

CARACTERIZAÇÃO DA DEMANDA DE ATENDIMENTO PSICOLÓGICO NA PANDEMIA

CHARACTERIZATION OF THE DEMAND FOR PSYCHOLOGICAL CARE IN THE PANDEMIC

CARACTERIZACIÓN DE LA DEMANDA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN LA PANDEMIA

Samanta Benzi Meneghelli

*(Mestrado Profissional em Práticas Institucionais em Saúde Mental
Universidade Paulista – UNIP, Brasil)
samanta.meg@hotmail.com*

Ana Paula Parada

*(Mestrado Profissional em Práticas Institucionais em Saúde Mental
Universidade Paulista – UNIP, Brasil)
ana.parada@docente.unip.br*

Recebido: 29/01/2024

Aprovado: 29/01/2024

RESUMO

Caracterizar a demanda de atendimento psicológico e compreender a experiência dos profissionais que atuaram na pandemia do COVID-19, em uma plataforma de atendimento psicológico on-line. Realizou-se uma análise documental e entrevista semiestruturada com 20 psicólogos que atuaram no mínimo 6 meses na plataforma entre mar/2020 à dez/2022, em que foram atendidos um total 15.963 pacientes. Dentre as demandas, prevaleceram ideação suicida com planejamento, ansiedade e depressão. O perfil prevalente dos pacientes atendidos na pandemia corresponde à literatura, em períodos não pandêmicos, bem como a prevalência de sintomas ansiosos e depressivos. Porém, destacou o surgimento do alto número de pacientes com ideação suicida, o que sugere um agravamento dos transtornos mentais, despertado pela pandemia, além de uma dificuldade comum aos entrevistados, relacionada a clareza dos critérios clínicos utilizados para determinação da gravidade dos casos. Os psicólogos apontaram dificuldades no manejo destes casos graves, intensificados pelo impacto emocional pandêmico também sentido por eles, junto ao despreparo para sua atuação online, as percebendo como limitações. Apesar do despreparo, a alta demanda incitou os profissionais aderirem as especificidades da modalidade. Estes relataram ter buscado aporte teórico e apoio emocional para manterem os recursos internos, cognitivos e emocionais, necessários ao setting terapêutico. Pode-se concluir que os resultados evidenciaram a importância de se refletir sobre os critérios de avaliação clínica utilizados para compreensão da severidade dos casos, sem deixar de considerar os recursos internos dos pacientes relativos à sua capacidade de sofrer, os quais podem ser identificados quando mantida a capacidade de rêverie do profissional.

Palavras-chave: COVID-19. sofrimento emocional. teleterapia. enquadramento em psicologia. manejo psicológico.

ABSTRACT

Characterize the demand for psychological care and understand the experience of professionals who worked during the COVID-19 pandemic, on an online psychological care platform. A document analysis and semi-structured interview were carried out with 20 psychologists who worked at least 6 months on the platform between Mar/2020 and Dec/2022, in which a total of 15,963 patients were served. Among the demands, suicidal ideation with planning, anxiety and depression prevailed. The prevalent profile of patients treated during the pandemic corresponds to the literature, in non-pandemic periods, as well as the prevalence of anxious and depressive symptoms. However, it highlighted the emergence of a high number of patients with suicidal ideation, which suggests a worsening of mental disorders, triggered by the pandemic, in addition to a common difficulty for interviewees, related to the clarity of the clinical criteria used to determine the severity of cases. Psychologists pointed out difficulties in managing these serious cases, intensified by the emotional impact of the pandemic also felt by them, along with their lack of preparation for their online activities, perceiving them as limitations. Despite the lack of preparation, the high demand encouraged professionals to adhere to the specificities of the modality. They reported having sought theoretical support and emotional support to maintain the internal, cognitive and emotional resources necessary for the therapeutic setting. It can be concluded that the results highlighted the importance of reflecting on the clinical assessment criteria used to understand the severity of cases, without forgetting to consider the patients' internal resources related to their capacity to suffer, which can be identified when maintained the professional's ability to reverie.

Keywords: COVID-19; emotional suffering. teletherapy. framework in psychology. psychological management.

RESUMEN

Caracterizar la demanda de atención psicológica y comprender la experiencia de los profesionales que trabajaron durante la pandemia de COVID-19, en una plataforma de atención psicológica en línea. Se realizó un análisis documental y entrevista semiestructurada a 20 psicólogos que trabajaron al menos 6 meses en la plataforma entre marzo/2020 y diciembre/2022, en los que se atendió un total de 15.963 pacientes. Entre las demandas prevalecieron la ideación suicida con planificación, la ansiedad y la depresión. El perfil prevalente de pacientes atendidos durante la pandemia corresponde a la literatura, en periodos no pandémicos, así como la prevalencia de síntomas ansiosos y depresivos. Sin embargo, destacó la aparición de un elevado número de pacientes con ideación suicida, lo que sugiere un empeoramiento de los trastornos mentales, desencadenado por la pandemia, además de una dificultad común para los entrevistados, relacionada con la claridad de los criterios clínicos utilizados para determinar la gravedad de los casos. Los psicólogos señalaron las dificultades para gestionar estos casos graves, intensificadas por el impacto emocional de la pandemia que también ellos sienten, junto con su falta de preparación para sus actividades en línea, percibiéndolas como limitaciones. A pesar de la falta de preparación, la alta demanda animó a los profesionales a adherirse a las especificidades de la modalidad. Refirieron haber buscado apoyo teórico y apoyo emocional para mantener los recursos internos, cognitivos y emocionales necesarios para el entorno terapéutico. Se puede concluir que los resultados resaltaron la importancia de reflexionar sobre los criterios de evaluación clínica utilizados para comprender la gravedad de los casos, sin olvidar considerar los recursos internos de los pacientes relacionados con su capacidad de sufrir, los cuales pueden identificarse cuando se mantiene la capacidad del profesional. a ensueño.

Palabras-clave: COVID-19. sufrimiento emocional. teleterapia. marco en psicología. manejo psicológico.

Introdução: Reflexões sobre o contexto pandêmico e saúde pública brasileira

O primeiro caso da doença COVID-19 foi registrado na cidade de São Paulo, em 26 de fevereiro de 2020 (Ministério da Saúde, 2020), e posteriormente foi reconhecido pela Organização Mundial da Saúde [OMS] em 11 de março de 2020 como uma pandemia (Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública [COE], 2020).

Em definição, a COVID-19 é uma doença respiratória infectocontagiosa causada pelo vírus SARS-CoV-2, com sintomas comuns como tosse seca, febre, cansaço e perda de paladar e/ou olfato, entre outros (Who, n.d). O espectro clínico varia desde manifestação assintomática/resfriado até uma pneumonia grave (Lima, 2020).

Devido à alta demanda de infectados que necessitaram de internações, houve uma sobrecarga nos serviços de saúde, agravados pela falta de investimento na estrutura física, treinamento de equipes, a falta de respiradores para o tratamento e equipamentos de segurança para os profissionais (Lacaz et al., 2019; Romero & Delduque, 2017; The Lancet, 2020), o que ocasionou a propagação e milhões de infecções, hospitalizações e mortes.

A estratégia adquirida pela Organização Mundial da Saúde, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária e Conselho Federal de Química (Câmara Municipal de São Paulo, n.d.), consistiu na redução dos impactos pandêmicos na tentativa de diminuição de picos de contaminação e da taxa de mortalidade, por meio de estratégias que incluíram isolamento social, distanciamento físico e quarentena, além de medidas preventivas como higiene pessoal e uso de máscaras.

A pandemia se configurou como uma crise provocada pela ruptura no tecido social, com a quebra do mundo presumido, representando a incerteza das concepções e modelos construídos internamente em forma de orientação, controle e segurança da vida. Pelo fato de ser repentina e inesperada, não houve uma ideia sobre o que se era, tampouco de como o mundo estava (Parkes, 1998).

Nesse sentido, a saúde mental, social e econômica sofreu mudanças significativas. O uso de tecnologias se expandiu, assim como problemas de saúde decorrentes de mudanças nos hábitos alimentares e estilo de vida, com a diminuição da prática de atividade física, aumento do tabagismo, do consumo de bebidas alcoólicas, na constatação de piora de hábitos comportamentais que expõe os sujeitos a outros riscos ao longo da pandemia, favorecendo adoecimentos ou intensificação de sofrimentos físicos/mentais já preexistentes (Malta et al., 2020).

Os dados epidemiológicos e os estudos clínicos evidenciam que a saúde experimentou uma grave crise humanitária, econômica e de fator de vulnerabilidades, exacerbando a violência, pobreza e desigualdade social, configurando uma desproteção social e piora do bem-estar populacional (Castro, 2020). Pacientes com transtornos mentais e ideação suicida ficaram desamparados diante da falta de estratégia em gerenciamento de crises pelas redes locais de saúde, o que implicou no agravamento de casos e no aumento da suscetibilidade de toda a população ao desenvolvimento de quadros psicopatológicos (Shigemura et al., 2020), evidenciando que os agravos a saúde não se restringem ao sistema respiratório, compondo uma patologia grave, altamente letal e de ordem multissistêmica (Greve et al., 2020).

Os dados estimados é de que quase metade da população mundial desenvolva alguma patologia de ordem mental, favorecido pela dimensão da epidemia, do estado de vulnerabilidade social e das estratégias e ações governamentais na disposição de cuidado emocional (Fundação Oswaldo Cruz, 2020).

A falta de coordenação entre a esfera da união, estado e município foi escassa, com falta de políticas públicas eficazes, controle nos sistemas de saúde e na contenção da progressão acelerada dos infectados, por meio de políticas de preservação de renda, superação das condições de subdesenvolvimento, em valorização a vida, ao cuidado, a democracia e garantias sociais que foram ameaçadas (Carvalho et al., 2020 na imprensa).

A vigência de uma política ultraneoliberalista e negacionista, repercutiu em graves implicações, relacionados a uma postura de minimização da gravidade do COVID-19, ignorando as medidas sanitárias de contenção, com a promoção do misticismo da imunidade e da cura, o uso de medicações não comprovadas cientificamente, enfraquecendo a adesão as ações de controle como o distanciamento social, pela crença na “imunização de rebanho” e naturalização da morte (Calil, 2021).

O resultado direto foi o atraso nas campanhas de vacinação, o aumento na propagação do vírus e a emergência de novas variantes (Castro, 2020), disseminadas em fake news, ao qual ocorreu a redução da consciência social, aumentando o medo, provocando pânico e insegurança na população (Galhardi et al., 2020). Em conjunto com a necropolítica e o neoliberalismo, como fontes estratégicas governamentais que desassistiram os vulneráveis, açotando o sofrimento social, frente a banalização da morte (Seixas, 2020; Sousa, 2021).

Em reflexos, o desmonte e o desmantelamento do Sistema Único de Saúde [SUS], que sofreu com as múltiplas ações, metas e projetos contrários ao pacto do SUS, que objetiva otimizar e aprimorar o serviço (Reis et al., 2006). Dentre essas, a instauração da Proposta de Emenda Constitucional [PEC] nº 95 (2016), para o congelamento de gastos públicos com o sufocamento dos serviços de saúde, que sofre com seu subfinanciamento e a precariedade de ordem estrutural, instrumental e profissional. Além disso, mudanças na Política Nacional de Saúde Mental [PNSM], pelo Ministério da Saúde, intitulada a “Nova Política de Saúde Mental” através da Nota técnica nº 11 (Ministério da Saúde, 2019), representaram um retrocesso aos paradigmas manicomiais com enfoque hospitalocêntrico, ignorando a Lei nº 10.216 (2001), configurando uma contrarreforma psiquiátrica (Lima, 2019).

Para enfrentar esses desafios, foram necessárias o poder do povo na participação do coletivo, enquanto atores sociais na resistência para desalienação contra as artimanhas políticas, o que implicou no empenho e na continuidade dos cuidados a saúde pelos profissionais, mesmo em circunstâncias de angústias e incertezas; a universidade, como espaço amplificador de debates e informações sociais científicas, e ao SUS, apesar do subfinanciamento e da sua desvalorização, ter lutado contra o COVID-19, não esmorecendo na sua missão, visto a importância dessas instância na superação dos obstáculos da saúde pública (Hallal, 2020).

A evolução da tecnologia como ferramentas de cuidado a saúde mental: principais marcos

A origem da internet remonta ao contexto da Guerra Fria na década de 1960, um período caracterizado por um intenso apoio popular e governamental ao investimento em ciência e tecnologia avançadas, que se intensificou principalmente após o desafio apresentado pelo programa espacial soviético, o qual representava uma ameaça à segurança nacional dos Estados Unidos.

A internet não é um caso isolado na história da inovação tecnológica, que geralmente está associada à guerra, por exemplo, o esforço científico e de engenharia realizado durante a Segunda Guerra Mundial, que foi fundamental para o desenvolvimento da revolução da microeletrônica, assim como a corrida armamentista durante a Guerra Fria, que facilitou ainda mais o avanço tecnológico. Nesse contexto, surgiu a Arpanet, criada como uma plataforma robusta para a transmissão de dados militares sigilosos e para a interconexão de departamentos de pesquisa em todo os Estados Unidos. No entanto, a Arpanet tornou-se obsoleta a partir de fevereiro de 1990, e o acesso à rede foi aberto aos cientistas, por meio da National Science Foundation, ampliando gradualmente o acesso em larga escala com o surgimento da *World Wide Web* (Castells, 2003).

Assim, no decorrer do tempo, a evolução tecnológica e as ferramentas mediadoras da conectividade passaram por transformações significativas. Paralelamente, o propósito e o impacto da internet também se modificaram, consolidando-se como um poderoso meio de comunicação que influenciou a subjetividade humana (Souza et al., 2020).

O uso da tecnologia nos cuidados em saúde mental é um dos componentes, e que foram impulsionados por marcos significativos que moldaram essa modalidade, sendo esses:

1. *Início da Internet e Experimentos em Psicoterapia on-line*: O germe do atendimento psicológico on-line teve início na década de 1960, mesmo antes da existência da internet como a conhecemos atualmente. Nesse período, experimentos de psicoterapia foram conduzidos utilizando programas de computador na intenção de substituírem psicoterapeutas humanos em certos contextos. Em 1966, isso pode ocorrer novamente com o famoso aplicativo de computador denominado "ELIZA", ao qual foi desenvolvido pelo Instituto de Tecnologia de Massachusetts [MIT], que simulava um terapeuta rogeriano. Esses programas simulavam terapeutas e respondiam a perguntas, estabelecendo os primeiros passos na direção do atendimento on-line (Green, 2004).

2. *Evolução dos aplicativos de terapia on-line*: Em 1969, houve a demonstração da comunicação entre computadores da Universidade da Califórnia em Los Angeles [UCLA] e Stanford, o que marcou o início do desenvolvimento da internet atual, em que após 3 anos, os computadores das mesmas universidades simularam uma sessão de psicoterapia durante a Conferência Internacional sobre Comunicação de Computadores em outubro de 1972, explorando o potencial dessa nova tecnologia no campo da saúde mental (Ainsworth, 2002).

3. *Fóruns Anônimos e Suporte On-line*: No final da década de 1980 e início da década de 1990, fóruns on-line anônimos como o "Dear Uncle Ezra" da Universidade de Cornell desempenharam um papel crucial ao oferecer suporte psicológico. Esses fóruns inspiraram a criação de serviços semelhantes, como o "Ask Ralphie" da Universidade do Colorado Boulder e o "Go Ask Alice" da Universidade de Columbia (Vernon, 2003; The Cornell Daily Sun, 2012).

4. *Expansão da Internet no Brasil*: A internet foi inserida de modo restritivo para a comunicação científica e tecnológica, através da criação da Rede Nacional de Ensino e Pesquisa em 1989, como a primeira infraestrutura com objetivo de formulação de uma rede nacional de internet, para intercâmbio da comunidade acadêmica e disseminação da rede, proposta do Ministério da Ciência e Tecnologia [MCT], tendo abertura comercial apenas em 1995 (Rede Nacional de Ensino e Pesquisa [RNP], 2020; Cunha & McCarthy, 2005). Desde 1990, com a alavancada da informatização e acessibilidade a computador em países subdesenvolvidos economicamente, programas de inclusão digital foram necessários para ampliar a conexão, sendo no Brasil em 2000, na cidade de Curitiba, em que ocorreu a primeira inclusão de ponto de acesso à internet em uma biblioteca pública (Dias, 2011). Assim, as Tecnologias da Informação e Comunicação [TICs] avançaram, compreendidas por Morigi e Pavan (2004), como impactantes das relações humanas, permitindo novas formas de comunicação para além do presencial, mediadas por diferentes recursos tecnológicos independentes de tempo e espaço definidos.

5. *Telessaúde e Programas de Educação em Saúde*: Em 2005, a Rede Nacional de Ensino e Pesquisa [RNP] criou a Rede Universitária de Telemedicina [RUTE/RNP], introduzindo o conceito de telessaúde. Essa iniciativa permitiu a troca de informações médicas e a educação em saúde por meio da tecnologia, expandindo a aplicação das Tecnologias da Informação e Comunicação [TICs] para além do ambiente acadêmico, integrando-se a estratégias de políticas como os programas de educação permanente regionais do Sistema Único de Saúde [SUS] (Silva & Moraes, 2012).

6. *Inserção da Telessaúde no Sistema Único de Saúde [SUS]*: A utilização da Telessaúde no SUS foi formalizada com a Portaria nº 35 de 2007, criando o Programa Nacional de Telessaúde, que tinha como objetivo aprimorar o atendimento de saúde primária, de modo que se expandiu para nove núcleos localizados em diferentes estados do país.

7. *Fortalecimento da Telessaúde no Brasil*: A telessaúde no Brasil ganhou impulso com a Portaria nº 2.546 (2011), em que expandiu o Programa Nacional de Telessaúde para o Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. Esse programa visa fortalecer e ampliar a oferta de educação em saúde para profissionais do SUS, com foco especial nas equipes da Estratégia Saúde da Família [ESF] através dos

Núcleos estaduais, dispendo de Teleconsultoria, Teleducação, Tele diagnóstico e Segunda Opinião Formativa (Rede Nacional de Ensino e Pesquisa [RNP], 2022).

A prática do atendimento psicológico on-line

No exterior, a psicoterapia on-line é difundida há mais de 10 anos, com resultados promissores, compilados pelo estudo de Pieta e Gomes (2014) e Donnamaria e Terzis (2011). Essas pesquisas mencionaram uma série de benefícios, dentre eles está a ampliação da cobertura de atendimento psicológico, a redução das filas de esperas e a conscientização da saúde mental populacional, porém a maior parte das pesquisas são internacionais, evidenciando a escassez de pesquisas nacionais sobre o tema.

Já no Brasil, em contraste com a consolidação da modalidade de atendimento on-line no exterior, a prática ainda é incipiente. No entanto, os dados demonstraram que os atendimentos mediados pelas TICs já estavam em crescimento, o qual se intensificou pela emergência a saúde na pandemia (Viana, 2020), em que foi necessário a transformação dos meios e métodos de cuidado com a transição para a modalidade on-line (Almondes & Teodoro, 2021).

Outro ponto, implica também considerar as críticas sobre o modelo já explorados pela literatura, que se concentra na perda do contato pessoal, aumento da resistência terapêutica, questões éticas e as dificuldades no trabalho quando em manejo emergencial (Siegmond & Lisboa, 2015). Dessa forma, o espectro dos impactos positivo/negativo e considerações acerca das potencias/limites, precisam ser ampliados, não apenas enquanto indicação ou contraindicação, mas considerando as diversas mudanças e o desenvolvimento da prática, permitindo que o fator historicossocial seja absorvido e transmutado junto à técnica, como no enquadre acerca do setting, o contrato terapêutico, as modalidades de atendimento on-line (síncrono ou assíncrono), grupal ou individual, visando acessibilidade e continuidade de serviços de saúde mental, no aspecto da prevenção, promoção e intervenção de saúde, pautada em um movimento dialético.

Nessa perspectiva, foi realizado um estudo longitudinal acerca da temática, através de um levantamento de estudos, guias e linhas de orientações internacionais como *American Psychological Association* [APA]; *International Society for Mental Health Online* [ISMHO] e *Consiglio Nazionale Ordine Psicologi* [CNOP], para a prática on-line, com o desenvolvimento de 4 domínios norteadores a partir dos resultados encontrados na pesquisa de Antúnez e Silva (2021), em que dispomos das informações de um modo estrutural, servindo como um guia reflexivo dos cuidados necessários:

1º DOMÍNIO ÉTICO: Domínio primordial, que atravessa todos os outros domínios, reafirmando da importância normativa, através da abrangência da Telessaúde. No caso da Psicologia, o Código de Ética do Psicólogo, tem como objetivo garantir a adequada postura e o estabelecimento da relação do profissional com os seus pares, assegurando uma conduta que legitime valores como a Declaração dos Direitos Humanos e que considere a realidade sociocultural. Existiram várias resoluções acerca dessa temática, mas sua legalização efetiva é recente, através da resolução nº 11/2018 (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2018), possibilitando a prática dos Psicólogos de modo remoto, mediante registro profissional ativo e cadastro na plataforma e-Psi.

Quando no período da pandemia, o CFP alterou alguns artigos da resolução, lançando uma nova resolução de nº 04/2020 (CFP, 2020), sobre as condições da prestação de serviços remotos nesse período, possibilitando os atendimentos a pessoas e grupos em situação de urgência e emergência, vítimas de desastres ou que estivessem em situação de violação de direitos ou de violência, ao qual anteriormente deveriam ser encaminhadas para o atendimento presencial.

A partir disso, deve-se considerar para a prática do atendimento on-line:

- 1) *Competência profissional de formação e aprimoramento*: São exigências necessárias para o domínio de ferramentas, para que em situações emergenciais e de imprevistos, o profissional esteja apto a ter a melhor decisão, sempre estando atualizado através de formações e trocas profissionais.
- 2) *Conhecer a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais [LGPD] (2018)*: É essencial o conhecimento da lei que regulamenta os direitos e deveres dos usuários da internet no seu país ou região que possuem suas próprias regulamentações. No Brasil é a LGPD (2018), e oferece substrato para o tratamento dos dados sensíveis do paciente, como: os dados pessoais, raça, etnia, opinião política, convicção religiosa ou filosófica e dados de saúde.
- 3) *A escolha da modalidade e da ferramenta mais adequada ao trabalho*: estar ciente de quais são as modalidades de atendimento e ferramentas disponíveis e autorizadas para a atuação on-line possibilitará uma escolha ética (ex: Presencial/On-line; Síncrono/Assíncrono/Híbrido). Um exemplo, é a modalidade de atendimento psicológico on-line em situações de urgência, emergência, desastres e violação de direitos humanos em que era vedado, até a Portaria 04/2020 possibilitar tal intervenção. Essas informações, podem ser apreendidas através das resoluções, portarias, guias, materiais e orientações profissionais disponíveis pelo CFP, possibilitando mapear os riscos e benefícios da intervenção como um todo de modo contínuo, assim como estabelecer qual o alcance do trabalho pela categoria, mediante a oferta do serviço através das TICs, para que seja possível a garantia de tais preceitos éticos.
- 4) *Características para escolha do ambiente de trabalho*: O ambiente deve ser silencioso, bem iluminado, confortável, de modo a preservar a privacidade, o sigilo e a confidencialidade, com limites bem preservados e livres de possíveis interrupções, garantindo a qualidade da imagem e áudio. Bem como, considerar a impossibilidade da garantia total da segurança dos dados coletados.
- 5) *Realize um termo de ciência com o paciente*: O profissional deve ter o domínio sobre os passos anteriores, dominando o serviço que está oferecendo, de modo a informar de modo claro sobre as especificidades do on-line, acerca das condições éticas e tecnológicas, dos riscos e benefícios e tornar o atendimento acessível a quem o procura. O termo deve conter: Características do serviço - Modalidade/Armazenamento dos Dados (como serão realizados, quais medidas de segurança em caso de emergência ou procedimento de exclusão dos dados mediante solicitação do paciente/Riscos e Benefícios/Seleção da Plataforma de Atendimento/Alternativa a desconforto a tecnologia; Dados do Profissional - Localização Física/Registro Profissional; Dados do Paciente – Localização Física/Contato de pessoas de confiança geograficamente próximas para situação emergencial, para que sejam orientados e estejam conscientes sobre a escolha de solicitar o atendimento nesse formato.

2º DOMÍNIO TECNOLÓGICO: As tecnologias possuem uma liquidez na evolução, e é dever do profissional que atua com a mediação dessas ferramentas, a formação nesse domínio disposto em:

- 1) *Autoavaliação e avaliação tecnológica do atendimento psicológico*: O profissional necessita verificar os seus equipamentos antes de iniciar a prestação de serviços através das TICs, assim como a capacidade da sua banda larga. Orienta-se possuir 2 provedores de internet caso haja alguma oscilação ou interrupção do serviço, no entanto, considerando a realidade brasileira e os altos custos com internet, sugerimos pelo menos uma segunda opção mais rentável como conexão móvel 5g para casos de problemas técnicos. O que vale também para os eletrônicos utilizados, como computadores cabeados com internet que possuem conexão mais estável, enquanto celulares em conexão móvel ou Wi-Fi possuem maiores oscilações na rede, sendo preferível a seleção de um computador/notebook para realização das sessões, bem como possuir um outro equipamento como plano alternativo, para caso ocorra algum problema técnico. Complementarmente, a avaliação tecnológica do atendimento também precisa alcançar os recursos do paciente, que deve ser investigado quanto ao seu suporte de conectividade e habilidades com a tecnologia. Caso haja dificuldades de manejo ou precariedade nos aparelhos utilizados em ambas partes, isso interferirá o contato, e conseqüentemente o tratamento, sendo desaconselhável o início do tratamento nessas ocasiões.

- 2) *Escolha da ferramenta tecnológica adequada*: A seleção da melhor ferramenta para realizar o atendimento de saúde, precisa ser questionada quanto:
- *Termos de uso*: Informará a respeito do uso dos dados, e como o aplicativo irá coletar as informações e utilizá-la, como por exemplo para a publicidade.
 - *Segurança da informação*: Como os dados sensíveis serão cuidados:
 - *Armazenamento dos dados do atendimento*: Desenhos, fotos, uma avaliação psicológica, prontuários, roteiros, questionários, como serão destruídos em caso de emergência ou se a pessoa solicitar mediante aos dados sensíveis (LGPD, 2018).
 - *Senhas e Criptografia*: O cuidado de orientar acerca de senhas intransferíveis e sua criptografia ao paciente, fortalecendo as medidas de segurança.
 - *Veiculação da informação*: Compreender quais são os sigilos estabelecidos das TICs: Ponta a Ponta; Duplo fator de autenticação; Programa de autenticação.
 - *Modalidade de atendimento (Síncrono/Assíncrono/Híbrido)*: Deve ser selecionada com base no domínio ético, através de práticas que tenham respaldo teórico e eficácia comprovada, exemplos de intervenções na área da Psicologia: fóruns com ou sem terapeutas; grupos com número maior e menor de participantes; atendimento individual, etc.
 - *Síncrono*: ao vivo, videochamadas, jogos virtuais, etc.;
 - *Assíncronas*: e-mail; mensagem de texto ou voz; fórum de prevenção e orientação, etc./ Ex.: A possibilidade de ativar mensagens temporárias caso o contato seja por mensagem de texto, para não gravar histórico da conversa.

3º *DOMINIO CLÍNICO*: A partir dessa categoria, não se contempla mais telessaúde, mas adentra o campo estritamente da telepsicologia.

- 1) *Adequação, postura e treino*: A compreensão sobre atendimento psicológico on-line, acerca dos impactos negativos, limites, a partir dos estudos e registros acadêmicos. A habilidade e a relação do profissional com o universo tecnológico.
- 2) *Identidade do profissional*: A construção de uma persona do profissional, está atrelado as motivações para o atendimento on-line, impressões da ferramenta, se faz sentido a prática a partir do que se atende e busca oferecer, explorando as relações do profissional com o universo tecnológico, assim como o aspecto pessoal, para definir os conceitos sobre sua percepção e potência interventiva.
- 3) *Motivações do paciente para o atendimento on-line*: Buscar compreender o que embasou a escolha do paciente na busca dessa modalidade de atendimento ao invés de um atendimento presencial.
- 4) *Avaliações contínuas*: O profissional deve estar atento a todas as mudanças manifestadas no atendimento, compreendidos em um:

Plano terapêutico (avaliação do ambiente/avaliação subjetiva).

Uso: Como impacta a inserção da internet na vida do paciente e os impactos percebidos com o trabalho terapêutico on-line, por exemplo, se ampliou a forma de se relacionar com a internet para além de entretenimento, constituído também como um espaço para o autocuidado.

Ambiente corresponsável: Verificar se o cuidado com o ambiente (vide domínio ética) está preservado. A corresponsabilidade no atendimento on-line precisa estar clara para o paciente, pois o mesmo interfere com seus elementos internos, como crenças, pensamentos e peculiaridades que um presencial não existiria.

Avaliação do ambiente/setting: Avaliação contínua do profissional no atendimento on-line é essencial, a fim de observar os aspectos que participam da dimensão do atendimento, como questões de saúde física e emocional, cultural, crise social, ambiental e subjetiva, que precisam ser analisadas, e que podem ser compreendidas através do setting.

Mudanças físicas e subjetivas: Como o tratamento modificou aspectos externos como aparência e internos como os modos de ser e se relacionar. Se houve prejuízos, em que medida, um exemplo fictício, se intensificou quadro de agorafobia e ansiedade ou aumentou sentimentos de solidão; identificar suas potências: possibilitou tratamento em horários mais flexíveis devido ao trabalho; economizou em tempo e finanças. Considerando as: Características da personalidade; condições e riscos psicológicos; aspectos de riscos (ex. ideação suicida e presença de armas em casa); vitalidade; aspectos de vida; avaliação física e identificar as novas formas que o corpo está presente na virtualidade.

Em caso de risco psicológico, necessidade de estabelecer um plano emergencial: Considerar a melhor conduta em situações de maior risco, como a quebra do sigilo ou o respeito diante do desejo de não compartilhar com alguém de confiança. Em caso de extremo risco (ex: riscos a vida; agressão), enfatiza-se a importância da supervisão e contato com equipe multiprofissional. Para isso, é preciso ter um maior detalhamento extenso do plano, quanto maior o nível de criticidade do atendimento: quem é a pessoa; as redes de suporte; disponibilidade de locomoção aos serviços de saúde; quais são os recursos que possui; envolvendo o paciente no plano, conscientizando dos riscos e possibilitando ajudá-lo. Tratando-se indispensável ter minimamente um contato para emergência física, e pautado em resolução/diretrizes no on-line para a condução de um socorro na modalidade, sendo uma avaliação que deve estar presente em cada sessão.

4º DOMÍNIO CULTURAL: A autora acrescenta esse domínio que perpassa todos os anteriores, influenciando na qualidade e adesão do tratamento. Pretende compreender qual o modo de viver e significar do paciente, através da regionalidade, valores e determinantes da saúde. Analisando os aspectos subjetivos e coletivo do sofrimento, da eficácia da rede de saúde, e qual a especificidade do atendimento presencial não ter sido a primeira escolha.

Com base nessas considerações, torna-se evidente que poucas plataformas/instituições e até mesmo profissionais autônomos estavam alinhados com os princípios discutidos. Isso não significa que haja um dogma a respeito, mas atuar como profissionais da saúde mental em constante estado de urgência, não proporciona uma conexão com o paciente, essa que não está limitada aos cabos da rede de internet ou ao encontro de corpos pela via da sensorialidade material, mas amparadas na ética que dispõe de um lugar de repouso e protetor, em que a mente do profissional torna-se disponível para enfrentar qualquer evento tempestuoso da relação, construindo um ambiente interno suficientemente bom, em que a maior capacidade e potência real do trabalho, seja on-line ou presencial, não esteja limitado a nível geográfico, e sim a da ligação emocional, para que o processo analítico possa ser transforma(dor).

Método

O estudo adotou uma abordagem metodológica qualitativa exploratória-descritiva, tendo como objetivo geral compreender as dimensões do COVID-19 na experiência emocional e na prática dos profissionais de psicologia no atendimento on-line, através da análise dos alcances e limites e principais demandas psicológicas identificadas.

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, registrado sob o número de parecer 5.501.936, os dados foram coletados.

Foram recrutados a partir de uma plataforma multiprofissional de saúde remota, através da divulgação interna e da técnica “bola de neve”, tendo como critérios de inclusão, serem profissionais da área da Psicologia Clínica, de ambos os sexos, que trabalham ou trabalharam na prestação de atendimento psicológico on-line na instituição por pelo menos 6 meses durante a pandemia do COVID-19.

Participaram 20 profissionais, sendo 17 mulheres e 3 homens, todos com uma média de idade de 32 anos, em que 5 eram recém-formados. Cada indivíduo foi identificado por um código exclusivo para garantia da confidencialidade, através da abreviação de participante (P) junto ao número da entrevista realizadas de 1 até 20.

Os dados foram coletados através de um questionário sociodemográfico, para estabelecer o perfil sociodemográfico e identificação de suas características psicossociais, análise documental para obter o número total de atendimentos e demais dados da clientela atendida e/ou atendimento realizado, como uma técnica exploratória e complementar aos outros instrumentos utilizados (Lüdke & André, 1986) e aplicação de uma entrevista semiestruturada, como um roteiro facilitador para abertura e ampliação na conversação com o sujeito, através de perguntas preestabelecidas, porém com a possibilidade de se discorrer sobre o assunto, possibilitando um aprofundamento adequado do fenômeno estudado (Minayo, 2014), em que foram explorados três enfoques: 1) Percepção da Trajetória Profissional; 2) Percepção da experiência do COVID-19 e 3) Percepção da prática profissional on-line no contexto do COVID-19, realizadas pelo software Skype em no máximo dois encontros, com duração média de 1h30min. cada.

Em seguida, os dados foram analisados, sendo inicialmente o questionário sociodemográfico e análise documental através do recurso de estatística básica (frequência, média e somatória total) para compreender de forma conjunta os dados quanti e qualitativos e a entrevista semiestruturada pelo método da análise temática (Braun & Clarke, 2006), devido à sua adequação aos objetivos do estudo e seu caráter flexível.

Resultados e Discussão

De acordo com os resultados da análise documental, do período de mar/2020 até ago/22 foram atendidas 15.963 pacientes, com maior prevalência no ano de 2021 com crescimento nos meses de julho à dezembro.

O perfil da demanda de atendimento, variou na faixa etária dos 13 aos 98 anos, correspondendo ao gênero em 73,03% feminino com idade média de 32 anos e 26,97% masculino, com 30 anos.

As demandas mais prevalentes foram avaliadas pelos profissionais constituindo: ansiedade, depressão e ideação suicida. Tais dados, corresponderam à literatura em períodos não pandêmicos, em relação a prevalência de sintomas ansiosos e depressivos (Botega & Smaira, 2012; Bruscato, 2006).

Destacou-se então, neste período, o surgimento do alto número de pacientes com ideação suicida, o que sugere um agravamento dos transtornos mentais, despertado pela crise externa e concreta imposta pela pandemia (Shigemura et al., 2020), promovendo a reflexão de qual é a sociedade que estamos vivenciando, com os diversos escancaramentos mencionados acima, mesmo que a pandemia cesse, os efeitos ainda permanecerão na população, profissionais de saúde e pessoas vulneráveis por um longo período (Fiorillo & Gorwood, 2020), tendo sido considerada uma crise sanitária e socioeconômica em desconsideração a crise da saúde mental.

Diante disso, o atendimento psicólogo on-line mostrou-se eficaz com a possibilidade desse cuidado, pelo estabelecimento de vínculo terapêutico e na sua potencialidade como uma alternativa viável (Belo, 2020; Correia et al., 2023), principalmente diante das medidas de contenção, como na ampliação do acesso aos serviços de Psicologia, no reconhecimento da profissão e em trabalhos já existentes, como o Centro de Valorização da Vida [CVV] - contra o suicídio), no qual as vantagens ultrapassaram as desvantagens percebidas, a partir de intervenções que continuaram a promover a saúde (Connolly et al., 2020).

Em contrapartida, desafios técnicos quanto ao despreparo para a atuação on-line foram apontados pelos profissionais.

P15 – [...] eu me sinto despreparada ainda, pra fazer avaliação psicológica, no on-line [...].

P7 – [...] Nas demandas de urgência e emergência. Eu acho que tem a questão da impotência [...].

P6 – [...] chega ali na-na ideação, quando você chega ali na-na automutilação [...] depressão bem forte, acho que é isso que eu consideraria [...].

Aspectos intensificados pelo impacto emocional pandêmico sentido por eles, ao lidar com suas próprias urgências e emergências internas no contexto.

P14 - [...] o medo, eu acho que foi muito, muito marcante! Do tipo, o que vai acontecer? Eu ficava tipo pensando, meu será que eu vou morrer? Duzentas mil pessoas, não é possível, o que que vai acontecer?

P13 – [...] imagina quantas pessoas não ficaram numa situação dessa? Porque tipo assim, eu preciso trabalhar, se não trabalhar não entra o dinheiro. E minhas contas não vão parar de vim. Eu fiquei meio ansioso, comecei a passar lá com a com a Psiquiatra de novo [...]

P20 - Eu não consegui manter a minha qualidade de vida [...] o meu padrão de vida [...] me afetou muito emocionalmente, né? No quesito até de saber quem eu sou, como que eu vivo, então se eu tinha acesso algumas situações antes, eu já não tenho mais, né?

Pontos que refletiram na dificuldade do manejo e da avaliação psicológica dos casos, especialmente da demanda avaliada como grave, as percebendo como limitações de atendimento.

P3 - [...] eu não sei te dizer, se às vezes o que era grave pro paciente eu tava avaliando como grave [...] a gente fica calejado, na pandemia e na (plataforma de atendimento on-line - sigiloso) o calo era muito maior [...] toda hora tinha alguém com muita dor, então tudo era [...] era muito grave [...].

A equação que busca relacionar a quantidade de dor emocional com a gravidade do caso clínico, evidencia uma lacuna na compreensão da dinâmica de tal sofrimento e a qualidade dos recursos do paciente, com a possibilidade de uma avaliação oracular e patologizante (Bion, 1994, 1973).

Isso demonstra, que as situações limites e existenciais continuam a afetar os profissionais de Psicologia, causando angústias e inseguranças a nível emocional, por se responsabilizarem pela vida do paciente, sendo algo comum encontrado em outros trabalhos (Ferracioli & Santos, 2022), principalmente no contexto da pandemia.

Tais desconfortos no manejo clínico, com a percepção de ser um tratamento temido, resulta em encaminhamentos prematuros e relutância em atender o paciente, principalmente para terapeutas em estágios iniciais de suas carreiras (Levi-Belz et al., 2019), que com a intensificação dessas demandas, resultaram em dificuldades na atenção e no cuidado prestado.

P8 – [...] uma temática que assusta é da ideação suicida mesmo [...] não tem como, então nesse sentido, eu acho que eu ainda me sinto um pouco despreparada [...].

É fundamental que o próprio profissional esteja em um estado de acolhimento em relação às suas próprias dificuldades emocionais, permitindo-se assim encontrar-se com as necessidades emocionais do paciente, e que as possa metabolizar (Meneghelli & Balieiro, 2020). Isso contrasta com o enfoque avaliativo baseado em um parecer nosológico generalista, que não leva em consideração a singularidade do sujeito, resultando no empobrecimento do encontro entre a dupla paciente-terapeuta propiciando intervenções saturadas e protocolares.

Esses processos podem ocorrer a partir da construção de um setting mental, que transcende o setting na modalidade on-line ou presencial, centrados no vínculo terapêutico estabelecido. Nesse contexto, o profissional, por meio de sua disponibilidade interna, entra em contato com a dor do paciente, criando um espaço-mente que abrigue o sofrimento e possa ser simbolizado e pensado, em um *holding* (Winnicott, 1971).

É necessário reexaminar a abordagem de avaliação psicológica utilizada, deve-se questionar a resposta emocional como um fator patológico, visto que é natural sentir ansiedade ou inquietude em tempos de incerteza. Ampliando a perspectiva, é importante entender que o sofrimento não é uma doença, mas uma resposta emocional às situações difíceis e parte da condição humana (Whitaker, 2020).

Para isso, critérios de avaliação da gravidade não deve se restringir à mobilização da dor e a intensidade, deve ser identificado os seus significados, o comprometimento na rotina e seus recursos de enfrentamento ao conter a dor e sofrimento, distinguindo de uma outra dinâmica que naquele momento não consiga conter a dor, mas é contido por ela, sendo necessário ampliação das formas de cuidado com o paciente construídos na relação, podendo também incluir mediante as necessidades da dupla, o fortalecimento do cuidado com uma ajuda multiprofissional.

Cada sessão deve ser considerada uma nova oportunidade de avaliação, compreendendo quais são as motivações conscientes ou inconscientes, a capacidade do indivíduo de mobilizar recursos internos e externos para enfrentar os desafios emocionais, a qualidade do vínculo estabelecido no trabalho psicoterápico e com isso os movimentos de transferência e contratransferência, defesas predominantes e resistências, assim como as razões que o levaram a buscar o atendimento, estabelecendo diálogo no tratamento com os aspectos saudáveis da mente, que o levaram a buscar ajuda.

A proposta do processo psicoterapêutico, para além de uma avaliação da gravidade é o cuidar, sendo necessário ofertar um espaço de acolhimento para que qualquer experiência emocional possa ser manifesta. Como complementado por Ferracioli et al. (2019), isso possibilita a criação de recursos para que auxiliem o paciente a lidar com a sua vulnerabilidade, não de forma solitária, mas amparado pelo despertar da crença da valorização da vida apesar da dor, inerente a todo ser humano.

Ao invés de desconectar emocionalmente o paciente através de encaminhamentos, possa estar junto a ele em seu processo de se *perceber* no seu desconforto, o que pode ser obstruído pela urgência de não o sentir, como por exemplo a busca de medicalização psiquiátrica imediata, uso de álcool e outras drogas, compulsões e entre vários outros meios que possam interromper o processo de elaboração caso não possa contar com o acolhimento do outro. No entanto, quando possível esse ambiente, poderá *reconhecer* a existência do que ele sente e o que está contido nele, em um processo de *responsabilização*, ao invés de uma projeção do que sente. A obstrução nesse momento, trata-se de não querer reconhecer, mas saber sobre isso, não sendo possível por ainda não ter sido nomeado, em que se faz necessário reconhecer a existência do desconforto e tolerar a dúvida, e então *respeitar* o que reconheceu, como parte da mente, podendo se responsabilizar como parte de si, abrindo-se a possibilidade de *transformação* (Martino, 2023).

Nesse sentido, a capacidade do profissional em praticar a "rêverie" (Bion, 2021) revelou-se essencial para compreender a confusão interna vivenciada pelo paciente, visto que a Psicologia se constrói na incerteza e na habilidade de tolerar esse espaço confuso, que faz parte da desorganização interna do indivíduo, mas também para se pensar no papel profissional, permitindo assim sua atualização e validação técnica e teórica, a partir da própria continência interna pela ferramenta do afeto.

Uma outra ótica compreendida, é pensar no contexto da pandemia como um modelo clínico, em que as crises emergidas em um setting não decorrem apenas mediante ao impacto concreto do COVID-19. Trata-se do que a relação terapêutica enfrenta para além da pandemia de modo atemporal, visto que o próprio paciente traz para o setting o estado emocional de emergência diante do desconforto do seu sofrimento, assim como o próprio profissional pode estar vivenciando em sua vida crises pessoais, com interferência no trabalho analítico. Para isso, pensar nessas implicações, favorece outro critério avaliativo de caráter psicoterapêutico de que contextos emergenciais/crises não devem ser analisados de modo externo, mas interno, como uma dinâmica da vida em que as mudanças se realizam a partir dessas crises.

Com isso, todos os profissionais a partir da inquietação da práxis promoveu mudanças, seja de modelo de atendimento, estratégia, manejo ou intervenção.

P10 - [...] a Psicologia pode olhar pra isso com olhos de-de ampliação, de técnicas, eu acho que isso foi um marco, muito, muito significativo [...] o alcance que esse trabalho vai tendo, como os serviços eles vão tendo que se reinventar, usar muito da criatividade [...].

A disponibilidade para a (re)invenção da prática clínica, implica na desconstrução das certezas, limites da capacidade terapêutica não só da abordagem terapêutica, mas do atendimento em geral e do papel profissional. No contexto psicanalítico, essas mudanças têm raízes que remontam aos primórdios da psicanálise com Sigmund Freud, e foram impulsionadas por contribuições significativas de outros teóricos. Ferenczi (1992) introduziu o conceito de "elasticidade da técnica", reconhecendo a necessidade de adaptar o método psicanalítico às particularidades de cada caso. Dessa forma, a pandemia pode ser considerada um fator desencadeante, agindo como uma força que estica e rearranja as perspectivas terapêuticas existentes. Entre outros, como Melanie Klein (1997), que contribuiu para a evolução da prática clínica ao enfatizar a importância do atendimento infantil e Winnicott (1999), que ampliou a demanda de atendimento psicanalítico para casos mais graves.

P17 – [...] abertura ao aprendizado... e... é eu vejo, vejo como essa questão assim, de enriquecer repertório, de assim, estudar coisas de Psicologia, mas também estudar coisas de culturas de artes, o Psicólogo precisa estar aberto a adentrar várias realidades assim, não só que ele conhece. Se isso acompanhar ele assim ao longo da sua trajetória profissional, ele vai tá apto, a tá com qualquer pessoa de qualquer lugar, mas precisa de ter uma abertura, pra viver isso assim, pra adentrar um mundo do outro. É o que eu acredito (risos).

O que requer uma ética fundamentada na disposição de enfrentar o traumático que se apresenta na relação terapêutica, que demanda coragem, sensibilidade e uma postura de confronto com o desconhecido, diante do “assombro, inédito e o infinito” (Silva, 2017, p. 86), tal como o inconsciente em sua infinidade, por meio de um ambiente inventivo, no qual o diálogo estabelecido na dupla terapêutica está pautado em um dispositivo analítico do “sentir com” (Barbosa, 2022), em uma atitude de abertura no encontro com a verdade, novo e a transformação.

Considerações Finais

As diversas transformações caleidoscópicas que ocorreram no contexto da pandemia do COVID-19 e que reverberaram globalmente, nos fez questionar como isso impactou a atuação on-line e a experiência emocional dos profissionais de Psicologia. Estes, confrontados não apenas com a dor outro, mas também com suas próprias angústias, enfrentaram um período em que o contato físico adquiriu conotações de perigo iminente, exigindo também uma reconfiguração de suas práticas em meio ao cenário virtual.

Os dados revelaram um aumento significativo na demanda por atendimento psicológico, com um pico em 2021, e uma prevalência de sintomas de ansiedade, depressão e ideação suicida entre os pacientes atendidos. O atendimento psicológico on-line se mostrou eficaz e essencial para fornecer suporte em meio às medidas de contenção, no entanto, os profissionais enfrentaram desafios técnicos e emocionais, incluindo a sobrecarga de trabalho, a sensação de despreparo para avaliação psicológica e manejo de casos graves, como a ideação suicida, identificando como uma limitação do trabalho terapêutico.

No entanto, apesar desse despreparo inicial, a alta demanda por serviços de saúde mental incitou os profissionais a vivenciarem a modalidade on-line e a repensarem a práxis, o que oportunizou o desenvolvimento de uma nova postura profissional e prática fundamentada em novos valores, para o nascimento de um profissional que além da ética, seja criativo e interventivo, que não se enrijece aos saberes já concebidos, ao considerar o afeto um poderoso instrumento.

Referências

Ainsworth, M. (2002). ABC's of "Internet Therapy": e-therapy history and survey. *Metanoia*. <https://metanoia.org/imhs/history.htm>

Almondes, K. M., & Teodoro, M. L. M. (2021). *Terapia on-line* (1ª ed.) Hogrefe.

- Antúnez, A. E., & Silva, N. H. L. P. (2021). *Consultas terapêuticas on-line: na saúde mental* (1ª ed.). Manole.
- Barbosa, C. O. (2022). Expansão de uma Psicanálise inventiva e acessível. In R. D. Martino (Org.), *Psicanálise do acolhimento: sobre a aplicabilidade na prática clínica* (pp. 132-138). Vitrine Literária Editora.
- Belo, F. (2020). *Clínica psicanalítica on-line: breves apontamentos sobre atendimento virtual* (1a. ed). Zagodoni.
- Bion, W. (1973). *Atenção e interpretação: uma aproximação científica à compreensão interna na psicanálise e nos grupos*. Imago.
- Bion, W. (1994). *Estudos psicanalíticos revisados* (3ª ed., W. M. de M. Dantas Trad.). Imago. (Trabalho original publicado em 1967. Título original: Second thoughts).
- Bion, W. (2021). *O aprender com a experiência* (1ª ed., E. H. Sandler Trad.). Blucher. (Trabalho original publicado em 1962).
- Botega, N. J., & Smaira, S. I. (2012). Morbidade psiquiátrica no hospital geral. In N. J. Botega (Org.), *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência* (pp. 31-42). Artmed.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research In Psychology*, 3(2), 77-101, <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Bruscato, W. L. (2006). A psicologia no hospital da misericórdia: um modelo de atuação. In W. L. Bruscato, C. Benedetti, & S. R. A. Lopes (Orgs), *A prática da psicologia hospitalar na Santa Casa de São Paulo: novas páginas em uma antiga história* (Cap 1, pp. 17-31). Casa do Psicólogo.
- Calil, G. G. (2021). A negação da pandemia: reflexões sobre a estratégia bolsonarista. *Serviço Social & Sociedade*, (140), 30–47. <https://doi.org/10.1590/0101-6628.236>
- Câmara Municipal de São Paulo. (n.d.). Informação no combate ao CORONAVÍRUS. Prevenção contra o novo coronavírus. <http://www.saopaulo.sp.leg.br/coronavirus/prevencao-contra-o-novo-coronavirus/>
- Carvalho, L., Pires, L. N., & Xavier, L. de L. (2020). COVID-19 e desigualdade no Brasil. <http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.27014.73282>
- Castells, M. (2003). Lições da história da internet. In M. Castells (Org.), *A galáxia da Internet: reflexões sobre a Internet, os negócios e a sociedade* (1ª ed., pp. 13-33, M. L. X. de A. Borges Trad.). Jorge Zahar Editora.
- Castro, J. A. de. (2020). Proteção social em tempos de Covid-19. *Saúde em Debate*, 44(spe4), 88–99. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E405>
- Centro de operações de Emergência em Saúde Pública. (2020, março). Doença pelo coronavírus 2019: ampliação da vigilância, medidas não farmacológicas e descentralização do diagnóstico laboratorial. *Boletim Epidemiológico*. http://maismedicos.gov.br/images/PDF/2020_03_13_Boletim-Epidemiologico-05.pdf
- Connolly, S. L., Miller, C. J., Lindsay, J. A., & Bauer, M. S. (2020). A systematic review of providers' attitudes toward telemental health via videoconferencing. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 27(2), e12311. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12311>
- Conselho Federal de Psicologia. (2018). *Resolução CFP nº 11 /2018 de 11 de maio de 2018*. <https://atosoficiais.com.br/cfp/resolucao-do-exercicio-profissional-n-11-2018-regulamenta-a->

prestacao-de-servicos-psicologicos-realizados-por-meios-de-tecnologias-da-informacao-e-da-comunicacao-e-revoga-a-resolucao-cfp-n-112012?origin=instituicao

Conselho Federal de Psicologia. (2020). *Resolução CFP nº 04 /20 de 26 de março de 2020*.

Correia, K. C. R., Araújo, J. L. de, Barreto, S. R. V., Bloc, L., Melo, A. K., & Moreira, V. (2023). Saúde mental na universidade: atendimento psicológico online na pandemia da Covid-19. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 43, 1-16, e245664. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003245664>

Cunha, M. B. da, & Mccarthy, C. (2005). Estado atual das bibliotecas digitais no Brasil. In C. H. Marcondes, H. Kuramoto, L. B. Toutain, & L. Sayão (Orgs.), *Bibliotecas digitais: saberes e práticas* (1ª ed., pp. 25-54). IBCT.

Dias, L. R. (2011). Inclusão digital como fator de inclusão social. In M. H. S. Bonilla & N. D. L. Pretto (Orgs.). *Inclusão digital: polêmica contemporânea* (v. 2, pp 61-90). EDUFBA.

Donnamaria, C. P., & Terzis, A. (2011). Experimentando o dispositivo terapêutico de grupo via internet: primeiras considerações de manejo e desafios éticos. *Revista da SPAGESP*, 12(2), 17-26. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702011000200003&lng=pt&tlng=pt.

Ferenczi, S. (1992). Elasticidade da técnica psicanalítica. In S. Ferenczi, *Psicanálise IV*, (pp. 25-36). Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1928).

Ferracioli, N. G. M., Oliveira-Cardoso, É. A. de, Vedana, K. G. G., Pillon, S. C., Miaso, A. I., Souza, J. de, Risk, E. N., Oliveira, W. A. de, Leonidas, C., & Santos, M. A. dos. (2019). Os bastidores psíquicos do suicídio: uma compreensão psicanalítica. *Vínculo*, 16(1), 01-17. <https://dx.doi.org/10.32467/issn.1982-1492v16n1p17-28>

Ferracioli, N., & Santos, M. A. (2022). Manejo online do comportamento suicida na ótica de psicólogas(os) brasileiras(os): primeiras ponderações. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 23(2), 566-573. <https://doi.org/10.15309/22psd230228>

Fiorillo, A., & Gorwood, P. (2020). The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. *European Psychiatry*, 63(1), E32, <http://dx.doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.35>

Fortim, I., & Cosentino, L. A. M. (2007). Serviço de orientação via e-mail: novas considerações. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 27(1), 164–175. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932007000100014>

Fundação Oswaldo Cruz. Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19. (2020). *Cartilha Saúde Mental e Atenção Psicossocial - Recomendações para Gestores*. <https://portalke.fiocruz.br/documento/saude-mental-e-atencao-psicossocialna-pandemia-covid-19-recomendacoes-para-gestore>

Galhardi, C. P., Freire, N. P., Minayo, M. C. de S., & Fagundes, M. C. M. (2020). Fato ou fake? uma análise da desinformação frente à pandemia da Covid-19 no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(suppl 2), 4201–4210. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.2.28922020>

Green, D. (2006). *Ground rules in online psychotherapy*. (Doctoral thesis, Part One, Not published), City, University of London. <https://openaccess.city.ac.uk/id/eprint/8508/>

Greve, J. M. D., Brech, G. C., Quintana, M., Soares, A. L. de S., & Alonso, A. C. (2020). Impacts of Covid-19 on the immune, neuromuscular, and musculoskeletal systems and rehabilitation. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 26(4), 285–288. <https://doi.org/10.1590/1517-869220202604ESP002>

- Hallal, P. C. (2020). Resistência e resiliência em tempos de pandemia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(9), 3342–3342. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.20312020>
- Klein, M. (1997). *A psicanálise de crianças* (L. P. Chaves, Trad.). Imago. (Trabalho original publicado em 1932).
- Lacaz, F. A. de C., Reis, A. A. C. dos, Lourenço, E. Â. de S., Goulart, P. M., & Trapé, C. A. (2019). Movimento da reforma sanitária e movimento sindical da saúde do trabalhador: um desencontro indesejado. *Saúde em Debate*, 43(spe8), 120–132. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S809>
- Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm
- Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). *Diário Oficial da União*. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2018/lei/113709.htm
- Levi-Belz, Y., Barzilay, S., Levy, D., & David, O. (2019). To treat or not to treat: the effect of hypothetical patients' suicidal severity on therapists' willingness to treat. *Archives of Suicide Research*, 24(3), 355-366. <https://doi.org/10.1080/13811118.2019.1632233>
- Lévy, P. (1999). A infra-estrutura técnica do virtual. In P. Lévy (Org.), *Cibercultura* (1ª ed., pp. 29-44, C. I. da Costa Trad.). Editora 34.
- Lévy, P. (2011). *O que é o virtual?*. (2ª ed., P. Neves Trad.). Editora 34.
- Lima, C. M. A. de O. (2020). Information about the new coronavirus disease (COVID-19). *Radiologia Brasileira*, 53(2), V–VI. <https://doi.org/10.1590/0100-3984.2020.53.2e1>
- Lima, R. C. (2019). The rise of the psychiatric counter-reform in Brazil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 29(1), e290101. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290101>
- Lüdke, M., & André, M. E. D. A. (1986). A análise documental. In M. Lüdke & M. E. D. A. André (Orgs.). *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas* (1ª ed., pp. 38-44). Editora Pedagógica e Universitária.
- Malta, D. C., Szwarcwald, C. L., Barros, M. B. de A., Gomes, C. S., Machado, Í. E., Souza Jr, P. R. B. de., Romero, D. E., Lima, M. G., Damascena, G. N., Pina, M. de F., Freitas, M. I. de F., Werneck, A. O., Silva, D. R. P. da., Azevedo, L. O., & Gracie, R. (2020). A pandemia da COVID-19 e as mudanças no estilo de vida dos brasileiros adultos: um estudo transversal, 2020. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 29(4), e2020407. <https://doi.org/10.1590/S1679-49742020000400026>
- Martino, R. D. (2023, Maio 29). *Perceber, reconhecer, respeitar, responsabilizar-se, transformar - Prof. Renato Dias Martino* [Vídeo]. YouTube. <https://youtu.be/EzgWZZ4YXFQ?si=kwqVO8IIb05K9jh->
- Meneghelli, S. B., & Balieiro, M. C. (2020). A escuta da ausência. In V. Fondo, & G. Sironi (Eds.), [Apresentação de trabalho]. *Fronteiras 33º Congresso Latinoamericano de Psicanálise* (1a. ed., Cap. 50, 558-560). Virtual. <http://montevideo2020.fepal.org/#libro>
- Ministério da Saúde. (2019). Nota Técnica Nº 11 de 4 de fevereiro de 2019. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. *Diário Oficial da União*. <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>
- Ministério da Saúde. (2020). Coronavírus: Brasil confirma primeiro caso da doença. *Sistema Universidade Aberta do SUS*. <https://www.unasus.gov.br/noticia/coronavirus-brasilconfirma-primeiro-caso-da-doenca>

Minayo, M. C. S. (2014). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. (14ª ed.). Hucitec.

Morigi, V. J., & Pavan, C. (2004). Tecnologias de informação e comunicação: novas sociabilidades nas bibliotecas universitárias. *Ciência da Informação*, 33(1), 117–125. <https://doi.org/10.1590/S0100-19652004000100014>

Ong, W. J. (2002). Writing is a technology . In W. J. Ong (Org.), *Orality & literacy: orality & literacy the technologizing of the word* (1ª ed., pp. 80-82). Routledge.

Parkes, C. M. (1998). Obtendo uma nova identidade. In C. M. Parkes. *Luto: estudos sobre a perda na vida adulta* (3ª ed., pp. 113-119, M. H. F. Bromberg, Trad.). Summus Editorial.

Pieta, M. A. M., & Gomes, W. B. (2014). Psicoterapia pela Internet: viável ou inviável?. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 34(1), 18–31. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932014000100003>

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. (n.d.). Clínica Psicológica Ana Maria Poppovic. *JANUS - Laboratório de Estudos de Psicologia d Tecnologias da Informação d Comunicação*. https://www.pucsp.br/clinica/orientacaoonline_janus.html

Portaria n.º 2.546/2011 do Ministério da Saúde. Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes). *Diário Oficial da União*. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2546_27_10_2011.html

Portaria n.º 402/2010 do Ministério da Saúde. Institui, em âmbito nacional, o Programa Telessaúde Brasil para apoio à Estratégia de Saúde da Família no Sistema Único de Saúde, institui o Programa Nacional de Bolsas do Telessaúde Brasil e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt0402_24_02_2010_comp.html

Proposta de Emenda Constitucional n.º 95 de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm

Rede Nacional de Ensino e Pesquisa. (2020). *Nossa história*. <https://www.rnp.br/sobre/nossa-historia#:~:text=A%20RNP%20foi%20criada%20em,uso%20de%20redes%20no%20pa%C3%ADs>

Rede Nacional de Ensino e Pesquisa. (2022). *Programa Telessaúde Brasil Redes*. <https://www.rnp.br/inovacao/solucoes/telessaude-brasil-redes>

Reis, D. O., Araújo, E. C. de, & Cecílio, L. C. de O. (2006). *Políticas públicas de saúde no Brasil: SUS e pactos pela saúde. Módulo Político Gestor*. [Especialização em Saúde da Família pela Universidade aberta do Sistema Único de Saúde]. https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unida de_4.pdf

Romero, L. C. P., & Delduque, M. C. (2017). O congresso nacional e as emergências de saúde pública. *Saúde e Sociedade*, 26(1), 240–255. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017156433>

Seixas, R. L. da R. (2020). Da biopolítica a necropolítica e a racionalidade neoliberal no contexto do COVID-19. *Voluntas: Revista Internacional de Filosofia*, 11(e50), 1-11 <https://doi.org/10.5902/2179378643939>

Shigemura, J., Ursano, R. J., Morganstein, J. C., Kurosawa, M., & Benedek, D. M. (2020). Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: mental health consequences and target populations. *Psychiatry And Clinical Neurosciences*, 74(4), 281-282. <http://dx.doi.org/10.1111/pcn.12988>

Siegmund, G., & Lisboa, C. (2015). Orientação psicológica on-line: percepção dos profissionais sobre a relação com os clientes. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(1), 168–181. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001312012>

Silva, A. B., & Moraes, I. H. S. de. (2012). O caso da Rede Universitária de Telemedicina: análise da entrada da telessaúde na agenda política brasileira. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 22(3), 1211–1235. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000300019>

Silva, P. V. da. (2017). Estamos disponíveis ao encontro?. *SIG: Revista de Psicanálise*, 6(2), 85-86. <https://sig.org.br/bkp/wp-content/uploads/2019/02/Edicao11-Completa.pdf>

Sousa, C. R. de M. (2021). A pandemia da COVID-19 e a necropolítica à brasileira. *Revista de Direito*, 13(01), 01–27. <https://doi.org/10.32361/2021130111391>

Souza, V. B., Silva, N. H. L. P., & Monteiro, M. F. (2020). Psicoterapia on-line: manual para a prática clínica (1ª ed.). Ed. das Autoras.

The Cornell Daily Sun. (2012, 29 novembro). *Dear uncle Ezra shuts down temporarily, citing need to adapt to web*. <https://cornellsun.com/2012/11/29/dear-uncle-ezra-shuts-down-temporarily-citing-need-to-adapt-to-web>.

The Lancet. (2020). COVID-19: protecting health-care workers. *The Lancet*, 395(10228), 922. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30644-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30644-9).

Viana, D. M. (2020). Atendimento psicológico online no contexto da pandemia de Covid-19: online psychological care in the context of covid's pandemic 19. *Cadernos ESP*, 14(1), 74-79. <https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/399>.

Vernon, M. (2003, 7 outubro). Uncle Ezra remains C.U.'s secret advisor. *The Cornell Daily Sun*. <https://cornellsun.com/2003/10/07/uncle-ezra-remains-c-u-s-secret-advisor>

Whitaker, R. (2020). O impacto psicológico da pandemia: contra a patologização de nosso sofrimento. In Amarante, P., Amorim, A., Guljor, A. P., Silva, J. P. V. da, & Machado, K. (Orgs.). *O enfrentamento do sofrimento psíquico na pandemia: diálogos sobre o acolhimento e a saúde mental em territórios vulnerabilizados* (23ª ed., pp 28-31). IdeiaSUS/Fiocruz; Laps/Ensp/Fiocruz; Abrasme. <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/48838/cap.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Winnicott, D. W. (1971). *Playing and reality*. Tavistock

Winnicott, D.W. (1999). Tipos de psicoterapia. In C. Winnicott, R. Shepherd, & M. Davis (Eds.), *Tudo começa em casa* (3ª ed., pp. 93-103, P. Sandler, Trad.). Martins Fontes.

World Health Organization. (n.d.). Coronavirus disease (COVID-19). Health topics. https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1.