

Lucas Silveira Santiago¹
Nataly Netchaeva Mariz²

¹Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto com ênfase em doenças crônico-degenerativas, Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil

²Hospital Universitário Antônio Pedro da Universidade Federal Fluminense, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

✉ **Lucas Santiago**

Av. Eugênio do Nascimento, s/n,
Aeroporto, Juiz de Fora, Minas Gerais
CEP: 36038-330

📧 lucasjfsantiago@gmail.com

Submetido: 25/07/2024

Aceito: 27/11/2024

RESUMO

Introdução: A dor apresenta uma série de mecanismos fisiopatológicos e significados subjacentes e pode variar muito em relação à sua intensidade, qualidade e duração. De acordo com o CID-11, a dor é definida como crônica quando persistente ou recorrente, com duração maior que três meses. Estima-se que a prevalência de dor crônica seja alta, afetando quase um terço da população mundial. Além disso, a literatura aponta que a dor crônica, independentemente do tipo, é um fator de risco importante para o suicídio. O plantão psicológico visa acolher o sujeito em suas urgências e emergências, e pode ser estabelecido em diversos contextos. No entanto, os estudos científicos sobre o plantão psicológico, em especial no contexto hospitalar, são escassos. **Objetivo:** Relatar a experiência de implementação do plantão psicológico no ambulatório de dor crônica do HU-UFJF e discutir as potencialidades e limites do plantão enquanto modalidade de intervenção psicológica nesse contexto. **Relato de Experiência:** O presente trabalho consistiu em um estudo descritivo, qualitativo e teve como objetivo apresentar a experiência de implementação do plantão psicológico no ambulatório multiprofissional de dor crônica do HU-UFJF, na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais, entre os meses de julho de 2021 e fevereiro de 2022, durante a pandemia de SARS-CoV-2. **Conclusão:** O plantão psicológico mostrou-se um importante espaço de formação para o psicólogo residente, sendo também um relevante espaço de atenção psicológica aos sujeitos com dores crônicas em suas crises e urgências subjetivas.

Palavras-chave: Dor Crônica; Plantão; Prática Psicológica.

ABSTRACT

Introduction: Pain has a number of pathophysiological mechanisms and underlying meanings and can vary greatly in terms of its intensity, quality and duration. According to the ICD-11, pain is defined as chronic when it is persistent or recurrent and lasts longer than three months. The prevalence of chronic pain is estimated to be high, affecting almost a third of the world's population. In addition, the literature shows that chronic pain, regardless of its type, is an important risk factor for suicide. Psychological on-call services aim to help people with their urgencies and emergencies, and can be set up in a variety of contexts. However, scientific studies on psychological on-call, especially in the hospital context, are scarce. **Objective:** To report on the experience of implementing psychological on-call at the HU-UFJF chronic pain clinic and to discuss the potential and limits of on-call as a form of psychological intervention in this context. **Experience Report:** The present work consisted of a descriptive, qualitative study, and aimed to present the experience of implementing psychological on-call at the multiprofessional chronic pain outpatient clinic at HU-UFJF, in the city of Juiz de Fora, Minas Gerais, between the months of July 2021 and February 2022, during the SARS-CoV-2 pandemic. **Conclusion:** Psychological on-call has proved to be an important training space for the resident psychologist, as well as an important space for psychological care for subjects with chronic pain in their crises and subjective urgencies.

Keywords: Chronic Pain; Duty; Practice, Psychological.

INTRODUÇÃO

A dor apresenta uma série de mecanismos fisiopatológicos e significados subjacentes e pode variar muito em relação à sua intensidade, qualidade e duração, sendo um desafio defini-la de forma concisa e precisa.¹ A Associação Internacional para Estudos da Dor (IASP) adotou em 2020, após ampla revisão e debate, a definição revisada de dor como “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual real ou potencial, ou descrita nos termos de tal lesão” e aponta em suas notas que “a dor é sempre uma experiência pessoal que é influenciada, em graus variáveis, por fatores biológicos, psicológicos e sociais”, sendo essa definição de dor válida tanto para dor aguda quanto para a crônica.²

A Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial da Saúde, em sua versão mais recente (CID-11), classifica a dor crônica como dor persistente ou recorrente com duração maior que três meses. Essa nova classificação compreende as variações de dor crônica mais comuns e difere das versões anteriores ao trazer especificadores opcionais para cada diagnóstico, que registram o impacto dos fatores psicossociais e da severidade da dor.³ Estima-se que a prevalência de dor crônica na população mundial seja alta, com estimativas de prevalência média de 30,3%,⁴ enquanto no Brasil, a média nacional de prevalência atinge 45,59%, sendo mais comum entre mulheres.⁵

A experiência de dor crônica é multifacetada, incluindo o sofrimento emocional e o impacto na vida cotidiana. Uma revisão de literatura encontrou forte evidência de que a dor crônica, independentemente do tipo, é um fator de risco importante para o suicídio. Essa mesma revisão apontou que alguns dos potenciais fatores de risco para o suicídio em indivíduos com dor crônica são o desemprego, a incapacidade para o trabalho, as condições de dor crônica concomitantes, os episódios frequentes de dor intermitente, a depressão, a raiva, o uso de substâncias, as adversidades na infância ou na vida adulta, os problemas de sono e a desesperança. Nesse contexto, a atuação do psicólogo torna-se fundamental para abordar as necessidades psicoafetivas dos indivíduos com dor crônica, buscando promover suporte e alívio em meio ao sofrimento.⁶

No contexto hospitalar, o psicólogo deve desenvolver um trabalho baseado no apoio emocional, no suporte psicológico e em intervenções clínicas breves, aproximando-se do sujeito em sofrimento, dando voz à sua subjetividade e favorecendo a elaboração simbólica do adoecimento e a travessia dos tratamentos necessários.⁷ As necessidades humanas e suas motivações podem ter um sentido emergencial para quem as vivencia. Nesse sentido, o plantão psicológico é uma modalidade de intervenção breve que visa atender o sujeito em suas urgências e emergências. Essa modalidade necessita ser

desenvolvida com flexibilidade e pode ser estabelecida em escolas, instituições jurídicas, esportivas, clínicas-escolas de psicologia e hospitais.⁸

O termo “plantão” diz respeito a um tipo de serviço prestado por profissionais que permanecem disponíveis, durante períodos de tempo previamente definidos e contínuos, a qualquer pessoa que dele necessite. O plantão exige, da instituição, uma sistematicidade do serviço oferecido, do profissional, uma disponibilidade para se defrontar com o não-planejado, e para o usuário, representa um ponto de referência para algum momento de necessidade.⁹ O plantão psicológico surgiu como uma modalidade de atendimento proposta pelo Serviço de Aconselhamento Psicológico (SAP) do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP), em 1969. Seu objetivo inicial era oferecer um atendimento imediato à clientela que procurava o serviço, constituindo-se como uma alternativa às longas filas de espera no setor público. Sua base teórica é a psicologia humanista, baseando-se no modelo de aconselhamento psicológico proposto por Carl Roger. Apesar disso, qualquer abordagem psicológica que tenha como foco o cumprimento da finalidade desse serviço – escutar, acolher e intervir clinicamente em situações de crise emocional advindas de naturezas diversas – pode ser utilizada.¹⁰

O plantão psicológico possibilita responder, à pessoa que coloca sua demanda, já no momento presente e o foco do atendimento é definido pelo próprio referencial do usuário. O trabalho do plantonista é o de ajudar o sujeito a ter uma visão mais ampliada de si e do mundo, estando disponível para compreender e acolher a experiência deste, no momento de sua expressão, isto é, frente àquela problemática que gerou o pedido de ajuda. A forma de enfrentar o problema se define no desenrolar do processo do plantão, com a participação do plantonista e do usuário.⁹

No entanto, a literatura sobre o plantão psicológico, em especial no contexto hospitalar, ainda é escassa.¹¹ Sendo assim, este trabalho tem como objetivo relatar a experiência de implementação de um serviço de plantão psicológico em um ambulatório multiprofissional de dor crônica e discutir suas potencialidades e limitações.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

O presente trabalho consiste em um estudo descritivo, qualitativo e tem como objetivo relatar a experiência de implementação do plantão psicológico no ambulatório multiprofissional da dor (AMD) do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF) entre os meses de julho de 2021 a fevereiro de 2022. Uma vez que este manuscrito não contou com dados sensíveis e secundários que pudessem identificar os sujeitos participantes da intervenção, ele não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP),

conforme a resolução nº 510, de 07 de abril de 2016.

O ambulatório multiprofissional da dor iniciou suas atividades em 2019, com uma equipe multiprofissional formada por duas preceptoras da Fisioterapia, com o objetivo de oferecer uma abordagem biopsicossocial aos pacientes que lidam com dores crônicas. Ele é um importante espaço de ensino e aprendizagem, sendo um dos cenários de prática dos residentes do programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto com ênfase em doenças crônico-degenerativas da instituição. Nesse programa de residência, as atividades se concentram em dois grandes eixos: os transversais, comuns aos residentes de diferentes profissões, e os eixos específicos de cada profissão. O ambulatório de dor crônica compõe o eixo transversal, recebendo residentes de Educação Física, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia e Serviço Social.

A equipe de residentes é recebida no ambulatório com capacitações e rodas de conversas a respeito da dor crônica e, posteriormente, realizam atividades de assistência com reuniões de equipes semanais para supervisão e discussão de casos. A entrada do paciente no ambulatório de dor crônica inicia com o atendimento multiprofissional e avaliação multidimensional da dor. Na sequência, ele é convidado a participar, junto a outros pacientes, de um grupo de educação em dor, sendo essas atividades conduzidas pela equipe de residentes. Muitos pacientes que chegam ao ambulatório de dor crônica vieram ou são posteriormente encaminhados para o ambulatório de Fisioterapia, e outros tipos de encaminhamentos são discutidos nas reuniões semanais e realizados de acordo com a necessidade individual de cada paciente.

Com a entrada, no início de 2021, de uma psicóloga na equipe interprofissional do ambulatório, inicialmente coordenado por duas fisioterapeutas, tornou-se possível o desenvolvimento de atividades específicas da Psicologia dentro do ambulatório. Isso possibilitou ao psicólogo residente atuar no ambulatório não só do eixo transversal, mas também do específico. Dessa forma, o processo de idealização e implementação do plantão psicológico, que será descrito a seguir, foi realizado pela psicóloga lotada no ambulatório e por um psicólogo residente, ambos autores deste trabalho.

Inicialmente, foi feito o acompanhamento das atividades do ambulatório e escuta da equipe multiprofissional. Concomitantemente, foi realizada uma busca na literatura relativa à dor crônica e sua dimensão psicológica. O plantão psicológico foi considerado como modalidade de atenção psicológica pertinente ao contexto apresentado, pois é uma modalidade de intervenção clínica breve, recomendada para o contexto hospitalar, e que possibilita o atendimento imediato, evitando filas de espera e criando um ponto de referência para o usuário para o momento de necessidade.

Em seguida, iniciou-se o planejamento e estruturação do serviço de plantão psicológico. As

atividades do plantão foram realizadas por um psicólogo residente, que disponibilizou agenda nas sextas-feiras à tarde, durante o funcionamento do ambulatório, aos pacientes com dores crônicas, aos quais o serviço de plantão psicológico era ofertado pela equipe multiprofissional. Os atendimentos aconteciam de forma imediata, podendo o paciente, nos casos de o plantonista estar em atividade no momento da procura, aguardar para ser atendido ou ser agendado. Os atendimentos ocorreram em sala privativa, previamente reservada, e tiveram duração aproximada de 40 a 60 minutos. Semanalmente eram realizadas supervisões pela psicóloga de referência do ambulatório com o psicólogo residente. Os atendimentos foram registrados em planilhas contendo a data dos atendimentos, desfecho do caso e encaminhamentos realizados, e foram evoluídos no prontuário eletrônico. O psicólogo plantonista participava das reuniões semanais da equipe multiprofissional do ambulatório, nas quais contribuía, sempre que necessário e de forma ética, com as informações necessárias para o cumprimento do objetivo do trabalho multiprofissional.

O enfoque teórico dos atendimentos ocorreu de acordo com a formação teórica do psicólogo residente plantonista. Além do acolhimento e escuta empática e ativa, também foram empregadas ferramentas como técnicas de relaxamento, treinos de respiração, genograma, técnica de resolução de problemas, higiene do sono, psicoeducação, imaginação guiada, dentre outras. Após o encerramento da passagem do psicólogo residente pelo eixo específico, no qual as atividades de plantão se incluem, os casos mais complexos, que demandavam retorno no plantão ou encaminhamento e articulação com a rede de saúde, foram assumidos e continuados pela psicóloga de referência do serviço até a chegada dos novos residentes.

DISCUSSÃO

Hajenus, ao escrever sobre o atendimento psicoterápico em emergências psiquiátricas, afirma que esse tem como objetivo não somente a dissolução da crise, mas a prevenção de futuros problemas, ou pelo menos o encaminhamento do paciente para o tratamento adequado. Afirma também que uma intervenção pontual pode restabelecer o equilíbrio perdido e permitir que o paciente aceite novas abordagens terapêuticas.¹² Essas características são válidas não só para as emergências psiquiátricas, e podem ser estendidas às situações de crises e urgências subjetivas com as quais o psicólogo se depara no plantão.

O plantão psicológico não é voltado apenas para crises de maior gravidade ou complexidade e tem como marca a escuta pontual, imediata e sem obrigação de retorno.¹³ A atuação psicológica imediata nos casos de menor complexidade, mesmo que de forma breve, é capaz de minimizar ou evitar agravos à saúde mental,

possuindo, portanto, caráter preventivo, sendo uma importante forma de garantir o acesso à saúde mental no serviço público.

A enorme demanda reprimida em saúde, o que inclui as demandas em saúde mental, aumentaram em decorrência do SARS-CoV-2. É sabido que a pandemia forçou mudanças sociais e comportamentais que afetaram negativamente a população em geral. Muitas dessas mudanças, como fechamento de empresas, trabalho em casa, aumento do sofrimento psicológico e atraso no acesso aos cuidados de saúde podem ter efeitos adversos exclusivos em pacientes diagnosticados com dor crônica.¹⁴

A falta de medidas de proteção social e investimento em políticas públicas voltadas para a saúde é um desafio histórico no cenário brasileiro que se agravou durante a pandemia. Muitos pacientes acompanhados no ambulatório de dor crônica do HU-UFJF perderam a continuidade dos cuidados em saúde, devido às restrições impostas pelo cenário pandêmico durante seus momentos mais críticos, retomando o acompanhamento com a flexibilização das restrições. Nesse contexto, o isolamento social, sedentarismo, ausência de tratamento adequado, fragilização de vínculos sociais e comunitários e o agravamento de questões de saúde mental parecem fatores relevantes associados a condições agravadas de dor crônica.

Em relação aos encaminhamentos realizados no plantão, Mahfoud⁹ aponta que o plantão psicológico contém um caráter de triagem não-clássica, na medida em que a triagem pode estar presente, mas não é o cerne e nem conduz o encontro. Dessa forma, a função de triagem pode estar presente quando há necessidade de continuidade ou ampliação do cuidado, buscando sua integralidade. A função de triagem não-clássica mostrou-se um desafio na experiência de implementação do serviço de plantão, pois seu funcionamento pressupõe articulação e presença de outros serviços de cuidado em saúde mental e uma rede de atenção psicossocial fortalecida, o que não é uma realidade tanto no município em questão quanto no país. A dificuldade de articulação com a rede de atenção psicossocial nos casos de maior complexidade, como aqueles envolvendo transtornos mentais graves, que necessitavam de maior nível de suporte, fez o psicólogo plantonista estender o número de atendimentos em alguns casos além do recomendado para a prática do plantão, fugindo de sua proposta inicial.

O modelo clínico psicológico tradicional, que muitas vezes pode se prolongar no tempo, ainda predomina no imaginário das pessoas quando se fala em atenção psicológica, mesmo no contexto hospitalar. De forma semelhante ao que foi apontado no trabalho de Melo & Dutra¹⁵ durante a implementação do plantão psicológico, foram necessários esclarecimentos à equipe quanto à real proposta do plantão psicológico em relação a esse modelo tradicional.

Alguns pacientes, diante da oferta do serviço de plantão psicológico pela equipe de referência, acabaram por não buscar o serviço. Ressalta-se aqui que o paciente tem direito à recusa terapêutica, o que inclui recusar suporte psicológico. Alguns dos possíveis fatores percebidos foram experiências negativas prévias com profissionais de saúde mental e estigma em relação aos transtornos mentais. Nos casos em que o paciente optou por não buscar o plantão psicológico, foi percebido preocupação e angústia no(s) profissional(is) de referência que o atendia no ambulatório, e que era, frequentemente, confrontado com as questões do paciente durante os atendimentos, não sabendo, muitas vezes, como proceder, principalmente diante de casos mais complexos, como ideação suicida. Para lidar com esses casos algumas estratégias foram empregadas, como prestar suporte aos profissionais, se fazer presente no espaço físico do ambulatório, tornando-se visível e familiar aos usuários, apresentar o serviço de plantão psicológico diretamente ao usuário, esclarecendo suas dúvidas, realizando psicoeducação e se colocando disponível em caso de necessidade.

Em suma, o plantão psicológico permite que os usuários possam ser acolhidos no momento do seu pedido de ajuda, tendo um caráter não só remediativo, mas também preventivo. É preciso, no entanto, maior investimento nas políticas públicas em saúde e proteção social, bem como uma rede de atenção psicossocial fortalecida. Dada a natureza biopsicossocial da dor, o serviço de plantão psicológico no ambulatório de dor permitiu que o sujeito pudesse narrar sua dor, aumentando sua compreensão sobre a problemática que o levou até o plantão e obtendo, em muitos casos, um alívio para o seu sofrimento diante da experiência dolorosa que é modulada, em diferentes medidas, por fatores psicológicos.

CONCLUSÃO

A abordagem biopsicossocial da dor a enxerga como um produto de uma interação dinâmica de fatores biológicos, psicológicos e sociais. Sendo assim, a atuação da psicologia na equipe multiprofissional é fundamental no tratamento da dor. A implementação do serviço de plantão psicológico no ambulatório de dor crônica se mostrou um importante espaço de formação para o psicólogo residente, possibilitando crescimento e amadurecimento pessoal e profissional e desenvolvimento de habilidades empáticas e de manejo clínico no cuidado do sujeito com dor crônica. O plantão psicológico se mostrou uma forma de ofertar atenção psicológica imediata aos sujeitos com dores crônicas em suas crises e urgências subjetivas, prevenindo agravos à saúde física e mental. É necessário, no entanto, o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e estabelecimento de fluxos no âmbito do SUS, buscando o cuidado necessário e integral ao usuário. Espera-se

que esse relato de experiência possa contribuir para a reflexão e o aprimoramento do serviço de plantão psicológico no serviço em questão, bem como para a discussão e avanços a respeito dessa modalidade de atenção psicológica em diversas áreas, em especial na hospitalar-ambulatorial.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao ambulatório de dor crônica do HU-UFJF.

REFERÊNCIAS

1. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. Definição revisada de dor pela Associação Internacional para o Estudo da Dor: conceitos, desafios e compromissos. *Jornal da Dor da Sociedade Brasileira para Estudo da Dor*. 2020; 74:11-8.
2. DeSantana JM, Perissinotti DMN, Oliveira Junior JO, Correia LMF, Oliveira CM, Fonseca PRB. Revised definition of pain after four decades. *Braz J Pain*. 2020; 3(3):197-8. doi:10.5935/2595-0118.20200191.
3. Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain*. 2019; 160(1):19-27. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001384.
4. Elzahaf RA, Tashani OA, Unsworth BA, Johnson MI. The prevalence of chronic pain with an analysis of countries with a Human Development Index less than 0.9: a systematic review without meta-analysis. *Current Medical Research and Opinion*. 2012; 1221-9. doi: 10.1185/03007995.2012.703132.
5. Aguiar DP, Souza CPQ, Barbosa WJM, Santos-Júnior FFU, Oliveira AS. Prevalence of chronic pain in Brazil: systematic review. *Braz J Pain*. 2021; 4(3):257-67. doi: 10.5935/2595-0118.20210041.
6. Racine M. Chronic pain and suicide risk: a comprehensive review. *Prog Neuro psychopharmacol Biol Psychiatry*. 2018; 87:269-80. doi: 10.1016/j.pnpbp.2017.08.020.
7. Conselho Federal de Psicologia (BR). Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) nos serviços hospitalares do SUS. Brasília: CFP; 2019.
8. Souza BN, Souza AM. Plantão psicológico no Brasil (1997-2009): saberes e práticas compartilhados. *Estud Psicol (Camp)*. 2011; 28(2):241-9. doi: 10.1590/s0103-166x2011000200011.
9. Mahfoud M. Vivência de um desafio: plantão psicológico. In: *Aconselhamento psicológico centrado na pessoa*. São Paulo: Epu; 1987.
10. Lima MCB, Santos GM. Plantão psicológico sob o enfoque da análise do comportamento. *Rev Psicol*. 2012; 46(3):129-32.
11. Silva CF, Silva SOM, Tomaz RSR, Daccache MH, Moreira TVE, Araújo JB, et al. Um encontro com o inesperado no plantão psicológico: uma revisão sistemática. *Rev em Saúde*. 2020; 1(1):1-17.
12. Hajenius EK. Como abordar psicanaliticamente as situações psiquiátricas emergenciais. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. 2003; 6(1):172-4.
13. Rosenthal, RW. O plantão de psicólogos no Instituto Sedes Sapientiae: uma proposta de atendimento aberto a comunidade. In: *Plantão psicológico: novos horizontes*. São Paulo: Editora Cultura e Informação; 1999.
14. Chatkoff DK, Leonard MT, Najdi RR, Cruga B, Forsythe A, Bourgeau C, et al. A brief survey of the COVID-19 pandemic's impact on the chronic pain experience. *Pain Management Nursing*. 2021; 23(1):3-8. doi: 10.1016/j.pmn.2021.10.003.
15. Melo SF, Dutra E. Implantação do serviço de plantão psicológico em instituições do município de Natal: um relato de experiência [Internet]. *Anais do V Congresso Norte-Nordeste de Psicologia Maceió-AL*; 2007. Disponível em: <http://www.conpsi5.ufba.br/>. Acesso em: 05 nov. 2022.