava com a camisa do Manchester e teve uma hora que eu perguntei se ele gostava do Hallard, o jogador de lá. O olhinho dele chegou a brilhar. Ele começou a tagarelar, respondeu tudo que a gente perguntou, falou pra caraca. O milagre o Manchester”* (Diário de Bordo, Grupo 25, Estudante K.).

No momento de supervisão, os acadêmicos compartilharam que sentiam que alguns atendimentos eram mais fáceis e outros mais difíceis. Passamos a tentar compreender como as relações de vínculo se teciam e, para isso, nos lançamos no desafio de adentrar nos encontros como um estrangeiro (Diniz, 2008). Na experimentação do encontro como estrangeiros, os estudantes compartilharam que entenderam que não era suficiente ser educado e gentil para estabelecer uma aproximação; havia uma relação enrijecida que se colocava entre profissionais e pacientes, balizando os espaços e papéis de cada um, estabelecendo uma linha que delimitava

até onde a aproximação poderia acontecer e dificultando a construção de uma experiência mais próxima e de confiança com o paciente, tornando o atendimento impessoal e distante; para que as estratégias de construir um vínculo com o paciente funcionassem, se tornava fundamental estar em um plano comum, de aproximação, fomentando uma comunicação bidirecional, fundamentada no legítimo interesse de ouvir, fornecendo pistas de que estamos empenhados em construir uma experiência de segurança no atendimento (Koroiwa et al., 2018; Temperly, Junior & Silva, 2021). Compreendemos que à medida em que receitávamos a nós mesmos no atendimento, diminuíamos os distanciamentos com os pacientes e tecíamos aproximações, numa construção recíproca do encontro, o que auxiliou na tecedura da aproximação.

*“Eu tava escrevendo meu diário e fui pesquisar um pouco sobre vínculo pra colocar no diário. Eu li sobre tecnologias leves e percebi que era basicamente o que a gente tentava fazer pra ter uma experiência mais próxima e humanizada com os pacientes”* (Diário de Bordo, Grupo 42, Estudante J.).

As tecnologias leves são um conjunto de estruturas de cuidado, de atitudes e comportamentos ligados ao acolhimento, ao vínculo e à comunicação com o paciente, permitindo construir humanização na relação de cuidado à saúde e enfrentar a relação verticalizada (Santos, 2021; Coelho & Jorge, 2009). Não se trata apenas de ser educado, mas de tecer, em ato, no momento de encontro, estratégias que permitem superar o atendimento mediado pela normatização, padronização e impessoalidade (Coelho & Jorge, 2009; Santos, 2021; Sodré & Rocon, 2023).

Além das tecnologias leves, a construção de um *rapport* também favoreceu com que a experiência de vínculo fosse construída de modo mais potente. *Rapport* é uma palavra francesa que significa “relação”, a conexão emocional entre profissionais e pacientes, estabelecida no momento de encontro, fazendo uso de tecnologias leves (Alexandre et al, 2019). Os estudantes compartilharam que, no momento em que se dirigiam ao paciente com uma postura mais acolhedora, olhando nos olhos, com atenção especial ao tom de voz utilizado, aos gestos e comportamentos, a experiência de conexão se tornava mais facilitada. Estabelecer o *rapport* demandou entrega no encontro e compreender as forças que teciam aproximações e distanciamentos, inventando brechas para construir uma aproximação com o paciente, ultrapassando a configuração impessoal e neutra do encontro e permitindo criar novos modos de aproximação, de ouvir, examinar e de estar em consulta através de tecer que viabilizem uma aproximação humanizada, em um plano horizontal e comum (Deleuze & Guattari, 2003; Romagnoli, 2009; Gomes Júnior & Rocinholi, 2021).

### 3.3 A OFERTA DE ACOLHIMENTO E OBJETIVOS DO ATENDIMENTO/ALIANÇA TERAPÊUTICA

Apesar de termos instalado um cartaz na entrada da UBSMO explicando a oferta plantão psicológico, os estudantes observaram que o comportamento dos pacientes demonstrava que nem sempre havia um entendimento do que poderíamos desenvolver no atendimento. Além disso, dos 137 pacientes acolhidos, 42 chegaram até nós munidos de um encaminhamento para acolhimento psicológico produzido por outro profissional.

*“Quando a gente começa o atendimento já explicando a nossa proposta, parece que faz mais sentido, porque o paciente consegue avaliar se ele quer esse tipo de atendimento e se é suficiente pro que ele tá buscando”* (Diário de Bordo, Grupo 17, Estudante F.).

Os acadêmicos compreenderam que era necessário realizar uma apresentação da nossa proposta logo na abertura do encontro, numa composição semelhante a uma aliança terapêutica (AT). A AT é compreendida como a relação de trabalho colaborativo estabelecida entre um paciente e um terapeuta, que envolve esclarecer os papéis e responsabilidades, o vínculo entre os envolvidos e os objetivos do processo (Oliveira & Benetti, 2015; Maia et al., 2017). No nosso caso, logo no início do encontro, de modo coletivo, os grupos desenvolveram um modo de realizar a apresentação para os pacientes, o que permitiu elaborar uma espécie de roteiro para compartilhar as informações da aliança terapêutica.

*“Boas vindas. Eu sou estudante de medicina (diga seu nome) e eu estou aqui com meus colegas e com o professor, que é psicólogo, e nós vamos te atender em grupo. Vou te explicar como funciona o atendimento pra você usar esse espaço da melhor forma possível. Trata-se de um atendimento único. A gente pode te atender outra vez, mas sem o compromisso de haver regularidade. Nosso atendimento pode durar até (dizer o horário máximo). Uma coisa muito importante: elaboramos um registro por escrito do atendimento, mas nenhuma informação que te identifique vai ser divulgada; você também pode pedir para não registrarmos alguma fala que possa lhe trazer desconforto ou constrangimento. A gente costuma dizer que o atendimento é como um teatro ou um filme e você é a(o) protagonista. A gente vai te acompanhar por onde você nos levar. Como não temos um roteiro pré-estabelecido, se a gente fizer alguma pergunta e você não se sentir confortável para responder, podemos falar de outro assunto. A única pergunta que a gente faz igual para todos os pacientes é a primeira: o que aconteceu*

*na sua vida, ou o que você pensou, viveu, sentiu, experimentou, refletiu e que te fez pensar que seria importante vir para o atendimento conosco?”* (Diário de Bordo, Pesquisador).

O estabelecimento de um acordo terapêutico logo no início do encontro possibilitou que pacientes e estudantes mergulhassem na jornada de cuidado compreendendo o papel de cada um no encontro. Dos 42 pacientes que chegaram munidos de encaminhamentos, 31 pacientes informaram que o objetivo do nosso atendimento não contemplava o que os seus encaminhamentos solicitavam; destes, 4 pacientes recusaram o atendimento; 38 compartilharam que gostariam de aproveitar nossa oferta e realizar o atendimento.

### 3.4 A CONSTRUÇÃO DE MÉTODOS DE ESCUTA/EXPRESSÃO

Nem sempre os pacientes chegavam no atendimento sabendo o que gostariam de compartilhar. Alguns compartilharam que tinham dificuldades de entrar em contato com os próprios afetos, outros eram mobilizados por choro intenso e por dificuldades de reconhecer o que produziu tal estado logo no início do plantão, o que demandou que criássemos estratégias para que os pacientes tivessem condição de expressar como se sentiam, inventar linhas de expressão afetiva e, nesta expressão, fabricar os caminhos por onde poderíamos percorrer durante o acolhimento.

*“A gente tem que abrir mão dessa ideal de paciente que já sabe de todas as respostas. Às vezes o atendimento é pro próprio paciente se ouvir. Nem é sobre o que a gente pode perguntar a ele”* (Diário de Bordo, Grupo 16, Estudante E.).

Como cartógrafos, nos inserimos numa rede em acontecimento, mergulhando nas intensidades e nos processos que emergem no momento de encontro, permitindo construir passagem para os afetos, expressões e sentidos que, por se encontrarem contidos, não eram compartilhados (Corrêa, 2006; Rolnik, 2006). Os estudantes narraram, em supervisão, que entenderam que o encontro não seria para o paciente compartilhar um discurso pronto sobre como se sentia, mas que este teceria, no próprio encontro, aquilo que gostaria de dizer e compartilhar, evidenciando que o processo de cuidado era também o lugar de passagem e de olhar para o que se sentia, auxiliando na ampliação de consciência de si.

No desafio de inventar métodos de escuta, lançamos mão de ferramentas que produziram efeitos de dispositivo; compreendemos dispositivo como máquinas de fazer ver e falar, que articula discursos, decisões, pensamentos, proposições filosóficas, morais, dentre outras que afetam e articulam modos de sentir e viver a vida, ou seja, ferramenta capaz de

desembaraçar linhas que compõem aquilo que buscávamos ouvir e acolher dos pacientes, como uma máquina que articula processos, dando conta de expressá-los (Hur & Viana, 2016; Hur, 2019). Observamos que algumas atividades tiveram efeitos de dispositivos: desenho livre, composição de poesia; alguns pacientes colocaram uma música que expressasse o que o estavam vivendo, permitindo, em seguida, narrar como se sentiam; tivemos um plantão em que um paciente colocou um instrumental no celular e compôs um Trap (subgênero do rap), de maneira espontânea, expressando musicalmente aquilo que teve dificuldades para narrar.

### 3.5 A IDENTIFICAÇÃO DA DEMANDA

Considerando que, na maioria das vezes, os pacientes construíram aquilo que gostariam de compartilhar no momento de encontro, os estudantes compreenderam que era preciso inventar modos de investigação *in loco*. A ausência de um roteiro pré-estabelecido para nortear o atendimento fez com que precisássemos explorar de modo cuidadoso aquilo que o paciente compartilhava, pois nós não queríamos, por nós mesmos e com base no nosso próprio julgamento, selecionar o que seria importante para discutir no atendimento, uma vez que o protagonismo no atendimento era do paciente.

Para ilustrar: nós recebemos uma paciente, que chamaremos de Amanda, encaminhada pela Fonoaudióloga e pela Ginecologista da unidade. Amanda já fazia acompanhamento com o grupo de Tabagismo, mas descobriu que estava grávida de 8 semanas e compartilhou essas informações no início do atendimento. De imediato, os estudantes direcionaram as perguntas ao hábito de fumar, como se este fosse o âmag do encontro. Na supervisão, nos dedicamos a compartilhar como foi o encontro com nossa paciente.

A primeira estudante indagou: *“Eu fiquei com muita dificuldade de sair do modelo de anamnese. Pensei em muitas perguntas: quantos cigarros fuma por dia? Qual marca? Como avalia o grau de dependência? Eu já estava pensando em falar de exercício físico, de medida não farmacológica. Depois que eu parei e pensei: espere aí, vamos com calma”*. Outra estudante contou: *“E foi só quando a gente parou pra ouvir, além do tabagismo, que ela foi se abrindo. O único rapaz do grupo completou: “Se a gente não fizesse um encontro aberto, as perguntas da anamnese não chegariam na profundidade da escuta que ela precisava. Por isso o professor fala sobre o olhar do estrangeiro. Agora fez total sentido”* (Diário de Bordo, Grupo 11, Pesquisador).

Suspender o foco atencional das perguntas sobre o tabagismo permitiu compreender uma dinâmica complexa que Amanda estava vivendo. Pudemos identificar que a entrada no

atendimento nos demandava lançar um olhar desnaturalizado, que não selecionava apressadamente o foco da atenção (Kastrup, 2015; Kastrup, 2019). Inicialmente, ouvíamos os pacientes com atenção concentrada e aberta, numa espécie de varredura sem alvo definido, de modo assistemático. Em algum momento, algo se destacava na fala do paciente, convocando um certo foco atencional, o que poderia indicar uma processualidade em curso. A partir desse gesto, surgiram outras questões: Amanda contou que estava vivendo dois lutos: a perda do pai, de COVID-19, e da cachorra, envenenada; sentia culpa por não ter conseguido salvar os dois e já havia tentado suicídio no ano passado; precisou assumir as responsabilidades financeiras da família e o cuidado da irmã com esclerose múltipla em grau avançado, por conta da morte do pai. Não conseguia desabafar com ninguém e guardava tudo para si. Na maior parte do tempo, se sentia uma panela de pressão, a ponto de explodir. Sentia que não conseguia ser frágil e precisava ser boa em tudo.

Pudemos compreender que as queixas se teceram no momento em que os pacientes encontraram um espaço de escuta e acolhimento, o que nos indicou a necessidade de não apenas suspender a atenção focalizada, mas de reconhecer que existiam processualidades em curso que só poderiam ser acompanhadas no momento em que as inclinações deliberadas e voluntárias dos estudantes foram substituídas por um rastreio desnaturalizador, que buscava observar e escutar de modo curioso, apreendendo materiais que estavam fora do habitual, como estrangeiro, de modo sensível e atento ao encontro.

### 3.6 O MAPEAMENTO DOS FATORES PRODUTORES DA QUEIXA

Em diversos momentos, os estudantes reconheceram que os pacientes se apresentavam ansiosos, tristes, preocupados, perdidos, pressionados. Entretanto tal identificação não se mostrou suficiente para reconhecermos a articulação dos fatores que produziam tais queixas, tampouco para auxiliar na construção de enfrentamentos alternativos para os desafios narrados pelos pacientes.

Um paciente contou que sentia muita dificuldade de falar sobre si mesma; se sentia engasgada, trancada na própria vida e incapaz de dizer 'não'. Uma das estudantes perguntou: *“o que você acha que tem acontecido e que tem deixado você desse jeito?”* Contou que tinha medo de denunciar a violência psicológica que sofria dos colegas do trabalho, de ser desacreditada pelo chefe e ser demitida (era chamada de lerda, idiota, sapatão, imbecil); com isso, acabava não contando pra ninguém. Outro acadêmico indagou: *“isso de não contar pra ninguém é comum em outros aspectos da sua vida?”*

Contou que guardava tudo para si desde sempre: foi casada e sofreu violência doméstica do marido por 14 anos, em silêncio. Disse que só se casou por obrigação da família, para mostrar que estava no ‘caminho certo’ (para sua família, era a heterossexualidade). Atualmente, está em uma relação homoafetiva em segredo, pois a família não aceita. Se sentia incapaz de se entregar na relação, por medo de decepcionar a namorada e não superar as expectativas. Contou que a mãe só a receberia de volta em casa, caso ela deixasse de ser ‘esse tipo de pessoa’ (lésbica). (Diário de Bordo, Grupo 22, Pesquisador).

Para nós, não bastava reconhecer se Amanda estava ansiosa, triste, deprimida e/ou cansada, mas de inventar modos de vida alternativos, de catalisar processos de saúde e, para isso, precisávamos não nos ater a representar formas (Barros & Kastrup, 2015). Fazendo uso de uma escuta desnaturalizadora e atenção aberta, percebemos que para além de categorias fixadas, havia uma série de fatores/forças que se faziam presentes na vida dos pacientes e que impactavam na produção de seus modos de existir (Kastrup & Barros, 2015). Ao acolhermos a narrativa de Amanda, reconhecemos que havia uma “forma produzida”, que tinha dificuldades de falar sobre si, que sentia medo de fazer escolhas e que vivia sem liberdade. Entretanto, no decorrer do encontro, surgiu a necessidade de acompanhar os movimentos que constituíam essas formas de viver e mapear as forças-fatores que as produziam.

Na supervisão, os acadêmicos pegaram uma folha de papel e começaram a tecer um mapa mental, buscando entender o que produzia as dificuldades relatadas por Amanda e identificaram que havia acúmulos emocionais, repressão vivia ao longo da vida, conflitos sobre a sexualidade, identidade, experiências de violências e censuras, além das expectativas da família e o medo de exposição. Com isso, reconheceram a existência de dois planos presentes na fala de Amanda: o plano das formas, que correspondia aos estados definidos, constituídos pela representação da realidade e, no caso de Amanda, a forma-ansiosa, forma-dificuldade-de-colocar-limites, a forma-vida-entorpecida, forma-reprimida, e o plano das forças que, diferentes das formas, são móveis, sem natureza fixa, que atravessavam e constituíam direções e posicionamentos para a vida e, no caso de Amanda, a força-expectativas-dos-pais, a força-casamento-compulsório, a força-não-poder-ser-quem-gostaria-de-ser, força-não-pode-ser-lésbica). A partir da elaboração do mapa mental, pudemos reconhecer a realidade vivida por Amanda, produto da articulação do plano das formas e das forças (Escóssia & Tedesco, 2015). Passamos a investigar, ao longo dos atendimentos, o plano dinâmico de formas e forças e, com isso, o exercício de reconhecer a queixa do paciente foi construído a partir da cartografia da

articulação processual entre as forças que compunham a realidade do paciente e que engendraram as formas de viver a vida.

Tal movimento permitiu uma série de indagações acerca do caráter individual e/ou coletivo dos conteúdos compartilhados pelos pacientes e suas articulações históricas, sociais, políticas, de gênero, sexualidade, raça, econômicas, dentre outras (Barros & Kastrup, 2015). Os estudantes passaram a reconhecer fatores para além do biológico que impactavam na produção e na gerência das queixas compartilhadas pelos pacientes, demandando que considerássemos outras dimensões, em consonância com o artigo 5º das Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Medicina, que orientam que o estudante considere a diversidade humana, nos aspectos biológicos, de gênero, orientação sexual, políticos, socioeconômicos, étnico-raciais, subjetivos, ambientais, culturais, éticos, dentre outros que compõem a singularidade de cada indivíduo ou grupo social (Brasil, 2014; Cabral et al., 2022). Desse modo, foi possível compreender as queixas como processos de produção de subjetividade, articuladas por diversos fatores que mutuamente implicavam na construção de modos de existir, modos estes que levaram os pacientes ao serviço de acolhimento na UBSMO.

### 3.7 A AVALIAÇÃO E INVENÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO

“Eu percebi que ela não desabafa com ninguém. Vai guardando tudo pra si e não coloca pra fora” (Diário de Bordo, Grupo 7, Estudante L.).

“Ela perdeu o pai e não conseguiu viver o luto, porque achava que os outros precisavam mais e achou que tiraria o lugar de alguém na expressão da dor e viveu tudo sozinha” (Diário de Bordo, Grupo 11, Estudante A.).

Antes do primeiro atendimento, não era incomum que os estudantes se perguntassem qual o tipo de intervenção nosso atendimento poderia produzir. Enquanto cartografávamos a articulação entre formas e forças na produção dos modos de existir compartilhados pelos pacientes, pudemos acompanhar também que havia certos movimentos como resposta a estas produções. Chamamos de enfrentamento os comportamentos e estratégias usados para manejar demandas internas e externas de forma assertiva, favorecendo o bem-estar (Morero, Bragagnollo & Santos, 2018). Identificamos que muitos pacientes narravam estratégias de enfrentamento utilizadas para os desafios vividos e passamos a acompanhar o efeito destas em suas vidas, avaliando seus resultados de modo ativo.

Atendemos Hosana, uma mulher de 60 anos: “*Meu filho já assassinou uma pessoa e foi preso. Eu me sinto culpada por ele ter feito isso, porque eu o criei. Fiz de tudo pra*

*sustentar meus filhos sozinha, mas a gente era pobre e eu não pude dar tudo que eles queriam. Não sei onde eles se perderam. Me sinto culpada e acabo dizendo sim pra tudo que me pedem, pra tentar compensar o estrago que eu causei. Eu pago dívida de drogas, tomo conta dos meus netos, eles pegam minhas compras de mercado. Eu trabalho muito, sou diarista, mas faço o que posso. Tem sido pesado não saber dizer não, acho que vou explodir”.* Uma estudante pergunta sobre rede de apoio e Hosana respondeu: *“Tenho minha filha, mas também não posso ficar em cima dela, pois ela já tem problemas demais. Não quero ser um peso, não quero atrapalhar a vida de ninguém”.* Uma outra estudante completou: *“Eu vejo que você cuida de quem você ama, mas não acha que é importante você também deixar as pessoas cuidarem de você?”* Hosana respondeu que prefere ficar quieta, sozinha, no seu canto. A primeira aluna indagou: *“se isolar e não contar pra ninguém tem funcionado?”* Hosana respondeu que não e completou: *“Eu tô aliviada só de falar com vocês. Tô percebendo que preciso tomar as rédeas da minha vida. Não sou culpada dos erros dos meus filhos, não dá pra ficar aceitando tudo. É difícil se posicionar, mas eu quero”* (Diário de Bordo, Grupo 35, Pesquisador).

Durante o atendimento, foi possível acompanhar a articulação entre formas e forças que produziam a queixa de Hosana, como a culpa por não ter conseguido dar melhores condições financeiras para criar seus filhos. Como modo de enfrentamento para a culpa, Hosana dizia “sim” para tudo, numa tentativa de reduzir o desconforto supostamente causado por ela mesma; trabalhava como diarista sem vínculo empregatício formal e precisava desmarcar algum trabalho constantemente para cuidar dos netos, quando solicitada, o que a fazia não ser chamada novamente para a mesma casa. O encontro passou a ter um efeito de ampliação de consciência para os pacientes, a respeito de seus afetos, seus pensamentos, sentimentos, atitudes, relações, mas também sobre as ferramentas que cada um tecia para enfrentar tais desafios vivenciados. Mergulhar no plano de agenciamento das estratégias de enfrentamento nos permitiu indagar: tais estratégias são as melhores que podemos usar? Quais outras atitudes e recursos são possíveis diante de tal questão? Não se tratava de uma prescrição profissional, mas de uma composição coletiva que permitisse catalisar reflexão e autonomia para o paciente.

Compreendemos que o mapeamento das estratégias de enfrentamento dos pacientes ocupou a maior parte do atendimento, pois foi vivenciado como um espaço de invenção para além das atitudes já conhecidas, como uma fábrica de si mesmo, onde foi possível desfazer modos de vida e planos de enfrentamento que não operavam na construção da saúde e favorecer enfrentamentos assertivos, na multiplicidade (Guattari, 1987; Corrêa, 2006; Deleuze & Cadernos da Fucamp, v.50, abr.; p. 129 - 150 /2026

Guattari, 2011; Rauter, 2015; Gomes Júnior & Rocinholi, 2021). Assim, foi possível que Hosana reconhecesse e questionasse o modo “digo-sim-sempre-e-me-prejudico” e abrisse novos caminhos para viver, manejar os conflitos e tecer novos limites consigo mesma e com seus vínculos, afirmando a potência da vida.

### 3.8 O ENCERRAMENTO DO ATENDIMENTO

Percebemos que o encerramento do encontro iniciava quando os pacientes começavam a concluir espontaneamente algumas reflexões sobre o que discutimos e não mais mapeávamos os fatores produtores das queixas e enfrentamentos ou afetos. Nesse momento, passávamos a falar sobre as saídas e movimentos necessários para construir uma vida mais leve e equilibrada. O início do encerramento do atendimento funcionou como um “*checkpoint*”, como um ponto de pausa para assimilar tudo o que foi dito, ouvido, discutido e elaborado durante a experiência conosco, uma vez que alguns encontros chegaram a durar 185 minutos.

*“Teve uma hora que ela ficou em silêncio por uns bons segundos e depois disse: ‘preciso inventar um modo flexível de viver, mas sem abandonar o compromisso e a seriedade das coisas... que complexo’. Foi como dar um fechamento pro encontro”* (Diário de Bordo, Grupo 19, Estudante F.).

Discutimos anteriormente que os atendimentos funcionaram como um dispositivo capaz de articular signos e significados, possibilitando que os pacientes expressassem como se sentiam, narrassem suas queixas, contassem como estas lhes impactavam e os modos que as enfrentavam (Hur, 2012; Hur, 2019; Gomes Júnior & Rocinholi, 2021).

Entretanto, no final do atendimento, observamos que os pacientes, por si mesmos, traçavam um paralelo entre a maneira com que chegaram no plantão e o modo que se sentiam naquele momento conosco, já no final do encontro, reconhecendo o percurso construído, as reflexões tecidas e as intervenções possibilitadas para que essas mudanças fossem experimentadas.

*“É sempre muito legal quando os pacientes vão fazendo conclusões sozinhos. Foi bonito ouvir a paciente de hoje falando que entrou achando que precisava só de remédio pra ansiedade, mas saiu entendendo que precisava construir flexibilidade, inventar um jeito de expressar o que sente, criar uma rede de apoio saudável, se auto-monitorar e manejar as próprias emoções de um jeito leve”* (Diário de Bordo, Grupo 42, Estudante V.).

Ao informarmos o fim do atendimento, os pacientes também narravam as impressões sobre o grupo de estudantes e seu impacto satisfação do atendimento. Compreendemos que satisfação no atendimento não depende apenas do agrado pessoal, mas condições de participação, da qualidade do cuidado ofertado, além da resolutividade deste, numa articulação que inclui o desempenho técnico e a relação profissional-paciente (Bastos & Fasolo, 2013). Inicialmente, os pacientes narraram sobre as expectativas que tiveram sobre o atendimento: marcada pelo medo de ser uma consulta rápida, impessoal, com pouco contato e aprofundamento e pudesse não ter nenhuma eficácia. Muitos contaram que sentiam dificuldades de entrar em contato com suas dores e desafios, o que recaiu na expectativa sobre o atendimento como um lugar penoso e difícil.

Os pacientes contaram que a chegada no plantão provocou certo desconforto, sobretudo ao perceberem que seriam atendidos por um grupo. Contaram que a maior parte do receio tinha relação com experiências anteriores negativas em outras consultas, com outros profissionais. Entretanto, ao observar que havia uma abertura e disponibilidade do grupo para ouvir e acolher, com segurança e sem julgamentos, conseguiram mudar a percepção do encontro e participar mais ativamente, o que funcionou para nós como um sinalizador da eficácia do uso de tecnologias leves, da construção do *rapport* e da aliança terapêutica logo no início do encontro (Ferreira & Campos, 2023).

*“Eu achei que seria uma conversa fiada que não chegaria em nada. Eu não imaginei que conseguiríamos trabalhar essas coisas nesse curto espaço de tempo. Vocês me ajudaram a chegar em reflexões que eu não conseguia sozinho. Nunca imaginei que conseguiria refletir tanto em um encontro só, principalmente com um grupo”* (Diário de Bordo, Grupo 24, Pesquisador).

*“Vocês me acolheram muito, parecia que a gente tava conversando na porta de casa, na calçada”* (Diário de Bordo, Grupo 10, Pesquisador).

*“Eu nem imaginei que falaria de sexo, dos meus sentimentos. Quando vi, estava me abrindo, falando tudo que queria, sem medo. Nem parecia que estávamos numa consulta! Me senti acolhida pelo grupo”* (Diário de Bordo, Grupo 10, Pesquisador).

Percebemos elementos em comum nos encerramentos: os pacientes reconheciam o efeito do encontro como um dispositivo de invenção de novos caminhos e, com isso, p encerramento do encontro se tornou, também, um espaço para que os pacientes compartilhassem os benefícios que tiveram com o atendimentos. Ao realizar a síntese do que foi experimentado conosco, os pacientes contavam que conseguiam compreender e identificar

os fatores que se articulavam e que produziam aquelas territorialidades-modos de vida que os levaram a buscar atendimento e acolhimento, assim como demonstravam que buscariam criar movimentos de saída destes territórios, numa composição própria de autonomia e invenção, fomentando a produção de uma vida diferente.

*“Eu percebi que errei com a minha mãe, mas agora eu quero fazer o certo. Consegui perceber que eu preciso conquistar a confiança dela. Vou levar isso pro resto da minha vida. Minha mãe falou que se eu melhorar, poderei ficar sozinho em casa a partir de 10 anos. E só depende de mim. É como o homem-aranha: com grandes poderes, vêm grandes responsabilidades!”* (Diário de Bordo, Grupo 17, Estudante P.).

#### **4 CONCLUSÃO**

A criação do dispositivo de acolhimento psicológico, inspirado no plantão psicológico, possibilitou que estudantes de medicina vivenciassem o contato com os desafios relacionados com a oferta de cuidado à saúde, participando de modo ativo da criação e composição das ferramentas clínicas que os possibilitaria exercitar habilidades humanísticas, ao mesmo tempo em que também adquiriam tais habilidades. Durante os plantões, foi possível que elaborassem formas singulares para acolher os pacientes a partir da participação ativa nos atendimentos, uma vez que o manejo do atendimento não esteve centrado no professor. Dessa forma, novas ferramentas foram elaboradas pelos próprios discentes, de acordo com identificações e avaliações de necessidades elaboradas pelos mesmos; como exemplo, tivemos a criação de um momento de recepção do paciente no momento de abertura do encontro e a elaboração de ferramentas para tecer aproximações com os pacientes logo do início do atendimento, como quebrar o gelo, ter carinho e boa acolhida, fazer uso de um repertório de comportamentos e atitudes que permitissem pessoalizar e humanizar a experiência de atendimento.

A participação no plantão psicológico permitiu, também, que os estudantes identificassem a necessidade de tecer vínculos terapêuticos com os pacientes, uma vez que estes foram reconhecidos como mecanismos fundamentais para a potencialidade da experiência de encontro, uma vez que favoreceram a investigação dos processos de produção de subjetividade que recaíam nos processos de saúde-doença e permitiam construir caminhos alternativos para os desafios compartilhados nos plantões. A cartografia dos processos de subjetivação evidenciou a necessidade de elaborar mecanismos investigação e, principalmente, de expressão afetiva dos pacientes, uma vez que, a partir da expressão, identificamos e produzimos em

conjunto a demanda daquele atendimento, possibilitando que mapeássemos os fatores produtores das queixas compartilhadas.

A experiência de escuta ativa possibilitou que o acolhimento ofertado fosse maior do que ouvir sinais e sintomas, pois nos inserimos no encontro com atitude desnaturalizadora e despatologizadora, compreendendo que acompanhar as dimensões processuais da narrativa dos pacientes potencializava as intervenções. Compreendemos que, mais do que o apego às formas que os pacientes se apresentavam, as habilidades humanísticas desenvolvidas no plantão psicológico permitiram a aproximação com o paciente, o que possibilitou mapear os desafios que eram compartilhados conosco e, nestes acompanhamentos, compreender o contexto social, as influências individuais, familiares, relacionais, dentre outros, que nelas interferiam e as produziam, possibilitando que os estudantes elaborassem alternativas para o cuidado centrado no campo da medicina. Consequentemente, pudemos mapear os movimentos que os pacientes realizavam no enfrentamento das queixas compartilhadas, além de compor novas saídas, alternativas que possibilitassem a construção de novas práticas de saúde, baseadas na autonomia, autorreflexão, operando na experiência de encontro como ferramenta de invenção de saúde, que favoreciam linhas de singularização para quem era cuidado e quem cuidava.

O presente estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas. Por se tratar de uma pesquisa qualitativa com base no Método da Cartografia, implica em uma análise situacional e contextual, abordando os fenômenos da realidade estudada, não permitindo generalizações para outros cenários ou populações, o que nos sugere a ampliação da pesquisa para outros contextos de formação em saúde e em diferentes níveis de atenção, permitindo analisar os achados com mais robustez. Além disso, a presença do pesquisador-professor nos atendimentos pode ter influenciado na condução das práticas e nos registros produzidos pelos estudantes, sendo necessário outros estudos para avaliar estes aspectos, permitindo compreender este fator na construção do dispositivo e no manejo dos casos. Reafirmamos, ainda, que pesquisas que integram métodos quantitativos e qualitativos podem contribuir para aprofundar os impactos do plantão psicológico na formação médica e na assistência à saúde, nos apontando para a importância de explorar a inserção desse tipo de dispositivo nos currículos da saúde, bem como seus efeitos na prática profissional futura dos estudantes.

## **5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

ALEXANDRE, Vinícius; VASCONCELOS, Nilce Ávila de Oliveira Palis de; SANTOS, Manoel Antônio dos; MONTEIRO, Joana Filipa Afonso. O acolhimento como postura na

percepção de psicólogos hospitalares. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 39, p. 1–14, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003188484>.

AMORIM, Fernanda Beatriz Trindade; BRANCO, Paulo César Costa; ANDRADE, Ana Beatriz de. Plantão psicológico como estratégia de clínica ampliada na atenção básica em saúde. *Contextos Clínicos*, v. 8, n. 2, p. 141–152, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.4013/ctc.2015.82.03>.

BARROS, Laura Pozzana de; KASTRUP, Virginia. Cartografar é acompanhar processos. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virginia; ESCÓSSIA, Liliana (org.). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2015. p. 52–75.

BASTOS, Gisele Alsina Nader; FASOLO, Luísa Rabeno. Fatores que influenciam a satisfação do paciente ambulatorial em uma população de baixa renda: um estudo de base populacional. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 16, n. 1, p. 114–124, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2013000100011>.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNS/CNE nº 3, de 20 de junho de 2014: institui diretrizes curriculares do curso de graduação em medicina e dá outras providências. 2014. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/acoes-e-programas/pnsp/legislacao/resolucoes/rces003\\_14.pdf/view](https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/acoes-e-programas/pnsp/legislacao/resolucoes/rces003_14.pdf/view). Acesso em: 26 fev. 2026.

BRESCHIGLIARI, Juliana Oliveira; JAFELICE, Giovana Telles. Plantão psicológico: ficções e reflexões. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 35, n. 1, p. 225–237, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703000112014>.

BRITO, Lili Nogueira de Souza; DANTAS, Jurema Barros. Plantão psicológico: ampliando possibilidades de escuta. *Revista de Psicologia*, v. 7, n. 1, p. 232–241, 2016. Disponível em: <http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/21220>. Acesso em: 26 fev. 2026.

CABRAL, Mariana Pompílio Gomes et al. Educação médica, raça e saúde: o que falta para a produção de um projeto pedagógico antirracista? *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 46, n. 4, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v46.3-20210343>.

COELHO, Márcia Oliveira; JORGE, Maria Salete Bessa. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 1, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000800026>.

CORRÊA, Sandra Lourenço. *Esquizoanálise: clínica e subjetividade*. [S.l.]: Avesso do Avesso, 2006.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. *Kafka: para uma literatura menor*. Lisboa: Assírio & Alvim, 2003.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. *Mil platôs*. 2. ed. v. 3. São Paulo: Editora 34, 2011.

ESCÓSSIA, Liliana da; TEDESCO, Silvia. O coletivo de forças como plano de experiência cartográfica. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virginia; TEDESCO, Silvia (org.). *Pistas do*

*método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2015. p. 92–108.

FERREIRA, Ana Paula Chacon; CAMPOS, Elisa Maria Parahyba. A equipe de saúde diante do paciente não aderente ao tratamento. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 43, p. 1–15, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003244855>.

FURLAN, Cláudia Elisângela Fernandes Bis. *Avaliação da qualidade do atendimento hospitalar: o esperado e o percebido por clientes e acompanhantes*. 2011. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, 2011. Disponível em: <https://www.teses.usp.br>. Acesso em: 26 fev. 2026.

GIGLIO-JACQUEMOT, Arielle. *Urgências e emergências em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 15–26. Disponível em: <https://books.scielo.org>. Acesso em: 26 fev. 2026.

GÓES, Brenda Lobo de Barros; PORTO, Natália Costa; FERNANDEZ, Elaine Magalhães Costa. O plantão psicológico na clínica psicossocial: uma alternativa de acesso à saúde mental na saúde pública no Brasil. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 4, n. 2, p. 5324–5335, 2021. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n2-105>.

GOMES JÚNIOR, Djalma Alves Magalhães; ROCINHOLI, Luciene de Fátima. Adolescentes escolares: cartografias de um grupo terapêutico nômade. *Psicologia em Revista*, v. 27, n. 3, p. 834–851, 2021. DOI: <https://doi.org/10.5752/P.1678-9563.2021v27n3p834-851>.

GUATTARI, Félix. *Revolução molecular: pulsações políticas do desejo*. São Paulo: Brasiliense, 1987.

HUR, Domenico Uhng; VIANA, Douglas Alves. Práticas grupais na esquizoanálise: cartografia, oficina e esquizodrama. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 68, n. 1, 2016. Disponível em: [https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1809-52672016000100010](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1809-52672016000100010). Acesso em: 26 fev. 2026.

HUR, Domenico Uhng. *Psicologia, política e esquizoanálise*. 2. ed. Campinas: Alínea, 2019.

KASTRUP, Virginia. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virginia; ESCÓSSIA, Líliliana (org.). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2015. p. 32–51.

KASTRUP, Virginia. A atenção cartográfica e o gosto pelos problemas. *Polis e Psique*, v. 9, p. 99–106, 2019. Disponível em: [https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2238-152X2019000400007](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-152X2019000400007). Acesso em: 26 fev. 2026.

KASTRUP, Virginia; BARROS, Regina Benevides de. Movimentos-funções do dispositivo na prática da cartografia. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virginia; TEDESCO, Silvia (org.). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2015. p. 76–91.

KOROIWA, Alessandra Yutani et al. A relação médico-paciente e os aspectos envolvidos na adesão ao tratamento. *Revista Interdisciplinar do Pensamento Científico*, v. 1, n. 4, p. 51–61,

2018. Disponível em:

<http://reinpec.srvroot.com:8686/reinpec/index.php/reinpec/article/view/359>. Acesso em: 26 fev. 2026.

MAIA, Rodrigo da Silva et al. Instrumentos para avaliação da aliança terapêutica. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, v. 13, n. 1, p. 55–63, 2017. DOI: <https://doi.org/10.5935/1808-5687.20170009>.

MORERO, Juceli Andrade Paiva; BRAGAGNOLLO, Gabriela Rodrigues; SANTOS, Maria Tereza Signorini. Estratégias de enfrentamento: uma revisão sistemática sobre instrumentos de avaliação no contexto brasileiro. *Revista Cuidarte*, v. 9, n. 2, p. 2257–2263, 2018. DOI: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v9i2.503>.

MOURA, Ananda Cristine Amador de et al. Estratégias de ensino-aprendizagem para formação humanista, crítica, reflexiva e ética na graduação médica: revisão sistemática. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 44, n. 3, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.3-20190189>.

OLIVEIRA, Natacha Hennemann; BENETTI, Sílvia Pereira da Cruz. Aliança terapêutica: estabelecimento, manutenção e rupturas da relação. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 67, n. 3, p. 125–138, 2015. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=229044976010>. Acesso em: 26 fev. 2026.

RAUTER, Cristina. Clínica transdisciplinar: afirmação da multiplicidade em Deleuze/Spinoza. *Revista Trágica*, v. 8, n. 1, p. 45–56, 2015. DOI: <https://doi.org/10.59488/tragica.v8i1.26802>.

ROCINHOLI, Luciene de Fátima; VICENTE, Carla Cristine. Plantão psicológico como dispositivo de intervenção para adolescentes em contextos escolares. In: *Intervenções psicológicas para promoção do desenvolvimento e saúde na infância e adolescência*. Curitiba: Appris, 2020.

ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. A cartografia e a relação pesquisa e vida. *Psicologia & Sociedade*, v. 21, n. 2, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822009000200003>.  
ROMAGNOLI, Roberta Carvalho; VIEIRA, Érico Douglas Vieira. Acolhimento psicológico com sujeitos marginalizados: tensões entre o tradicional e o instituinte. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 71, n. 1, p. 112–127, 2019. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbp/v71n1/09.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2026.

ROLNIK, Suely. *Cartografia sentimental*. Porto Alegre: Sulina, 2006.

SANTOS, Tatiane da Silva. *Tecnologias leves na atenção primária à saúde: em tempos de interdisciplinaridade o trabalho ainda é multidisciplinar*. 2021. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Alagoas, 2021. Disponível em: <https://www.repositorio.ufal.br>. Acesso em: 26 fev. 2026.

SILVA, Cristiele Feitosa et al. Um encontro com o inesperado no plantão psicológico: uma revisão sistemática. *Revista em Saúde*, v. 1, n. 1, 2021. Disponível em: <https://anais.unievangelica.edu.br/index.php/saudefaceg/article/view/6925>. Acesso em: 26 fev. 2026.

SODRÉ, Francis; ROCON, Pablo Cardoso. O trabalho em saúde pode ser considerado tecnologia leve? *Saúde e Sociedade*, v. 32, n. 1, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023210545pt>.

TEMPERLY, Nicole Karina Nicolaiko; JUNIOR, Helvo Sloom; SILVA, Milene Zanoni. Do vínculo ao encontro cuidador: cartografias sobre o território identitário médico e o cuidado entre médicos de família e usuários. *Interface (Botucatu)*, v. 25, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.200341>.