

Autor | Author

Aline Thaina Fischer  
Neves\*  
[alinetfneves@hotmail.com]Juliana dos Santos Silva\*\*  
[psicojulianasantoss@gmail.com]Mariana Fortunata  
Donadon\*\*\*  
[marianadonadon@hotmail.com]**PLANTÃO PSICOLÓGICO ON-LINE: UM CASO  
DE TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR  
COM SINTOMAS PSICÓTICOS*****ONLINE PSYCHOLOGICAL DUTY: A CASE OF MAJOR  
DEPRESSIVE DISORDER WITH PSYCHOTIC SYMPTOMS***

**Resumo:** O plantão psicológico é uma forma de intervenção, na qual o acolhimento do paciente ocorre no momento exato de seu sofrimento. Este estudo teve como objetivo descrever um atendimento de uma universidade particular no âmbito do estágio em plantão psicológico, sob o viés da terapia cognitivo-comportamental de maneira on-line. O atendimento se baseou em uma paciente, hipoteticamente, com transtorno depressivo maior e com sintomas psicóticos. A metodologia utilizada foi a descrição de um estudo de caso sob o enfoque cognitivo-comportamental. O plantão psicológico possibilitou a paciente entender e desenvolver estratégias para conviver melhor com as suas alucinações auditivas e promoveu mudanças em sua rotina para alívio dos seus sintomas. É interessante frisar que mesmo com a intervenção clínica sendo realizada em um curto período, a evolução clínica do paciente foi significativamente notável. Sendo assim, o plantão psicológico demonstrou-se como um modelo eficaz para a demanda que foi apresentada.

**Palavras chaves:** plantão psicológico, terapia cognitivo-comportamental, atendimento psicológico on-line, transtorno depressivo maior e transtorno de personalidade borderline.

**Abstract:** *Psychological duty is a form of intervention, in which the reception of the patient occurs at the exact moment of his suffering. The present study aimed to describe a service from a private university within the scope of the internship on psychological duty, under the bias of cognitive-behavioral therapy online. The service was based on a patient, hypothetically, with major depressive disorder and with psychotic symptoms. The methodology used was the description of a case study under the cognitive-behavioral approach. The psychological shift made it possible for the patient to understand and develop strategies to better live with her auditory hallucinations and also promoted changes in her routine to relieve her symptoms. It is interesting to note that even with the clinical intervention being performed in a short period, the patient's clinical evolution was significantly notable. Thus, the psychological duty was shown to be an effective model for the demand that was presented.*

**Keywords:** *duty psychological, cognitive behavioral therapy, psychological support on-line, major depressive disorder and borderline personality disorder.*

## INTRODUÇÃO

O plantão psicológico surgiu como uma forma de atendimento que foi proposto pelo Serviço de Atendimento Psicológico (SAP) do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP) em 1969. Primordialmente, o objetivo dessa modalidade terapêutica era oferecer um atendimento diferente para os clientes que frequentavam o serviço, sendo uma alternativa para as filas que eram formadas decorrentes das grandes demandas. A implantação desse serviço é marcada pelo momento em que se lutava pelo reconhecimento da profissão do psicólogo no Brasil e, além disso, pelo surgimento da Psicologia Humanista de Carl Rogers (REBOUÇAS; DUTRA, 2010).

Dessa forma, o plantão psicológico é baseado no modelo de aconselhamento que foi proposto por Rogers, no qual, primeiramente, esteve interligado ao exame da personalidade através de testes psicológicos. Assim, o aconselhamento psicológico se caracteriza pela abertura do psicólogo em acolher a qualquer que seja a demanda, tendo como ideia principal receber o cliente e facilitar para que ele se posicione sobre seu sofrimento (REBOUÇAS; DUTRA, 2010).

Em suma, o plantão psicológico é um modelo de intervenção, no qual se acolhe o paciente no momento exato do seu sofrimento, ajudando a tratar com alguns recursos através do acolhimento e compreensão do profissional de psicologia (CHAVES; HENRIQUES, 2008).

Assim, nota-se que o plantão psicológico surge como uma possibilidade de fornecimento de serviço com uma postura clínica diferente, no qual o psicólogo começa a se comprometer com a escuta e as demandas que chegam mesmo que seja um único encontro. Porém, é importante evidenciar que essa modalidade não se trata de uma psicoterapia alternativa e não tem como objetivo substituí-la (REBOUÇAS; DUTRA, 2010).

Portanto, entende-se que o plantão é uma modalidade que vem se destacando na contemporaneidade no campo da psicologia clínica e reconhece a necessidade de ofertar a escuta para quem está passando por algum sofrimento (VIEIRA; BORIS, 2012).

No plantão psicológico, pode ser utilizado uma grande variedade de abordagens psicológicas, uma delas é a terapia cognitivo-comportamental (TCC). Esse referencial teórico tem como objetivo flexibilizar os pensamentos do paciente, ampliando seu repertório e auxiliando na interpretação da realidade de forma mais coerente, além de auxiliar na resolução de problemas, pois a partir do momento em que o sujeito flexibili-

za seus pensamentos, essa ação irá ter um impacto positivo em relação as suas emoções e comportamentos (RANGÉ, 2001).

A terapia cognitiva foi desenvolvida no início da década de 60 pelo Dr. Aaron Beck. Era psicanalista com formação e atuante, porém, acreditava que para a psicanálise ser aceita pela comunidade médica, deveria demonstrar dados empíricos a respeito de sua eficácia. Dr. Beck deu início a alguns experimentos para comprovar a validade da psicanálise, só que ao invés disso, descobriu alguns dados que apresentavam outra perspectiva a respeito da depressão. A partir daí seus estudos tomaram outro rumo, passando a desenvolver uma nova teoria, conhecida atualmente como terapia cognitivo-comportamental (BECK, 2013).

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) é um modelo de psicoterapia estruturada, voltada para o momento presente, direcionada para a resolução de problemas atuais, modificação de pensamentos automáticos e comportamentos disfuncionais (BECK, 2013). O modelo cognitivo se embasa na premissa de que existe uma inter-relação entre pensamento, emoção e comportamento e essa relação influencia a percepção do sujeito sob a situação (KNAPP, 2004).

Essa abordagem faz uso de uma vasta gama de técnicas cognitivas e experimentos comportamentais, que possibilita aos pacientes avaliar determinadas situações de forma mais alternativa, promovendo a reestruturação cognitiva (MATOS; OLIVEIRA, 2013). As técnicas cognitivas e comportamentais são distintas apenas para o melhor entendimento didático, na prática, diversas técnicas proporcionam mudanças cognitivas e comportamentais ao mesmo tempo (KNAPP; BECK, 2008).

Os aspectos cognitivos são importantes de serem considerados quando relacionados a assimilação da teoria. Em alguns casos, nota-se que o paciente, a partir da escuta oferecida, desenvolve autocompreensão sobre a sua problemática, ressignificando seus pensamentos (HILLESHEIN; HILLESHEIN; FERREIRA, 2008).

É visto que o uso da internet e a tecnologia tem tomado espaço na última década, progredindo rapidamente e a psicologia busca se colocar diante desse desenvolvimento tecnológico, se inserindo e utilizando desse contexto tecnológico. Uma das formas que a psicologia utiliza para se inserir são os atendimentos psicológicos on-line (SIEGMUND; LISBOA, 2015).

A Resolução nº 11, de 11 de maio de 2018 autoriza a prestação de serviços psicológicos que são realizados através da tecnologia da informação e da comunicação. O Conselho Federal de Psicologia (CFP) propõe que é dever do psicólogo prestar serviço psicológico de qualidade, na qual as condições de trabalho são adequadas para esse serviço, utilizando sempre técnicas, fundamentos e princípios das ciências psicológicas, na

ética e na legislação profissional, seguindo o Código de Ética do psicólogo (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2018).

Vale ressaltar que a psicoterapia presencial ou online devem seguir os mesmos aspectos éticos, incluindo o sigilo do paciente, a disponibilidade em casos de emergências, a flexibilidade para realizar as intervenções necessárias, quebra de sigilo em casos específicos que requerem essa atitude, entre outros (RODRIGUES; TAVARES, 2016).

São autorizados que os seguintes serviços sejam realizados através da tecnologia: consultas e atendimentos psicológicos, processos de seleção de pessoal, utilização de instrumentos psicológicos devidamente regulamentados por resolução e supervisão técnica dos serviços prestados. Em quaisquer que seja o serviço prestado pelo psicólogo é obrigatório especificar quais são os recursos tecnológicos utilizados a fim de manter o sigilo profissional das informações prestadas (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2018).

O psicólogo que quiser prestar serviço referente a esta Resolução necessita realizar um cadastro prévio junto ao Conselho Regional de Psicologia (CRP) e ter sua autorização, considerando fatores éticos, técnicos e administrativos sobre o serviço ser adequado, devendo sempre manter o cadastro atualizado sob pena de ser considerado irregular (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2018).

O Transtorno Depressivo Maior (TDM) é considerado um problema de saúde pública que acarreta inúmeros prejuízos, tanto na vida do indivíduo portador da psicopatologia, quanto para os seus familiares. Os principais sintomas desse transtorno são: o humor deprimido e a falta de interesse em realizar atividades que antes lhe davam prazer, porém, para concluir um diagnóstico é necessário que o paciente apresente outros critérios por um período de tempo determinado (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA [APA], 2014).

O TDM é uma condição médica comum, crônica e recorrente que normalmente gera incapacidade funcional e compromete a saúde física e mental do indivíduo. Atualmente, a psicopatologia é a quarta causa de incapacidade em todo o mundo e sugere-se que em 2020 a doença seria a segunda maior causa mundial de incapacidade no trabalho (MACHADO et al., 2009). É visto que a associação entre transtorno mental e suicídio representa uma porcentagem significativa e, entre os transtornos mentais, a depressão tem tido um maior destaque atualmente (BARBOSA, MACEDO, SILVEIRA, 2011). O comportamento suicida não é raro ocorrer durante os episódios depressivos maiores, além disso, a presença do transtorno de personalidade borderline pode aumentar o risco de tentativas

de suicídio (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA [APA], 2014).

Alguns fatores estão ligados a etiologia da depressão, entre eles está a exposição a ambientes estressantes. Algumas experiências aversivas na infância podem ser fatores precipitantes para episódios depressivos maiores durante o curso do desenvolvimento. Outros fatores ligados a depressão são os genéticos e fisiológicos, familiares de indivíduos com TDM apresentam um risco mais alto de desenvolver a psicopatologia do que o restante da população (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA [APA], 2014).

Pode-se encontrar no TDM a presença de sintomas psicóticos, indicando a gravidade e um mau prognóstico. Além disso, a presença desses sintomas também pode ter implicações significativas no tratamento do paciente, no qual, normalmente, requerem a prescrição de medicamentos antipsicóticos, além dos antidepressivos e estabilizadores de humor, para que se obtenha um melhor tratamento na clínica psicológica. Em suma, indivíduos com TDM tem grande risco de terem um ou mais transtornos comórbidos (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 1995).

Em alguns casos é comum que o indivíduo apresente alguns traços de um transtorno de personalidade, porém, não preencha todos os critérios para o diagnóstico (SILVA, 2018). O transtorno de personalidade é marcado pelos padrões de comportamentos disfuncionais e respostas inflexíveis a uma grande variedade de situações sendo elas pessoais ou sociais. Alguns padrões podem ser instáveis e abranger uma ampla gama de comportamentos negativos (OMS, 1993).

Existem diversos tipos de transtornos de personalidade, entre eles está o transtorno de personalidade Borderline (TPB), considerado uma psicopatologia grave e complexa que traz inúmeros prejuízos para o sujeito. Tendo como principais características a impulsividade e a instabilidade emocional. Normalmente, indivíduos com o TPB manifestam grande esforço para evitar o abandono, o qual pode ser real ou imaginário. (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA [APA], 2014). Hodiernamente, cerca de 2% da população é diagnosticada com TPB, sendo mais frequente em mulheres (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Portanto, nota-se que o plantão psicológico pode ser realizado em diversos enfoques teóricos e que uma das possibilidades é realizar o atendimento sob a perspectiva da terapia cognitivo-comportamental. O caso a ser apresentado trata-se de um atendimento de uma paciente hipoteticamente com Transtorno depressivo maior com sintomas psicóticos e traços de transtorno de personalidade borderline, atendido em uma clínica escola, na modalidade on-line.

## OBJETIVO

Este estudo teve como objetivo analisar um atendimento de plantão psicológico em uma clínica escola sob o enfoque da terapia cognitivo-comportamental, na modalidade online.

## METODOLOGIA

O atendimento foi realizado na modalidade on-line, através da plataforma digital *Google Meet*. Foi enviado para a paciente um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), para que ela ficasse ciente do sigilo profissional

durante e depois da finalização dos atendimentos e de que seus dados poderiam ser utilizados para fins científicos.

Na modalidade de plantão psicológico são disponibilizados um total de quatro sessões de psicoterapia no viés da terapia cognitivo-comportamental. A seguir será apresentado o quadro 1, que consta a ordem dos atendimentos e quais intervenções foram utilizadas em cada sessão.

SESSÃO	INTERVENÇÃO	DESCRIÇÃO
1ª	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Contrato terapêutico.</li> <li>2. Rapport.</li> <li>3. Entrevista inicial.</li> <li>4. Psicoeducação.</li> <li>5. Conceitualização cognitiva.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estabeleceu-se algumas regras sobre o modo de funcionamento das sessões, tais como: frequência, horário, faltas, quantidade e tempo das sessões.</li> <li>2. Criou-se um vínculo, uma ligação de sintonia e empatia para que a paciente se sentisse à vontade e diminuísse a tensão.</li> <li>3. Investigou-se a queixa principal, histórico familiar, psiquiátrico, do desenvolvimento, abuso de substâncias, doenças atuais e eventos desencadeadores. Além disso, verificou-se pontos fortes, fracos e valores.</li> <li>4. Psicoeducação do modelo cognitivo.</li> <li>5. Preenchimento da conceitualização cognitiva para elaborar hipóteses terapêuticas e estratégias de intervenção.</li> </ol>
2ª	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Encaminhamento para psiquiatra.</li> <li>2. Questionário do livro "Terapia cognitivo-comportamental para doenças mentais graves".</li> <li>3. Plano de ação.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Para alívio de alguns sintomas.</li> <li>2. Para conhecer o conteúdo das vozes.</li> <li>3. Atividades semanais que tem o objetivo de reforçar a psicoterapia.</li> </ol>
3ª	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Questionamento socrático.</li> <li>2. Lista de atividades prazerosas que não faz mais.</li> <li>3. Lista do que pode ou não fazer quando ajuda o outro.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Utilizou-se essa técnica para a paciente refletir que, na verdade, as vozes são um sintoma e que é possível ter controle sobre elas.</li> <li>2. Realizou-se a fim de observar com clareza as atividades que realizava antes e lhe dava prazer e não faz mais.</li> <li>3. Foi feita para refletir sobre o que a paciente pode ajudar ou não.</li> </ol>
4ª	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Prevenção de recaídas.</li> <li>2. Feedbacks</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ensinando a paciente ser sua própria terapeuta.</li> <li>2. Sobre o efeito positivo de ter conseguido lidar com as vozes ao longo das sessões.</li> </ol>

## CASO CLÍNICO

A., 25 anos, solteira, sem filhos. A principal queixa da paciente é referente a dificuldade em lidar com o abandono e a rejeição. Durante sua infância, passou por experiências aversivas ligadas ao abandono que causaram um impacto muito negativo ao longo do seu desenvolvimento. Além disso, ainda na infância, sofreu tentativas de abuso sexual por parte do padrasto.

Teve um relacionamento abusivo no passado e após o término tentou suicídio. Sofreu muito com a morte de um parente próximo e nessa época se automutilava para aliviar sua dor emocional. Apresenta pensamentos recorrentes de morte e automutilação, porém não executa mais os seus planos. Ademais, a paciente tem alucinações auditivas com conteúdo de comando. No passado, já fez uso de substâncias psicoativas (maconha, lança perfume) e álcool em excesso.

Atualmente, separou-se da companheira, na qual estavam juntas há um período significativo de tempo. Após o término, vem demonstrando instabilidade de humor, falta de interesse em atividades consideradas prazerosas, sentimento de vazio, falta de apetite e insônia.

Hipoteticamente, a paciente apresenta sintomas que fechem critério para o diagnóstico de transtorno depressivo maior com sintomas psicóticos, além disso, apresenta também traços do transtorno de personalidade borderline.

## RESULTADOS/DISCUSSÃO

No primeiro atendimento foi realizada uma entrevista inicial a fim de conhecer a paciente, no qual ela trouxe como queixa principal a dificuldade em lidar com o abandono. Na infância foi abandonada pela mãe que “preferia ficar com meu padrasto e meu irmão do que comigo”, sofreu rejeição pela avó paterna por ela ter cuidado do primo desde a infância e dar mais carinho para ele e enfatizar o fato de gostar mais “ela tinha mais carinho pelos meus primos que ela criou do que por mim”. O padrasto tentou abusar dela sexualmente tentando dar dinheiro para conseguir um beijo e, nessa época, tentou suicídio pela primeira vez, achando que “a culpa foi minha”, além disso, passou a não se “vestir bem” para tentar evitar que esse fato ocorresse novamente. Teve um relacionamento abusivo, no qual o rapaz a maltratava e relatou que nessa época “perdi o amor próprio, a vaidade e a vontade de me cuidar”. Sofreu muito com a morte de um parente próximo e, após esse evento, se automutilava, com pensamentos automáticos durante o ato dizendo “preciso me cortar, pois preciso sentir aquela dor física”, “eu preciso daquilo para não sentir as ou-

tras coisas”. Já fez uso de substâncias psicoativas (maconha e lança perfume) e álcool em excesso.

Atualmente, acabou de terminar uma relação de longo prazo e apresenta sentimento de rejeição e pensamentos automáticos disfuncionais do tipo “ela começou a mudar comigo depois que conseguiu um novo emprego”, “ela estava me traindo”, “estou sendo abandonada novamente” e ouve vozes de comando com conteúdo negativo “você é uma imprestável”, “não tem que estar aqui e precisa se machucar”.

Já no segundo atendimento, realizou-se um questionamento para conhecer o conteúdo das alucinações auditivas e os momentos em que elas surgem. T: É uma voz feminina ou masculina? P: Depende, quando estou nervosa é masculina e quando estou triste é feminina T: Você conhece a voz? P: Não T: É de alguém conhecido? P: Não T: Qual a altura da voz? P: Alta e quando ouço vou para o canto e a voz vai diminuindo, depois a voz começa falar muito forte comigo, daí fico com raiva e procuro algo para me distrair T: É voz de uma pessoa inteligente? P: Não sei T: De onde a voz parece vir? P: Eu ouço como se ela estivesse atrás de mim, a voz vem da sala, cozinha ou janela do meu quarto T: Se é desse lugar que a voz vem, ela ficará mais alta à medida que a gente se aproxima dela? P: Sim, ela vai ficando mais alta, principalmente quando saiu lá para fora de casa. (T=Terapeuta; P= Paciente) Ela a credita totalmente na veracidade das vozes e só chegou a comentar uma vez com uma pessoa próxima sobre elas, pois sente medo que as pessoas achem que ela ficou louca e que tentem interná-la.

O questionário foi um recurso que possibilitou que a paciente percebesse que se trata de uma voz falsa, não existente e que está trazendo prejuízos significativos para sua vida. Essa ferramenta foi capaz de propiciar a flexibilização cognitiva para a paciente para que pudesse enxergar a veracidade das vozes.

No terceiro atendimento, utilizou-se a técnica do questionamento socrático para fazer a paciente refletir que, na verdade, as vozes são parte de um sintoma e que é possível que ela tenha controle sobre elas. O questionamento se baseava nas seguintes perguntas: T: Quais evidências comprovam que essa voz é verdadeira? P: ela é muito forte e fica falando no ouvido, dando uma sensação ruim T: Quais evidências apontam que essas vozes não são verdadeiras? P: não tenho nenhuma evidência contra a voz T: Por que a voz se intensifica? P: quando fico triste e nervosa, pensando em alguma situação ruim, a voz se intensifica T: Como você acha que outra pessoa reagiria nessa mesma situação? P: tenho o exemplo do amigo do meu pai que ouviu vozes e tentou se matar na minha casa, fiquei muito assustada T: Como você aconselharia alguém nessa situação? P: falando para a pessoa focar em outras coisas T: Qual o pensa-

*mento alternativo? P: não tenho T: Essa voz te ajuda ou atrapalha? P: atrapalha T: Qual o efeito de acreditar que essa voz não é verdadeira? P: não ficar tento sentimentos ruins como tenho T: O que essa voz significa para você? P: significa minha insegurança e solidão T: A situação problema pode ser mudada? Como? P: sim, fazendo como eu que quando começo a pensar em algo ruim já tento me distrair com o vídeo game, vendo séries e até saindo para andar na avenida. Além disso, trabalhou-se em sessão a questão de ajudar as pessoas próximas, pois, na maioria das vezes, a paciente se deixa em segundo plano para agradar os outros e se sentir útil. Nesse momento, foi realizado um levantamento de quais atitudes seriam positivas para ela ajudar as pessoas e quais ela não poderia ter diante dessa situação e, ademais, foi feita uma lista do que a paciente fazia antes que lhe dava prazer e agora não faz mais.*

O questionamento socrático foi uma intervenção que trouxe muitos efeitos positivos, pois acarretou diversas formas de reflexão e, como consequência, A. começou a enxergar a voz apenas como um sintoma e que poderia ser aliviada através de um tratamento adequado.

Por fim, no último atendimento, foi explicado para A. que ao longo das sessões foram apresentados alguns recursos para ela não se sentir desamparada e abandonada, e que o ideal seria procurar o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) mais próximo de sua casa para dar continuidade a o tratamento. Além disso, foi dado um *feedback* sobre ela ter conseguido recursos para lidar com as vozes ao longo das sessões e solicitado um *feedback* da paciente P: *foi muito produtivo e me ajudou a me entender e enxergar a situação em que fico triste ou alegre.* Essa reflexão teve o intuito de proporcionar à paciente a possibilidade de enxergar que, ao longo dos quatro atendimentos, ela pode aprender alguns recursos para ser sua própria terapeuta, como identificar pensamentos, emoções e comportamentos, além de conseguir meios de lidar com as situações estressantes para que não se sinta desamparada e abandonada. Além disso, ela também se conscientizou sobre a importância de procurar o CAPS e dar continuidade ao tratamento.

Ao longo das sessões A. passou a identificar os gatilhos emocionais que antecediam as alucinações auditivas. Nesse caso, as vozes vinham quando ela era exposta a alguma situação estressante ou quando acontecia algo que a deixava triste. Com a psicoterapia, a paciente passou a desenvolver algumas estratégias compensatórias funcionais como: sair para caminhar, conversar com alguém, jogar vídeo game, ver séries, fazer desenhos ou buscar se distrair com alguma atividade prazerosa a fim de evitar o surgimento das vozes. Essa estratégia foi extremamente positiva e trouxe ótimos resultados para o tratamento.

Vale ressaltar que buscar evidências contra e a favor da crença central é uma ferramenta totalmente eficaz. Essa técnica tem o objetivo de desenvolver um pensamento mais realista e ressignificar a percepção do sujeito sobre as alucinações auditivas (NICOLETTI; DONADON, 2019).

Nota-se que a psicologia clínica demanda um novo olhar, no qual o plantão psicológico constitui-se como uma prática da contemporaneidade, promovendo uma abertura para o novo e oferecendo um ambiente de escuta para alguém que necessita no exato momento de seu sofrimento. Sendo assim, o plantão, ao oferecer esse espaço, promove novos significados as experiências do indivíduo, estando sempre à disposição quando ele precisar (REBOUÇAS; DUTRA, 2010). O ambiente acolhedor do plantão psicológico propiciou para a paciente falar sobre sua demanda e, além disso, ao longo das sessões, conseguir desenvolver estratégias para a resolução dos problemas e a flexibilização de alguns pensamentos disfuncionais, através do questionamento socrático, que a paciente apresentava.

É de extrema importância o vínculo entre paciente e terapeuta, pois fazendo o uso adequado das técnicas associadas a empatia, irá ter um resultado mais eficaz aos sintomas. Sendo assim, o vínculo deve ser estabelecido desde as primeiras sessões, sendo que, é por meio deste vínculo que o paciente irá construir e modificar alguns comportamentos disfuncionais, tendo como consequência uma melhor qualidade de vida (FABRO; GUISSO, 2016).

A aliança terapêutica tem sido um papel extremamente importante nos processos psicoterapêuticos, pois irá criar uma relação parecida com o de uma mãe e um bebê que acolhe o sofrimento e tenta direcionar para um novo significado daquela experiência, desenvolvendo algo diferente para o paciente. Dessa forma, o paciente produzirá com o terapeuta um novo modelo de relação, que tem como objetivo no processo clínico ser uma nova vivência para o indivíduo. É essencial que o terapeuta esteja disponível para escutar, acolher e engajá-lo nessa relação (GEREMIA et al., 2016). O vínculo terapêutico possibilitou que a paciente conseguisse confiar nas estagiárias e adquirir novos significados para suas experiências, desenvolvendo conhecimento sobre seus sentimentos e pensamentos, além de estratégias para desfocar o sofrimento.

Portanto, o trabalho em conjunto entre a supervisora, as estagiárias e a paciente foram essenciais para o bom andamento e elaboração das atividades propostas, assim como para a compreensão das demandas da paciente. O atendimento na modalidade de plantão psicológico possibilitou à paciente o aprendizado de estratégias compensatórias funcionais, promovendo insights relaciona-

dos aos gatilhos que antecedem as alucinações auditivas e tendo como consequência a melhora de alguns sintomas.

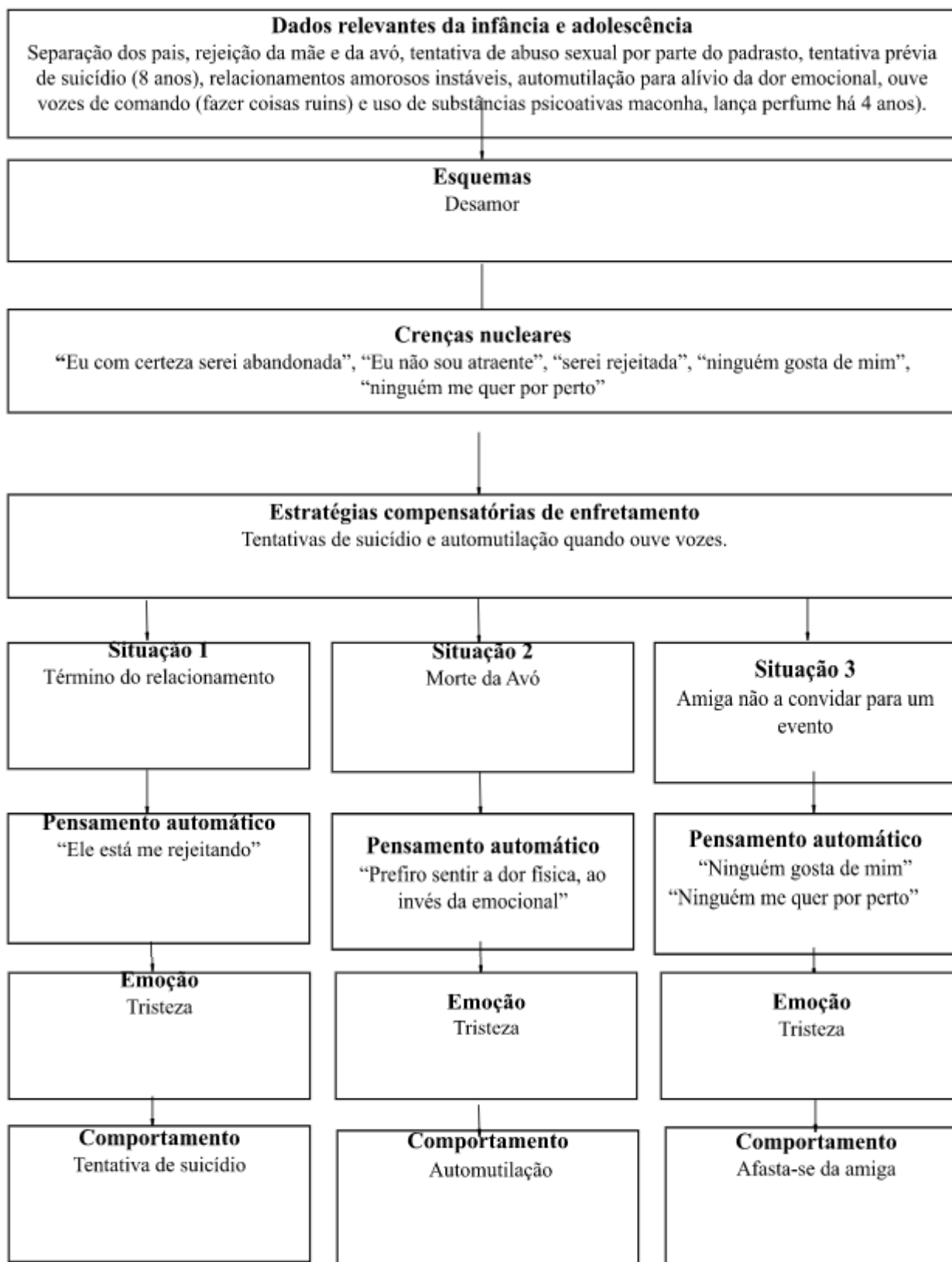


Figura 1: Diagrama de conceitualização cognitiva

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O plantão psicológico é uma ótima alternativa para quem necessita de suporte imediato. No caso do atendimento na abordagem terapia cognitivo-comportamental, irá abranger diversas técnicas com o objetivo de desenvolver a flexibilidade cognitiva e o alcance da resolução de problemas de modo breve.

No caso de A., cuja demanda necessitava de um tratamento mais longo, duradouro e de complexa compreensão, foi possível alcançar diversos resultados com o plantão, como: flexibilização de alguns pensamentos disfuncionais, encontrar estratégias mais funcionais para lidar com situações aversivas e ter estratégias para lidar com a resolução de seus problemas.

Além disso, o vínculo estabelecido entre estagiárias e paciente foi de extrema importância para que ela tivesse confiança de contar sobre sua vida e acharem juntas uma melhor solução que se adequasse com as características dela.

A demanda da paciente era algo complexo e delicado que demandava a continuidade do tratamento, sendo solicitado e sugerido que procurasse o CAPS mais próximo de sua casa para que desse uma continuidade no tratamento e tivesse uma melhor qualidade de vida.

Por fim, é visto que, apesar de ser um atendimento breve, o plantão psicológico trouxe benefícios para que a paciente aprendesse um pouco sobre os seus sintomas e também a identificar pensamentos disfuncionais, além de conseguir criar estratégias mais funcionais, demonstrando que o plantão, apesar de ser um atendimento breve, é eficaz para alívio do sofrimento do paciente.

## REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- BARBOSA, F. O.; MACEDO, P. C. M.; SILVEIRA, R. M. C. Depressão e suicídio. **Ver. SBPH**, v. 14, n. 1, p. 233-243. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516=08582011000100013-&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516=08582011000100013-&script=sci_arttext). Acesso em: 07 dez. 2020.
- BECK, S. J. **Terapia cognitivo-comportamental: Teoria e prática**. 2. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- CHAVES, P. B.; HENRIQUES, W. M. Plantão Psicológico: de frente com o inesperado. **Psicologia Argumento**, Paraná, v. 26, n. 53, p. 152, 2008. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargu-mento/article/view/19831/19133>. Acesso em: 23 out. 2020.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução CFP nº 011/2018. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wpcontent/uploads/2018/05/RESOLU%C3%87%C3%83ON%C2%BA-11-DE-11-DE-MAIO-DE-2018.pdf>. Acesso em: 20 out. 2020.
- FABRO, A. C.; GUISSO, L. A relação psicoterapêutica na abordagem gestáltica: caminhos de encontro e crescimento. **Psicologia**. Pt, Florianópolis, p. 1-18, 2016. Disponível em: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1022.pdf>. Acesso em: 1 dez. 2020.
- GEREMIA, L. et al. A aliança terapêutica no paciente diagnosticado com transtorno de personalidade borderline. **Perspectivas em Psicologia**, Uberlândia, v. 20, n. 2, p. 41-42, 2016. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/perspectivasempsicologia/article/download/37214/19662/>. Acesso em: 2 dez. 2020.
- HILLESHEIN, J.; HILLESHEIN, M. A.; FERREIRA, R. L. As contribuições do serviço de plantão psicológico para a formação do psicoterapeuta. **II Fórum Paulista da ACP**, São Pedro, 2008. Disponível em: <https://encontroacp.com.br/material/textos/as-contribuicoes-do-servico-de-plantao-psicologico-para-a-formacao-do-psicoterapeuta/>. Acesso em: 24 out. 2020.
- KNAPP, P. **Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- KNAPP, P.; BECK, A. T. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. **Rev. Bra. Psiquiatr.**, Porto Alegre, v. 30, S54-64, 2008. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151644462008000600002&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151644462008000600002&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 04 nov. 2020.
- MACHADO, N. et al. Transtorno depressivo maior: avaliação da aptidão motora e da atenção. **J. bras. Psiquiatr.** Santa Catarina, v. 58, n. 3, p. 176, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v58n3/06.pdf>. Acesso em: 4 dez. 2020.
- MATOS, A. C. S.; OLIVEIRA, I. R. Terapia cognitivo-comportamental da depressão: relato de caso. *Revista de ciências médicas e biológicas*. Salvador, 2013. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1516=44462008000600004-&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1516=44462008000600004-&script=sci_arttext). Acesso em: 02 nov. 2020.



NICOLETTI, E. A.; DONADON, A. F. **Ciclos de manutenção em terapia cognitivo-comportamental:** Formulação de caso, plano de tratamento e intervenções específicas. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10.** Porto Alegre: Artmed, 1993.

RANGÉ, B. **Psicoterapias cognitivo-comportamentais:** Um diálogo com a psiquiatria. 2. ed. São Paulo: Artmed, 2011.

REBOUÇAS, M. S. S.; DUTRA, E. Plantão Psicológico: uma prática clínica da contemporaneidade. **Revista da Abordagem Gestaltica: Phenomenological Studies**, Goiânia, v. 16, n. 1, p. 22-25. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3577/357735613004.pdf>. Acesso em: 23 out. 2020.

RODRIGUES, C. G.; TAVARES, M. A. Psicoterapia online: demanda crescente e sugestões para regulamentação. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 21, n. 4, p. 735-744, 2016. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/29658>. Acesso em: 04 nov. 2020.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.; RUIZ, P. **Compêndio de Psiquiatria:** Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

SIEGMUND, G.; LISBOA, C. Orientação Psicológica On-line: Percepção dos Profissionais sobre a Relação com os Clientes. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Rio Grande do Sul, v. 35, n. 1, p. 170-171, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pcp/v35n1/1414-9893-pcp-35-01-00168.pdf>. Acesso em: 3 nov. 2020.

SILVA, A. B. B. **Mentes que amam demais:** O jeito borderline de ser. 2. ed. Rio de Janeiro: Principium, 2018.

VIEIRA, E. M.; BORIS, G. D. J. B. O plantão psicológico como possibilidade de interlocução da psicologia clínica com as políticas públicas. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 893, 2012. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4518/451844639010.pdf>. Acesso em: 3 nov. 2020.

## CURRÍCULO

\* Psicóloga

\*\* Psicóloga

\*\*\* Psicóloga, Mestre e Doutora em ciências pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo  
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-0759-3879>  
Currículo lattes: <http://lattes.cnpq.br/8553808669566010>