

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo  
PUC-SP

Jefferson da Silva Negreiros

A problemática do silêncio nas sessões psicanalíticas *on-line*

Mestrado em Psicologia Clínica

São Paulo

2024

Jefferson da Silva Negreiros

A problemática do silêncio nas sessões psicanalíticas *on-line*

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE em (Psicologia: Psicologia Clínica), sob a orientação do prof. Dr. Alfredo Naffah Neto).

São Paulo

2024

Sistemas de Bibliotecas da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo -  
Ficha Catalográfica com dados fornecidos pelo autor

Negreiros, Jefferson da Silva

A problemática do silêncio nas sessões psicanalíticas  
on-line . / Jefferson da Silva Negreiros. -- São  
Paulo: [s.n.], 2024.  
108p. il. ; cm.

Orientador: Alfredo Naffah Neto.

Dissertação (Mestrado)-- Pontifícia Universidade Católica  
de São Paulo, Programa de Estudos Pós-Graduados em  
Psicologia: Psicologia Clínica.

1. Psicanálise on-line. 2. Silêncio. 3.  
Regulamentações . 4. Comunicação. I. Neto, Alfredo  
Naffah. II. Pontifícia Universidade Católica de São  
Paulo, Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia:  
Psicologia Clínica. III. Título.

CDD

Banca Examinadora

---

---

---

Agradecimento em especial à comunidade da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo pelo apoio permanente e principalmente o apoio da Fundação São Paulo - FUNDASP concedendo bolsa integral.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço ao meu orientador pelos seus ensinamentos e por me proporcionar um ambiente potencial para que tornasse possível a construção de conhecimento e amadurecimento.

A todos os meus professores que tiveram um papel impulsionador e acolhedor, sempre engajando e incentivando para a conclusão dessa etapa.

Aos meus pais que foram a base para muitas conquistas e por me tornarem a pessoa que sou hoje. Agradeço infinitamente a todas as pessoas que estiveram disponíveis para suporte emocional e de incentivo.

[...] porque nenhum adulto é adulto o tempo todo. Isso porque as pessoas não têm só sua própria idade; em alguma medida, elas têm todas as idades, ou nenhuma (Winnicott, 1960/2021, p. 95).

## RESUMO

NEGREIROS, Jefferson, Silva. **A problemática do silêncio nas sessões psicanalíticas *on-line*.**

A presente pesquisa visou compreender os diferentes tipos do silêncio no atendimento psicanalítico *on-line*, suas diferentes interpretações e como alguns profissionais atuam diante desta problemática. Este estudo é caracterizado pela pesquisa empírica ou de campo com abordagem qualitativa em que foram aplicados questionários através do *Google Forms* seguindo alguns critérios de inclusão. Foram selecionados psicólogos/as com formação em psicanálise winnicottiana e experiência clínica há pelo menos cinco anos, que já tivessem atendido analisando nas modalidades *on-line* e presencial. A seleção dos profissionais foi realizada por meio de buscas em redes sociais, sites e por meio do IBPW no setor de filiados. Foi enviado setenta convites, sendo que vinte deles responderam, posteriormente e assim foram classificados por ordem de respostas. Os questionários foram desenvolvidos contendo vinte e nove perguntas (abertas e fechadas), abordando a temática do silêncio no ambiente *on-line*, como é interpretado e manejado, nas suas experiências profissionais. O objetivo da pesquisa foi investigar por meio de observações empíricas as possíveis interpretações e manejos para o silêncio no ambiente *on-line*, analisando discursos de psicanalistas winnicottianos e descrevendo as diferentes interpretações e manejos do silêncio nesse tipo de atendimento. Como requisito ético, a pesquisa teve a aprovação do comitê de ética sob o número CAAE: 70976723.3.0000.5482. Os resultados obtidos foram organizados em sete tipos de silêncios e cinco tipos formas de manejo clínico na prática *on-line*. Nas considerações finais, foram destacados a forma como o analista lida diante das sessões silenciosas, isto é, ser mais econômico nas interpretações, pois pode ser, além das resistências, das atuações – *acting out* e de um tipo de refúgio psíquico ou até uma forma de repetição de um comportamento da infância. Contudo, o silêncio é uma contribuição positiva na clínica, pois é o estar só na presença do analista como também uma organização defensiva, visto que o analisando pode estar interpretando o ambiente como persecutório.

**Palavras-chave:** Psicanálise *on-line*; Silêncio; Regulamentações; Comunicação.

## ABSTRACT

NEGREIROS, Jefferson, Silva. **The issue of silence in online psychoanalytic sessions.**

The present research aimed to comprehend the different types of silence in online psychoanalytic therapy, their various interpretations, and how some professionals respond. This study adopted empirical or field research with a qualitative approach in which questionnaires were applied through Google Forms following specific criteria. Psychologists with training in Winnicottian psychoanalysis and at least five years of clinical experience, who had conducted analyses in both online and face-to-face modalities, were selected. The professionals were chosen through searches on social networks and websites and the IBPW (Instituto Brasileiro de Psicanálise Winnicottiana) affiliated sector. Seventy invitations were sent, and twenty responded, subsequently classified in order of responses. The questionnaires, containing twenty-nine questions (open and closed questions), addressed the theme of silence in the online environment and how it is interpreted and managed in their professional experiences. The research aimed to investigate through empirical observations, possible interpretations and clinical approaches to silence in the online environment, analyzing discourses of Winnicottian psychoanalysts and describing different interpretations and approaches to silence in this type of therapy. The research obtained approval from the ethics committee under the number CAAE: 70976723.3.0000.5482 as an ethical requirement. The results were organized into seven categories of silences and five types of clinical management in online practice. In the final considerations, emphasis was placed on how the analyst deals with silent sessions, being more economical in interpretations due to potential resistances, acting out, a form of psychic refuge, or even a repetition of childhood behavior. However, silence is evaluated as a positive contribution in clinical practice, representing being alone in the analyst's presence as a defensive mental process, as the analysand may interpret the environment as persecutory.

**Keywords:** Online psychoanalysis; Silence; Regulations; Online psychotherapy; Communication.

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Sexo dos profissionais .....	56
Gráfico 2 – Faixa etária dos profissionais .....	57
Gráfico 3 – Tempo de experiência na clínica. ....	57
Gráfico 4 – Média de analisandos por profissional. ....	58
Gráfico 5 – Profissionais que estão sob supervisão com psicanalistas winnicottianos. ....	59
Gráfico 6 – Tempo de supervisão que os profissionais estão submetidos.....	59
Gráfico 7 – Profissionais que estão submetidos na análise pessoal. ....	60
Gráfico 8 – Quantidade de tempo que os profissionais realizam análise pessoal. ....	60
Gráfico 9 – Modalidades de atendimento.....	61
Gráfico 10 – Modalidades de preferência no atendimento on-line. ....	62
Gráfico 11 – Silêncio <i>on-line</i> versus presencial .....	73
Gráfico 12 – Respostas sobre o incomodo do silêncio on-line.....	76

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Relação das modalidades de atendimentos.....	62
Quadro 2 – Vantagens e desvantagens no atendimento <i>on-line</i> .....	66
Quadro 3 – Perfil dos analistas e os tipos de incômodos com o silêncio <i>on-line</i> .....	76
Quadro 4 – Tipos de manejos na clínica do silêncio <i>on-line</i> .....	78

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA	American Psychological Association
ARPA	Agência de Projetos de Pesquisas Avançadas
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CNS	Conselho Nacional de Saúde
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
GDPR	General Data Protection Regulation
GT	Grupo de Trabalho
HIPAA	<i>U.S. Department of Health and Human Services</i>
IBPW	Instituto Brasileiro de Psicanálise Winnicottiana
LGDP	Lei Geral de Proteção de Dados
LNCC	Laboratório Nacional de Computação Científica
MIT	Massachusetts Institute University
NPPI	Núcleo de Pesquisa da Psicologia em Informação
NIC	Núcleo de Informação e Coordenação do Ponto
OPO	Orientação Psicológica Online
RNP	Rede Nacional de Ensino e Pesquisa
SAGE	Semi-Automatic Griound Environment
SBP	Sociedade Brasileira de Psicologia
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TIC	Tecnologia da Informação e Comunicação

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
1.1	Objetivos.....	20
1.2	Método.....	20
1.2.1	Participantes e critérios de inclusão.....	22
1.2.2	Aspectos éticos .....	22
<b>2</b>	<b>CAPÍTULO I.....</b>	<b>24</b>
2.1	Surgimento das tecnologias da comunicação .....	24
2.2	Regulamentações no Brasil sobre a psicoterapia <i>on-line</i> . .....	27
2.3	Técnicas no Atendimento <i>On-line</i> .....	33
2.4	A psicanálise no atendimento <i>on-line</i> .....	36
2.5	Resumo .....	41
<b>3</b>	<b>CAPÍTULO II.....</b>	<b>42</b>
3.1	A problemática do silêncio para Winnicott .....	42
3.2	A problemática do silêncio para Masud Khan.....	49
<b>4</b>	<b>CAPÍTULO III .....</b>	<b>55</b>
4.1	Construindo locus de pesquisa.....	55
4.2	Diálogos entre as vantagens e desvantagens no atendimento <i>on-line</i> . .....	65
4.3	Diferenças no silêncio <i>on-line</i> .....	72
4.4	Diferenças de manejo do silêncio no ambiente <i>on-line</i> .....	75
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>83</b>
<b>6</b>	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>87</b>
	<b>APÊNDICE A – TCLE .....</b>	<b>94</b>
	<b>APÊNDICE B – ROTEIRO DO QUESTIONÁRIO .....</b>	<b>96</b>
	<b>APÊNDICE C – RESPOSTAS DOS ANALISTAS.....</b>	<b>100</b>

## INTRODUÇÃO

*Silêncio Amoroso*

*"Preciso do teu silêncio cúmplice sobre minhas falhas. Não fale.  
Um sopro, a menor vogal pode me desamparar. E se eu abrir a boca minha alma vai rachar.  
O silêncio, aprendo, pode construir. É um modo denso/tenso - de coexistir.  
Calar, às vezes, é fina forma de amar."*

*Affonso Romano de Sant'Anna*

Nos anos em que me dediquei à clínica, tanto de maneira presencial quanto *on-line*, deparei-me de tempos em tempos com os analisandos mais silenciosos. Alguns deles de difícil manejo, outros nem tanto. Talvez porque alguns deles esperam que os analistas lhes façam diversas perguntas - como se fosse uma entrevista ou um questionário a ser preenchido em todo o processo terapêutico. A princípio parece que estão em um estado de *refúgio psíquico*<sup>1</sup> até elaborarem melhor algumas questões subjetivas. Mas alguns desses analisandos não verbalizam e continuam esperando as perguntas feitas pelo analista e, ainda assim, nada lhes ocorre. A meu ver, esses casos são mais delicados e, por mais que o analista espere pacientemente o tempo do analisando, continua o tempo que for em silêncio prolongado.

Nesse viés, o silêncio do analisando ganha um espaço especial entre os meus interesses, pois analisar temas como o ambiente *on-line* e o silêncio na análise, é relevante e atual. Pude observar - ao longo dos anos entre 2017 e 2021 - uma procura demasiadamente elevada pelo atendimento *on-line* por parte dos meus pacientes, até não ter praticamente demanda de atendimentos em ambiente físico. Aí cabe a ressalva de que uma grande maioria deles se comunicava silenciosamente. Com alguns deles percebi que não era possível recorrer à técnica da associação livre; com outros, eu precisava assumir uma postura mais ativa e viva, como me movimentar, dizer algumas palavras e em alguns casos verificar a conexão para ter certeza de que não havia sido interrompida.

Masud Khan<sup>2</sup> (1984), um psicanalista britânico, introduz a ideia de presença viva do analista. Em seu texto "Silêncio como comunicação", ele conta que, diante do silêncio do

---

<sup>1</sup> Segundo John Steiner (1997) em "*Una teoría de los refugios psíquicos*" este conceito é uma espécie de calma que o paciente sente para que possa sentir-se protegido das tensões que entende como ameaçadoras. São maneiras de retraimentos, que durante a análise fica difícil estabelecer o contato com o analista, pois podem utilizar de uma armadura protetora, em outras palavras, um *falso self* para evitar algo que supostamente não suportariam – itálicos meus.

<sup>2</sup> Nascido em 21 de jul. de 1924 e falecido em 7 de jun. de 1989 em Londres. Sua origem seria indiana e/ou paquistanesa, pois, na época em que nasceu, o Paquistão fazia parte do território da Índia. Então para alguns biógrafos, sua origem é indiana, outrora, paquistanesa. Fez análise com o Dr. Donald Woods Winnicott durante

analisando, seu papel era oferecer atenção concentrada, algo muito além de escutar. Em suas palavras: “é escutar com a mente e com o corpo” (Khan, 1984, p.231). Em outro texto, acrescenta que observar o silêncio atentamente é também “ouvir com os olhos [...]”. Essa experiência visual possibilita interpretar alguns fenômenos através da transferência. E, se o analista abdicar da sua atenção ou ficar entediado e cansado, todo processo analítico poderá perder sua vitalidade. Este trecho chama a atenção para a postura de que não é apenas solicitar ao analisando que associe livremente, mas ter outras formas de lidar com a não-comunicação, uma vez que o silêncio deve ser pensado na sua pluralidade, com muitos significados.

Esse tema tem sido fortemente estudado por diversos pesquisadores e analistas e, de acordo com Silva (2014), o silêncio foi tornando-se alvo de interesse desde o período de 1927-1935, quando houve três congressos abordando o tema: dois deles realizados pela Sociedade Psicanalítica de Viena e o terceiro, pela Sociedade Psicanalítica da Hungria. E em 1958, foi realizado um colóquio organizado pela Associação Americana de Psicanálise, cujas pesquisas foram publicadas em uma revista especial. Mas foi somente na década de 1970 que o tema passou a ser objeto de estudo pelos pesquisadores e escolas de psicanálise no mundo.

Zeljko Loparic, filósofo e psicanalista winnicottiano, ex-professor no curso de pós-graduação em Psicologia clínica da PUC de São Paulo e fundador do Instituto Brasileiro de Psicanálise Winnicottiana (IBPW), atento ao tema, publicou na Revista Natureza Humana, em 1999, um artigo chamado: “É dizível o inconsciente?” em que relatava a verbalização do inconsciente na qual repousa a clínica freudiana, acometida por limites teóricos e clínicos da comunicação silenciosa dos pacientes (Loparic, 1999). Então, o inconsciente passa a ser comunicável e não verbalizado. A comunicação nestes casos é por meio de comportamentos ou atuações.

Não há dúvidas de que Freud tenha idealizado e construído toda a base da psicanálise no tratamento da comunicação, além de uma série de recomendações aos analistas que exercem a psicanálise, ele não foi um cientista que se dedicou exclusivamente aos fenômenos do silêncio e suas pluralidades de sentidos (Silva, 2014). E desde então, os problemas da verbalização e da oralidade continuam no centro das preocupações da clínica psicanalítica, percebidos no trecho a seguir:

O inconsciente recalcado só encontrava via de expressão por meio da verbalização entre o paciente e seu analista, seguindo a regra fundamental da psicanálise. O método clínico, estabelecido por Freud, seguindo essa regra, objetivava encontrar no

---

15 anos, colaborou e ajudou por mais vinte anos com vários projetos editoriais da obra de Winnicott e pertenceu ao grupo dos independentes até ser expulso da Sociedade Psicanalítica Britânica depois de vários conflitos e escândalos como: acusações antiéticas com alunos e analisandos, e comentários antisemitas em seus estudos (Cooper, 1997).

inconsciente as raízes dos diversos males da alma humana. [...] para Freud, não havia escolha: o inconsciente só podia ser dizível ou verbalizável, para daí ser analisado e interpretado. Qualquer outra forma de comunicação deveria ser posta de lado (Silva & Peixoto Junior, 2017).

Com o passar dos anos, Ferenczi questionou essa ideia postulada por Freud e deu a devida importância à linguagem do corpo e dos gestos. Posteriormente a Escola Inglesa de Psicanálise, examinando o desenvolvimento humano e o processo analítico a partir das relações objetais, ganhou destaque nas grandes contribuições do Dr. Donald Woods Winnicott, psicanalista e pediatra britânico - um dos teóricos que mais contribuiu com a temática da comunicação e não-comunicação como o centro de sua teoria. Além disso, ressaltou a importância do inconsciente não-verbalizável e, em torno dele, a teoria do desenvolvimento emocional primitivo. Passou então a buscar o inconsciente não-dizível, o não-verbalizável para que a análise fosse possível para estes analisandos silenciosos (Silva, Peixoto Junior, 2017).

Abarcando essa ideia, Ferenczi (1928/1992a) indiretamente expõe que o “sentir com” na análise é um recurso necessário para que se possa captar uma outra linguagem, que não é a verbal. Neste sentido, devemos nos questionar como e quando devemos possibilitar com que o analisando possa associar livremente e em quais momentos o silêncio se torna inútil na sessão. Pois, nestas situações, por assim dizer, as perguntas feitas, ou bem colocadas, mostram uma riqueza de descobertas da vida psíquica.

Ferenczi (1932/1992b, p. 266), no texto “ainda sobre a técnica do silêncio”, postulou algumas ideias. Em um pequeno trecho ele diz: “a comunicação, a fala, traz o paciente de volta à situação presente (a análise) e pode impedir o mergulho em profundidade”. Então, [...] “ser mais econômico possível em interpretações é uma regra importante”. Isto é, ele vai tecendo uma lógica de que o silêncio é uma maneira do analisando entrar em um estado de “relaxamento” e que a mera comunicação é algo consciente. Contudo, questionar o tempo todo pode limitar esse mergulho em profundidade – de fato, torna a análise apenas em entrevistas. É importante respeitar esse momento em que o analisando está introspectivo e calado para que possa, na concepção do autor, fazer associações livres.

Deste modo, Ferenczi (1933/1992c) acreditava que a associação livre é uma forma de relaxamento<sup>3</sup>. O paciente, ao aceitar essa técnica, acaba permanecendo em silêncio para que possa elaborar e formular seus pensamentos. Talvez isso ocorra, como também não. *O silêncio*

---

<sup>3</sup> Relaxamento para Ferenczi se diferencia de uma maneira ambígua, pois o analisando pode estar em uma forma tranquila para expressar-se e associar livremente, mas pode ser que em outras situações se depare com forte angústia ao ser solicitado pelo analista para falar sobre suas dores e sofrimentos, ou seja, ora ele fala livremente, ora não tem tanta liberdade para falar o que surge.

*pode levar o paciente a uma profundidade subjetiva, por outro lado, não leva a lugar nenhum (itálicos meus).*

Em um outro texto chamado “princípio de relaxamento e neocatarse”, Ferenczi (1930/1992d) afirma que o relaxamento só é permitido quando o paciente ganha confiança no *setting* analítico e só então, é possível perceber a linguagem corporal se manifestando.

Em “Recordar, Repetir e Elaborar”, Freud (1914/2006) afirma que, após a hipnose ter sido abandonada por ele, uma das técnicas fundamentais da psicanálise foi desenvolvida pela associação livre: falar livremente tudo o que surgir no pensamento, sendo possível descobrir o que não era recordado pelos analisandos submetidos ao processo terapêutico. A partir daí, observou que muitos deles apresentavam uma certa resistência a este método, visto que, ao iniciarem o tratamento com a regra fundamental – dizer tudo que surgir à mente, alguns silenciavam e declaravam que nada tinham para dizer.

Neste viés, não se pode ignorar a *repetição*, que é a transferência de algum evento ou situação reprimida do passado do paciente e que por atuações - os chamados *acting outs* -, os analisandos não verbalizam seu mundo subjetivo e estabelecem uma comunicação silenciosa no ambiente analítico, sem saberem que é uma mera repetição (Freud, 1914/2006). Para Masud Khan (1984) – tendo em vista que sua base teórica advém de Freud e fundamentalmente de Winnicott - estes pacientes recorrem às resistências<sup>4</sup> contra o tratamento analítico. Sem que percebam, comunicam ao analista algum evento traumático vivido na infância. E, de alguma maneira, repetem na comunicação silenciosa um modelo da infância.

Dentre algumas diferenças significativas, Khan relata duas distinções sobre o silêncio. Uma delas é a mudez, que parece ter uma função destrutiva e agressiva, quando, na verdade, o silêncio em si tem uma tonalidade mais benigna, pois *são os casos em que os analisandos elaboram e experienciam os conteúdos subjetivos durante a sessão* (Khan, 1984, itálicos meus). O aspecto destrutivo e agressivo acontece caso o analisando interpreta o ambiente analítico como uma ameaça à vida psíquica; então, clinicamente ele se mantém mudo o tempo necessário, sem permitir que o analista acesse seus conteúdos internos - volto aqui para os casos em que a análise se configura como entrevistas prolongadas e ainda acrescento que isso significa, sob a ótica de Khan, uma  *fusão mágica simbiótica*<sup>5</sup> analista-analisando.

---

<sup>4</sup> Para Laplanche; Pontalis (1982), resistência é tudo aquilo que nos atos e palavras do analisando se opõe ao acesso do inconsciente. Uma forma de resistir a algo ou ao tratamento.

<sup>5</sup> Khan utiliza o termo ‘fusão mágica’ no sentido de que o analisando reproduz com o analista o silêncio, da mesma maneira que sua mãe era silenciosa com ele quando criança (Khan, 1984, p. 205).

Para Winnicott (1958/2022), a comunicação silenciosa assume outro caráter: uma contribuição positiva, sinalizando como o analisando possui a capacidade de estar só na presença de alguém, que é um dos acontecimentos mais importantes do processo de amadurecimento do desenvolvimento primitivo. Pode estar relacionada a uma fase do silêncio, em que muitas vezes é confundida com resistência. Porém, pode ocorrer na sessão momentos de retraimento, cujo sentido da terminologia dada pelo Winnicott, é uma organização defensiva cujo paciente sente o ambiente como persecutório.

Sendo assim, a não-comunicação verbal tem diferentes significados, pois não há como ter acesso aos analisandos, cuja comunicação parece ter-se encerrado. Então, é interessante nos perguntarmos se a técnica e o manejo estão contribuindo para casos como esses, silenciosos, e se o acolhimento oferecido está sendo suficientemente bom. Conseqüentemente, permitindo se comunicarem ou ao menos perceberem que não estão se comunicando (Winnicott, 1963/1983).

O autor também afirma que “no centro de cada pessoa há um elemento não-comunicável, o que é sagrado e merece muito ser preservado”, já que estar só na presença de alguém pode ser um momento único vivido pelo paciente, e não apenas uma resistência (Winnicott, 1963/1983, p. 170).

Durante as sessões, tanto presenciais quanto *on-line*, o analista não toma o papel materno, mas é possível que seja dado a ele - via transferência - sem que haja uma intencionalidade clara. Daí a importância quando Winnicott (1990, p. 179) diz que, “ao realizar uma psicoterapia, é necessário estarmos sempre atentos à idade emocional do momento, de modo que possamos fornecer, um ambiente emocional facilitador e adequado”. E, se de algum modo o analisando identificar que o ambiente é suficientemente bom, pode ganhar confiança e se sentir seguro para falar na sessão.

De fato, outros autores como Ferenczi (1933/1992), Masud Khan (1985), Camila Braz Padrão (2009), Camila Gonçalves da Costa *et al.* (2013) e Sergio Gomes da Silva (2014) concordam que o silêncio deve ser respeitado pelo analista, por mais difícil, tenso e duro que seja lidar com este fenômeno durante as sessões psicanalíticas.

Ricardo Carlino (2014) – psicanalista argentino e pesquisador da psicanálise a distância - relata que, para ser feita uma análise *on-line*, a comunicação deve ser estabelecida pela técnica da verbalização mútua em que ambos precisam estar conectados e dispostos neste tipo de processo analítico. Além disso, é necessário que disponham de aparelhos, como computador, celular, aplicativos ou programas para atendimentos, capazes de transmitir e receber uma linha de comunicação eficaz para a pronúncia ser compreendida, mesmo que haja períodos longos de silêncios (Carlino, 2014). Em casos em que a comunicação falha ou é interrompida, ambos

podem interpretar como queda de sinal ou de rede ou até mesmo o silêncio - que acontece de o analista falar e julgar que está sendo ouvido quando, na verdade, ocorreu uma interrupção da conexão (Belo, 2020).

Conjecturo que as formulações propostas pelo psicanalista Belo (2020) sobre a queda de sinal e as interrupções podem ser acordadas no início do tratamento, estipulando um contrato com o analisando e as possíveis ocorrências previstas no ambiente *on-line*. Como já se sabe, o silêncio em ambiente *on-line* em períodos prolongados é mais difícil de lidar, visto que a fala sustenta a análise, diferente de ocorrer de tempos em tempos – o que daria ao analista outras interpretações, como a queda do sinal de internet ou da ligação telefônica. (Carlino, 2014). Conforme Renato Mezan (2022, p. 190) relata: “o silêncio se manifesta em ambos os tipos de sessões” e torna o trabalho desafiador em alguns casos, uma vez que neste ambiente todo *setting* analítico se restringe à voz. Em atendimentos via telefone ou em chamada de vídeo, não há como perceber os movimentos corporais como gestos e atuações.

Segundo Carlino (2014), durante os atendimentos, ocorre a ‘presença comunicativa’ em que ambos estão presentes naquele momento em localizações geograficamente distantes, cuja comunicação se dá pelo ‘espaço interdiálogo’, pois é uma relação que acontece entre a figura de um analista e de uma pessoa que quer ser analisada. Não é um local físico, e sim um espaço capaz de produzir um sentimento recíproco na dupla, sendo a voz a protagonista neste tipo de ambiente (Mezan, 2022).

Pelo sentimento recíproco e ativo de querer analisar e querer ser analisado, estabelece-se gradativamente a aliança terapêutica. Nesse aspecto, Carlino (2014) faz uma analogia com a relação de alimentar o bebê e a relação mãe-bebê como forma de entender o vínculo no encontro analítico a distância. O leite que alimenta o bebê e a experiência de ser amamentado importam, pois conseguem oferecer reciprocamente sua presença e produzir um diálogo nutritivo. Partindo desse pressuposto, a voz, como salienta Renato Mezan (2022), é a protagonista necessária durante a sessão, já que permite ao analisando sentir sua presença, mesmo que não estejam em ambiente presencial, possibilitando um espaço acolhedor e seguro no qual se possa falar e ser ouvido.

Mezan (2022) diz que - se o silêncio supostamente é uma resistência - logo, é um gatilho para pesquisar as causas que levam o analisando à não-comunicação verbal. Os silêncios se manifestam e podem ter diversos desdobramentos. Diante disso, significam um protótipo da infância ou a fusão mágica com a figura do analista, cujo paciente se comporta inconscientemente como criança durante a análise, repetindo esse padrão de comportamento (Khan, 1985). Pode ser uma forma de atuação (*acting out*) durante as sessões (Freud,

1914/2006), ou uma espécie de refúgio psíquico como modo de retorno a si mesmo. Por isso, proponho a seguinte pergunta: quais as categorias do silêncio que os analisandos apresentam no atendimento *on-line* e quais formas de manejo podem ser usadas para lidar com elas?

Por fim, contemplarei nesta pesquisa a divisão dos seguintes capítulos: no *primeiro capítulo*, serão abordadas as questões em que a pandemia da Covid-19 modificou a forma como os profissionais atuam - do presencial ao *on-line*, bem como um breve histórico sobre o surgimento das Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC), que vai desde pesquisas às regulamentações propostas pelo Conselho Federal de Psicologia, bem como as lacunas que esta modalidade carrega nos critérios clínicos para submeter um analisando a este tipo de serviço e questões de segurança e proteção de dados sigilosos.

No *segundo capítulo* será proposto a discussão do silêncio na perspectiva winnicottiana, elencando alguns aspectos do pensamento de Masud Khan. E no *terceiro capítulo* serão apresentadas as discussões das dificuldades (ou não) de interpretar e manejar o silêncio nas sessões *on-line*, reveladas pelos questionários. Por fim, apresento um quarto capítulo contendo as *considerações finais* da pesquisa.

## 1.1 Objetivos

Investigar por meio de observações empíricas as possíveis interpretações e manejos para o silêncio no ambiente *on-line*.

Analisar discursos de psicanalistas winnicottianos e descrever as diferentes interpretações e manejos do silêncio nos atendimentos *on-line*.

## 1.2 Método

Este estudo é caracterizado pela pesquisa empírica ou de campo com abordagem qualitativa. De acordo com Pedro Demo (2000), as experiências individuais produzem os dados coletados. Ada M. M. Brasileiro (2013, p. 46) considera que este tipo de investigação é “realizado *in loco*. O termo é usado para descrever um tipo de pesquisa feito nos lugares da vida cotidiana, fora do laboratório [...] cujo pesquisador vai a campo coletar os dados em questionários, entrevistas [...]”.

Foi aplicado questionários com perguntas abertas e fechadas, sendo enviado aos participantes via *Google Forms* – contendo vinte e nove perguntas (abertas e fechadas). Posteriormente foi realizada a análise de conteúdo: um conjunto de técnicas para a análise das respostas e dos significados. Neste tipo de pesquisa o entrevistador absorve os conteúdos pesquisados. É atraído pelo escondido, o latente, o não aparente, o potencial inédito. Ela ainda

afirma que “O analista que lida com esse tipo de material verbal fica rápida e concretamente sujeito a um dilema. Pode, certamente, proceder a uma análise de conteúdo clássica, com quadro categorial, privilegiando todas as entrevistas juntas” (Bardin, 2011, p. 95).

A primeira etapa para desenvolver a análise de conteúdo será a (i) organização, que envolve a pré-análise, fase de organizar os materiais recolhidos na leitura flutuante, com formulações de hipóteses e a preparação do material, além da exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e interpretados; (ii) a codificação – corresponde a uma transformação dos dados brutos para separá-los em unidades de registros para atingir uma representação do conteúdo ou de sua expressão. Estes procedimentos visam categorizar os fenômenos coletados, em recortes semânticos e separá-los em temas. E por fim, (iii) a categorização, fase que agrupa em categorias com títulos genéricos e suas características comuns (Bardin, 2011).

A expressão que a autora utiliza, leitura flutuante, é um estado em que o pesquisador deixa-se invadir pelas impressões e orientações. Há uma analogia com a atenção flutuante na psicanálise, usada em práticas clínicas ou de pesquisa mais precisa em função das hipóteses emergentes e projeções de teorias adaptadas ao material da pesquisa (Bardin, 2011).

No que diz respeito ao conceito de atenção flutuante, Naffah Neto & Cintra (2012) destacam:

A atenção flutuante é um estado de receptividade às palavras do paciente e às associações que estas palavras provocam no analista. O analista se entrega a uma atividade de contornar o que escuta com um campo de significações possíveis ligados à percepção dos afetos estrangulados, que ainda não puderam ser representados, acima de tudo das angústias que precisam ser nomeadas (Naffah Neto; Cintra, 2012, p. 40).

Os autores Naffah Neto & Cintra (2012) ainda complementam que a atenção flutuante – em paralelo com a ‘leitura flutuante’ citada por Bardin (2011), é o estado em que o psicanalista/pesquisador suspende seu ‘desejo e sua memória’ diante dos dados colhidos na análise, pois, ao suspender esse estado mental, coloca-se disponível para perceber elementos novos, que referenciam a Bion (Naffah Neto, Cintra, 2012).

Foi enviado o questionário do Google Formulário para setenta (70) profissionais, dentre eles, quarenta e cinco (45) mulheres e vinte e cinco (25) homens. E obtivemos ao todo, vinte respostas. Passando para a análise de conteúdo, foi utilizado planilhas elaboradas e preenchidas no Excel para organização e categorização dos resultados. Foi possível identificar que, diante das respostas como um todo, consequentemente sendo divididas em quatro macro tópicos, sendo o primeiro sobre as (i) desvantagens; (ii) as vantagens; (iii) os tipos de silêncio; e (iv) os tipos de manejos diante do silêncio.

As palavras mais utilizadas na categoria de: vantagens: a frequência maior foram “deslocamento”, “intercalar o atendimento *on-line* com outras tarefas”, “ampliar o número de atendimento com brasileiros no exterior”, “economia financeira com o deslocamento e aluguel de salas”, “viabilização de atendimentos em momentos de crises”. Já na categoria de vantagens na prática virtual, a prevalência maior observada foram as seguintes subcategorias: “A dificuldade de avaliar as expressões corporais”, “não ter o contato físico”, “ser mais cansativo”, e “dificuldades tecnológicas. A categoria sobre os tipos de silêncio foram: “perda de conexão ou falta de interação”; silêncio por falta de privacidade”, “silêncio pelo medo de verbalizar”, “silêncio de elaboração” e “silêncio por resistências”. E por fim, a categoria sobre o manejo do silêncio, as palavras mais utilizadas foram: a “sustentação do silêncio no ambiente *on-line*”, “identificar os tipos de silêncio”, “o respeitar o momento de silêncio”, “interromper o silêncio quando necessário” e o “uso de mediadores”.

E para preservar a originalidade das respostas dos profissionais que participaram desta pesquisa, todas elas serão transcritas de maneira a não alterar seus resultados.

### **1.2.1 Participantes e critérios de inclusão**

Psicólogos com formação em psicanálise winnicottiana e experiência clínica há pelo menos cinco anos, que já tenham atendido pacientes nas modalidades *on-line* e presencial.

A seleção dos profissionais será por meio de buscas em sites e/ou redes sociais, contendo no mínimo 20 (vinte) psicanalistas. Após a seleção, foi encaminhado um convite via e-mail e/ou WhatsApp para participar da pesquisa. A partir destes procedimentos e tendo concordado e confirmado o aceite da sua participação, foi compartilhado os questionários individualmente para cada profissional.

A pesquisa será com os questionários (Apêndice A) vinte e nove (29) questões, abordando a temática do silêncio no ambiente *on-line*, como é interpretado e manejado, além de suas experiências profissionais.

### **1.2.2 Aspectos éticos**

Foi apresentado aos participantes um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndices), sob o número do parecer obtido pelo Comitê de Ética CAAE: 70976723.3.0000.5482, com a necessidade de armazenar suas respostas, objetivos, informações sobre os pesquisadores, critérios para participação, tratamento dos dados coletados e os riscos

envolvidos na participação, além do compromisso de manter a confidencialidade dos nomes ou qualquer tipo de identificação direta, ou indiretamente.

Também saliento que nenhuma informação, como dados identificáveis e identificados dos participantes, será compartilhada com outros profissionais que não participarem desse estudo, conforme assegura a Resolução n.º 466/2015, complementada pela Resolução 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde. Teremos responsabilidades e estarei à disposição para sanar quaisquer eventos negativos gerados pelos procedimentos de investigações durante as entrevistas.

## 2 CAPÍTULO I

### 2.1 Surgimento das tecnologias da comunicação

*O analista deve se ajustar à paciente, assim como o receptor do telefone está ajustado ao microfone.  
Freud (1912/1958, pp. 115-116)*

As Tecnologias da Informação e da Comunicação (TIC) são um tema amplo e rico em detalhes históricos, principalmente quando me refiro aos atendimentos psicológicos *on-line* no Brasil. Não seria possível dissertar sobre o silêncio no atendimento *on-line* - tema desta pesquisa - sem antes fazer referência ao surgimento desta ferramenta (TIC) tão utilizada nos dias de hoje. Inicialmente abordarei um breve contexto histórico sobre o surgimento do telefone e da internet no mundo para, em seguida, abordar como as tecnologias da comunicação ganharam formas no Brasil: desde pesquisas até o surgimento de regulamentações.

As tecnologias da comunicação são ferramentas abundantemente utilizadas no cotidiano social, que geram recursos financeiros aos profissionais e pesquisas em diversas áreas do conhecimento. Sua aparição se dá pelo inventor Alexander Graham Bell, um professor para surdos - que criou um protótipo de telefone em seu laboratório improvisado no próprio sótão, com ajuda de Thomas Watson. Com isso, dando início à primeira transmissão via telefone no dia 10 de março de 1876. Apesar de ter indícios de que outros inventores também se manifestaram para patentear e registrar suas descobertas, o Congresso dos Estados Unidos aprovou uma resolução reconhecendo Antônio Meucci como o verdadeiro inventor do telefone (Wu, 2012; EBC, 2021).

Já no período da II Guerra Mundial e da Guerra Fria, surgiram os primeiros computadores com cálculos matemáticos, que decifravam códigos criptografados - ferramentas de comunicação e controle. A motivação que as Forças Aéreas dos Estados Unidos tiveram para a criação e implementação destes computadores se deu pela ocorrência da primeira explosão da bomba de hidrogênio soviética em 1953, sendo o ponto de partida para um projeto ambicioso: Semi-Automatic Ground Environment (SAGE) no laboratório Lincoln para implementar sistemas de defesas, rastreamentos e cálculos de rotas contra os ataques aéreos com bombas nucleares - o primeiro computador interligado por linhas telefônicas, em 1957 (Carvalho, 2006).

Neste viés, a Internet fez suas primeiras aparições no contexto da Guerra Fria, por volta de 1960, quando a Agência de Projetos de Pesquisas Avançadas – ARPA, criada pelo Departamento de Defesa dos Estados Unidos, junto com alguns centros universitários, desenvolveram o programa Arpanet - como era conhecido na época - hoje, Internet. Neste

período, o cientista Joseph Licklider, de Massachusetts Institute University, deu origem ao MIT a fim de estimular pesquisas em computação (Correa, 2013).

Assim sendo, em 1966, graças aos avanços tecnológicos, um novo projeto comandado por Robert Taylor, psicólogo experimental da NASA, interligou os diferentes computadores para otimizar o uso dos recursos e desenvolver técnicas de comunicação pelas redes dos computadores (Carvalho, 2006). A conexão em rede promovida pela Arpanet possibilitava muitos benefícios: a otimização do tempo, os computadores menores e o melhor custo-benefício, quando comparados a 1960 (Correa, 2013).

É fato que nessa época os computadores e a Internet eram desenvolvidos exclusivamente para os Departamentos de Defesa e as comunidades acadêmicas; a sociedade não tinha a possibilidade de adquirir computadores. Somente muito tempo depois o professor e ex-chefe do Departamento de Computação do MIT – Michael Dertouzos, que já utilizava a Arpanet, estendeu o privilégio a pessoas fora do âmbito acadêmico a fim de que utilizassem o correio eletrônico e a troca de arquivos com outros participantes. Mesmo sofrendo grandes pressões dos políticos e do Departamento de Defesa, argumentou que outros participantes poderiam contribuir criativamente com os avanços tecnológicos para a utilização popularizada em muitos países (Correa, 2013).

Além disso, ainda em 1966, Joseph Weizenbaun criou um programa chamado ELIZA, baseado nas técnicas rogerianas, para simular respostas de um terapeuta a um paciente - um marco da intervenção psicológica (De La Torre, Cebrián, 2018). Desenvolvido para estudar a linguagem natural em computadores, foi abandonado pelo seu criador, dado o uso inadequado por alguns terapeutas: a substituição do contato humano, primordial às relações (Prado, 2002).

No Brasil a evolução das TICs ganhou formas em meados de 1985, com o Doutor em Engenharia, Demi Getschko, o qual atuou no centro de processamento de dados da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP). Os pesquisadores que viajavam para o exterior se deslumbraram com a comunicação pelos correios eletrônicos no fórum de discussões em redes de computadores. Em 1991, Getschko, então Diretor-Presidente no Núcleo de Informação e Coordenação do Ponto BR (nic.br), foi o responsável pela implementação de protocolos usados pela Internet (EBC, 2021), que surgiu apoiada nas telecomunicações pela Embratel, monopolizadora das redes no país.

Assim, organizações como a FAPESP, em São Paulo, e o Laboratório Nacional de Computação Científica (LNCC), no Rio de Janeiro, estudaram e buscaram meios para se conectar. Em São Paulo, a conexão entre o computador da Fapesp e o Laboratório de partículas, em Chicago, nos Estados Unidos - o Fermi National Accelerator Laboratory (Fermilab) - era

dada por uma rede de computadores internacional (EBC, 2021). Porém, não era possível a Fapesp e a LNCC se comunicarem entre si, o que fez com que universidades brasileiras de São Paulo, do Paraná, do Rio Grande do Sul e do Rio de Janeiro encontrassem meios de se conectarem sem os milhares de quilômetros de cabos.

Em 1989 a Fapesp e a LNCC foram conectadas entre si, surgindo a Rede Nacional de Ensino e Pesquisa (RNP), que ampliou a rede acadêmica de conexões e a rede mundial de computadores. Era um período em que a internet tinha muitas limitações e menor capacidade operacional. Só em dezembro de 1991 ganhou força e melhor capacidade. Em 1995 surgiram os provedores que permitiram a conexão discada, possibilitando uma nova forma de comunicação (EBC, 2021). Entende-se então que as tecnologias surgiram devido às demandas específicas, que no meu ponto de vista, assumem diversos formatos atendendo à demanda da sociedade.

É verdade que ainda hoje boa parte da sociedade, por diversos motivos, não possui acesso à internet. Mas, devido às delimitações desta pesquisa, não entrarei neste debate – mesmo sendo de suma importância.

Conforme salienta Fossati (2020) e Belo (2020), a comunicação a distância já acontecia antes mesmo das descobertas tecnológicas, como na época em que Freud trocava cartas com seu amigo e confidente Fliess, ao escrever argumentos de suas teorias e conteúdo de autoanálise, cuja relação de comunicação era dada pela escrita, a única opção de comunicação na época. Não existiam os recursos e avanços tecnológicos de hoje, com espaço para a análise *on-line*, ferramenta disponível à necessidade de ser ouvido e acolhido no atendimento.

Após minha formação em Psicologia há alguns anos, deparei-me com algumas angústias: como iniciar a carreira de Psicólogo? Por onde começar? O que devo fazer? Como divulgar os serviços de saúde mental? A partir dessa reflexão, atuei na psicoterapia para adolescentes, adultos e idosos, presencialmente e, *on-line*, utilizando a Resolução que estava em vigor (2012). Graças às tecnologias da comunicação, os profissionais já contam com diversas formas de divulgações para executarem trabalhos de pesquisas com levantamento bibliográfico, as publicações acadêmicas em revistas eletrônicas e vários outros benefícios.

No período de 2016, fui surpreendido pela procura de pacientes para o *atendimento on-line* - termo que utilizarei inicialmente nesta pesquisa por questões sobre legislações, técnicas e segurança das informações nesta modalidade. Ainda que fosse uma nova maneira de atuar, o atendimento psicológico *on-line* já ocorria desde 1990 nos EUA, no Reino Unido, no Canadá e na Nova Zelândia, países pioneiros nesta modalidade, cujo desenvolvimento das práticas e da pesquisa sobre sua efetividade está mais avançado (Siegmond *et al.*, 2015).

A partir destas motivações, desenvolvi um site para a oferta de orientações psicológicas. É bom que se diga que, entre os anos de 2012 e 2018, o Conselho Federal de Psicologia ainda não havia autorizado as psicoterapias de diferentes tipos na modalidade *on-line*.

## **2.2 Regulamentações no Brasil sobre a psicoterapia *on-line*.**

Farei inicialmente um levantamento breve sobre o histórico das regulamentações no atendimento psicológico, que julgo necessário ao esclarecimento de sua implementação no Brasil. Em 1995 foi criado o NPPI (Núcleo de Pesquisas da Psicologia em Informática) - Clínica Psicológica Ana Maria Poppovic da PUC-SP. O intuito era apenas incluir edições informatizadas do 'Boletim Clínico', criado pelo professor Bocalandro para facilitar as correspondências eletrônicas, informar os alunos sobre estágios em psicologia, inscrever os interessados em estudos e em pesquisas da psicologia e da informática, ofertar atendimento psicológico presencial, orientar profissionalmente os atendimentos às pessoas com dificuldades causadas pelo uso patológico da tecnologia, como vícios em jogos entre outros. (Fortim, Cosentino, 2007).

Com o passar do tempo, o núcleo ganhou novos objetivos até desenvolver um site em 1997 para facilitar e agilizar a comunicação entre a clínica-escola e a comunidade - divulgado pelo link *fale com a clínica*. No fim de 1999, o site passou a receber e-mails com relatos de situações angustiantes e pedidos de conselhos pela comunidade, mesmo sem serviços de orientações via e-mails. Diante da alta demanda com conteúdo de sofrimento psíquico e diversos pedidos de ajuda, os integrantes do núcleo passaram a discutir a viabilidade da realização dos atendimentos psicológicos *on-line* junto ao CFP, uma vez que neste período não existia regulamentação que pudesse nortear este tipo de trabalho (Fortim, Cosentino, 2007).

Então, em 25 de setembro de 2000, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) criou a Resolução nº 003/2000, que regulamentava “o atendimento psicoterapêutico mediado por computador”. Apesar da prática ainda não ser reconhecida pela psicologia, profissionais só poderiam realizar os atendimentos desde que fossem parte de projetos de pesquisa, com protocolos aprovados pelo Comitê de Ética em pesquisa - reconhecidos pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), sem receber honorários da população pesquisada (CFP, 2000). Essa primeira Resolução foi um grande marco para a psicologia, pois avaliou como seriam os atendimentos *on-line*, mesmo que de forma prematura.

Em agosto de 2005, vigora uma nova Resolução - a de nº 012/2005, cujo CFP permitia a realização de “serviços psicológicos” - como as orientações psicológicas e afetivo-sexuais,

profissionais, de aprendizagem, com consultorias a empresas e tantas outras - desde que sem o caráter psicoterapêutico, mas exclusivamente experimental e sem cobranças de honorários (CFP, 2005). Aproximadamente sete anos depois, em 2012, é lançada a nova regulamentação CFP nº 011/2012, que revogava a Resolução nº 12/2005, e passava a autorizar as Orientações Psicológicas *On-line* (OPO) com até 20 encontros virtuais, síncronos ou assíncronos, abrangendo serviços pontuais de supervisão técnica, aplicação de testes regulamentados por resoluções pertinentes, processos breves de seleção de pessoal e atendimentos eventuais de clientes em trânsito ou impossibilitados de comparecer ao consultório (CFP, 2012).

Neste mesmo período, os profissionais que ofereciam as OPO's precisavam ter cadastro na plataforma do Conselho Federal de Psicologia (CFP), passar por análise técnica, possuir um site próprio com domínio (.br) ou se credenciar a sites autorizados com o selo<sup>6</sup> exposto ao público. Não era permitido oferecer outros tipos de serviços a não ser as orientações, além de uma série de regras estabelecidas pela Resolução (CFP, 2012). Assim, no início de minha carreira, eu fora muitas vezes indicado pelo CFP para auxiliar novos psicólogos cadastrados, com dúvidas sobre sites e treinamentos dessa prática. Foi aí que passei a realizar palestras e cursos voltados a essa temática.

Hoje já são três Resoluções revogadas (nº 003/2000, 012/2005 e 011/2012) e duas em vigor. A principal - Resolução CFP nº 011/2018 - reconhece as consultas ou atendimentos psicológicos mediados pela Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC). Trata-se de um grande ganho para a psicologia, pois os profissionais podem realizar os atendimentos de modo psicoterapêutico e sem restrições quanto à quantidade de sessões, mesmo que com algumas limitações: são vedados os atendimentos a pessoas ou a grupos em situações de urgência e emergência; de violação de direitos e de violência. O profissional não precisa ter um site próprio ou credenciamento a outros sites, mas ter seu cadastro aprovado na plataforma *e-Psi*<sup>7</sup> – cuja comunidade localize os profissionais habilitados/aprovados ao atendimento *on-line* (CFP, 2018).

Até então, nesta fase do início da Resolução CFP n. 011/2012 até maio de 2018, havia muitas dúvidas e incertezas em favor das orientações psicológicas *on-line* e se uma psicoterapia a distância realmente funcionaria. Já enfrentei duras críticas por divulgar e oferecer

---

<sup>6</sup> Este selo era emitido pelo CFP, devendo o profissional habilitado, incluir em seu site para que os pacientes pudessem consultar se o psicólogo(a) de fato estava cadastrado e autorizado em prestar as Orientações Psicológicas On-line.

<sup>7</sup> Essa plataforma foi desenvolvida pelo CFP tendo como objetivos: obrigar todos os psicólogos/as realizar um cadastro e consultar sua aprovação nas práticas mediadas pela tecnologia da comunicação.

treinamentos a profissionais sobre tal prática. É bom que se diga que tais críticas não eram apenas dos colegas, mas de muitos analisados que, por não poderem ir até o consultório, não aceitavam fazer só as orientações. Pelo bem da disseminação da psicoterapia e do que causava à sociedade, mesmo *on-line*, eu tinha a convicção de que uma nova regulamentação chegaria - a julgar sua funcionalidade a quem de fato precisava.

A Psicologia, por ser uma ciência, deve ser regida por regulamentações norteadoras que direcionem os profissionais. Aí reside sua importância, principalmente em casos excepcionais ou extremos. Lembremos que a prática do atendimento *on-line* foi bem disseminada a partir do surto pandêmico, com novos estudos sendo publicados. Com o surgimento do novo coronavírus (Covid-19), muitos profissionais juntamente com a sociedade repensaram diferentes maneiras para que as relações não se perdessem e uma delas foi a psicologia, além da psicanálise. Então, criativamente, os profissionais - sem chances de escolhas - aderiram ao atendimento *on-line*, mesmo com inseguranças ou receios sobre como conduzir o atendimento, por exemplo. A partir do surto pandêmico, com ou sem experiência, com ou sem vontade, acreditando ou não nas consultas *on-line*, psicólogos foram praticamente empurrados para essa modalidade, já que era priorizado o distanciamento social. Os tratamentos analíticos, por sua vez, ingressaram neste tipo de modalidade para que, de alguma maneira, não perdessem o vínculo e a relação existente com seus pacientes (Fossati, 2020).

A partir desse evento traumatizante e devido ao número crescente de novos cadastros na plataforma e-Psi, o CFP lançou a Resolução nº 04/2020, que autoriza, de modo temporário - até que sejam estipuladas alterações da regulamentação, os atendimentos em situações de urgência e emergência, de violências e de violação de direitos e suspende temporariamente a regra cujo profissional só preste serviços *on-line* mediante cadastros aprovados. Ou seja, deve ter cadastro, mas pode iniciar o trabalho até a obtenção do parecer de aprovação - e não o contrário - como ocorria antes dessa regulamentação (CFP, 2020).

Só no ano de 2018, os pedidos de cadastro na plataforma e-Psi foram de 2.608 e, em 2019 - ocorrência da pandemia, com a popularização da prestação dos atendimentos *on-line*, teve um aumento elevado para 18.739 profissionais. Em 2020 foram 104.702 novos cadastros. Nos anos seguintes, este número foi diminuindo diante das flexibilizações do distanciamento social: em 2021, foram 48.661 e em 2022, 24.915 solicitações de cadastros. Um total de 199.625, que não coincide com a quantidade dos cadastros aprovados e reprovados, segundo o site do CFP<sup>8</sup>. Para muitos psicanalistas, o atendimento *on-line* era feito esporadicamente como

---

<sup>8</sup> Informação obtida pelo site 'Transparência do CFP', disponível em: <https://transparencia.cfp.org.br/psicologo/cadastro-e-psi/>. Acessado em 15 jul. 2022

nos casos de longas viagens, mudanças territoriais, motivos de doenças e/ou por estarem em trânsito, sem uma preocupação com regulamentações e regras, como vimos na psicologia.

E o *setting* psicanalítico, tendo como prerrogativa física - uma poltrona, um divã, a palavra e a escuta - passa a lidar com uma mudança atípica: estabelecer o vínculo de modo *on-line*, com a possibilidade de acolhida do paciente diante de um momento tão traumático como a crise pandêmica. Durante este trajeto, deparamo-nos com outros obstáculos: falhas nos dispositivos tecnológicos, queda de sinal, descarga da bateria dos aparelhos telefônicos, esquecimento dos horários agendados, não escutar o analista ou o analisando, problemas nos aplicativos ou programas de computadores, além da falta de privacidade em casa, e outras infinitudes de situações que atrapalham, senão interrompem o atendimento (Ribeiro, 2020).

Outro fator importante no que tange às legislações, diante da quantidade de hackeamento no mundo digital, foi a implementação, em agosto de 2018, pelo Congresso Nacional, da Lei 13.709/18 – Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), em vigor em 2021, cujo principal objetivo é causar mudanças culturais na coleta e no tratamento dos dados pessoais e sensíveis dos titulares (pacientes/clientes). Espelhada no GDPR (General Data Protection Regulation), também implementada em maio de 2018, na Europa, já aplicou multas milionárias em grandes empresas, que tiveram dados de clientes vazados (Barros, Faria, 2020).

Diante disto, faz-se importante que, não somente psicólogos e psicanalistas, mas qualquer profissional ou pessoa jurídica estejam atentos e adequados a ela, pois conhecer, aplicar e tratar os ‘dados pessoais’ e os ‘dados pessoais sensíveis’ são medidas obrigatórias a qualquer pessoa, natural ou jurídica, com atividades cujos fins são econômicos, conforme lei de âmbito federal (Brasil, 2018).

Os dados tidos como pessoais podem ser identificados ou identificáveis. Quando o paciente preenche a ficha de cadastro no consultório, fornece seus dados pessoais: nome completo, data de nascimento, idade, número de documentos, endereço; logo o titular é o portador de sua titularidade e, conforme a Lei estabelece, obviamente é facilmente identificado. Já os dados sensíveis são aqueles sobre a origem racial ou étnica, a convicção religiosa, a opinião política ou filosófica, os dados sobre a saúde ou a vida sexual, os dados genéticos ou biométricos de uma pessoa natural. Além disso, colhemos os dados identificáveis, que são as informações pouco codificadas, mas, com um mínimo de esforços, facilmente localizados: os e-mails, o número de celular e o IP do computador (Brasil, 2018).

---

Ora, não há possibilidades de atuar, seja como psicólogo ou como psicanalista, sem que recolhamos dados pessoais e sensíveis – fundamentais para que possamos identificar o analisando e proceder com o psicodiagnóstico, a proposta de tratamento e o manejo clínico.

Uma possível solução frente à segurança e à proteção desses dados é a anonimização sugerida pela LGPD, estabelecendo a forma como esses dados são manuseados e coletados, de modo que não seja possível identificar o paciente, preservando assim o sigilo e a confidencialidade (Brasil, 2018).

A Lei também assegura os *Princípios básicos* e as *Bases legais*, que devem ser utilizados para que os profissionais estejam resguardados e legitimem os dados coletados. Então, deve-se eleger a melhor base para submeter o analisando no atendimento. São 10 (dez) bases legais cuja principal é o *Termo de Consentimento*<sup>9</sup>, um documento obrigatório que informa os direitos enquanto titular; as obrigações do controlador, que pode ser o profissional ou a clínica; como serão tratados; a quem recorrer sobre alterações; a transparência; a exclusão dos dados; como e onde serão descartados; onde serão armazenados - se informatizado ou impresso - e quais as medidas de segurança adotadas para a preservação do sigilo/confidencialidade (Brasil, 2018).

Neste aspecto, o Conselho Federal de Psicologia, em paralelo com o Ministério da Saúde, exigem o registro em prontuários de todos os serviços prestados para que o analisando ou o responsável legal ou outros profissionais tenham acesso, conforme estabelecida pela Resolução CFP nº 001/2009<sup>10</sup>.

Quanto aos Princípios Básicos da LGPD, fica obrigatória a aplicação dos 10 princípios no tratamento dos dados pessoais e sensíveis: 1) Necessidade (Por que coletar dados pessoais e o que será coletado?); 2) Finalidade para justificar o motivo da coleta; 3) Adequação; 4) Acesso Livre; 5) Qualidade dos dados; 6) Transparência; 7) Segurança; 8) Prevenção; 9) Não discriminação e 10) Responsabilização. Todos esses princípios devem ser praticados pelos

---

<sup>9</sup> No entanto, mesmo sendo uma lei federal, a prática psicanalítica costuma estabelecer o contrato da análise verbalmente por meio da aliança terapêutica, ou seja, o analista comunica como será realizado o atendimento; a periodicidade, a duração das sessões, os honorários e a regra fundamental da psicanálise – no caso, os analistas freudianos. Bleger (1988) em um capítulo chamado: “Psicanálise do enquadramento psicanalítico”, descreve que o enquadramento é algo que pode ser alterado constantemente conforme a situação analítica apresente fenômenos diferentes daqueles desde o início. Em outras palavras, no início do tratamento o paciente pode, *a priori*, aceitar as condições da análise, mas passado alguns meses, pode não se adaptar – e é neste sentido que o autor diz que o enquadre pode sofrer alterações constantes. Tanto quanto, atualizar as condições de enquadramento possa trazer grandes benefícios - via transferência, pode surgir conteúdos escondidos. Mas, pensando no sentido de um ‘Termo de consentimento’, alguns pacientes podem aceitar facilmente, mas há aqueles mais persecutórios que podem não aceitar. Como por vezes, alguns dos meus pacientes recusaram-se em assinar qualquer tipo de termo ou enviar seus dados como nome completo ou número de documento.

<sup>10</sup> Esta Resolução prevê e explica que todos os serviços de psicologia prestados, devem constar os registros documentais em forma de prontuário. Contendo a identificação do paciente, avaliação da demanda, propostas de trabalho e evolução dos atendimentos. Devendo ser arquivados no período mínimo de 5 (cinco) anos, podendo ser prolongando em casos específicos (CFP, 2009).

controladores (profissionais) para o respaldo legal dos direitos a essas informações (Brasil, 2018).

Assim sendo, as regulamentações fazem-se necessárias - não somente para o atendimento *on-line*, como para os atendimentos presenciais, dada a importância dos cursos/capacitações aos profissionais que praticam o atendimento *on-line*. É, na verdade, uma modalidade que necessita de atenção e de regulamentação quanto à segurança, como por exemplo, plataformas seguras ao atendimento, éticas e de preservação do sigilo.

Ainda são incipientes as instituições que oferecem cursos ou capacitações sobre essa modalidade no Brasil, cuja atuação demanda pesquisas e maiores discussões, já que é uma área em constantes transformações, que gera muitas dúvidas e mal-entendidos por profissionais não conhecerem as leis de jurisdição e de licenciamento. Portanto, é imprescindível o conhecimento das Resoluções que norteiam esta modalidade. (Rodrigues, 2014; Siegmund *et al.*, 2015; Rodrigues; Tavares, 2016; Magalhães; Bazoni; Pereira, 2019).

Em 2021 uma rede de clínicas que presta serviços de atendimento psicossocial no município de Castelló/Espanha teve seus arquivos de prontuários hackeados em um ciberataque. Consequentemente, os criminosos ameaçaram divulgar os dados pessoais e sensíveis dos pacientes, exigindo o pagamento em criptomoedas. Em junho de 2022 foram encerradas as investigações e 3.733 pessoas foram comunicadas oficialmente sobre as possíveis consequências e riscos de terem seus dados expostos ilicitamente por estes criminosos<sup>11</sup>. A perícia finlandesa revelou que os prontuários desta clínica estavam em uma intranet protegida com uma senha fraca e grande parte dos pacientes não sabiam da existência desses registros documentais (prontuários). Os responsáveis foram multados e tiveram suas clínicas fechadas por não cumprirem os requisitos éticos e legais de informar aos pacientes que as sessões seriam registradas, tampouco cumpriram os requisitos básicos de segurança<sup>12</sup>. As violações às regras de proteção de dados previstas na LGPD preveem sanções como advertências e multas milionárias para pessoas físicas ou jurídicas que atuam profissionalmente colhendo dados pessoais. As multas podem atingir o valor de R\$ 50 milhões, e por isso, ressalto a importância

---

<sup>11</sup> Molina, E. (2022). Datos personales de más de 3.700 personas resultaron afectados por el ciberataque al ayuntamiento de Castelló. *Castelló Información*. Acessado em: <http://www.castelloninformacion.com/datos-personales-de-3-700-personas-afectados-por-el-ciberataque-en-castello/>

<sup>12</sup> Higuera, Ana. (2021). El ciberataque a una startup de salud mental finlandesa expuso toda la base de datos de sus pacientes en Internet. *Vinte minutos.es*. Acessado em: <http://www.20minutos.es/tecnologia/ciberseguridad/el-ciberataque-a-una-startup-de-salud-mental-finlandesa-expuso-toda-la-base-de-datos-de-sus-pacientes-en-internet-4687553/>

no cumprimento das leis federais, estaduais, municipais e principalmente pelo órgão de classe (Brasil, 2018).

### 2.3 Técnicas no Atendimento *On-line*

Neste tópico, pretendo abordar alguns temas essenciais para iniciar o atendimento *on-line*, visto que é de suma importância o conhecimento das regulamentações e leis para uma melhor atuação dos profissionais de saúde mental nesta modalidade. Chamo de técnicas o manejo cujo profissional - psicólogo ou psicanalista - irá estabelecer e definir com o analisando: os meios de atendimentos, as terminologias utilizadas, os tipos de atendimentos, os critérios para aceitar ou não um analisando, a postura ética diante das tecnologias e a guarda e registros documentais.

Há uma heterogeneidade nas pesquisas no que se refere às terminologias e muitas vezes são obstáculos para os pesquisadores, pois existem muitos termos e alguns deles não são especificados: *web-based therapy*, *e-therapy*, *cybertherapy*, *eHealth*, *e-Interventions*, *computer-mediated interventions* e *on-line counseling*. Mesmo que sejam utilizados como sinônimos, ainda assim, trazem práticas diferentes. Existem as atuações, como a de psicoterapia *on-line* – cujas terapias de diferentes abordagens teóricas são realizadas pelos profissionais via e-mail, mensagens instantâneas, áudio ou videoconferência (Pieta; Gomes, 2014). E outras práticas como Orientações psicológicas – pouco utilizadas, que são atendimentos pontuais/breves e não se configuram como psicoterapia.

O “*Guia para Intervenção em Telepsicologia*” criado pelo Colégio Oficial de Psicólogos de Madrid, trata-se das conceituações e das distinções entre as terminologias propondo o termo Telepsicologia, segundo a proposta da American Psychological Association [APA]), que são serviços psicológicos com intervenções mediadas pelas tecnologias que permitem a comunicação (De La Torre; Cebrián, 2018). Ou seja, todas as práticas que utilizam os meios tecnológicos para analisar, atender (psicoterapia) ou orientar (Orientação psicológica) os pacientes, segundo a APA, devem ser nomeados como Telepsicologia (APA, 2010, 2013).

Além disso, temas como a confidencialidade e o sigilo são deveres dos profissionais e/ou instituições, erroneamente usados como sinônimos. “Confidencialidade” significa que os dados não devem ser revelados a terceiros, como o próprio nome sugere, a menos que haja casos para o benefício do paciente ou quando solicitar uma cópia. Já o “sigilo” nomeia obrigações que não admitem exceções ou compartilhamentos com outras pessoas a não ser com o próprio paciente (Tietzmann *et al.*, 2021).

Neste sentido, a Resolução CFP n. 001/2009 aborda questões como o compartilhamento e o registro documental dos serviços. E, pude perceber ao longo dos anos que existem profissionais com diversas dificuldades para diferenciar registro documental e prontuário. Neste caso, o que é direito do paciente ou responsável legal e o que não deverá ter acesso? Frente a esta questão, os registros documentais são as informações as quais o psicólogo considera importante registrar, mas não serão compartilhadas no prontuário. Diferentemente, o prontuário é um documento no qual serão registradas as informações necessárias e sucintas do analisando sem que sua intimidade ou questões mais delicadas sejam expostas: se o prontuário for solicitado pelo titular – o sigilo de algumas sessões será preservado. (CFP, 2009).

\*\*\*

Há dois tipos de atendimentos *on-line*, segundo a regulamentação: o atendimento síncrono, que visa àqueles que ocorrem em sincronicidade, como videoconferências e chamadas telefônicas. O atendimento assíncrono pode ocorrer lentidão na resposta entre profissional e analisando, como mensagem de texto, mensagem por voz e e-mails. Ambos são autorizados e reconhecidos como formas de atendimento psicológico mediadas pelas tecnologias da informação e comunicação (CFP, 2018).

No atendimento assíncrono, a linguagem escrita precisa ser mais objetiva, clara e concreta para que o analisando entenda o que o profissional pretende verbalizar. Durante este processo a comunicação pode ter algumas pausas ou até mesmo o silêncio, mas pode ser um momento em que ambos analisam e interpretam a mensagem. O corpo do analista, síncrono e/ou assíncrono, deve estar presente e vivo no atendimento, e a escrita, com pontuações, letras maiúsculas e repetições de letras visa expressar que o analista está presente, da mesma forma que as palavras e as frases usadas tornam-se elementos fundamentais para a comunicação (Pieta, Lisboa, 2015).

Quanto aos critérios clínicos para aceitar um analisando, há desde casos simples aos mais complexos, como apresentar algum tipo de dificuldade em lidar com a tecnologia; não ter acesso à internet ou uma rede que suporte uma conexão estável. Neste contexto, já se torna um critério avaliar se o atendimento *on-line* será eficiente para ser mantido ao invés do presencial. E nos casos mais complexos, ainda não existindo regulamentação específica ou notas técnicas orientando os profissionais, faz-se necessário avaliar cuidadosamente e se há possibilidades de atendimento a distância como em casos de ideação suicida, agressores sexuais, relacionamentos

violentos/violência de gênero, ideação homicida, transtornos mentais graves com prejuízos na rotina, abuso de substâncias e transtornos graves alimentares (De La Torre; Cebrián, 2018).

Os recursos tecnológicos e as plataformas seguras são medidas que se devem adotar, tanto nas escolhas como na utilização, cujo objetivo é manter a segurança e a proteção dos dados dos pacientes disponibilizados durante o tratamento. A informação a respeito das legislações e das questões técnicas permitem que o atendimento seja bem conduzido (De La Torre; Cebrián, 2018). É certo que esta modalidade promova a desinibição de alguns pacientes, torna os serviços de saúde mental mais flexíveis, acessíveis e menos custosos (Siegmund *et al.*, 2015). Estudos realizados apontam um compilado de benefícios que comprovam evidências a favor do atendimento *on-line*: pacientes depressivos, ansiosos, com fobias sociais, introvertidos, refugiados e/ou imigrantes, pacientes oncológicos que podem estar impedidos de comparecer a um atendimento presencialmente, transtorno de pânico, estresse pós-traumático, questões com imagem corporal, adições e jogos patológicos (Pieta, Lisboa, 2014).

Ainda que o atendimento tenha seus benefícios e vantagens, pode ser uma conveniência para os analisandos desinibidos à terapia presencial, cujo anonimato também é considerado um aspecto central e relevante do atendimento *on-line* (Pieta, Lisboa, 2015). Estudos qualitativos mostraram que ocorrem oscilações comunicacionais que requerem atenção. Os atendimentos por videoconferência apontam dificuldades de os profissionais interpretarem a linguagem corporal, fazerem contato olho no olho e estabelecerem relação empática, mas não de maneira pior ou melhor que o atendimento presencial, cujo processo se ajusta às câmeras, aos microfones e à comunicação de fato (Pieta, Lisboa, 2014).

Alguns aspectos negativos relatados em pesquisas qualitativas e exploratórias investigaram a percepção de quatro profissionais acerca da Orientação Psicológica *On-line* (OPO) com foco na relação estabelecida com clientes. Pode assumir caráter impessoal/superficial, dificuldades para expressar emoções por falta da interação corporal; mas - com ressalvas - uma vez que os analisandos podem expressar emoções por meio de emoticons, imagens ou outros estímulos visuais, além do silêncio (Siegmund, Lisboa, 2015).

É bom lembrar que fatores internos também devem ser acolhidos pelo profissional como o medo, o luto por perdas objetivas, a insegurança, os distúrbios do sono, de alimentação, a depressão, a ansiedade, a fragilidade diante de ameaças à vida – seja a sua ou de entes queridos, a perda da rotina e da liberdade, assim como as alterações na relação com o tempo e o espaço. Além desses transtornos, há outras preocupações: (i) quem aciona os dispositivos para iniciar a sessão? (ii) quem avisa e quem entra na sessão? (iii) e os atrasos, adiamentos, prontidão, o silêncio do paciente? (iv) como saber se é falha tecnológica ou proposital? (Ribeiro, 2020).

Portanto, não se trata de uma migração de modalidade, mas sim, de uma nova prática ‘técnica’, cujo atendimento profissional deve ser bem formulado para evitar incidentes quanto às questões de informática, ao manejo clínico e às questões éticos-legais a fim de que não interfiram no processo terapêutico. Não é uma prática excludente ou substitutiva da terapia presencial e os que a utilizam devem avaliar se todos os casos são recomendados (Magalhães; Bazoni; Pereira, 2019). Contudo, no Brasil a resolução CFP nº 04/2020 suspendera temporariamente algumas regras do atendimento *on-line* para situações de urgência e emergência, violação de direitos ou violência, é importante que cada caso seja avaliado para se julgar se é ou não recomendado.

#### **2.4 A psicanálise no atendimento *on-line***

Bruce Fink (2017), psicanalista lacaniano, formado pelo instituto psicanalítico que Jacques Lacan fundou pouco antes de sua morte (*École de La Cause Freudienne*), abordou o tema da análise por telefone. E relata uma breve experiência de seu consultório, situado nos Estados Unidos, para o qual uma analisanda que havia se mudado para o exterior ligava em alguns momentos muito angustiada. Ao perceber uma certa frequência de ligações, estabeleceu dias e horários específicos para atender as demandas trazidas desesperadamente por ela até que retornasse aos EUA. Porém, em um outro momento, o analista tivera que se mudar para outra região da costa Oeste para trabalhar em *Pittsburgh* e, devido a esse deslocamento, retomou as sessões via telefone com sua paciente.

Paulatinamente percebeu que as sessões analíticas já estavam estabelecidas à distância. Então, começou a oferecer sessões ocasionais por telefone, principalmente quando eram analisandos que não podiam sair de casa pelas angústias graves; outros, por estarem doentes ou temporariamente acamados e, até mesmo, aqueles em que o carro quebrava no dia da sessão, ou por situações climáticas e assim por diante. Logo percebeu que era uma maneira de continuar seu trabalho, principalmente com aqueles que não podiam viajar até seu consultório ou que não encontravam analistas próximos de suas regiões, e a sessão por telefone aconteceu da mesma forma como se estivesse no divã (Fink, 2017). Entendemos aqui, que as sessões não foram interrompidas, o analista sustentou o processo, porém, virtualmente na tentativa de manter e reproduzir o ambiente presencial no *on-line*.

Essa noção do divã no *setting on-line* é algo muito questionado entre os psicanalistas, uma vez que sua utilização é fundamental. Belo (2020) diz que a transferência erótica ocasionada na análise presencial também ocorre na análise a distância e que seria ainda mais

enriquecedor alternar encontros presenciais e a distância, exceto para aqueles que moram em regiões mais afastadas. Nesses casos, o desligamento das câmeras na sessão *on-line* poderia ser uma alternativa de simulação do divã.

Esse ‘divã virtual’, por assim dizer, resulta em impedir que o analisando misture imperceptivelmente às associações livres, sendo possível isolar a transferência e no devido tempo, que ele possa falar abertamente (Sousa; Siqueira, 2021). Ou seja, se o analisando estiver transferindo algo para o analista ou ao *setting*, e caso o analista capte essas informações, pode ser que o analisando não consiga associar livremente. Então, segundo o autor, antes de quaisquer alterações, é importante manejar os conteúdos transferenciais primeiro.

O que percebo é que no meu consultório os analisandos que optam desde o início pelos atendimentos síncronos – via telefone, por alguma razão, que não saberei de imediato explicar, a análise funciona muito bem. De fato, é como se estivessem no divã associando livremente sem que haja uma resistência ocasionada pelo contato visual. É claro que minha postura desde o início no atendimento *on-line* é começar as entrevistas preliminares vis-à-vis e, de tempos em tempos, solicito que o analisando desabilite a câmera ou que opte em escolher como deseja seguir com a análise, pois no meu modo de entender, as câmeras desabilitadas é uma forma de simular o uso do divã.

No texto “a sustentação da virtualidade pelo analisando e seus percalços nos atendimentos remotos”, Figueiredo (2021) expõe sua tese de que o analisando coloca o analista no lugar de objeto e para tal, em casos de não-neuróticos, o atendimento deve ocorrer cara-a-cara, ou seja, devem ser evitados esses tipos de sessões sem imagem.

Fatores como a imagem do analista, expressões faciais, gesticulações e o próprio *setting* virtual (o que aparece no espaço da câmera onde o analista está) podem ser motivos ou detalhes que gerem resistências. Porém, devido à delimitação dessa pesquisa, não será possível abordar esse tema, mas ficará como sugestão para possíveis pesquisas. Quando me refiro aos atendimentos psicanalíticos *on-line*, temos uma série de fatores que são importantes de serem observados e manejados, como: questões de pagamento *on-line*, quem inicia a sessão, se será misto ou não, se a câmera será desabilitada ou não, se o ambiente virtual é seguro, se tem pessoal próximo do analisando, queda de sinal entre outros.

O dinheiro cada vez mais torna-se virtual, mesmo em sessões presenciais, os analisandos optam em realizar transações via débito ou transferências bancárias, principalmente aqueles analisandos que estão em outro país, que não têm possibilidade de realizar os pagamentos no consultório. De acordo com Souza e Siqueira (2021) e Belo (2020), o pagamento virtual pode causar a sensação de que não está sendo gasto/investido. Além disso, tais autores apontam que

esse meio de pagamento tem uma incidência da sexualidade, uma vez que o dinheiro é representativo.

O pagamento marca simbolicamente o valor da análise, de que ela tem valor e de que algo está sendo transmitido – um investimento afetivo para o analisando. “De qualquer forma, o dinheiro continuará sendo um objeto libidinal, mesmo quando virtualizado” (Belo, 2020, p. 43).

Algumas linhagens psicanalíticas trabalham com essas questões dos pagamentos veementemente, que é o exemplo da clínica de Françoise Dolto (pediatra e psicanalista francesa), que trabalhava com análise infantil. Nesse sentido, um ponto muito importante é a noção do pagamento simbólico da existência em que cobrava das crianças; não era uma moeda em espécie, até porque quem pagava as sessões eram os adultos, mas para que a análise tivesse um valor afetivo, ela cobrava das crianças algo muito simples, por exemplo, uma pedrinha que encontravam na rua caminhando até seu consultório, um desenho entre outros. Justamente com o objetivo de criar um senso de responsabilidade (Fernandes, 2015).

No atendimento *on-line*, em particular com adolescentes, geralmente são os pais que realizam os pagamentos e pensar na questão do pagamento simbólico é relevante para esta prática, pois o valor simbólico é um dos manejos necessários para essa modalidade. Recordo-me da análise de um jovem-adulto, na qual os pagamentos eram feitos por outra pessoa da família – o que é muito corriqueiro em minha clínica, acredito também que seja uma realidade para muitos profissionais. Conforme vinha analisando-o, era nítido que o valor afetivo que dava para as sessões era praticamente muito pouco, em alguns momentos, ele não sabia bem o que trazer para a sessão, sentia necessidade de remarcar muitas vezes, e mesmo que solicitasse que associasse livremente, ainda assim, nada lhe ocorria.

É verdade que nem sempre, nestes casos, são analisandos que atribuem pouco valor à análise, posso estar completamente equivocado em expor desta maneira, pois, ao todo foram 32 (trinta e duas) sessões realizadas – não houve aliança terapêutica? Difícil pensar em alguém que não goste da análise e continuar por esse tempo. Por outro lado, em quase todas as sessões tive que assumir postura mais ativa e ao longo do tempo pude perceber que eu funcionava, sempre, como ego auxiliar para suas questões emocionais e assim o fazia – emprestava meu ego para que ele pudesse ter experiência em seu amadurecimento emocional até que na trigésima terceira sessão decidi interromper o processo terapêutico.

Neste viés, esta modalidade requer mais estudos, visto que há uma carência de pesquisas voltadas para a Psicanálise *on-line*. Estudos de revisão de literatura apontam que pesquisas envolvendo outras áreas, como a terapia cognitivo comportamental e a Gestalt-terapia, são bem

mais utilizadas para comprovar a eficácia do atendimento virtual. Além disso, foram identificados que a aliança terapêutica foi possível para muitos casos clínicos e não apresentam diferenças significativas daquelas feitas de modo presencial (Pieta; Gomes, 2014).

E no que se refere a esta modalidade na Psicanálise, se tudo ocorrer bem, ou seja, não havendo problemas de queda de sinal, a existência da tela do computador é quase inexistente. É como se o analisando e o analista estivessem no mesmo ambiente, mesmo estando em ambientes distintos (Tachibana; Pizzo; Paiva *et al.*, 2021). Ainda acrescento que mesmo naquelas sessões via telefone, a distância geográfica também se torna imperceptível durante a análise.

Desse modo, podemos fazer uma analogia com a terceira área, proposta por Winnicott, como o espaço potencial, ou seja, é aquela entre o sujeito e o objeto. Eu o cito:

Nesse ponto, todo bebê tem experiências favoráveis e desfavoráveis. A dependência atinge seu ponto máximo. O espaço potencial ocorre apenas em relação a um sentimento de segurança por parte do bebê, ou seja, de uma segurança relativa à confiabilidade da figura materna ou dos elementos ambientais, tendo a segurança como evidência de uma confiabilidade que se está sendo introjetada (Winnicott, 1896-1971/2019, p. 162).

Desde modo, o espaço potencial é a área entre o bebê e a mãe, não é o que está dentro e nem o que está fora. Na medida em que vai se desenvolvendo a percepção de um não eu, no início de um não eu-posses - objeto transicional - culminando com o desenvolvimento do estágio do uso do objeto e o advento dos objetos objetivos. Nas relações favoráveis, isto é, quando se cria uma relação de confiança, o espaço potencial é preenchido com o brincar criativo. Julgo que seria uma espécie de tentativa para eliminar a sensação de ausência que possa vir a sentir do seu cuidador. E na medida do possível, a presença dessa terceira área conseguirá produzir uma relação menos dependente com a mãe, analogamente, menos dependente da relação com o analista (Winnicott, 1896-1971/2019).

É que na verdade, conforme for viabilizado a constância e confiança, o analisando, gradativamente será capaz de ter mais autonomia. Lembro-me de um analisando que sofria muito ao pensar que um dia a análise terminaria. Neste sentido, cada vez que ele foi ganhando confiança e percebendo que iria chegar um momento em que, por si só, seria possível conquistar o amadurecimento emocional, a angústia de separação foi dissipando e progressivamente foi tornando-se independente.

Este modo de psicanalisar, seguramente, prático e facilitador do ponto de vista dos deslocamentos, otimizações das agendas dos psicanalistas e assim por diante, traz uma ideia, formulada por Figueiredo (2021) de que este contato virtual é marcado pelo espaço potencial,

por isso, a importância do contato *vis-à-vis* para os analisandos não neuróticos, uma vez que a imagem é o elemento fundamental para a comunicação (*ipsis litteris*).

No ambiente *on-line* essa confiança é fundamental para que o analisando perceba de modo gradual que a análise terá efeitos positivos na medida em que são permitidos neste espaço a brincadeira e o ambiente suficientemente bom, contendo, é claro, elementos fundamentais para esta construção que podemos considerar como potencial, sendo eles: fazer o manejo adequado, permitir que o analisando nos enderece suas angústias, estabelecer um enquadre específico e manipular adequadamente esta modalidade.

Pensando pelo lado do analista, resalto aqui uma reflexão importante sobre sua saúde. Sem tornar demasiadamente repetitivo, podemos perceber que as práticas de atendimentos *on-line* foram se intensificando, principalmente durante a pandemia. E neste percurso, a quantidade de trabalho que os analistas tiveram que aceitar foi crescendo consideravelmente.

Houve a necessidade de ampliarmos a carga horária de atendimentos, nos habituarmos com as instabilidades das conexões, e por repetidas vezes perguntar ao analisando se ainda estava presente na videoconferência ou se estava ouvindo, além de outras questões sobre os recursos tecnológicos que nos colocaram a necessidade de aprender utilizá-los.

Entretanto, esta prática se tornou habitual nesta modalidade e muitos profissionais puderam questionar que a análise *on-line* é mais exaustiva que as presenciais (Almeida, 2021), talvez pela razão de estar muitas horas diante do computador. Mas acrescento também que, o ambiente torna-se inconstante, pois houve diversas situações em que familiares, animais de estimação, filhos e outros, atravessaram as sessões e o analista precisava lidar com isso – muitas vezes perdendo o foco e o raciocínio clínico.

Sem contar aquelas situações em que uma analisanda mulher que, por questões de privacidade, precisou realizar a sessão no carro ou na garagem e que, de repente o esposo entra no automóvel, a interrompe, discutindo e questionando com quem ela estava conversando. Este é um exemplo, dentre diversos outros, desses prejuízos ao *setting* analítico e sobre o manejo do analista, implicando diretamente no seu trabalho.

Suponho que, é por este motivo que no livro “Ferenczi: pensador da catástrofe”, Zerbinatti (2022) diz que as sessões a distância possuem um ritmo diferente e são mais cansativas que as presenciais. Neste viés, Almeida (2021) ressalta a importância de analistas priorizarem o cuidado da saúde mental já que as angústias e o cansaço físico estão presentes durante a análise *on-line*, e apesar de cuidarmos da saúde psicológica dos analisandos, também somos vulneráveis ao adoecimento, principalmente no período pandêmico onde tivemos que lidar com a catástrofe política, social, com as nossas próprias angústias e paralelamente, tivemos

que lidar e separar o que eram nossos medos para cuidar dos mesmos medos e inseguranças dos analisandos.

Por fim, pude, ao longo do tempo, acumular algumas experiências e é claro que só o fato de oferecermos este tipo de análise, facilitamos o acesso para muitas pessoas que estão impossibilitadas de comparecer ao consultório. Mas é verdade que alguns deles são mais persecutórios do que outros, e se avaliarmos que a figura do analista deve possibilitar ambiente suficientemente bom, a tendência é que possam se sentir mais seguros, já que quando estão envolvidas as tecnologias da informação e da comunicação, as chances de problemas e invasões são mais prováveis, sem contar que nem todos os analisandos optam pela análise à distância. Então, uma recomendação seria intercalar presencial com *on-line* - na medida em que for viável e recomendado.

## 2.5 Resumo

Vimos até aqui um breve histórico do surgimento das tecnologias e as tecnologias da comunicação; os aspectos legais e éticos para o atendimento *on-line*, sendo eles as regulamentações do Conselho Federal de Psicologia, a LGPD e seus princípios básicos, que permitem ao titular e ao controlador o direito sobre seus dados pessoais, as bases legais da lei sobre as quais os profissionais irão eleger a que melhor irá se enquadrar na sua prestação de serviços; os tipos de atendimentos *on-line*, que chamo de técnicas, bem como questões fundamentais para o sigilo e a confidencialidade; a Psicanálise a distância e seus desdobramentos e, por fim, finalizo com a importância do ambiente seguro para a condução do caso clínico atrelado à saúde do analista.

### 3 CAPÍTULO II

#### 3.1 A problemática do silêncio para Winnicott

*“O paciente precisa do nosso silêncio para seguir em detalhes seus próprios pensamentos, fantasias e sentimentos”*  
R. Greenson

A comunicação faz parte de um conjunto de conteúdos verbais e não-verbais nas relações humanas. E a clínica psicanalítica atravessa nesse material, que por sinal é riquíssimo no aspecto interpretativo. No meu modo de entendê-la, a comunicação seja ela qual for, possibilita ao ser humano compreender outras pessoas. Sem essa capacidade de o analista ouvir e ver o que o analisando traz em uma sessão silenciosa, algo pode ficar para trás, não sendo possível abarcá-lo em sua totalidade – já que uma parcela de sua história, que não foi acolhida, não está sendo possível de analisar.

Desde o início da minha carreira profissional, pude aprender com esses casos, algumas vezes fui invadido por inquietações, inseguranças e até por preocupações de não estar conduzindo bem as sessões. Em minha prática profissional, essa temática tem sido fortemente questionada, principalmente com alunos de Psicologia em formação ou aqueles profissionais já formados. Por outro lado, sabemos que cada analisando traz uma demanda diferente da do outro. Pode até ser semelhante, no sentido do silêncio, mas cada um deles tem uma história de vida, uma dinâmica familiar e uma personalidade que só a ele pertence.

Devemos, claro, sempre levar em consideração todos os aspectos que são comunicados durante a análise, assim como o que não é comunicado. Porém, pretendo deixar claro que esta pesquisa não será uma espécie de manual para o silêncio, pois sabemos até aqui que a forma como o analisando irá se comunicar só cabe a ele e ao seu modo de lidar com o seu mundo externo e interno. Enquanto psicanalistas, devemos investigar esse modo operante, para então traçarmos um tipo de manejo e um ambiente facilitador<sup>13</sup> no qual possam se sentir seguros.

Ora, possibilitar um ambiente facilitador – na minha tese – não é descrever para o analisando como faremos isso, mas sim, propor que ele possa oferecer cuidado, tal qual, de modo análogo, uma mãe oferece ao bebê em seus primeiros anos de vida. Ela não avisa quando e como fornecerá bons cuidados, simplesmente o faz.

---

<sup>13</sup>Ambiente facilitador é um termo utilizado para descrever não só a importância do ambiente nos primeiros períodos da vida do bebê, mas sim é a condição em que a criança adquire pelos pais esse cuidado e enriquecem seu mundo interno, através da educação, da cultura, do brincar e das experiências pessoais. E na medida em que o ambiente já cumpriu com seu papel, gradativamente vai tornando-se menos essencial, uma vez que já incorporou os padrões do ambiente e ela já é capaz de tolerar às falhas deste ambiente. (Winnicott, 1990).

Winnicott sendo um dos principais autores que mais contribuiu para compreendermos a comunicabilidade na relação mãe e bebê, que se inicia desde os primórdios do desenvolvimento infantil, o autor explica que a mãe pode se identificar com o seu bebê e que, principalmente, sob o ponto de vista da saúde, ao fazer isso, não perde a sua própria identidade.

Ele vai considerar esse processo como identificação cruzada, ou melhor que, se a mãe saudável consegue olhar para o seu bebê, identificar o que ele realmente precisa, não somente os cuidados ambientais, mas, principalmente, sustentar (*holding*) todo o seu existir, então podemos entender que ela está em total ressonância com o seu filho, isto é, “a capacidade que a mãe tem de adaptar-se às necessidades do bebê” (Winnicott, 1969/1994), p. 199).

Na medida em que o bebê se torna real; se existir um eu constituído (mundo objetivamente percebido), em que a mãe com todas as contribuições de sustentação, estabeleça uma comunicação silenciosa, a relação for de uma confiabilidade, então é possível que ele esteja protegido das reações automáticas às intrusões do mundo externo. Mas, antes ou depois dessa constituição, esse estado pode ser rompido por traumas (Winnicott 1969/1994). Em suas palavras:

Um trauma é aquilo contra o qual um indivíduo não possui defesa organizada, de maneira que um estado de confusão sobrevém, seguido talvez por uma reorganização de defesas, defesas de um tipo mais primitivo do que as que eram suficientemente boas antes da ocorrência do trauma (Winnicott, 1969/1994), p. 201).

Neste ponto, darei um exemplo que pode se encaixar nesta citação. Se uma criança estiver tentando comunicar-se com a mãe – por alguma razão qualquer, e a mãe estiver conversando com outras pessoas... *o filho chama a atenção para si com intuito de participar das conversas entre os adultos, ela imediatamente grita com ele e o manda ficar calado.* Digamos que este padrão de comportamento foi estendido e mantido por toda sua infância.

Ao longo dos anos, em sua adolescência, o menino – agora mais crescido – desenvolveu uma atitude de não se comunicar com grupos e algumas pessoas. Penso eu que, ao se deparar com as ‘possíveis ameaças’ (subjetivas) por ele incorporado, a sua comunicação é marcada pelo silêncio, já que foi impedido de expressar suas ideias e pensamentos diante de um grupo.

Então, a comunicação pode ser silene ou traumática. Ou seja, silene no sentido de confiabilidade e a traumática, causando a experiência da ansiedade impensável ou arcaica. Para além disso, Winnicott (1969/1994, p. 201) divide o mundo do bebê nestas duas categorias:

1. Bebês que não foram significativamente “desapontados” na primeira infância e cuja crença na confiabilidade conduz a aquisição de uma confiabilidade pessoal que é ingrediente importante do estado que pode ser denominado de “no sentido da

independência”. Estes bebês têm uma linha de vida e mantêm uma capacidade de se deslocarem para frente e para trás (desenvolvimentalmente) e se tornarem capazes de correr todos os riscos, por se acharem bem-garantidos.

2. Bebês que foram significativamente “desapontados” uma vez ou em um padrão de fracassos ambientais (relacionados ao estado psicopatológico da mãe ou do substituto materno). Estes bebês portam consigo a experiência da ansiedade impensável ou arcaica. Sabem o que é estar em um estado de confusão aguda ou conhecem a agonia da desintegração. Sabem o que é ser deixado cair, cair eternamente, ou cindir-se em desunião psicossomática.

Podemos refletir que o menino ao se calar diante de grupos, foi desapontado pelo comportamento agressivo e castrador da mãe, dependendo de quão primitiva foi a falha ambiental, pode carregar de perto a ansiedade impensável. Precisou se reorganizar constantemente para que pudesse verbalizar suas ideias ou pensamentos, ao mesmo tempo em que precisou lidar com a destruição interna causada pelas constantes reprovações.

Em contrapartida, o *setting*, o analista, a mobília, podem representar o mundo interno do paciente (Winnicott, 1963/2022) e cada indivíduo possui uma forma de estar isolado ou ser isolado em sua natureza, devendo então ser respeitado e pacientemente aguardar que algo surja em meio ao caos que pode estar sentindo. Ressalto que, mesmo a psicanálise sendo uma ciência muito eficaz para certos tipos de casos clínicos, creio eu que seria muita presunção acreditar que a análise seja possível alcançar todos os lados obscuros do mundo interno do analisando.

Além disso, o autor afirma que: “[...] em cada pessoa há um elemento incomunicável, e isso é sagrado e digno de ser respeitado” (p. 240). O silêncio para esses pacientes pode ser o momento mais importante; o analista ‘brinca’ com este jogo de esperar, observando os gestos e trejeitos comportamentais. Mas existe um lado, perigoso e difícil neste processo, que é a interpretação – principalmente para os pacientes mais regredidos, o analisando deve descobrir criativamente este lugar e essa forma de comunicar.

Neste sentido, no texto “A comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos”, Winnicott (1983[1963] /2007) diz que a comunicação e a capacidade de se comunicar está diretamente ligada às relações objetais. Mas, enquanto Winnicott se preparava para apresentar um estudo à sociedade estrangeira, percebeu que poderia reivindicar o direito de não se comunicar. Deste modo, ao se deparar com a assustadora ideia de ser explorado infinitamente, passa a identificar uma fantasia de que será devorado ou engolido.

Essa formulação nos leva a refletir que, mesmo que o analisando não possa se comunicar durante a sessão, precisamos explorá-lo inteiramente? Ou, será que a psicanálise precisa acessar todos os conteúdos subjetivos? Sobre esse aspecto proposto pelo psicanalista inglês, cremos que não. E para isso, precisamos respeitar seu silêncio, mas não quer dizer que sem essa

informação omitida pelo analisando, o trabalho terapêutico não terá resultados positivos, simplesmente, trabalharemos com o que tivermos dele naquele momento.

E como sabemos, o processo de maturação requer e dependerá da qualidade de um ambiente favorável. Na medida em que o analisando percebe e recebe um ambiente propício onde possa sentir-se seguro, pode ser que em algum momento consiga verbalizar algo não comunicado para o analista.

Indiretamente, acho eu, podemos pensar que diante da comunicação e da capacidade de se comunicar, temos algumas distinções:

- (i) o que é *comunicado* (algo voltado para a verbalização direta);
- (ii) a *não-comunicação* (algo que o analisando, de fato, não quer verbalizar – um direito dele para não ser explorado intimamente);
- (iii) e a *falta de comunicação* - algo mais ligado ao silêncio;

Todo esse processo requer a compreensão das relações objetais, e pensando nos estágios iniciais e no sentido da saúde, o bebê de modo gradativo vai se desenvolvendo e é desenvolvido uma mudança na natureza do objeto. Nas palavras de Winnicott (1983[1963] /2007, pg. 164): “o objeto, sendo de início um fenômeno subjetivo, se torna um objeto percebido objetivamente”.

É um processo que leva tempo, em torno de 12 meses, e deve acontecer antes que as privações e perdas possam ser absorvidas pelo indivíduo. O *objeto subjetivo* emerge nos estágios excitados como criação do bebê, mas o bebê se identifica com ele: é o que Winnicott chama de “identificação primária”. O objeto subjetivo será sempre subjetivo; o que acontece é que os *objetos transicionais* começam a substituir a mãe e farão a transição do mundo subjetivo para a criação da externalidade e dos *objetos objetivos*<sup>14</sup>. Winnicott nos diz que, no uso do objeto, o objeto objetivo sobrevive à destruição do bebê, enquanto ele continua a destruir o objeto subjetivo na sua fantasia.

Logo, o bebê experimentando a onipotência, desde que haja um ambiente facilitador, ele cria e recria o objeto. Quando o bebê está nos estados excitados (aquele momento em que está atento ao ambiente, atravessado por algum instinto) ele começa a criar um objeto, desde que seja encontrado por ele. Segundo Winnicott (1983[1963] /2007, pg. 165): “Um objeto bom não é bom para o lactente a menos que seja criado por este”.

---

<sup>14</sup> É verdade que, com a distinção entre mundo interno e mundo externo, os objetos subjetivos se tornam parte da imaginação e da fantasia, confundindo-se, em parte, com os objetos internos. Entretanto, nem todo objeto interno é subjetivo, já que alguns objetos são introjetados com finalidades defensivas, não tendo sido criados pelo bebê, não sendo, portanto, subjetivos.

Quando o objeto é subjetivo, é desnecessário que a comunicação seja explícita e quando o objeto é objetivamente percebido, ou é uma comunicação explícita, ou é confusa. E neste aspecto Winnicott (1983[1963] /2007) diz que aqui ocorrem duas coisas novas: sendo uma, a utilização e a apreciação da comunicação. E a outra é que o eu do indivíduo que não se comunica está num estado de isolamento autêntico.

Antes de o eu do bebê se integrar, ele desenvolve dois tipos de relacionamentos ao mesmo tempo, um sendo com a mãe-ambiente e outro com o objeto, que se torna a mãe-objeto. Em suas palavras: “A mãe-ambiente é humana, e a mãe-objeto é uma coisa, embora também seja a mãe ou parte dela” (*Ibidem*, 1983[1963] /2007, p. 166).

Nestes estágios, a intercomunicação é sutil até certo ponto. Quando o bebê está nos momentos perturbados, a mãe poderá decifrar esses momentos desde que ela esteja preparada para se colocar na pele do bebê e reconhecer que tipo de perturbação está comunicando. Quando Winnicott utiliza a palavra intercomunicação, é uma expressão de que a comunicação deve ter uma reciprocidade de um para o outro. É que o bebê não tem capacidades de ter uma comunicação explícita e para isso, precisa e requer uma identificação com as suas necessidades.

“À medida que o objeto se torna objetivamente percebido pela criança, assim se torna significativo para nós contrastar a comunicação com um de seus opostos” (Winnicott, 1983[1963] /2007, p. 166). Melhor dizendo, gradativamente o indivíduo se tornará uma pessoa com objetos tendo dois opostos da comunicação: a não-comunicação simples e a não-comunicação ativa ou reativa.

A *não-comunicação simples* é como um repousar, o indivíduo está em um estado de identidade própria, ora, não está se comunicando, ora a comunicação reaparece naturalmente. Já na *não-comunicação ativa ou reativa*, é necessário, segundo Winnicott (1983[1963]2007), pensarmos em termos tanto de patologia como de normalidade. Clinicamente falando, a não-comunicação é uma forma de recusar a comunicação, pois está ligada a com algum grau de relações objetais falsas.

Inicialmente, para compreender este tipo de não-comunicação ativa, é importante que se tenha um ambiente facilitador. É que na psicopatologia, a facilitação falhou em algum aspecto e em algum grau ocasionando falhas grosseiras no desenvolvimento do indivíduo e em termos de relações objetais foi desenvolvido um *split* (cisão).

Segundo Winnicott (1983[1963]2007), uma metade deste *split*, o bebê se relaciona com o objeto da maneira que este se apresenta, desenvolvendo um falso *self*. Com a outra metade do *split* o lactente se relaciona com o objeto subjetivo ou com fenômenos simples baseados nas

experiências corporais “sendo estes dificilmente influenciados pelo mundo percebido objetivamente” (p. 167).

Em suas palavras: “[...] estou introduzindo a ideia de uma comunicação com objeto subjetivo e ao mesmo tempo uma não-comunicação ativa com o que é percebido objetivamente pelo lactente” (*Ibidem*, p. 167). E neste caso, a comunicação sem saída tem toda sensação de ser real, mas é uma comunicação com objetos subjetivos.

Em casos não tão graves, e que não tenha ocorrido falhas graves do ambiente facilitador, pode-se esperar uma não-comunicação ativa (reclusão clínica) porque esta comunicação se liga muito facilmente com algum grau de relações objetais falsas ou submissas; e no caso da comunicação silenciosa com os objetos subjetivos, o indivíduo tem a sensação de ser real e Winnicott nos diz que estes casos requerem esforços para sobressair periodicamente, restaurando assim o equilíbrio.

E aqui a um dilema, a necessidade urgente de se comunicar e a necessidade ainda mais urgente de não ser decifrado. Winnicott (1983[1963] /2007, p. 169) diz que: “é uma alegria estar escondido, mas um desastre não ser encontrado”. Ele ainda afirma que em cada indivíduo existe um núcleo que é isolado permanentemente sem se comunicar, também desconhecido e em realidade que nunca será encontrado.

Mas antes de avançarmos nos estudos de certos opostos proposto pelo autor, é importante ressaltar que a não-comunicação do analisando é uma contribuição positiva. Quer dizer, mesmo que o analisando não tenha intenções de verbalizar, ainda assim, deve ser respeitado, pois assim como Winnicott ao se deparar com a fantasia de ser explorado infinitamente e muitas vezes com a sensação de ser engolido, se deu ao direito de não-comunicação.

E para entendermos os opostos eu o cito novamente: “[...] a comunicação pode simplesmente se originar da não-comunicação, como uma transição natural, ou a comunicação pode ser a negação do silêncio, ou a negação de uma não-comunicação ativa ou reativa” (Winnicott, 1983[1963] /2007, p. 171). É claro que em uma análise de neuróticos a análise é feita pelo intermédio da verbalização – ambos querem assim. E mesmo que o analisando fique em silêncio ou que haja uma não-comunicação, Winnicott recomenda que o analista espere pacientemente a verbalização, pois essa falta de comunicação pode ser um único momento para isso.

O mais perigoso, contudo, é o estado de coisas na análise em que o analista é deixado, pelo paciente, atingir as camadas mais profundas da personalidade do analisando por causa de sua posição como objeto subjetivo, ou por causa da

dependência do paciente da psicose de transferência; aí há perigo de o analista interpretar, ao invés de esperar que o paciente descubra criativamente. É somente aqui, no lugar em que o analista ainda não mudou de objeto subjetivo para um que é objetivamente percebido, que a psicanálise é perigosa, e o perigo é tal que pode ser evitado se sabermos como nos comportar (Winnicott, 1983[1963] /2007).

Mais adiante Winnicott (1983[1963] /2007, p. 171) acrescenta:

Se esperamos nos tornarmos percebido objetivamente no devido tempo pelo paciente, mas se falhamos em nos comportar de modo que facilite o processo analítico do paciente (que é o equivalente ao processo maturativo do lactente e da criança) subitamente nos tronamos não-eu para o paciente, e então sabemos demasiado, e ficamos perigosos porque estamos demasiado próximos na comunicação com o núcleo central quieto e silencioso da organização do ego do paciente.

Por esta razão Winnicott acha conveniente, mesmo em casos de neuróticos puros, evitar contatos fora da análise e faz um alerta sobre as interpretações, pois a sempre um limite neste manejo, que deve ser sempre pensado e utilizado com um certo cuidado.

Por outro lado, ele também afirma que existe uma parte do indivíduo que é isolado permanentemente e que no núcleo do *self* não há comunicação com o mundo não-eu. O que ocorre visivelmente em adolescentes como isolados. Winnicott (1983[1963] /2007, p. 171) fala que este modo de preservação do isolamento pessoal é uma parte em que ocorre a procura de uma identidade e para o estabelecimento de uma técnica pessoal de comunicação que não leva a violação do *self* central.

Em suas palavras ele acrescenta: “[...] o analista de um adolescente deve esperar ser testado completamente, e deve estar preparado para usar a comunicação de tipo indireto, e reconhecer a não-comunicação simples” (Winnicott, 1983[1963] /2007, p. 172). É que neste tipo de comunicação simples (busca de identidade própria) os adolescentes estão em uma forma defensiva contra o fato de ser descoberto antes de serem encontrados.

“A comunicação tem sua origem no silêncio” (*Ibidem*, p. 173). No exemplo que o autor utiliza sobre uma mãe com depressão, a comunicação inicial do lactente com a figura materna ocorre, mas no sentido um tanto oposto, ou seja, a vivacidade do bebê que nega a depressão materna é uma comunicação designada para satisfazer o que se espera dela. Winnicott (1983[1963] /2007, p. 174) encerra dizendo: “A vivacidade da criança cuja mãe está deprimida é uma comunicação de natureza tranquilizadora e é uma desvantagem artificial e intolerável ao ego imaturo em sua função de integração e maturação em geral de acordo com o processo hereditário”.

E sobre esse assunto, quero abrir um pequeno espaço para olharmos um relato de caso clínico sobre uma mãe depressiva e o silêncio como forma de comunicação sob a perspectiva de Masud Khan que, penso eu, elucidar essa ideia que Winnicott apresentou em sua obra.

### **3.2 A problemática do silêncio para Masud Khan**

Masud Khan (1984), dedicou um capítulo a esse tema, ilustrando um caso clínico de um adolescente - muito interessante por sinal. Ele relata que o silêncio possui uma função primária fundamental que nada mais é que uma forma de o paciente se comunicar com o analista através da transferência.

E o silêncio nessa perspectiva tem como objetivo compreender como a intrusão contínua e patogênica da mãe pode afetar a vida psíquica da criança. Para Khan (1984), este comportamento intrusivo gera uma difusão de identidade. Em outras palavras, quanto mais conturbado e constantes estas intrusões, o relacionamento entre a dupla é estabelecido pela identificação. A criança incorpora a mãe em algum aspecto, transformando esse comportamento silencioso parte dela.

Pelo que pude perceber ao longo do tempo em meus atendimentos, é que sessões silenciosas não ocorrem apenas com adolescentes, mas também com qualquer analisando em diferentes idades. Alguns desses, são mais silenciosos por outras razões além das resistências. No meu modo de entender tal situação – seja por uma transferência negativa com o analista, ou por não conseguirem se submeter à regra tradicional e fundamental da psicanálise (associação livre de ideias), ou até por terem tido uma sequência de eventos na infância com a mãe, tais quais já citamos, além de mães castradoras e/ou que não permitem que os filhos possam se expressar, basicamente reprimindo-os com uma certa frequência traumática.

Neste relato clínico que Khan chama de “o caso Peter” refere-se a um atendimento realizado durante a adolescência de um paciente. O silêncio pode ser uma manifestação de um esperar o outro reagir, seja com perguntas, seja com interpretações ou, até mesmo, como a espera de quem será o primeiro a falar alguma coisa na sessão. Em um pequeno trecho, ele diz: “havia uma afetividade arcaica envolvida, que as funções de ego adultas de Peter não podiam expressar, nem comunicar” (Khan, 1984, p. 210). O que ele quer dizer aqui é que mesmo se o analisando (adolescente/adulto) tenha um ego já estabelecido, clinicamente são pessoas que, por algum motivo, não conseguem expressar o que pensam ou sentem, por se tratar de materiais de épocas arcaicas, aos quais o ego adulto não tem acesso.

E neste caso, as funções de ego auxiliar do analista são importantes como uma forma de manejo “temporário”, para que o analisando “pegue” emprestado o ego do analista. Exemplificando, o analista traz modelos ou situações do dia a dia para que ele possa elaborar algumas situações. Inicialmente, sessões deste tipo de funcionamento podem gerar incômodo ao analista: desde sensações de inutilidade até mesmo como se não houvesse surtindo efeitos terapêuticos ao paciente.

E, mesmo que costumemos ter desejos de que, ao realizar uma análise, o analisando consiga ter *insights, elabore várias questões subjetivas, que consigamos realizar diversas interpretações, interpretar sonhos, interpretar suas falas e assim por diante*<sup>15</sup>; na prática, não ocorre desta maneira, principalmente em quadros silenciosos. Na verdade, esta função do analista (ego auxiliar) faz-se muito necessária, pois, como o ego do analisando ainda é arcaico (Khan, 1984), nestes momentos o paciente precisa de sessões como essas para que possa se desenvolver, digamos que em termos mais winnicottianos, possa amadurecer.

Em uma passagem extremamente significativa, eu o cito:

[...] Eu era o Peter-criança e, ele, a outra pessoa da situação infantil original. Eu podia perceber, no meu papel de Peter-criança, que ele devia ter-se sentido reduzido à impotência, inutilidade e exaustão em consequência da disposição e do comportamento dessa outra pessoa, da mesma forma como, agora, eu estava sentindo tudo isso através dele. Aprendi que o fato de ele me seduzir, enchendo-me de esperança e expectativa porque, ao chegar, parecia vivaz e alegre, era um meio seguro de me fazer experimentar dolorosa rejeição durante o resto da sessão (Khan, 1984, p. 2010).

Primeiro, o autor utiliza-se do hífen (elemento gráfico) na expressão “Peter-criança” para unificar as duas palavras, algo muito importante para compreender o que ele está dizendo neste trecho. Ou ele é apenas o analista durante a sessão, ou ele se torna o analisando no momento da infância. O autor percebeu que ele estava colocando-o neste lugar (apresentando outra pessoa, que no caso, era ele mesmo, sendo a criança que se sentiu rejeitada, desamparada); Khan o sentia impotente no período de sua infância e é neste exato momento em que o analista deve atuar.

Mas, quanto mais ele interpretava, mais o Peter retribuía o silêncio nas sessões com a mudez – um estado mais agressivo. É comum que os analistas tentem fazer perguntas ou ‘cutucar’ os pacientes a falarem, porém, segundo Khan (1984) e Winnicott (1983[1963]/2007), este não deve ser um manejo adequado. Deve-se esperar pacientemente e evitar muitas formas de interpretações nestes estágios. Mas até aqui, o leitor deve estar se perguntando: o que essa

---

<sup>15</sup> Esta forma de manejo está, reflito eu, naqueles mais neuróticos, cuja clínica se fundamenta prioritariamente em Freud.

mãe foi para Peter? Sem que me atenha detalhadamente ao caso clínico e que não fuja dos objetivos desta pesquisa, comentarei muito brevemente alguns detalhes que julgo ser necessário para a compressão do caso e, onde pretendo chegar.

Quando criança, aos seus três anos de idade, Peter era muito dependente de sua mãe e quando mais precisou de um ambiente facilitador e suficientemente bom, ela foi acometida por depressão, em longos períodos, sendo apática com ele; não sendo capaz de satisfazer as necessidades básicas e vitais do infante. Então ele reagia de modo passivo, taciturno e deprimido; e durante seu tratamento com Khan [...] “o que Peter buscava era um *setting* e uma relação em que as necessidades de dependência e a agressão pudessem integrar-se” (Khan, 1982, p. 212-215).

No sentido de agressão, Khan (1963/1984) percebia que muitos sentimentos agressivos de Peter eram manifestados através do silêncio. Interpretou este movimento devido à sua inércia no decorrer da análise – possivelmente durante o período da depressão da mãe, pois quando criança, reagia com a frustração e com comportamentos excessivos de fúria. Aliás, a agressividade é um aspecto importante e necessário no desenvolvimento infantil em que os bebês/crianças mordem, gritam, agridem outras crianças e/ou objetos como fonte de energia e uma reação à frustração, tendo como objetivo, de certo modo, integrar-se<sup>16</sup> no tempo e no espaço (Winnicott, 1964).

Entretanto, é verdade que a mãe deve suprir e até mesmo sustentar os ataques de fúrias do bebê, como também oferecer sua dedicação e cuidados. Em suas palavras, Winnicott (1975) frisa o conceito de ‘mãe suficientemente boa’, ou seja, não é uma mãe perfeita e que nunca tende a falhar, mas sim, em como ela irá ter uma boa adaptação às necessidades do bebê. Na minha análise deste caso, presumo que a mãe de Peter faltou com essa disposição em proporcionar um ambiente facilitador.

E fazendo uma espécie de ‘costura teórica’ com o que estou expondo aqui, abrirei um pequeno espaço para elucidar essa ideia do Masud Khan sob a ótica de outros autores.

---

<sup>16</sup> A integração é algo a ser alcançado ao longo do tempo e no espaço. Segundo o autor, há uma tendência biológica em direção a integração, é um fato. O que acontece é que nos estágios iniciais do desenvolvimento humano, o bebê está em um estado de não-integração (uma não-consciência). Aos poucos, os instintos, as expressões agressivas e a consciência tornam-se possíveis. Nestas fases, o cuidado ambiental e o cuidado físico são extremamente necessários para o *self* do bebê tornar-se consciência e compor os processos de integração. Além disso, a integração provoca nas pessoas e inclusive nos bebês, a sensação de sanidade, diferentemente da desintegração – que causa a sensação de enlouquecimento, geralmente observada em quadro psicóticos. Logo, temos a não-integração, como já mencionada, em que, nos momentos de relaxamento e regressão o ser humano entra devido ao rebaixamento da consciência, e por fim, a desintegração como algo patológico (Winnicott, 1990, p. 136-137).

As falhas ambientais em doses mínimas possibilitam que o bebê possa ir aos poucos tolerando, mas por outro lado, se houver constantes traumas cumulativos<sup>17</sup>, fica difícil suportar. Um exemplo disso é a falta do olhar para o bebê durante a amamentação – uma falha grave e perigosa.

Neste viés, Winnicott dedica-se ao trabalho do olhar do espelho da mãe, ou seja, a maneira com que a mãe cumpre com a ‘função de espelhamento’, no instante que esteja amamentando. O bebê precisa “ver” e ser “visto”, e a *experiência*<sup>18</sup>, fenomenologicamente falando, é sentida como satisfatória. É por essa matriz do comportamento materno-infantil que possibilitará uma interação recíproca.

Em um estudo realizado por Naffah Neto (2018), “A reconstrução do ambiente traumatogênico a partir da dinâmica transferencial na clínica winnicottiana”, o autor apresenta que pacientes, em idades muito precoces, e que tenham sofrido grandes falhas ambientais são propensos a sentir culpa de eventos que lhes ocorreram, sem ao menos recordarem. Acontece que, via transferência, é possível auxiliar os analisandos no processo de retomada do evento traumático.

Em um pequeno trecho, eu o cito:

Tenho observado, na análise de pacientes de tipo *borderline*, no sentido amplo do termo, que – grande parte das vezes –, o paciente, mesmo tendo sofrido grandes falhas ambientais por parte da mãe ou responsável, numa idade muito precoce – e tendo uma consciência meramente intelectual disso –, ainda assim, sente-se intensamente culpado pelos próprios males, responsabilizando-se, inclusive, pela infelicidade e desajustamento do genitor traumatizante. Isso porque essas falhas ambientais ocorrem muito precocemente, quando o ambiente ainda é vivido pelo bebê como um prolongamento do seu ser, indistinto dele. Assim, quando mais adiante, essas marcas traumáticas ganham algum significado, elas produzem um sentimento de culpa pelos acontecimentos traumatizantes (Naffah Neto, 2018).

Mais adiante, no mesmo estudo, ele ainda acrescenta:

Para esses pacientes, a reconstrução do ambiente traumatizante – e das falhas ambientais sofridas na infância – ao longo do processo de análise serve para distinguir

---

<sup>17</sup> Uma das grandes contribuições para a psicanálise é quando Khan elabora a teoria do trauma cumulativo que são os acúmulos de traumas constantes.

<sup>18</sup> A noção de experiência no pensamento de Winnicott, segundo Naffah Neto (2007), fazendo uma referência à Money-Kyrle: “É um constante trafegar na ilusão, a repetida consecução de um entrejogo (*inter-play*), tendo de um lado a criatividade; de outro, o que o mundo tem a oferecer”. Deste modo, nos instantes em que o bebê é atravessado pelos cuidados maternos, pelo ambiente em que está inserido e pelas experiências culturais, é capaz de provar em grande quantidade, por assim dizer, as experiências. É que desde o início a sensação de onipotência do bebê é cruzada entre ‘o não existir nada além dele mesmo’ (Eu) e o ‘existir objetos e fenômenos fora dele ou do seu controle’ (não-eu). E toda experiência ocorre no *espaço potencial* – no momento que ganha confiança na relação de dependência com a mãe e elementos ambientais, é que neste intervalo entre o objeto subjetivo e o objeto objetivo vai tornando-se possível a descoberta do mundo real e incorporação dos cuidados oferecidos a ele.

*o que é do paciente e o que é do ambiente*, reduzindo consideravelmente o sentimento de culpa e/ou a falsa responsabilidade pelo que é da competência (ou incompetência) de outrem (Naffah Neto, 2018).

E neste ponto, Peter precisou reconstruir na análise o momento em que mais precisou da mãe e distinguir o que, de fato, era seu e o que era da mãe-ambiente. Mas, ainda que não façamos suposições dos tipos psicodiagnósticos – se o paciente silencioso é borderline, esquizoide e assim por diante, a ideia é que seja pertinente analisarmos os efeitos dos traumas ocorridos durante a infância e que podem tornar-se um modo operante dos pacientes que não se comunicam. Como vimos até aqui, nos pequenos trechos do caso clínico, a criança (Peter) foi reproduzindo, de certo modo, o próprio silêncio da mãe enquanto ela sofria de profunda depressão.

No caso de Peter, por exemplo, sua mãe sofreu de uma grave depressão e acontece que as mães, de modo geral, devam exercitar a *preocupação materna primária* (Silva; Peixoto Junior, 2017), este aspecto requer que ela entre em contato íntimo com seu bebê. Julgo eu que, para mãe de Peter, por alguns longos períodos, essa capacidade lhe tenha faltado, dando ao menino uma sensação de vazio ou até de uma *mãe morta*<sup>19</sup>.

É verdade que bebês necessitam ser reconhecidos e esta é uma necessidade fundamental desde o seu nascimento e que perdurará para toda a vida (Silva; Peixoto Junior, 2017). Conforme tudo possa ocorrer de modo saudável e bem, no ponto de vista de Masud Khan (1982), o papel da mãe é de um *escudo protetor*, isto é, em várias áreas da experiência, o bebê precisa da mãe como ego auxiliar para que suas necessidades sejam superadas, pois somente será possível este manejo (relação de mutualidade, função de espelhamento entre outros), por meio da preocupação materna primária (Winnicott, 1956).

Para Silva e Peixoto (2017):

Quanto a isso, diz Winnicott, há consequências significativas: primeiro, a capacidade criativa do bebê começa a se atrofiar, dado que ele não encontra o seio e o olhar materno reunidos em uma única experiência para desenvolver o sentido de onipotência, a partir do processo de ilusão primária. Por consequência, o *self* do bebê busca uma forma de se defender da falta de acolhimento materno, protegendo-se da invasão ambiental, construindo em seu entorno uma casca protetora para se refugiar em seu núcleo.

---

<sup>19</sup> Fazendo uma referência ao conceito de mãe morta para André Green (1988), é aquela cuja morte não é a física, e sim a psíquica. São mães que, por alguma razão, são ausentes nos cuidados com seu bebê. Ele ainda relata que as consequências dessa mãe morta são gravíssimas em casos de mães que se suicidam, no ponto de vista do infante; também são aquelas que não conseguem estabelecer um vínculo sadio com seus filhos, sem que possam também estabelecer uma comunicação ativa (Silva; Peixoto, 2017). Segundo Green (1988), é muito comum durante a análise, alguns pacientes mencionarem que já enfrentaram períodos da infância em que a mãe fez tratamento para depressão.

“O escudo protetor da mãe permite que a criança projete sobre ela todos os estímulos internos desagradáveis, de forma que ela possa combatê-los e, desse modo, manter na criança a ilusão da onipotência do bem-estar” (Khan, 1982, p. 65). Aliás, se todo cuidado ambiental for bem-sucedido, gradativamente, o bebê vai ganhando confiança e tende a explorar o mundo externo – distinguindo a extensão do eu para o não-eu.

Mas sabemos que existe a possibilidade de haver muitos fracassos por parte da mãe, conseqüentemente gerando graves conseqüências para a vida do bebê. Winnicott tratou do assunto como fracasso do *holding* suficientemente bom; em outras palavras, são os mais graves e patogênicos traumas da exagerada intrusão psicopatológica da mãe, causando na criança a psicose ou a deficiência mental (Khan, 1982).

Além disso, Khan (1982) também classifica outras formas desse fracasso materno como escudo protetor: são os exemplos de perda ou separação da mãe com o filho; o colapso da mãe como susceptibilidade constitucional ou deficiência física – impossibilitando-a de cumprir com seu papel básico ou quando essa criança tem algum problema ao qual nem um adulto consegue resolver.

Assim sendo, a ‘clínica do silêncio’ é algo que demanda muito cuidado para que o analista possa se colocar com os olhos e ouvidos inclinados à toda forma de comunicação existente, pois, assim como uma mãe que passa a identificar as necessidades do bebê no momento que ele mais requer cuidados, o analista pode utilizar-se dessas ferramentas – claro, se sua personalidade admitir estes pacientes.

## 4 CAPÍTULO III

### 4.1 Construindo lócus de pesquisa

*“A modéstia do analista não é, portanto, uma atitude aprendida, mas a expressão da aceitação dos limites do nosso saber”*  
Sandór Ferenczi (1927/1992, p. 31)

A pesquisa foi realizada a partir de questionário contendo perguntas abertas e fechadas, enviado ao público-alvo, ou seja, aos profissionais psicólogos com formação em psicanálise winnicottiana. Todos localizados por meio do IBPW (Instituto Brasileiro de Psicanálise Winnicottiana). No site consta uma lista dos profissionais formados pelo instituto com intuito de divulgá-los para possíveis procuras de analisandos. A partir disto, foi encaminhado um convite de participação via e-mail e/ou WhatsApp para setenta (70) profissionais, dentre eles, quarenta e cinco (45) mulheres e vinte e cinco (25) homens.

O questionário foi desenvolvido na plataforma Google Formulário, contendo ao todo vinte e nove (29) perguntas – abertas e fechadas (Apêndice A). Utilizados filtros para que fosse aplicado os critérios de inclusão como: idade (sendo permitido avançar nos questionários os profissionais com idade acima de 25 anos); se possui formação em Psicologia e CRP ativo; se nos últimos cinco anos o profissional atendeu na modalidade *on-line*; e por fim, se possuíam experiência clínica há mais de cinco anos.

Após isto, obtivemos vinte (20) respostas com os requisitos mínimos para a participação da pesquisa. Ambos aceitando o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE). Profissionais com idade menor que vinte e cinco anos não foram aceitos devido o tempo de experiência, uma vez que a formação em Psicologia tem a duração de cinco anos e neste caso, possivelmente, iniciaram a formação aos dezoito anos, ou aos vinte anos de idade. E para que tivessem a formação em psicanálise winnicottiana, o período mínimo de formação é de quatro a sete anos (conforme informam o IBPW sobre a formação winnicottiana). Outro requisito necessário foi o exercício da profissão de no mínimo cinco anos e que já tiveram a experiência do atendimento *on-line*.

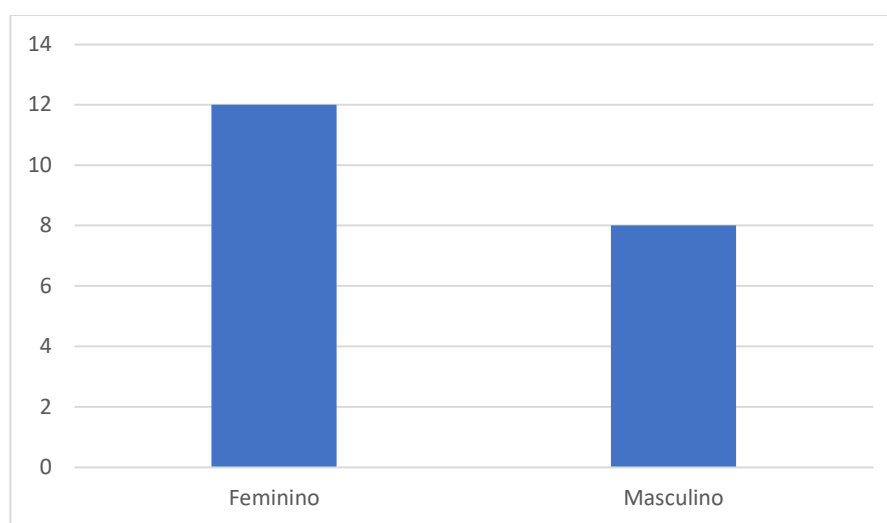
Neste sentido, o atendimento psicoterapêutico mediado pela Tecnologia da Comunicação e da Informação (TIC) no Brasil é uma prática nova, sendo autorizado e reconhecido pelo Conselho Federal de Psicologia no ano de 2018, ou seja, são quase cinco anos de autorização por parte do CFP. Por isso, a pesquisa teve como critério de inclusão e/ou exclusão do tempo mínimo de experiência nesta prática.

A escolha da abordagem teórica (psicanalistas winnicottiano) teve como foco a forma como o silêncio é interpretado e manejado nesta clínica. Se admitíssemos psicólogos/as em diferentes abordagens ou psicanalistas com um viés teórico que não fossem a winnicottiana, não seria possível delimitar a pesquisa e a fundamentação teórica, além disso, cada abordagem teórica interpreta e maneja o silêncio de diversas maneiras.

Contudo, o foco deste estudo é analisar as diferentes categorias do silêncio para Winnicott, por meio do discurso dos profissionais submetidos pela pesquisa.

Dos vinte (20) profissionais, doze (12) deste público identificaram-se como mulheres e oito (8) dos profissionais, identificaram-se como homens (ver em gráfico 1). Podemos perceber que a predominância entre os analistas winnicottianos participantes da pesquisa é feminina. De acordo com o CensoPsi de 2022, ainda assim a prevalência maior de psicólogas brasileiras também é maior que os psicólogos<sup>20</sup>.

Gráfico 1 – Sexo dos profissionais

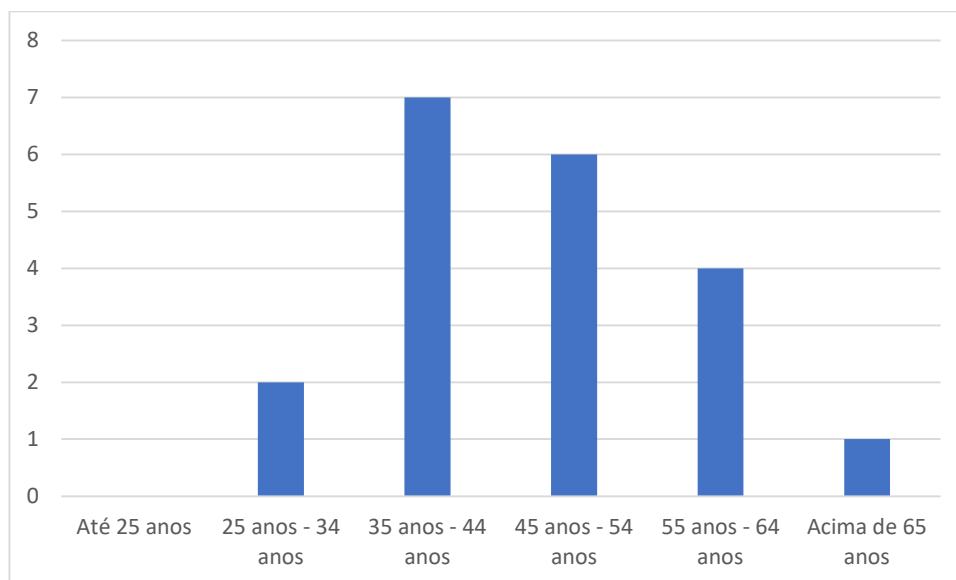


**Fonte:** Dados obtidos por meio das respostas dos participantes da pesquisa.

Na pergunta: “*Nos últimos 5 anos, você atendeu na modalidade on-line?*” Foram obtidos cem por cento das respostas. E sobre a faixa etária destes profissionais houve um número maior de respostas entre os profissionais de 35 anos – 44 anos (ver gráfico 2).

<sup>20</sup> A Psicologia brasileira continua sendo uma profissão predominantemente feminina, em comparação com o CensoPsi de 2021, com 79,2% das participantes mulheres e 20,1% de homens (CFP, 2022). Acesso em: <https://site.cfp.org.br/censopsi-2022-cfp-divulga-os-resultados-da-maior-pesquisa-sobre-o-exercicio-profissional-da-psicologia-brasileira/>.

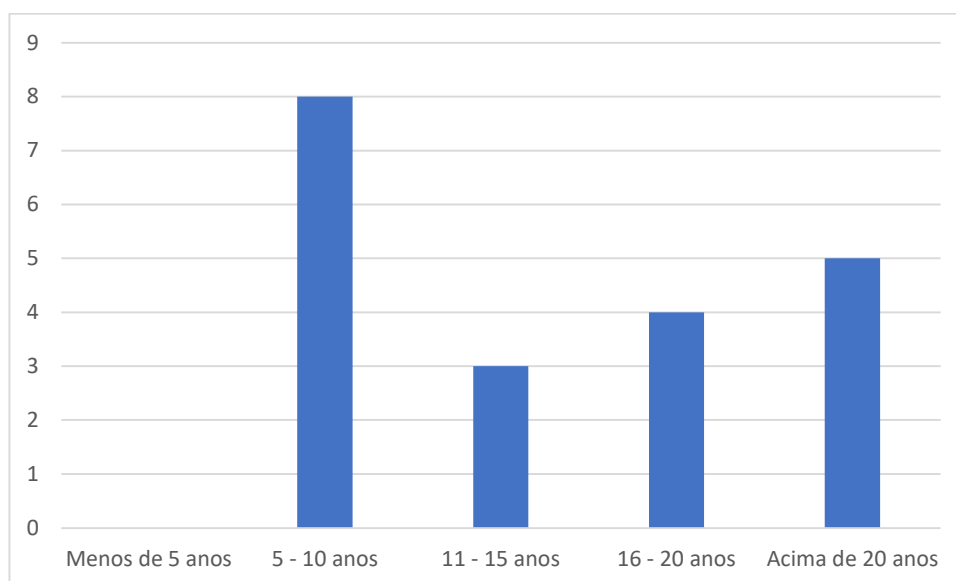
Gráfico 2 – Faixa etária dos profissionais



**Fonte:** Dados obtidos por meio das respostas dos participantes da pesquisa.

Na seção sobre o tempo de experiência na clínica (*Quantos anos você possui de experiência na clínica?*), oito (8) dos profissionais responderam que possuem de 5 a 10 anos de prática clínica. Três profissionais (3) de 11 a 15 anos de experiência. Quatro (4) deles responderam que possuem de 16 a 20 anos de prática clínica. E cinco (5) acima de 20 anos de experiência (Ver gráfico 3).

Gráfico 3 – Tempo de experiência na clínica.



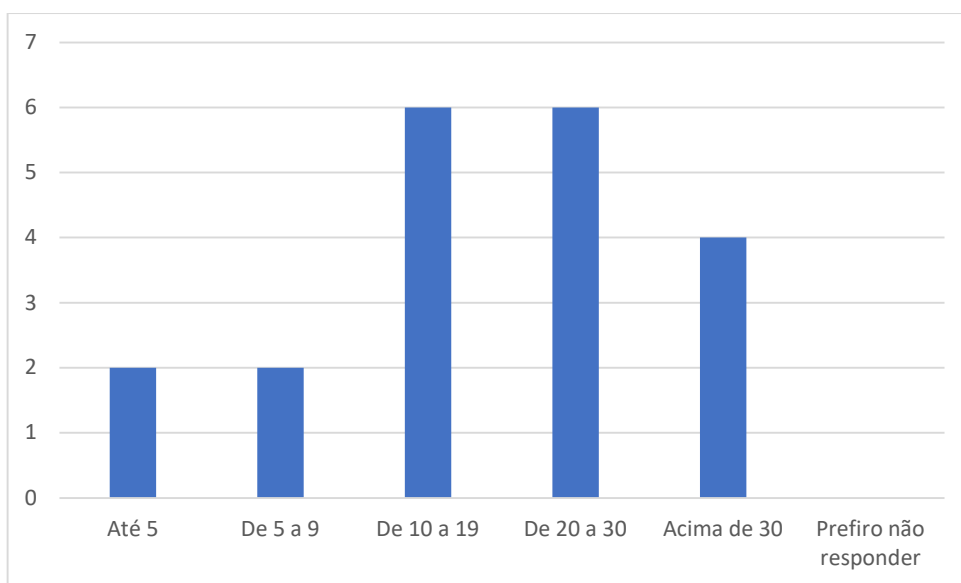
**Fonte:** Dados obtidos por meio das respostas dos participantes da pesquisa.

Na pergunta seguinte (*Em média, quantos analisandos você atende atualmente?*) não houve um critério de exclusão, e posteriormente será cruzado os dados para uma possível análise.

Observamos que os profissionais entre 35 e 44 anos, possuem em média de 5 a 10 anos de experiência clínica. Já os profissionais entre 45 e 54 anos em sua maior parte têm em média acima de vinte anos de experiência, com alguns casos entre 16 e 20 anos. Porém a prevalência maior é entre os profissionais de 5 a 10 anos de prática clínica.

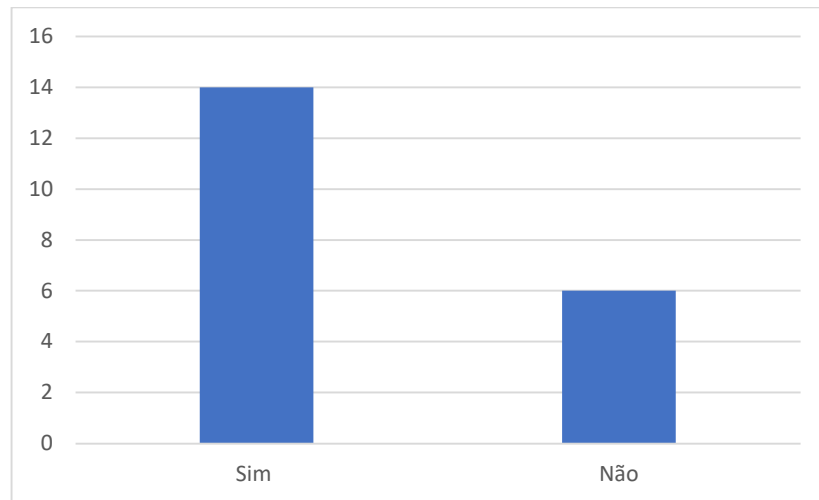
Dois profissionais responderam que atendem até cinco analisandos. Outros dois analistas atendem de cinco a nove analisandos. Seis profissionais atendem em média de dez a dezenove analisandos. Seis analistas atendem de vinte a trinta, e outros quatro profissionais atendem acima de trinta analisandos. Na opção de 'prefiro não responder' obtivemos zero marcações. (ver em gráfico 4)

Gráfico 4 – Média de analisandos por profissional.



**Fonte:** Dados obtidos por meio das respostas dos participantes da pesquisa.

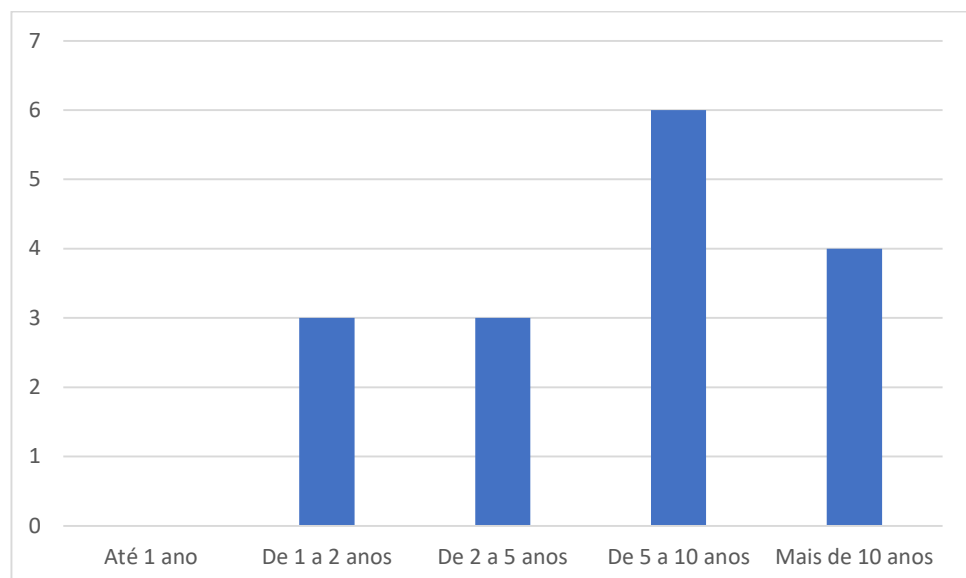
Gráfico 5 – Profissionais que estão sob supervisão com psicanalistas winnicottianos.



**Fonte:** Dados obtidos por meio das respostas dos participantes da pesquisa.

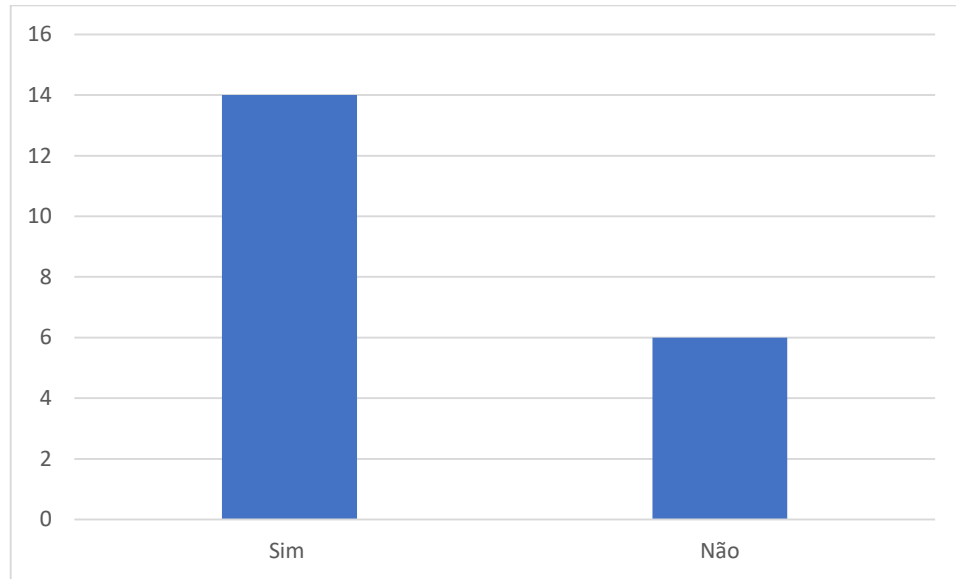
No quesito de supervisão com psicanalista na abordagem winnicottiana, 80% dos profissionais responderam que sim e 20% responderam que não fazem nenhuma supervisão. Na pergunta seguinte: *Você faz análise pessoal com algum psicanalista winnicottiano?* 70% destes profissionais realizam análise pessoal e os 30% restantes não fazem análise pessoal (ver em gráfico 5).

Gráfico 6 – Tempo de supervisão que os profissionais estão submetidos.



**Fonte:** Dados obtidos por meio das respostas dos participantes da pesquisa.

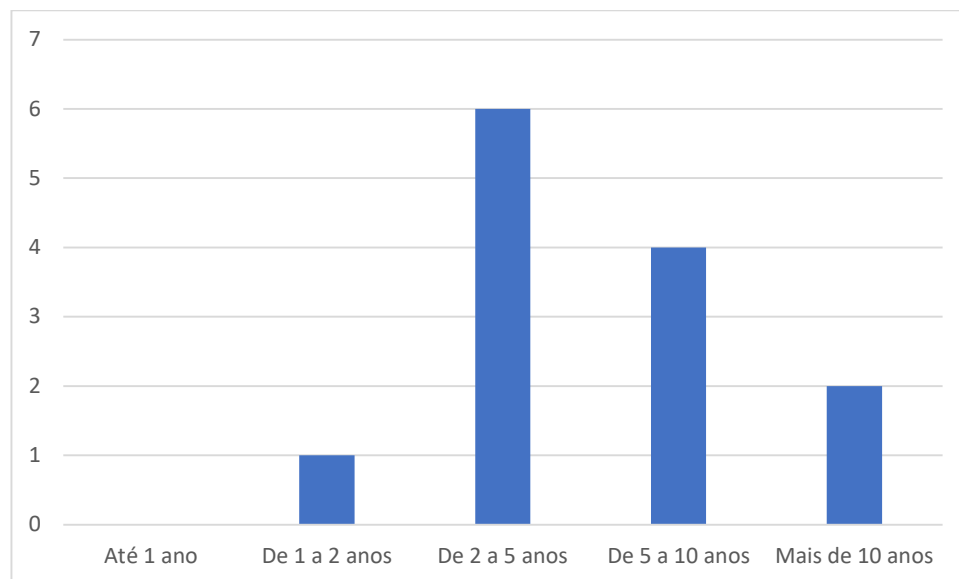
Gráfico 7 – Profissionais que estão submetidos na análise pessoal.



**Fonte:** Dados obtidos por meio das respostas dos participantes da pesquisa.

Na pergunta: *Por quanto tempo faz sua análise pessoal com algum psicanalista winnicottiano?*) Dos 80% de profissionais entrevistados que realizam análise pessoal com psicanalista winnicottiano, a maioria estão submetidos pelo período de 2 a 5 anos na análise pessoal (ver em gráfico 7).

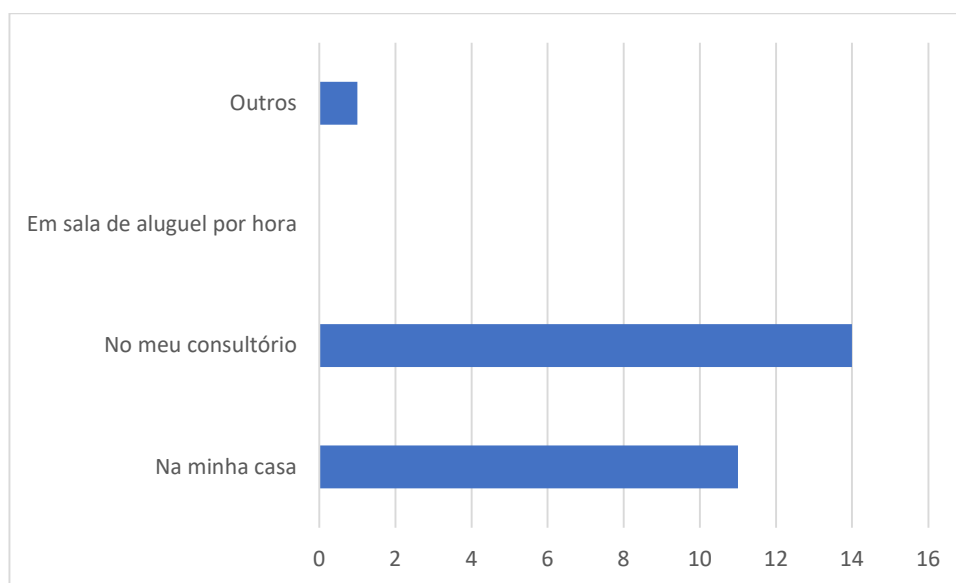
Gráfico 8 – Quantidade de tempo que os profissionais realizam análise pessoal.



**Fonte:** Dados obtidos por meio das respostas dos participantes da pesquisa.

Seguindo mais adiante, na pergunta: “*Onde você costuma atender seus analisandos na modalidade on-line? (você pode marcar mais de uma opção)*”. Embora nesta questão, os profissionais pudessem escolher mais de uma alternativa, a prevalência maior foi a escolha em atendimento no próprio consultório e/ou em suas residências (ver em gráfico 9).

Gráfico 9 – Modalidades de atendimento.

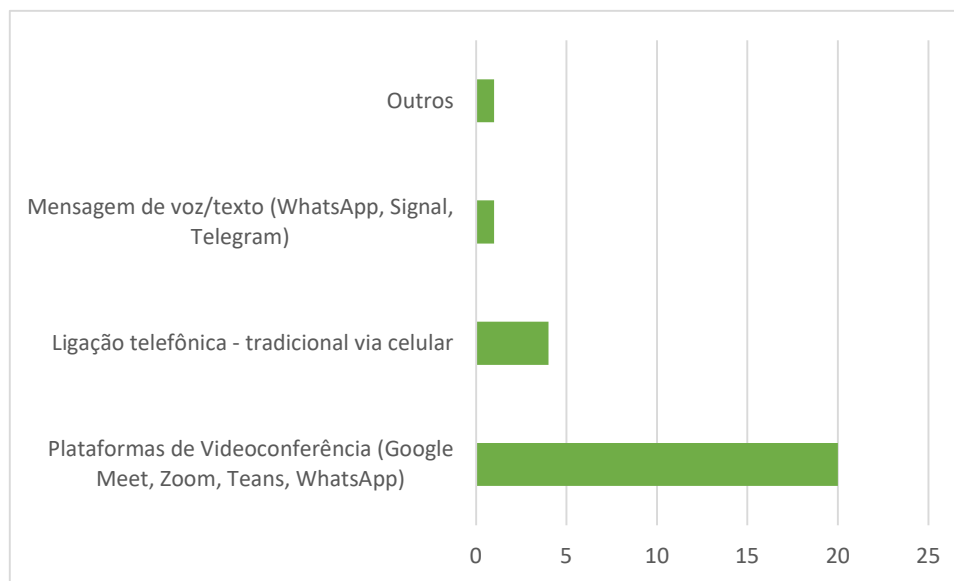


**Fonte:** Dados obtidos por meio das respostas dos participantes da pesquisa.

E nas modalidades em que os profissionais têm preferência para atender seus analisandos na modalidade *on-line*, das vinte (20) a maioria deles optaram por atender via plataforma de videoconferência, por exemplo: *Google Meet, Zoom, Teams e WhatsApp*. Outros, quatro (4) responderam que além da videoconferência, atendem via ligação telefônica (tradicional via celular); e outro, um (1) participante, também atende via mensagem de texto como: *WhatsApp, Signal, Telegram*. Um outro profissional, respondeu que atende através da plataforma *Psicomanager*<sup>21</sup>. (Ver em gráfico 10)

<sup>21</sup> *Psicomanager*, é uma plataforma para agendamento de clientes. Após ter sido autorizado os atendimentos *on-line* em caráter de psicoterapia, a plataforma passou a disponibilizar um canal de videoconferência para os usuários/profissionais para que pudessem utilizar esta ferramenta. Então, além de contar com planos pagos para registrar as sínteses das sessões, reservar horários, faturamento, inclusão de documentos psicológicos entre outros, a plataforma disponibilizou o um canal para atendimento síncrono. Ou seja, é uma ferramenta paga para gestão de clínicas/profissional.

Gráfico 10 – Modalidades de preferência no atendimento on-line.



**Fonte:** Dados obtidos por meio das respostas dos participantes da pesquisa.

Diante disso, observei que a prevalência de ferramentas virtuais e as mais utilizadas entre os profissionais são as síncronas – que envolvem a videoconferência e as ligações telefônicas – mas, optam em, eventualmente, realizar os atendimentos de modo assíncrono (mensagem de texto/voz).

*Dentre as modalidades citadas acima, você tem preferência por alguma em específico? Por quê?* Esta pergunta (aberta) trouxe o resultado de vinte (20) respostas. (ver em quadro 1).

Quadro 1 – Relação das modalidades de atendimentos.

1	Não respondeu
2	Vídeo conferência WhatsApp
3	Sem preferência.
4	Não respondeu
5	Plataforma de videoconferência Whereby
6	Psicomanager - segurança, performance e profissionalismo
7	Google Meet ou vídeo por WhatsApp
8	Skype. Gosto da estabilidade da videochamada
9	Google Meet
10	Videoconferência, especificamente Meet e WhatsApp
11	Google Meet, pela facilidade de manuseio e de uso para todos
12	Google Meet

13	Google Meet pois é possível tirar a câmera e eu não me distraio me vendo na câmera e porque já fica a sessão agendada
14	Zoom, pois tenho controle das interferências de chamadas e de acessos. E a privacidade e sigilo promovidos pela plataforma.
15	WhatsApp
16	Google Meet, a imagem e o som, são melhores, e não trava
17	Não... utilizo Meet para atendimentos e zoom para aulas
18	Zoom, menos erros, maior familiaridade.
19	Sim, Google Meet. Acho que esta plataforma dá a possibilidade do paciente ficar menos disperso com possíveis interrupções de mensagens (tipo WhatsApp) e pode usar tanto no celular quanto no computador.
20	WhatsApp

**Fonte:** Dados obtidos por meio das respostas dos participantes da pesquisa.

Apresentarei adiante uma categoria, que chamarei de “*interferências internas e externas*”. No quadro 1, optei por classificar os profissionais de acordo com a ordem de respostas. Exemplificando, profissional de número um, o qual, foi o primeiro a responder aos questionários e, portanto, utilizarei esta numeração como forma de identificá-lo sem que haja uma exposição de sua identidade. Por isso, quero ressaltar que em sua grande maioria, ambos optaram em realizar seus atendimentos via *Google Meet* e *WhatsApp*, alguns preferem utilizar recursos como *Psicomanager*, *Whereby*, *Zoom* ou *Skype*.

Mas, analisando algumas respostas, a profissional de número treze (13) – mulher, entre 35 a 44 anos de idade, possui de 5 a 10 anos de prática clínica; tem uma média de analisandos entre 10 a 19; menciona que faz supervisão pelo tempo de 5 a 10 anos e análise pessoal pelo período de 1 a 2 anos, respondeu que opta pela plataforma: “*Google Meet, pois é possível tirar a câmera, eu não me distraio me vendo na câmera e porque já fica a sessão agendada*”.

Embora a amostra não tenha um número maior de participantes para analisar se esta é uma questão que requer um aprofundamento específico. Esse tipo de distração pode ser que esteja presente em mais outros analistas, uma vez que realizar este tipo de atendimento envolve também ver a própria imagem do analista.

Outro aspecto importante a ressaltar é a preocupação com que as plataformas precisam oferecer aos usuários. Neste caso, uma profissional classificada pela numeração quatorze (14), identificada pelo sexo feminino; na faixa etária dos 45 anos a 54 anos; com experiência clínica há mais de 20 anos; faz supervisão pelo período de 5 a 10 anos e não realiza análise pessoal no momento, diz que opta pela plataforma: “*Zoom, pois tenho controle das interferências de chamadas e de acessos. E a privacidade e sigilo promovidos pela plataforma*”.

Neste caso, podemos observar que aqui também há uma preocupação com interferências externas e internas, ou seja, o *Zoom* é uma ferramenta também muito utilizada, e nela é possível que o analisando acesse apenas com um número de senha que o profissional oferece.

Já a analista, classificada por dezenove (19) - identificada pelo sexo feminino, possui a idade entre 25 anos a 34 anos; experiência clínica na faixa dos 5 anos a 10 anos; atende em média de 10 a 19 analisandos e está sob supervisão e análise pessoal pelo tempo entre 5 a 10 anos – diz ter preferência pela plataforma Google Meet e comenta que: “*Acho que esta plataforma dá a possibilidade do paciente ficar menos disperso com possíveis interrupções de mensagens (tipo WhatsApp) e pode usar tanto no celular quanto no computador*”.

A idade média desses profissionais parece não influenciar em algumas preocupações, mas a média de analisandos por analistas (entre 20 a 30 analisandos) e o período em que realizam supervisão com algum psicanalista winnicottianos (entre 5 a 10 anos) tende a ser um aspecto importante para que fossem gerados neles a preocupação com as interferências internas e externas como por exemplo: o controle de acesso – se nenhuma outra pessoa não autorizada irá surgir durante o atendimento; se as ferramentas são seguras e que irá proporcionar o sigilo adequado; e por fim, as distrações que estes mecanismos geram, seja pela própria imagem do analista ou pelas distrações que podem ocorrer como as mensagens e notificações do *WhatsApp*, ligações, entre outros.

Neste viés, no Brasil e principalmente pelo Conselho Federal e os Regionais de Psicologia, não há uma regra objetiva a respeito das plataformas mais seguras para esta prática, diferentemente nos Estados Unidos, onde foi criado um departamento de Saúde e Serviços Humanos (*U.S. Department of Health and Human Services - HIPAA*)<sup>22</sup> por meio da Lei Pública sob o número 104-191. No qual, são estabelecidas regras para os profissionais de saúde, obrigando-os a utilizarem salas virtuais que estejam em conformidade com a HIPAA.

Todavia, em minha avaliação, se houvessem propostas concretas sugeridas pelos conselhos como por exemplo, a indicação de plataformas ou a criação delas especificamente para o uso de psicólogos, teríamos além de vantagem, melhor organização e qualidade na prestação de serviços de saúde mental. Tal como o desenvolvimento adequado e em conformidade com as legislações brasileiras para a prática on-line, podendo gerar nos profissionais, conforto, maior segurança e adequação das exigências estabelecidas pelo CFP.

---

<sup>22</sup> Foi criado nos Estados Unidos um departamento, pela Lei de Portabilidade e Responsabilidade de Seguros de Saúde de 1996 (HIPAA), em que os serviços de saúde nas modalidades virtuais adotassem plataformas específicas para esta prática. Fazendo que todos os profissionais, de diferentes áreas, a utilizassem como método para atendimento, sendo exigido a partir de abril de 2003. Disponível em: <https://www.hhs.gov/hipaa/for-professionals/index.html>. Acesso em: 19 de nov. de 2023.

Então, talvez o período de experiência e a quantidade de analisandos geram nesses profissionais preocupações, que por um lado, são extremamente válidas. Mas por outro lado, os profissionais mais jovens ou recém-formados não estão tão atentos a este tipo de preocupação, uma vez que - penso eu – suas apreensões ficam em torno de terem a experiência de um primeiro analisando, adequação da teoria com a prática e o manejo adequado. Digo isto pelas minhas próprias experiências clínicas, pois quando recém-formado, já há alguns anos, minha ansiedade estava apostada a conseguir o primeiro analisando, e as questões das plataformas mais seguras, embora nunca as deixei de lado, ficaram em segundo plano.

Dito isto, pensamos, o uso do *WhatsApp*, *Skype*, *Meet* entre outras, são plataformas seguras? Difícil responder essa questão, ainda que elas nos dizem que possuem criptografia de ponta a ponta. Todavia, com esta pesquisa, não obtive dados científicos especificando ou comparando-as como critérios para atendimento. Certamente uma sugestão em aberto para possíveis pesquisas e atuações dos conselhos responsáveis. Enquanto isso, cabe aos profissionais estarem adequados às regulamentações com intuito de, antes de iniciar os atendimentos, buscarem as informações cabíveis sobre estas ferramentas e o quanto elas podem proporcionar os critérios mais seguros e sigilosos para atuação profissional, oferecendo aos analisandos um ambiente potencial e suficientemente bom.

#### **4.2 Diálogos entre as vantagens e desvantagens no atendimento *on-line*.**

Abrirei um pequeno espaço para discutirmos os resultados no quesito vantagens e desvantagens no atendimento *on-line*. Dividindo em três grandes categorias: uma sendo a comparação entre os perfis dos profissionais relatando as vantagens e desvantagens no atendimento *on-line* – abordarei primeiro este tópico (ver em quadro 2); o segundo momento, falarei sobre os significados do silêncio nesta modalidade e por último, o manejo do silêncio.

No questionário sobre as principais vantagens do atendimento *on-line* (Quadro 2), podemos observar uma homogeneidade nas respostas. Em sua grande maioria apontam que as principais vantagens são praticidade e facilidade em relação ao deslocamento. Segundo Borrego (2005) esta modalidade torna-se um facilitador - no sentido de ter uma frequência de contato com o analisando, são os exemplos de precisar remanejar; a possibilidade de armazenar as extras-comunicações entre analista e analisando; e de conseguirem um atendimento psicológico, já que por alguma razão, alguns analisandos estão impossibilitados de comparecerem no consultório presencialmente.

Também podemos observar em uma das respostas de uma profissional, identificada pelo sexo feminino, entre 35 a 44 anos, e com experiência na clínica de 5 a 10 anos, onde diz que “*a possibilidade de estarem em psicoterapia. Muitos deles não conseguiriam (pela indisponibilidade de tempo para ir a uma consulta presencial)*”. Um discurso muito comum entre os analisandos, uma vez que esta prática vem crescendo e sendo popularizada.

Ademais esta prática pode apresentar menor taxa de evasão por parte dos analisandos, assim confirma outra analista, identificada pelo sexo feminino, com faixa etária entre 45 a 54 anos de idade, com experiência clínica acima de 20 anos diz que as: “*facilidades quanto a tempo de deslocamento que por vezes poderia gerar faltas, se fosse presencial. Além disso torna-se maior o alcance para atendimento a pessoas de outras localidades (cidades ou até mesmo países)*).

Neste viés, reconheço que esta modalidade não é uma forma de migração – do presencial ao *on-line* – mas uma forma de complemento, principalmente para aquelas situações em que o analisando tem um imprevisto, e mesmo assim não gostaria de perder a sessão já agendada, ou, situações de crises graves. Podemos ver na fala de uma outra profissional: identificada pelo sexo feminino; faixa etária de 45 a 54 anos; prática clínica acima de 20 anos, que diz: “*outra questão é a condição de fazer pequenos contatos, em momentos de crise do paciente, via os atendimentos virtuais*”. Sobre isto, Borrego (2005) diz que a terapia mediada pela tecnologia, pode ser um coadjuvante com o tratamento presencial.

Quadro 2 – Vantagens e desvantagens no atendimento *on-line*.

Vantagens do atendimento <i>on-line</i> ?	Desvantagens do atendimento <i>on-line</i> ?	Id
Não necessariamente precisar me deslocar para um consultório e conseguir intercalar com outras atividades em caso de intervalo grande entre pacientes, faltas, etc.	Não poder usar os recursos acima citados	1
Economia de tempo, atendimento no exterior	A falta do abraço físico e da leitura corporal	2
Menos faltas.	Sinto como mais cansativo, que é necessário mais força para se manter o foco e a atenção ao paciente. As experiências com cada um ficam muito similares. Menor possibilidade de se ter contato com o paciente e perceber questões de seu corpo, postura, comportamento etc.	3
Apenas a comodidade.	Perde-se, como disse anteriormente, muito do encontro, é mais difícil manter uma atenção plena.	4
Praticidade, não necessidade de deslocamento, posso estar com roupas mais à vontade, resolver atividades domésticas entre um atendimento e outro.	Quando o paciente apresenta maior resistência a vínculo, quando quase não fala	5

Poder atender de diferentes locais.	É mais cansativo pois preciso sustentar e compensar com o olhar, atenção e disponibilidade a ausência do corpo físico.	6
A possibilidade de atender pessoas de outras localidades.	Sinceramente acho mais cansativa porque não tem a comunicação corporal tão facilmente acessível.	7
Alargar o campo de atendimento ao mundo. Estar em casa, com maior comodidade.	Falta da presença física. Conhecer o paciente apenas pelo recorte da tela.	8
Economia com sublocação de sala, economia de tempo no trajeto até o consultório	Menos percepção do todo psicossomático da dupla terapeuta-paciente	9
Quando o primeiro paciente é online, permite que eu não precise chegar com muita antecedência no consultório, pois não haverá a possibilidade dele chega antes de mim.	Redução da minha percepção sobre a postura psicossomática do paciente	10
Otimização do tempo podendo acomodar mais pessoas durante a grade de horários diária. O tempo que antes era utilizado para deslocamento na cidade pode ser usado em atendimento	Algumas perdas quanto ao gestual do paciente e à proximidade do mesmo.	11
Por vezes posso atender na minha casa. O que me gera conforto.	Gosto do atendimento on-line e acredito em sua potência, todavia o contato presencial permite em algumas situações uma conexão maior. Por permitir o contato físico.	12
Praticidade de atender em casa e não perder tempo no trânsito	Paciente não cuidar de estar num ambiente neutro, sigiloso e as vezes não ter o tempo de deslocamento de ir até o consultório para ir "entrando" na análise e o tempo de volta para casa para ir pensando sobre a sessão	13
Acesso a um número maior de pacientes. Pequenos atendimentos em momentos de crise do paciente via atendimento virtual	Em alguns casos os manejos ficam limitados em caso de tentativas de suicídio e casos graves onde o próprio consultório físico pode ter aspectos de holding.	14
Não precisar custear uma sala, já que é possível organizar um espaço adequado em casa; Poder atender pacientes de outras cidades, estados e até países.	Ter uma percepção mais restrita do aspecto psicossomático; ter de estar cara a cara (não tentei outras alternativas); lidar com momentos silenciosos do paciente, que passam a ser mais raros.	15
Não vejo vantagens.	A minha interação presencial. Ela é afastada.	16
Poder estar próximo mesmo à distância Durante a pandemia foi de extrema importância.	Não estar com o paciente no físico.... nos atendimentos de criança, dificuldades tecnológicas e acompanhar as brincadeiras	17
Praticidade de atender durante viagens.	Falta de contato humano com os pacientes	18
Não vejo muitas vantagens, mas de forma mais prática, as interrupções do processo por motivos de deslocamentos, viagens ou mudanças de cidade não são mais impeditivos de interrupções do processo.	Internet fraca que não permite fluidez na videochamada. Interrupções e dificuldades em entender o que o paciente ou eu digo. Dificuldade em saber mais e melhor sobre os aspectos psicossomáticos do paciente e de me colocar como um analista vivo e real.	19
Economia no tempo de deslocamento	Questões de sigilo e apenas a visão de uma parte do corpo.	20

**Fonte:** Dados obtidos por meio das respostas dos participantes da pesquisa.

Podemos perceber neste quadro (Quadro 2), que a grande maioria dos profissionais entrevistados reconhecem a vantagem do atendimento *on-line* sendo, basicamente, a questão do deslocamento e comodidade. Dentre estas categorias, posso destacar, conforme os seus discursos, as seguintes formas: ser mais prático; pois o analista pode estar com roupas mais confortáveis; não precisar deslocar-se para o consultório, evitação de congestionamento no trânsito; o atendimento não é interrompido, caso o analista precise viajar, o atendimento poderá ser realizado em sua casa ou em qualquer outro local; não precisar chegar com muita antecedência no consultório entre outras comodidades.

Para além disso, podemos destacar ao todo sete (7) tipos de categorias expressadas pelos analistas que realizam o atendimento remotamente:

- (i) Deslocamento – mencionado anteriormente.
- (ii) Rodízio de tarefas – os analistas podem intercalar com outras tarefas entre um atendimento.
- (iii) Ampliar o número de atendimento, principalmente os que estão no exterior.
- (iv) Economia de tempo e custos – não terá tempo de deslocamento até o consultório ou ter custos com aluguel de salas.
- (v) Reduções de faltas ou evasões – os analisandos tendem a faltar menos, ou desistir menos das sessões.
- (vi) atendimentos extras – são os casos de atendimentos fora do combinado e em casos de crises pode ser realizado algum atendimento a mais.
- (vii) Proximidade – que são os casos em que mesmo distantes geograficamente, o atendimento é efetivado.

A analista, classificada pela ordem de respostas – número quatorze (14), feminino; faixa estaria entre 45 a 54 anos, com prática clínica acima de 20 anos e sob supervisão entre 5 a 10 anos, destaca que as vantagens nesta modalidade tem sua importância para os atendimentos nos momentos de crises, mas por outro lado, no aspecto desvantagens ela diz: “*Em alguns casos os manejos ficam limitados em caso de tentativas de suicídio e casos graves onde o próprio consultório físico pode ter aspectos de holding*”.

Do mesmo modo, profissionais mais experientes tendem a perceber que questões mais sensíveis ou graves, não são possíveis de dar continuidade em atendimentos *on-line*, julgo pelo nível de complexidade, o Conselho Federal de Psicologia também reconhece e veda esses tipos mais graves, tanto que na Resolução CFP nº 011/2018 é explícito que os atendimentos de urgência e emergência, as/os psicólogas/os não podem realizar essas consultas (CFP, 2018). Mas, pensando naqueles profissionais recém-formados, que não possuem essas habilidades tão

maturadas para identificar o que pode e o que não pode quando se refere aos atendimentos de emergência e urgência, precisam ser mais esclarecidos ou mais direcionados.

Durante o período da pandemia da Covid-19, a Sociedade Brasileira de Psicologia (SBP) publicou uma série de materiais para as/os Psicólogas/os, orientando-os sobre algumas práticas<sup>23</sup>. Foi então criado em março de 2020 um grupo, chamado Grupo de trabalho (GT) para o enfrentamento da pandemia (SBP, 2020).

Nele, consta onze tópicos para que os profissionais pudessem adaptar seus trabalhos na prática *on-line* no contexto emergente da pandemia. Um deles que gostaria de destacar é sobre os três Ds (*desespero, desamparo e desesperança em profissionais da saúde*). Almondes e Teodoro (2020, p.1) pontuam que: esses três Ds são “fatores precipitantes e mantenedores do medo, ansiedade e, até mesmo, da ideação e/ou tentativa ao suicídio”.

Já que este trabalho (GT) tenha sido uma orientação naquele contexto pandêmico, podemos perceber que os momentos de crises são diversos e precipitantes em várias situações, que inclusive lidamos diariamente na prática clínica. Mas como identificar os tipos de atendimentos que pode ou não ser realizado de modo *on-line*? No caso deste artigo publicado pelo GT, em consonância com a Resolução do CFP n. 011/2018, dizem que esses atendimentos nos momentos de crises, não funcionam apenas como psicoterapia, mas como um processo, no qual o profissional deve conhecer alternativas para manejar.

Diante da presença de ideação e/ou tentativa de suicídio, os autores Almondes e Teodoro, 2020, classificam três tipos de gravidade. Sendo o risco baixo (ausência de tentativa, ideias de suicídio passageiras e inexistência de planos para o suicídio), o risco moderado (tentativa de suicídio prévia, depressão, transtorno bipolar e ideias persistentes de suicídio) e por fim, o risco alto (desesperança, tentativa prévia de suicídio, depressão grave e influência de delírio ou alucinação).

Mas qual é a média para submeter um analisando no atendimento *on-line* quando há um risco de suicídio? Mesmo nestas orientações não há uma especificidade clara aos profissionais de quais casos devem ser encaminhados ou não para o atendimento presencial. Nesse aspecto, fica a critério dos profissionais avaliarem atentamente os riscos que podem ocorrer ao submeter estes analisandos nesta modalidade.

Considero que nestes casos o mais indicado é intercalar os atendimentos, por exemplo, lembro de um analisando que frequentava o consultório pessoalmente uma vez por semana, mas eventualmente nos momentos de crises, precisava fazer duas ou três sessões na mesma semana.

---

<sup>23</sup> Orientações técnicas para o trabalho de psicólogas e psicólogos no contexto da crise Covid-19.

Quando isso ocorria, procurava agendá-lo via *on-line*, o que me agradava bastante e da mesma forma o analisando. Muitas vezes eram crises emergentes, mas que a análise possibilitava compreender o contexto e minimizava suas angústias e ansiedades. Nesse sentido, a alternância entre as modalidades torna-se muito válidas.

No que se refere as desvantagens, podemos destacar nas respostas dos profissionais respondentes, sete (7) tipos de categorias:

- (i) A falta do contato físico com os analisandos;
- (ii) Atendimento cansativo;
- (iii) Análise do gestor e comunicação corporal;
- (iv) Resistência ou dificuldade de verbalização;
- (v) Sigilo no ambiente *on-line*;
- (vi) Limitações de manejo em crise;
- (vii) Dificuldades tecnológicas;

Deste modo, a frequência maior que sugere na pesquisa as questões de como avaliar as gesticulações, postura psicossomática do analisando. Associado a isso, também se nota outras dificuldades ou prejuízos quando os participantes dizem que não ter o contato físico com seus analisandos é um impasse na análise *on-line*. Em uma fala de uma analista do sexo feminino, entre os 45 a 54 anos de idade, com experiência clínica aproximada de 5 a 10 anos, atende de 20 a 30 analisandos e está sob supervisão e análise pessoal pelo período de 2 a 5 anos. Ela diz: “*Sinceramente acho mais cansativa porque não tem a comunicação corporal tão facilmente acessível*”.

O cansaço do analista diante desses atendimentos é uma categoria importante a ser observada, uma vez que nesta modalidade as sessões tendem a ter um ritmo diferente do que o presencial. Ficar longos períodos diante do computador, cara-a-cara com o analisando pode causar a sensação de uma certa constância, sem pausas. E talvez por isso, pode gerar mais cansaço nos analistas. Os analisandos, pelo menos a grande maioria, já iniciam a sessão verbalizando suas queixas, diferentemente no presencial, que chegam ao consultório aos poucos vão se acomodando, observam o ambiente, ou seja, é um ritmo diferente. Essa leitura corporal pode causar outras sensações nesses profissionais.

Mais precisamente, ficar todo o tempo olhando apenas aquele enquadre do rosto do analisando pode ser uma limitação destes atendimentos. Sem contar que pode também gerar a sensação nos analisandos de que o analista estará disponível o tempo todo (Belo, 2020).

E nesta perspectiva, a frequência maior observada nos questionários, foram sobre a leitura corporal, além disso, temos outros aspectos importantes como: o sigilo no ambiente *on-*

*line (item v): “paciente não cuidar de estar num ambiente neutro, sigiloso e as vezes não ter o tempo de deslocamento de ir até o consultório para ir “entrando” na análise e o tempo de volta para casa para ir pensando sobre a sessão”.*

Sabemos que a psicologia não se faz necessariamente e apenas dentro de um consultório, pois existem os consultórios de rua entre outros, mas quando o assunto é a modalidade mediada pela TIC, esse cuidado torna-se ainda mais específico. Na fala acima, me identifico, pois já houve situações em minha prática, nas quais alguns dos analisandos precisaram realizar a sessão no local do trabalho, outros dentro do carro de aplicativos, outros dentro do banheiro de sua casa (devido a movimentação da família), outros já precisaram ir até uma praça próxima a residência, ou ainda em estacionamentos de supermercados.

É claro que todas essas situações precisam ser bem avaliadas e requer cuidado do profissional para aferir se de fato é possível realizar o atendimento, em conformidade com o código de ética do profissional e principalmente se o sigilo será mantido. Recordo-me de haver situações em que precisei desmarcar as sessões para preservação do sigilo, ou em situações de crises, solicitar que o analisando utilizasse um aplicativo – sugerido por mim – para escrever os assuntos mais sensíveis e que não poderia ser verbalizado, já que a privacidade naquele momento não era possível, muito menos remarcar para um outro dia.

Mesmo que a manutenção do sigilo é uma prioridade do profissional, o analisando também tem suas responsabilidades, seja seguindo as recomendações do seu analista, realizar os procedimentos de limpeza de armazenamento dos programas ou aplicativos utilizados no atendimento, seja o de buscar sempre um local seguro e privado para o atendimento e até o conhecimento de não gravar as sessões sem que haja autorização por escrito de ambas as partes, pois já houve caso em que o analisando pediu para gravar a sessão para lembrar do que foi conversado durante a análise.

Outro fator importante a ser destacado é a categoria das ‘dificuldades tecnológicas’ (item vii). Uma vez que, não foi possível verificar se as questões da idade, tempo de experiência, número de analisandos e tempo de supervisão e análise, fossem algo decisivo. É que a diferença entre esses dados não tem uma relação, pois são diferentes, e essa dificuldade pode ser apresentada em diferentes idades e tempo de experiência.

Exemplificando, “[...] *nos atendimentos de criança, dificuldades tecnológicas e acompanhar as brincadeiras*”, ou “*Internet fraca que não permite fluidez na videochamada. Interrupções e dificuldades em entender o que o paciente ou eu digo*”, ou “*Alguns recursos são impossibilitados (jogos, desenhos etc.) ou não são tão eficientes como na modalidade presencial. Especialmente com adolescentes e crianças*”.

Nestas respostas dadas por profissionais de diferentes idades, tempo de prática clínica e número de analisandos, essas dificuldades são importantes para a adesão do profissional nesta modalidade, ou seja, enfrentar essas dificuldades fazem parte desta modalidade e o profissional precisa estudar e planejar o atendimento com esses possíveis impasses. Lidar com as TICs para a prática clínica é constantemente estar preparado para quedas de conexões, fluidez da chamada de vídeo ou telefônica, travamentos, acompanhar as brincadeiras de uma forma que seja possível visualizar a criança como um todo, a utilização de jogos e brincadeiras virtuais – se houver.

Mesmo que o profissional seja equipado com a melhor rede de *internet* ou planos para ligações ilimitadas, é importante saber que essas tecnologias têm suas limitações e podem sofrer problemas de queda de sinal, instabilidades na conexão entre outros, que vão ou não prejudicar a análise, por isso, estar ciente e preparado para as possíveis situações são pontos muito importantes – estrategicamente – para o enfrentamento.

Pensando sobre o uso de mediadores, principalmente na clínica infantil. Uma outra estratégia é organizar jogos virtuais como meio de avaliação, podendo tornar-se ferramentas a fim de contribuir para o manejo. Só para ilustrar, acredito que haja diversos jogos e brincadeiras virtuais que podem servir como base para alguns tipos de avaliações clínica. Mas, caso não houver, destaco aqui a relevância para novas pesquisas a fim de criar jogos ou brincadeiras para crianças e adolescentes na prática virtual.

Por fim, e não menos importante, recomendo que ao aderir esse modelo de atendimento, não importa a idade, tempo de experiência e prática, os profissionais devem passar por treinamentos que os capacitem na utilização correta das ferramentas tecnológicas e as que informam os meios de preservação de sigilo para proporcionar uma boa experiência e ambiente seguro para a dupla analista e analisando.

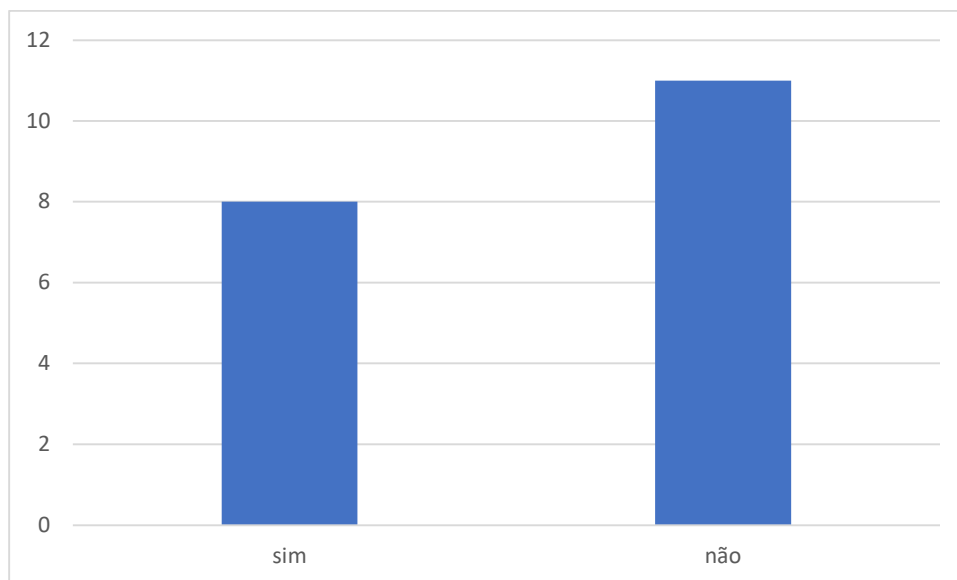
### **4.3 Diferenças no silêncio *on-line***

Sobre o silêncio na prática *on-line* e de acordo com as respostas dos vinte profissionais que participaram da pesquisa, em sua maioria, responderam que sim, tiveram experiências do silêncio neste ambiente. Alguns responderam que por alguns minutos tiveram contato com esse material, e um único profissional respondeu que teve pouco contato.

Na pergunta: “*Em sua opinião, o silêncio do analisando é diferente no atendimento presencial e no on-line?*”, oito (8) analista responderam que sim, percebem que o silêncio nesta

modalidade é diferente do presencial. E onze (11) responderam que não, o silêncio não é diferente nas duas modalidades (ver gráfico 11).

Gráfico 11 – Silêncio *on-line* versus presencial



**Fonte:** Dados obtidos por meio das respostas dos participantes da pesquisa.

A seguir, vamos observar os profissionais que responderam sim – percebem diferentes tipos de silêncio.

Apesar da pesquisa ter obtido vinte analista respondentes, algumas questões precisariam ter uma quantidade maior de respostas para podermos afirmar que sim, o silêncio é diferente no atendimento *on-line*. Sabemos até aqui que tem suas diferenças como um caráter mais ligado a este ambiente virtual do que com os significados e simbolismos que os silêncios apresentam.

Das oito (8) respostas desses participantes, destaco cinco (5) tipos de categorias do silêncio no ambiente *on-line* e outros dois (2) tipos referenciando a literatura. Sendo eles:

(i) *Silêncio ocorrido pela queda de sinal/conexão* – que muitas vezes interrompem o atendimento, mas ambos podem perder a interação até chegar o momento de identificar se de fato perdeu o sinal. Para alguns profissionais, este pode ser um problema, mas para outros não necessariamente. Dentre as oito respostas, esta é a que surge com maior frequência entre as queixas dos analistas.

(ii) *Silêncio de privacidade* – é o tipo de situação em que o analisando precisa entrar no silêncio por estar em um ambiente que não tem privacidade. Nestes casos, recomendo que o analista estabeleça estratégias para lidar com estas situações. Por exemplo: pedir para escrever - no aplicativo ou plataforma que utiliza - o que iria dizer e se vê impedido. Ou, estabelecer

junto com o analisando, um local apropriado em que não será perdido a sua privacidade e ambos preservarão o sigilo.

(iii) *Silêncio de medo/inibição* – uma analista diz: “*sinto que no on-line há uma pressão maior por falar (dois rostos na tela se olhando), no atendimento presencial, principalmente se o paciente deita-se no divã, essa pressão é menor*”. Talvez esta modalidade gere nos analisandos e/ou nos analistas essa necessidade de comunicação muito mais exigente do que o presencial, ou uma inibição pela pressão em verbalizar o tempo todo. Não consegui analisar um motivo claro para isso, mas considero que é uma necessidade maior da subjetividade dessas pessoas do que necessariamente voltado a tecnologia. Reflete também na categoria do ‘cansaço físico’ e mental do analista em atender somente no *on-line*, e que implica diretamente nos intervalos que ele estipula em suas práticas (intervalo entre os atendimentos), talvez, mas acredito que pesquisas voltadas a esta categoria possam trazer mais contribuições.

(iv) *Silêncio elaborativo ou reflexivo* – nas palavras de uma analista, ela diz: “*não interpreto assim de cara, precisa entender caso a caso. as vezes só tempo de elaboração, tempo de pensar no que quer falar*”, muitas vezes é importante que os analistas respeitem esse momento de falta de comunicação. Winnicott (1983[1963]/2007) nos diz que nem sempre chegaremos neste lado mais isolado permanente e que nunca será encontrado. E nestes casos, Winnicott vai chamar de uma não comunicação simples (identidade própria – não há comunicação, mas depois retorna naturalmente). É como se houvesse formas de o analisando se refugiar em si mesmo. Mas, por outro lado, pode ser simplesmente a reflexão de uma pergunta feita pelo analista e que o analisando está refletindo, pode não ser verbalizado – caso ele não queira – porém, o silêncio neste caso é uma forma de pensar sobre algum questionamento.

(v) *Silêncio como resistência* - como uma dificuldade de o analista sustentar o silêncio como uma resistência à verbalização do analisando ou resistência no tratamento psicanalítico (Khan, 1984). Para alguns casos, mesmo sendo *on-line*, alguns analisandos sentem essas dificuldades, mesmo com algumas literaturas apontando que neste tipo de atendimento a verbalização remotamente torna-se um facilitador para os casos como conflitos sociais, timidez, inibição, ansiedade entre outras mais. (Siegmund *et al.*, 2015).

(vi) *Silêncio agressivo* – um tipo de mudez. Neste caso, já não é mais uma inibição, nem resistência ao tratamento analítico e nem uma não-comunicação simples. Mas, quando o analisando interpreta o ambiente analítico como uma ameaça à vida psíquica (Khan, 1984) ou como persecutório (Winnicott, 1958/2022). E nestas situações, podemos entender que já se configura também como uma não-comunicação ativa/reactiva – já ocorre uma reclusão clínica e

é uma comunicação que se liga facilmente com algum grau de relações objetais falsas. E o silêncio com os objetos subjetivos tendem a ter a sensação de ser real (Winnicott, 1983[1963]/2007).

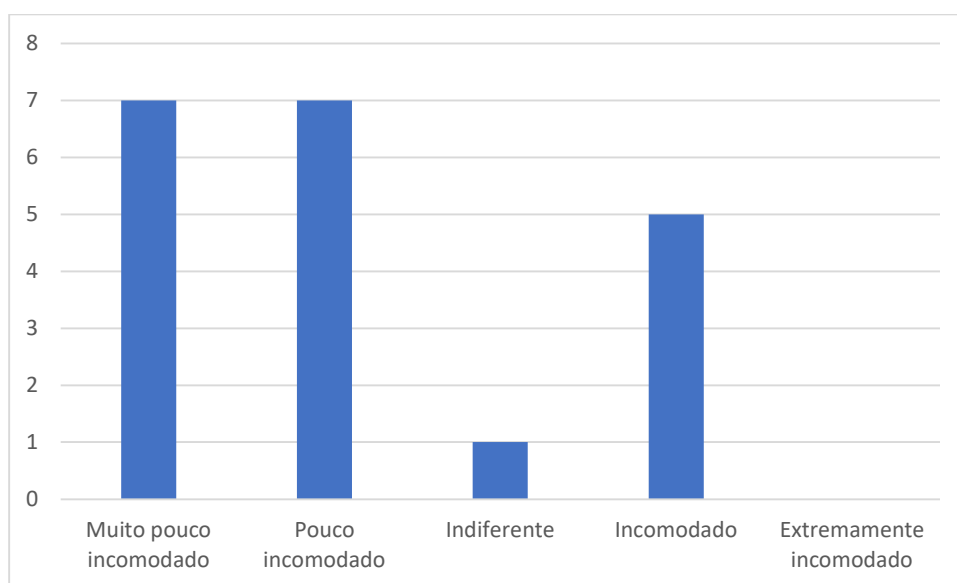
(vii) *Silêncio como estar sozinho consigo mesmo* – esta categoria tem uma posição um tanto positiva, pois Winnicott nos diz que o silêncio também tem um lado importante a ser observado e que é o momento em que o analisando precisa ser respeitado e não ser invadido. Pode não ser nenhum outro tipo de silêncio, simplesmente a falta de comunicação. É uma relação que diz muito mais do analista, pois envolve seu humor, como tolerará ou não o silêncio do analisando e se ambos possuem essa capacidade de estar só, mesmo durante a sessão. Então, basta esperar e ter uma postura ativa nesta modalidade, pois em alguns momentos é o que o analisando irá precisar. Uma analista diz: *“Porque eu entendo que estar sozinho na presença de alguém é uma necessidade de alguns pacientes e isso precisa ser vivido mesmo que de modo virtual. Dependendo do manejo, isso pode ser bem experienciado no virtual também”*.

Das respostas em que o silêncio não apresenta diferenças no *on-line*, muitas delas acreditam que dar um significado nesta modalidade depende do tipo de funcionamento psíquico do analisando e do analista. Em sua grande maioria, respondem que o silêncio no ambiente virtual é parecido com o presencial, mas, que o analisando projeta na análise ou no analista uma forma de ser que também projeta nos dois tipos de ambientes. E por ser um espaço que, aparentemente, gere mais conforto para os analisandos mais inibidos, o brincar neste espaço pode ser mais aceito por eles. Uma analista diz assim: *“A necessidade para o silêncio eu vejo que é parecido (presencial/online) todavia, percebo um tom de brincadeira maior no espaço on-line. Talvez gere menos inibição”*.

Pude também destacar alguns tipos de silêncios, a maneira com que o analista irá conduzir dependerá de uma série de fatores. A primeira delas e não menos importante é identificar esses tipos. Ter uma postura viva e ativa também irá depender se o analisando precisa desse manejo, ou se ele irá precisar ter um tempo maior de elaboração ou reflexão. Muitas vezes, o analista só precisará esperar e observar esses movimentos para ter de intervir, seja como ego auxiliar ou se colocará em uma postura ativa, de qualquer modo, finalizarei no tópico a seguir os tipos de manejos ou parte deles.

#### **4.4 Diferenças de manejo do silêncio no ambiente *on-line***

Gráfico 12 – Respostas sobre o incômodo do silêncio on-line.



**Fonte:** Dados obtidos por meio das respostas dos participantes da pesquisa.

Das vinte respostas, 25% dos profissionais responderam de ficam incomodados com o silêncio no ambiente *on-line*, ou seja, cinco (5) desses analistas sentem esse incômodo. No gráfico acima, podemos perceber que há uma equivalência maior nos analistas que se sentem *muito pouco incomodado* e os que são *pouco incomodados* quando se deparam com o silêncio nesta modalidade.

Quadro 3 – Perfil dos analistas e os tipos de incômodos com o silêncio *on-line*.

ID	Sexo	Qual a sua faixa etária?	Experiência na clínica	Qtd. De analisandos	Tempo de supervisão	Tempo de análise pessoal	Tipo de incômodo?
1	Feminino	35 anos - 44 anos	5 anos - 10 anos	De 20 a 30	De 1 a 2 anos	De 2 a 5 anos	Pouco incomodado
2	Feminino	Acima de 65 anos	Acima de 20 anos	De 10 a 19	De 1 a 2 anos	Não faz	Muito pouco incomodado
3	Masculino	45 anos - 54 anos	11 anos - 15 anos	De 10 a 19	Mais de 10 anos	De 5 a 10 anos	Pouco incomodado
4	Masculino	35 anos - 44 anos	16 - 20 anos	Acima de 30	Não faz	Não faz	Pouco incomodado
5	Masculino	45 anos - 54 anos	11 anos - 15 anos	Acima de 30	Não faz	Não faz	Incomodado
6	Feminino	45 anos - 54 anos	16 - 20 anos	De 20 a 30	Mais de 10 anos	Mais de 10 anos	Pouco incomodado
7	Feminino	45 anos - 54 anos	5 anos - 10 anos	De 20 a 30	De 2 a 5 anos	De 2 a 5 anos	Incomodado
8	Feminino	35 anos - 44 anos	11 anos - 15 anos	De 20 a 30	De 5 a 10 anos	De 2 a 5 anos	Indiferente
9	Masculino	35 anos - 44 anos	5 anos - 10 anos	De 5 a 9	De 5 a 10 anos	De 5 a 10 anos	Incomodado

10	Masculino	25 anos - 34 anos	5 anos - 10 anos	De 20 a 30	De 5 a 10 anos	De 2 a 5 anos	Muito pouco incomodado
11	Feminino	45 anos - 54 anos	Acima de 20 anos	De 10 a 19	De 2 a 5 anos	Mais de 10 anos	Muito pouco incomodado
12	Feminino	35 anos - 44 anos	16 - 20 anos	Acima de 30	Mais de 10 anos	De 2 a 5 anos	Muito pouco incomodado
13	Feminino	35 anos - 44 anos	5 anos - 10 anos	De 10 a 19	De 5 a 10 anos	De 1 a 2 anos	Incomodado
14	Feminino	45 anos - 54 anos	Acima de 20 anos	De 20 a 30	De 5 a 10 anos	Não faz	Muito pouco incomodado
15	Feminino	55 anos - 64 anos	5 anos - 10 anos	Até 5	De 2 a 5 anos	Não faz	Incomodado
16	Masculino	55 anos - 64 anos	Acima de 20 anos	De 10 a 19	Não faz	De 5 a 10 anos	Muito pouco incomodado
17	Feminino	55 anos - 64 anos	Acima de 20 anos	Acima de 30	Mais de 10 anos	Mais de 10 anos	Pouco incomodado
18	Masculino	35 anos - 44 anos	5 anos - 10 anos	De 5 a 9	De 1 a 2 anos	De 2 a 5 anos	Pouco incomodado
19	Feminino	25 anos - 34 anos	5 anos - 10 anos	De 10 a 19	De 5 a 10 anos	De 5 a 10 anos	Pouco incomodado
20	Masculino	55 anos - 64 anos	16 - 20 anos	Até 5	Não faz	Não faz	Muito pouco incomodado

**Fonte:** Dados obtidos por meio das respostas dos participantes da pesquisa.

Em comparação com a faixa etária (ver em quadro 3), há uma relação homogênea, ambos analistas de diferentes idades se sentem muito pouco incomodado; sobre o tempo de experiência, parece que analista entre 16 anos ou mais de prática clínica também são menos impactados com o silêncio, ficam menos incomodados com o silêncio; e se a quantidade de analisandos for maior, o silêncio passa a ser mais tolerado por estes profissionais; agora se o analista estiver sob supervisão e análise pessoal, geralmente pelo tempo maior que 2 anos, o silêncio também passará a ser mais tolerado.

Já os que sentem *incomodados* frente ao silêncio, dos 25% nota-se que possuem um menor tempo de experiência clínica, mesmo que alguns deles tenham uma quantidade alta de analisandos, variando entre 20 ou mais. Diante disso, destaco suas respostas:

O analista de número cinco, identifica-se pelo sexo masculino diz que: *“Fico assim quando sinto que nada virá espontaneamente do paciente. Mas quando noto que é o tempo/jeito dele e que o silêncio o estimulará a falar, não me incomoda”*. Já a analista identificada pelo número sete diz: *“O silêncio pode ser uma forma de comunicação, mas pode também ser uma inibição e cabe ao terapeuta entender quando é um silêncio reflexivo e necessário e quando é um silêncio inibido e sem palavras”*.

Parece que ao notar o analisando no silêncio e se o analista perceber que nada acontecerá, este cenário surte um certo incomodo nos profissionais. A sensação de que nada

poderá surgir durante a análise, gera uma sensação de inutilidade ou um certo desconforto – analisando mais inibidos. E de fato, esses tipos de sessões não são fáceis e agradáveis. Diferente se o analista percebe que é um tipo de silêncio mais reflexivo, tendem a sentir que a terapia está causando efeitos positivos. Outros profissionais notam estes silêncios no ambiente *on-line* como sendo “*mais duradouros*” que nos presenciais e sempre sendo incômodo, conforme (13) diz: “*silencio é sempre incômodo, necessário, mas incômodo. No online é mais fácil de sustentar do que no presencial, mas mesmo assim difícil*”.

Agora, pensando nos possíveis enfrentamentos ou manejos listados pelos analistas que participaram da pesquisa, temos:

Quadro 4 – Tipos de manejos na clínica do silêncio *on-line*.

ID	Quais são as suas condutas se na análise on-line tiver longos períodos de silêncio?
1	Sustentar o silêncio
2	Depende, claro, do tipo de silêncio.
3	Tento manter a mesma das sessões presenciais, sustentando a situação o quanto for necessário para o paciente.
4	Depende de como eu sinto esse silêncio. As vezes respeito e fico em silêncio, suportando aquele momento. Outras vezes interrompo buscando o paciente.
5	Depende do caso. Normalmente tendo a ficar em silêncio e aguardar que o paciente sinta vontade de dizer algo. Alguns são mais silenciosos por um jeito próprio de ser. Se espero, costumam começar a dizer algo. Há casos também em que o silêncio vem mais ao final da sessão, quando algo importante ou inquietante surgiu: nestes aguardos um pouco mas costumo propor encerrar a sessão em seguida. E há outros casos em que, se fico em silêncio pelo tempo que for, também assim ficará o paciente (clínica do vazio). Neste caso procuro sutilmente puxar algo do paciente, a partir do que ele me trouxe anteriormente.
6	Inicialmente procuro sustentar a situação com o olhar e atenção enquanto procuro compreender o que o paciente está comunicando. Quando começa a ser frequente, procuro falar sobre o silêncio pra tentar entender com o paciente o que esse silêncio quer dizer.
7	Uso de mediadores na tentativa de não invadir com perguntas.
8	Depende se o silêncio comunicar descanso, pausa, integração; ou, abandono, desintegração. A conduta é a mesma das sessões presenciais. No entanto, talvez pelo recorte limitado da tela, sem olhar o paciente fisicamente por inteiro, é possível maior dúvida sobre o que está sendo comunicado com aquele silêncio.
9	Procuro aguardar o paciente se manifestar, como no presencial
10	A mesma que no atendimento presencial, a depender do significado daquele silêncio.
11	O mesmo de sessões presenciais. O silêncio significa algo, sendo assim considero que o manejo é semelhante ao atendimento presencial
12	Se a pessoa estiver em sofrimento eu converso com ela, digo que imagino que esteja passando por etc etc (digo o que estou pensando) se fizer sentido pra pessoa ela vai dizer, ou o contrário. Se eu percebo que a pessoa está pensando sobre determinado assim eu espero.
13	Sustentar
14	Entendo que o paciente estará na sessão da maneira que for possível em cada momento, inclusive em silêncio. Fico atenta para identificar se faz ou não sentido alguma colocação, assim como se fosse presencial.
15	Confesso que tenho bastante dificuldade neste manejo, justamente pelo formato em que o contato é através da tela do computador.
16	Eu respeito o silencio, até se prosseguir no fim da sessão, aí, eu falo.
17	Tento entender o que representa o silêncio de acordo com cada paciente...preciso levar em conta a dinâmica emocional do caso em atendimento.

18	Depende do caso. Se for um silêncio gerador de ansiedade (pra qualquer um dos lados) vale interrompê-lo e tentar falar sobre ele. outros silêncios são compartilhados como presença, capacidade de estar sozinho na presença do outro, acolhimento de presença, não-verbal, mutualidade, esse merece ser sustentado até que o paciente resolva propor uma nova situação.
19	Dependendo do que eu entendo significar o silêncio, eu manejo de acordo com a necessidade do paciente. Seja verbalizando o que eu entendi que se passa, seja suportando junto com ele o silêncio, mostrando mesmo virtualmente que estou ali. Meu corpo, apesar de estar de modo virtual, continua vivo.
20	Viver o silêncio, interpretar a ausência de palavras.

**Fonte:** Dados obtidos por meio das respostas dos participantes da pesquisa.

Vimos que a predominância maior nas respostas obtidas é a *sustentação* do silêncio no ambiente *on-line* (ver em quadro 4). E a grande parte dos analistas dizem que depende muito do tipo do silêncio (se é o silêncio inibido, se é por um pequeno descanso ou pausa, período de integração ou desintegração como diz a analista identificada pela numeração oito [8]) e outros dizem que em algumas ocasiões preferem interromper o silêncio do analisando e questionar sobre ele, sendo assim, observamos cinco tópicos de manejo:

- (i) Sustentação do silêncio;
- (ii) Avaliação dos tipos de silêncio;
- (iii) Respeitar o silêncio;
- (iv) Interromper o silêncio;
- (v) Uso de mediadores;

A sustentação em ambiente *on-line*, está relacionada aos processos de *holding*. Este tipo de intervenção vem sendo muito discutida e proporcionada entre os profissionais, principalmente nas problemáticas humanas contemporâneas, sofrimentos e adoecimentos peculiares, principalmente onde é mais difícil algum tipo de intervenção explicativa ou interpretativa. Sendo concebido como um tipo de intervenção, o *holding* é um procedimento clínico voltado para *insights* e autoconhecimento. Mas, por outro lado é a provisão de um ambiente suficientemente bom. Nas palavras dos autores Medeiros, Aiello-Vaisberg, (2014):

A tradução do termo para segurar ou sustentar guarda sua origem nos cuidados concretos com o bebê, que necessita estar fisicamente seguro, contido e psicologicamente acolhido ou sustentado para desenvolver-se de maneira satisfatória. Ao mesmo tempo, Winnicott relaciona o *holding* com outros conceitos fundamentais criados a partir de sua experiência clínica, tais como a noção de ilusão, continuidade de ser e integração. A sustentação física e psicológica do bebê, alcançada pela devoção sensível da mãe suficientemente boa que atende as necessidades da criança através de sua presença viva, confiável e pontual teria como consequências naturais as

experiências de ilusão, continuidade de ser e o desenrolar de movimentos integrativos (Medeiros, Aiello-Vaisberg, 2014).

Embora o *holding* seja uma técnica clínica winnicottiana no ambiente presencial, é possível utilizá-la também no ambiente *on-line*, pois as pessoas necessitam ter uma continuidade do ser, ou seja, ser sustentada ao longo da vida, variando a forma e a intensidade dessa sustentação, “uma vez que a condição humana apresenta uma instabilidade jamais completamente resolvida pela maternagem suficientemente boa inicial” (Medeiros, Aiello-Vaisberg, 2014).

Para além do universo infantil, compreendemos que a sustentação da continuidade de ser do paciente, seja ele criança ou adulto, tenha recebido ou não o diagnóstico psicopatológico de um sofrimento dito psicótico, promove o alívio de sofrimentos e pode evitar o adoecimento emocional. Favorecido pela intervenção psicoterapêutica, o paciente sustentado mostra-se capaz de, com seu próprio potencial criativo, integrar, visitar e inaugurar aspectos de si mesmo que se encontravam antes dissociados ou não-vividos. Assim, encontramos-nos numa relação em que um mundo passa a ser construído criativamente, sem a necessidade de explicações intelectualizadas. Mergulhamos numa intensa experiência emocional com o paciente, capaz de despertar contratransferencialmente sentimentos que vão do ódio à comoção. Manter-se presente, vivo e real é a principal tarefa do analista, que, a partir desta condição, é profundamente afetado pelo viver do paciente e realiza uma escuta, um gesto, uma espera sintônicos com o mundo que vai paulatinamente sendo criado pela dupla (Medeiros, Aiello-Vaisberg, 2014).

Podemos perceber que a sustentação neste contexto, também requer dos analistas uma posição ativa e viva (Winnicott, 1962/1990) diante do silêncio. Mas, requer também uma avaliação mais detalhada dos tipos de silêncio que se apresentam em sua pluralidade de sentidos. E na dança de transferência e contratransferência o analista poderá se posicionar de maneira mais respeitosa e quando, na hora certa, poder intervir questionando o analisando, conforme uma analista diz: “*Dependendo do que eu entendo significar o silêncio, eu manejo de acordo com a necessidade do paciente. Seja verbalizando o que eu entendi que se passa, seja suportando junto com ele o silêncio, mostrando mesmo virtualmente que estou ali. Meu corpo, apesar de estar de modo virtual, continua vivo*”.

Em uma outra posição de manejo *on-line*, outra analista diz: “*Inicialmente procuro sustentar a situação com o olhar e atenção enquanto procuro compreender o que o paciente está comunicando. Quando começa a ser frequente, procuro falar sobre o silêncio para tentar entender com o paciente o que esse silêncio quer dizer*”. Neste sentido, este tipo de ambiente, requer uma atenção redobrada para que o analista sempre se coloque como presente, seja por meio de movimentos, pequenas verbalizações ou até mesmo questionar o analisando sobre seu silêncio, dando a entender que está ali presente, mesmo que o silêncio seja muito necessário.

Por fim, na resposta da analista identificada pela numeração sete (7), ela diz que o uso de mediadores é outro tipo de manejo para analisandos silenciosos. Presumo que estes mediadores podem ser maneiras com que cada profissional irá adaptando suas maneiras de lidar. Seja por jogos virtuais, ou até mesmo observar o analisando jogas, desenhar, ou brincar durante a sessão, por exemplo o jogo do rabisco – que ‘uma excelente técnica de intervenção utilizada não somente para crianças, mas pode ser aplicado em adolescentes e adultos.

Talvez, o uso de perguntas mais abertas para que o analisando possa ter um tempo maior para reflexão e não ter a urgência em responder. Esta maneira de agir na análise, enquadrado ela na categoria do uso de mediadores, assim como uma outra maneira é perguntar ao analisando se existe ou que ele percebe alguma questão durante a análise que faz se sentir incomodando. Lembro de um caso, silencioso por final, onde a analisanda permanecia em silêncio prolongado quando tinha a sensação de nada para dizer. Após alguns dias e meses – sempre respeitando seu silêncio – perguntei se havia alguma coisa na análise que sentia desconfortável. E ela respondeu que havia muitas questões que gostaria de verbalizar, mas que não se sentir confortável, pois eram assuntos ligados à sua sexualidade e por estar sendo atendida em seu quarto, seus pais poderiam ouvi-la.

Este momento, era em pleno auge do período de pandemia – impossível encaminhá-la ao atendimento presencial. Então, atravessado por esse fato, sugeri a ela que no próximo encontro, instalasse um aplicativo, por mim sugerido, chamado *Signal*. Este com uma ferramenta de criptografia de ponta-a-ponta, capaz de deletar automaticamente as mensagens após um período. Essa exclusão das mensagens, são configurações que o próprio analista ou analisando podem programar, exemplo, apagar após cinco minutos, dez minutos ou mais. Então, disse a ela que quando precisasse dizer algum assunto delicado e para não perdermos a privacidade e o sigilo, a orientei que escrevesse esses assuntos.

Neste período, o aplicativo *WhatsApp* não oferecia estes recursos, então este aplicativo (*Signal*) foi um momento muito importante para ambos, possibilitando dela poder verbalizar sua angústia e principalmente ser acolhida e sustentada em um momento muito angustiante que somava com sua angústia de estar sendo impedida de falar abertamente. É claro que nesta modalidade requer dos analistas, uma certa habilidade para identificar estes mediadores, tal qual as ferramentas que são capazes de zelar pelo sigilo e oferecer essa forma de cuidado e ambiente – no meu ponto de vista – suficientemente bom.

Mas por outro lado, acredito que isso só será possível, se caso o analista estiver disponível para escutar e ver esses detalhes importantes, como se estivesse no processo de preocupação materna primária, capaz de identificar a real necessidade no analisando. Após ela

ter conseguido dizer sobre sua sexualidade a percebi menos inibida, que conseqüentemente ficou notável – posteriormente confirmada por ela – que até uma certa ansiedade foi diminuída só pelo fato de falar sobre essa angústia que permanecia continuamente em seus pensamentos.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio dos questionários enviados aos profissionais, pude observar algumas informações significativas do silêncio e suas pluralidades. E como vimos até aqui, para Winnicott, o silêncio é uma forma de comunicação e que deve ser respeitado à medida em que o analisando possa sentir segurança. Isto é, um dos fatores principais no atendimento *on-line*, é como o profissional possibilita uma ambientação segura e adequada para o fazer clínico.

É claro que esta modalidade de atendimento não se aplica a todos os analisandos, principalmente aqueles que estão acometidos por agravamentos psicológicos mais graves como os do tipo *borderline*, riscos graves de suicídio entre outros - uma vez que estes o contato cara-a-cara é fundamental. Por outro lado, o atendimento pode ser benéfico para muitos outros casos clínicos.

O ambiente suficientemente bom pode ser estabelecido e proporcionado também no atendimento *on-line* e por isso deve-se *a priori*, pensar em como podemos proporcioná-lo, tanto com um planejamento prévio e como com habilidades com a tecnologia. Um exemplo disso é refletir sobre os meios de atendimentos que serão oferecidos, no sentido de quais as plataformas digitais, aplicativos e quais as modalidades – via telefone, via videoconferência entre outros. Para isto, é recomendado que o profissional estude criteriosamente as seguranças que estas plataformas disponibilizarão aos usuários, uma vez que a sessão precisa e são obrigatórios o sigilo e a confidencialidade.

Neste processo, antes de o analista se preparar para o início do tratamento, deve-se identificar as ferramentas seguras, das quais sinta confiança e conhecimentos prévios de como as utilizá-la. Assim, ele proporcionará um ambiente protegido e com maior facilidade para manuseá-lo, caso haja problemas técnicos. Exemplificando, em uma interrupção na conexão ou até mesmo um problema técnico da plataforma, o analista saberá conduzir os impasses sem comprometer a sessão.

Quando o analista está preparado para as intercorrências, o analisando, pode ter a sensação de que a análise está fluindo, uma vez que é possível perceber a preparação do profissional sobre as ferramentas tecnológicas, a fim de manter o atendimento com suporte necessário, bem como a preservação do sigilo ético— pelo menos na minha prática, isso é algo claro.

De modo análogo, é como a relação mãe-bebê que por meio do *holding*, ela oferece um ambiente facilitador sem que verbalize ao bebê passo a passo do seu cuidado.

É possível perceber também que, mesmo o analista tendo todo esse cuidado, alguns analisandos evitem a todo custo este tipo de atendimento. Um exemplo disso são aqueles que não conseguem um espaço totalmente reservado para poderem verbalizar suas queixas.

Mesmo após o distanciamento social ter sido flexibilizado – devido à baixa das contaminações – pude ouvir alguns relatos de que na casa do analisando, ele não dispunha de espaços reservados. Pensando na população com baixa renda, ou condições mais precárias, ou as famílias com um número maior de membros na casa, o atendimento *on-line* é inviabilizado, já que o ambiente seguro aqui não se aplica.

Mesmo Freud (1912/1958) tendo dito e utilizado da analogia de que o analista deve se ajustar ao analisando da mesma forma que um receptor deve se ajustar ao microfone do telefone, algumas situações na prática *on-line* ficam prejudicadas, pois os impedimentos gerados interrompem constantemente o acesso do suposto conteúdo latente que a pessoa tenta verbalizar.

Temos então, uma primeira categoria de interpretação do silêncio. O tipo de silêncio pela falta de privacidade. Embora esse tipo de silêncio possa ser facilmente confundido como uma resistência. Ainda assim, não culpo os analistas por isso, pois penso que é uma diferença muito sutil que marca essa distinção. Pois o analisando pode não verbalizar alguma questão delicada, por falta de privacidade.

Seguindo a mesma situação, em um dado momento, o analisando pode manter-se em silêncio ao ser questionado pelo analista sobre alguma questão; e mesmo que seja respeitado este período, se o analista estiver atento a estes sinais, como por exemplo, estar emaranhado pelo processo de empatia, ao perguntar se ele se sente confortável em responder as perguntas, é possível identificar ou ser verbalizado que ele se recusou a dizer por estar com pessoas dentro de sua casa e que podem ouvir a sessão. Elucidando, é uma forma de o analisando não falar pelo motivo de não ter privacidade.

Outro fator relevante é a forma como o analista lida diante das sessões silenciosas, isto é, ser mais econômico nas interpretações (Ferenczi, 1932/1992b), pois pode ser, além das resistências (Mezan, 2022), das atuações – *acting out* (Freud, 1914/2006) e de um tipo de refúgio psíquico (John Steiner, 1997), uma forma de repetição de um comportamento da infância (Khan, 1984). Segundo Winnicott (1958/2022) o silêncio é uma contribuição positiva na clínica, é o estar só na presença do analista como também uma organização defensiva, pois o analisando pode estrar interpretando o ambiente como persecutório.

Eno ambiente *on-line*, para a ambientação suficientemente boa, praticada pelo manejo do holding, é necessário que ambos (analista-analisando) estejam conectados e dispostos para

o atendimento, visto que, essa conexão é a disponibilidade da dupla para iniciar o processo terapêutico (Carlino, 2014).

Para além disso, Winnicott também nos diz que o silêncio ou a comunicação e a capacidade de se comunicar está diretamente ligada às relações objetais e que nem sempre o analisando estará disposto à verbalização – ele tem esse direito e o analista precisará respeitar o silêncio.

Neste sentido, temos três tipos de comunicação: o que é *comunicado* (algo voltado para a verbalização direta) o analisando está disposto a verbalizar livremente durante as sessões; a *não-comunicação* (algo que o analisando, de fato, não quer verbalizar – um direito dele para não ser explorado intimamente); e a *falta de comunicação* - algo mais ligado ao silêncio. Todo esse processo requer a compreensão das relações objetais, pensando nos estágios iniciais e no sentido da saúde, o bebê de modo gradativo vai se desenvolvendo e acontece uma mudança na natureza do objeto.

A *não-comunicação*, dita como *simples*, é como um repousar. O analisando entra em um estado de identidade própria. Já na *não-comunicação ativa/reactiva*, é necessário, segundo Winnicott (1983[1963]2007) uma forma de recusar a comunicação, pois está ligada com algum grau de relações objetais falsas. Nos casos que não são tão graves e onde não houve falhas graves no ambiente facilitador, pode-se esperar a não comunicação ativa (isolamento clínico), porque esta comunicação está muito facilmente ligada a um certo grau de relações objetais falsas ou complacentes; e no caso da comunicação silenciosa com objetos subjetivos, o indivíduo tem a sensação de ser real e Winnicott nos diz que esses casos exigem esforços para se destacar periodicamente, restaurando assim o equilíbrio.

O autor ainda afirma que existe uma parte do indivíduo que é isolado permanentemente e que no núcleo do *self* não há comunicação com o mundo não-eu e que este modo de preservação do isolamento pessoal é uma parte em que ocorre a procura de uma identidade para o estabelecimento de uma técnica pessoal de comunicação que não leva a violação do *self* central.

Entretanto, respondendo à problemática da pesquisa. As categorias que foram apresentadas foram: o silêncio ocorrido pela queda de sinal; o silêncio pela falta de privacidade; o silêncio pelo medo/sensação de ter a obrigação de verbalizar; o silêncio como forma de elaboração e/ou de reflexão; o silêncio como resistência à comunicação; o silêncio agressivo e por fim, o silêncio como um momento de estar sozinho na presença do analista.

Nos tipos de manejos, foram observadas as seguintes expressões: (i) a sustentação do silêncio; (ii) a avaliação dos tipos de silêncio para possíveis intervenções; (iii) respeitar o

momento do analisando; (iv) interrompê-lo para entender o que está refletindo e a outra forma de manejo aparente nos questionários é o (v) uso de mediadores para lidar com o silêncio, que podem ser plataformas ou ferramentas virtuais com o objetivo de intermediação do silêncio, a grosso modo, jogos, brincadeiras, baralhos entre outros.

Neste caso, faz-se necessário novas pesquisas para compreender ou desenvolver ferramentas, como formas de manejos para o silêncio, na utilização da clínica com crianças e adolescentes. E mesmo que pude destacar algumas categorias dos tipos de silêncio, realizar novos estudos comparando grupos de psicanalistas com formação winnicottiana ou não para entender se de fato existem novas interpretações, pois foi algo que não consegui responder ao longo dessa pesquisa.

## 6 REFERÊNCIAS

APA. American Psychological Association Practice Organization. Telehealth: Legal basics for psychologists. **Good Practice**, v. 41, p. 2-7, 2010. Disponível em: <http://www.apaservices.org/practice/good-practice/telehealth.pdf>. Acesso: 18 jun. 2022.

APA. American Psychological Association. Guidelines for the practice of telepsychology. **American Psychologist**, n. 9, v. 68, p. 791-800, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1037/a0035001>. Acesso: 18 jun. 2022.

ALMEIDA, Alexandre Patricio de. A transmissão da psicanálise em tempos de pandemia: um olhar para a saúde do analista. **Reverso**, Belo Horizonte, v. 43, n. 82, p. 59-68, dez. 2021. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-73952021000200008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952021000200008&lng=pt&nrm=iso). Acessos em 19 ago. 2023.

ALMONDES, K. M.; TEODORO, M. Os três Ds: desespero, desamparo e desesperança em profissionais da saúde. *In: Sociedade Brasileira de Psicologia*. Acessado em: <https://www.sbponline.org.br/enfrentamento-covid19>. Acesso em 20 nov. 2023.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Traduzido por Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011. Tradução de: L'Analyse de Contenu.

BARROS, R.; FARIAS, F. Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) - Da Teoria à Prática. **CONTECSI USP - International Conference on Information Systems and Technology Management - ISSN 2448-1041**, Brasil, set. 2020. Disponível em: <https://www.tecsi.org/contecsi/index.php/contecsi/17CONTECSI/paper/view/6601>. Acesso em 18 jun. 2022.

BELO, F. **Clínica psicanalítica on-line: Breves apontamentos sobre o atendimento virtual**. São Paulo: Zagodoni, 2020.

BLEGER, José. **Psicanálise e o enquadre psicanalítico**. *In: Simbiose e ambiguidade*. Rio de Janeiro. F. Alves, 1988. p. 311-327.

BRASIL. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. **Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD)**. Redação dada pela Lei nº 13.853, de 2019. Brasília, DF: Senado Federal, 2018. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2018/lei/113709.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/113709.htm)>. Acessado em: 11 jun. de 2022.

BRASILEIRO, Ada Magaly Matias. **Manual de produção de textos acadêmicos e científicos**. São Paulo: Atlas, 2013.

TRUJILLO BORREGO, A. Nuevas tecnologías y Psicología. Una perspectiva actual. **Apuntes de Psicología**, [S. l.], v. 23, n. 3, p. 321-335, 2005. Disponível em: <https://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/101>. Acesso em: 29 nov. 2023.

CARVALHO, M. S. R. M. **A trajetória da Internet no Brasil: do surgimento das redes de computadores à instituição dos mecanismos de governança**. 2006, 260 p. Dissertação (Mestre em Ciências de Engenharia de Sistemas e Computação). UFRJ, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Marcelo-Carvalho-13/publication/268809917\\_A\\_TRAJETORIA\\_DA\\_INTERNET\\_NO\\_BRASIL\\_DO\\_SURGIMENTO\\_DAS\\_REDES\\_DE\\_COMPUTADORES\\_A\\_INSTITUICAO\\_DOS\\_MECANISMOS\\_DE\\_GOVERNANCA/links/54774a430cf2a961e4825bd4/A-TRAJETORIA-DA-INTERNET-NO-BRASIL-DO-SURGIMENTO-DAS-REDES-DE-COMPUTADORES-A-INSTITUICAO-DOS-MECANISMOS-DE-GOVERNANCA.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Marcelo-Carvalho-13/publication/268809917_A_TRAJETORIA_DA_INTERNET_NO_BRASIL_DO_SURGIMENTO_DAS_REDES_DE_COMPUTADORES_A_INSTITUICAO_DOS_MECANISMOS_DE_GOVERNANCA/links/54774a430cf2a961e4825bd4/A-TRAJETORIA-DA-INTERNET-NO-BRASIL-DO-SURGIMENTO-DAS-REDES-DE-COMPUTADORES-A-INSTITUICAO-DOS-MECANISMOS-DE-GOVERNANCA.pdf). Acesso em: 14 jul. 2022.

CARLINO, R. Reflexiones actuales sobre el psicoanálisis a distancia. **Revista de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis**, 2014. 18, 173-197. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/psa-7628>. Acessado em: 13 de agosto de 2022.

COMO ERA A INTERNET no Brasil antes da comercialização. Empresa Brasil de Comunicação – **EBC**. Brasília, 04 de mai. 2021. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2021-04/como-era-internet-no-brasil-antes-da-comercializacao>. Acesso em: 14 jul. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução nº 003, de 25 de setembro de 2000**. Regulamenta o atendimento psicoterapêutico mediado pelo computador. Disponível em: <https://www.crprs.org.br/upload/legislacao/legislacao40.pdf>. Acessado em: 11 de janeiro de 2022.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução nº 012, de 18 de agosto de 2005**. Regulamenta o atendimento psicoterapêutico e outros serviços psicológicos mediados por computador e revoga a Resolução CFP nº 003/2000. Disponível em: [https://cadastrosite.cfp.org.br/docs/resolucao2005\\_12.pdf](https://cadastrosite.cfp.org.br/docs/resolucao2005_12.pdf). Acessado em: 11 de janeiro de 2022.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução nº 01, de 30 de março de 2009**. Dispõe sobre a obrigatoriedade do registro documental decorrente da prestação de serviços psicológicos. Disponível em: [https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2009/04/resolucao2009\\_01.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2009/04/resolucao2009_01.pdf). Acessado em: 11 de janeiro de 2022.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução nº 011, de 21 de junho de 2012**. Regulamenta os serviços psicológicos realizados por meios tecnológicos de comunicação a distância, o atendimento psicoterapêutico em caráter experimental e revoga a Resolução CFP nº 012/2005. Disponível em: [https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/Resoluxo\\_CFP\\_nx\\_011-12.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/Resoluxo_CFP_nx_011-12.pdf). Acessado em: 11 de janeiro de 2022.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução nº 011, de 11 de maio de 2018**. Regulamenta a prestação de serviços psicológicos realizados por meio de tecnologias da informação e da comunicação e revoga a Resolução CFP nº 011/2012. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/05/RESOLU%C3%87%C3%83O-N%C2%BA-11-DE-11-DE-MAIO-DE-2018.pdf>. Acessado em: 11 de janeiro de 2022.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução nº 04, de 26 de março de 2020**. Dispõe sobre regulamentação de serviços psicológicos prestados por meio de tecnologia da

informação e da comunicação durante a pandemia do Covid-19. Disponível em: <https://atosoficiais.com.br/cfp/resolucao-do-exercicio-profissional-n-4-2020-dispoe-sobre-regulamentacao-de-servicos-psicologicos-prestados-por-meio-de-tecnologia-da-informacao-e-da-comunicacao-durante-a-pandemia-do-covid-19?origin=instituicao&q=004/2020>. Acessado em: 11 de janeiro de 2022.

COOPER, Judy. **Falem de mim como eu sou. A vida e a obra de Masud Khan**, Ed. Revinter. Rio de Janeiro, 1997. (“Speak Of Me as i am. The Life and the Work of Masud Khan.” 1993.)

CORREA, F. S. **Um estudo qualitativo sobre as representações utilizadas por professores e alunos para significar o uso da Internet**. 2013, 172 p. Dissertação (Mestre em Ciências, área de Psicologia). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em: [https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-08102013-162610/publico/Fabiano\\_Correa\\_Mestrado.pdf](https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-08102013-162610/publico/Fabiano_Correa_Mestrado.pdf). Acesso em: 14 jul. 2022.

COSTA, Camilla Gonçalves da et al. Reflexões psicanalíticas Winnicottianas sobre o sentido do silêncio no setting. **Bol. psicol**, São Paulo, v. 63, n. 138, p. 49-63, jun. 2013. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0006-59432013000100006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432013000100006&lng=pt&nrm=iso). Acessos em 19 jun. 2022.

DE LA TORRE MARTÍ, Marta; CEBRIÁN, Rebeca Pardo. **Guía para la intervención telepsicológica**. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, 2018. Disponível em: <https://www.psicologospsiquiatras.cl/wp-content/uploads/2020/04/Guia-para-la-Intervencion-en-Telepsicologia.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2022.

DEMO, Pedro. **Metodologia do conhecimento científico**. São Paulo: Atlas, 2000.

FERNANDES, Cláudia Mascarenhas. O pagamento na clínica com crianças ou sobre a noção de responsabilidade em psicanálise. **Estilos clin.**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 492-503, dez. 2015. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-71282015000300009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282015000300009&lng=pt&nrm=iso). Acessos em 10 maio 2023.

FERENCZI, S. **A elasticidade da técnica psicanalítica**. *In: Psicanálise IV*. São Paulo: Martins Fontes, 1928/1992a. p. 25-36.

FERENCZI, S. **A técnica do silêncio**. *In: Psicanálise IV*. São Paulo: Martins Fontes, 1932/1992b. p. 265.

FERENCZI, S. **Ainda sobre a técnica do silêncio**. *In: Psicanálise IV*. São Paulo: Martins Fontes, 1933/1992c. p. 265-267.

FERENCZI, S. **Princípio de relaxamento e neocatarse**. *In: Psicanálise IV*. São Paulo: Martins Fontes, 1930/1992d. p. 25-36.

FIGUEIREDO, L. C. **A sustentação da virtualidade pelo analisando e seus percalços nos atendimentos remotos**. *In: A mente do analista*. Escuta, 2021, p. 85-89.

FINK, Bruce. **Análise por telefone**. *In*: Fundamentos da técnica psicanalítica: Uma abordagem lacaniana para praticantes, Tradução de Carolina Luchetta, Beatriz Aratanga Berger. São Paulo: Blucher; Karnac, 2017.

FORTIM, Ivelise; COSENTINO, Leonardo Antonio Marui. Serviço de orientação via e-mail: novas considerações. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 27, n. 1, p. 164-175, 2007. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932007000100014&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932007000100014&lng=pt&nrm=iso). Acessos em 04 jul. 2022.

FOSSATI, I. G. Sobre o método psicanalíticos em tempos de COVID-19 e atendimentos remotos. **Rev. Diaphora**. Porto Alegre, v. 9, n. 2, 2020. Disponível em: <http://www.sprgs.org.br/diaphora/ojs/index.php/diaphora/article/view/226/208>. Acessado em: 19 jun. de 2022.

FREUD, S. (1914). **Recordar, Repetir e Elaborar**. *In*: FREUD, S. Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. V.12. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 163-171.

GREEN, A. **A mãe morta**. *In*. Narcisismo de vida, narcisismo de morte. André Green: tradução Claudia Berliner, São Paulo, editora escuta, 1988, p.239-273.

KHAN, M. MASUD R. **Psicanálise: Teoria, Técnica e Casos Clínicos**. Livraria Francisco Alves Editora. Rio de Janeiro. 1984.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS (1982) **Vocabulário de Psicanálise**. Trad. Pedro Tamen. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

LÉVY, Pierre. **Cibercultura**. Tradução de Carlos Irineu da Costa. Editora 34. São Paulo, 1999.

LOPARIC, Zeljko. Can the unconscious be verbalized?. **Nat. hum.**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 323-385, dez. 1999. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-24301999000200005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24301999000200005&lng=pt&nrm=iso). Acessos em 04 jul. 2022.

MAGALHÃES, L.T.; BAZONI, A.C., PEREIRA, F.N. Impressões de psicólogos clínicos acerca da orientação psicológica online. **Rev. Bras. Psicoter.** 2019; 21 (1): 39-51. Disponível em: [https://rbp.celg.org.br/detalhe\\_artigo.asp?id=296](https://rbp.celg.org.br/detalhe_artigo.asp?id=296). Acessado em: 11 jun. de 2022.

MEZAN, Renato. **Silêncios e presença do analista em sessões on-line**. *In*: KUPERMANN, Daniel (org.). Ferenczi: Pensador da catástrofe. 1. Ed. São Paulo: Zagodoni, 2022. p. 187-202.

MEDEIROS, C; AIELLO-VAISBERG, T. M. J. Reflexões sobre holding e sustentação como gestos psicoterapêuticos. **Psicologia Clínica**, v. 26, n. 2, p. 49-62, jul. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pc/a/wLtHmFGfDBWy4vR5Mwtdt9Nb/#>. Acesso em: 28 nov. 2023.

NAFFAH NETO, A.; CINTRA, E. M. U. A pesquisa psicanalítica: a arte de lidar com o paradoxo. **ALTER-Rev. de Estudos Psicanalíticos**. 2012, v.30, n.1, pp. 33-50. Disponível em: [http://spbsb.org.br/site/images/Novo\\_Alter/2012\\_1/02NaffahCintra.pdf](http://spbsb.org.br/site/images/Novo_Alter/2012_1/02NaffahCintra.pdf). Acesso em: 28 de ago. de 2022.

NAFFAH NETO, Alfredo. A noção de experiência no pensamento de Winnicott como conceito diferencial na história da psicanálise. **Nat. hum.**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 221-242, dez. 2007. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-24302007000200001&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24302007000200001&lng=pt&nrm=iso). Acessos em 04 mar. 2023.

NAFFAH NETO, Alfredo. A reconstrução do ambiente traumatogênico a partir da dinâmica transferencial, na clínica winnicottiana. **Nat. hum.**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 1-11, dez. 2018. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-24302018000200001&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24302018000200001&lng=pt&nrm=iso). Acessos em 04 mar. 2023.

PADRÃO, C. B. Considerações sobre o silêncio na clínica psicanalítica: dos primórdios aos dias atuais. **Círculo Psicanalítico do Rio de Janeiro**. 2009, v. 31, n. 22, p. 91-103. Disponível em: [http://cprj.com.br/imagenscadernos/08.Consideracoes\\_sobre\\_o\\_silencio\\_na\\_clinica\\_psicanalitica.pdf](http://cprj.com.br/imagenscadernos/08.Consideracoes_sobre_o_silencio_na_clinica_psicanalitica.pdf). Acessado em: 23 jun. de 2022.

PIETA, M. A. M.; GOMES, W. B. Psicoterapia pela Internet: viável ou inviável? **Psicologia: Ciência e Profissão [online]**. 2014, v. 34, n. 1, pp. 18-31. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932014000100003>. Acessado em: 11 de jun. de 2022.

PIETA, Maria Adélia Minghelli *et al.* Desenvolvimento de protocolos para acompanhamento de psicoterapia pela Internet. **Contextos Clínic**, São Leopoldo, v. 8, n. 2, p. 128-140, 2015. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-34822015000200003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822015000200003&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 15 jul. 2022.

PRADO, O. Z. **Terapia via internet e relação terapêutica**. 2002, 135 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). USP, São Paulo, 2002.

RIBEIRO, Maria Mazzarello Cotta. Análise on-line!. Considerações sobre a transferência. **Estud. psicanal.**, Belo Horizonte, n. 54, p. 57-64, dez. 2020. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-34372020000200007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372020000200007&lng=pt&nrm=iso). Acessos em 19 jun. 2022.

RODRIGUES, C. G. **Aliança Terapêutica na Psicoterapia Breve Online**. 2014. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Universidade de Brasília (UnB), Brasília, 2014. Disponível em: [https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/16596/1/2014\\_CarmelitaGomesRodrigues.pdf](https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/16596/1/2014_CarmelitaGomesRodrigues.pdf). Acesso em: 14 jun. de 2022.

RODRIGUES, C. G.; TAVARES, M. A. Psicoterapia online: Demanda crescente e sugestões para regulamentação. **Rev. Psicologia em Estudo**. 2016, v.21, n.4, p. 735-744. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/29658/pdf>. Acessado em: 18 jun. de 2022.

STEINER, John. **Uma teoria de los refúgios psíquicos**. *In*: Refugios psíquicos: Organizaciones patológicas em pacientes psicóticos, neuróticos y fronterizos. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, S. L., 1997, p. 43-58.

SIEGMUND, G., JANZEN, M. R., GOMES, W. B., & GAUER, G. (2015). Aspectos éticos das intervenções psicológicas online no Brasil: Situação atual e desafios. *Psicologia Em Estudo*, 20(3), 437-447. Disponível em: [https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/28478/pdf\\_76](https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/28478/pdf_76). Acessado em: 11 jun. de 2022.

SIEGMUND, G.; LISBOA, C. Orientação Psicológica On-line: Percepção dos Profissionais sobre a Relação com os Clientes. *Psicologia: Ciência e Profissão [online]*. 2015, v. 35, n. 1, pp. 168-181. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703001312012>. ISSN 1982-3703. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001312012>. Acessado em: 18 jun. de 2022.

SILVA, Sergio Gomes. **A gramática do silêncio: um estudo sobre a comunicação e a não comunicação na psicanálise**. 2014, 307 p. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica). PUC-Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/colecao.php?strSecao=resultado&nrSeq=29122@1>. Acesso em: 7 mai. 2022.

SILVA, Sérgio Gomes; JUNIOR, Carlos Augusto Peixoto. A Teoria da Comunicação no pensamento clínico de Donald W. Winnicott. *Cafajeste. psicanal.*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 36, pág. 65-83, jun. 2017. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-62952017000100004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-62952017000100004&lng=pt&nrm=iso). Acessos em 8 out. 2022.

SILVA, Sergio Gomes da; PEIXOTO JUNIOR, Carlos Augusto. A Teoria da Comunicação no pensamento clínico de Donald W. Winnicott. *Cad. psicanal.*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 36, p. 65-83, jun. 2017. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-62952017000100004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-62952017000100004&lng=pt&nrm=iso). Acessos em 02 mar. 2023.

SOUSA, T.; SIQUEIRA, I. Das fronteiras do divã. *Cadernos de Psicanálise | CPRJ*, v. 43, n. 45, p. 243-261, 1 dez. 2021. Disponível em: [https://www.cprj.com.br/ojs\\_cprj/index.php/cprj/article/view/242](https://www.cprj.com.br/ojs_cprj/index.php/cprj/article/view/242) Acesso em: 02 mar. 2023.

TELEFONE faz 145 anos: brasileiros contam histórias sobre o aparelho. *Empresa Brasil de Comunicação – EBC*. Brasília, 10 mar. 2021. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2021-03/historias-que-se-contam-ao-telefone#:~:text=Alexander%20Graham%20Bell%2C%20nascido%20em,exposi%C3%A7%C3%A3o%20em%20junho%20daquele%20ano>. Acesso em: 13 jul. 2022.

TACHIBANA, M.; PIZZO, G. M.; PAIVA, L. V. *et al.*. A clínica psicanalítica infantil na modalidade on-line: reflexões winnicottianas. *Rev. Bras. Psicoter.*, Porto Alegre, n. 3, v. 23, p. 9-20, 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1354075>. Acesso em: 13 jul. 2022.

TIETZMANN, Ana Cristina et al. Privacidade e confidencialidade das informações clínicas em saúde mental: velhos desafios em um novo contexto. *Rev. Bras. Psicoter.* Porto Alegre, n. 23, v. 3, p. 165-175. 2021. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/rbp.celg.org.br/pdf/v23n3a13.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2022.

WINNICOTT, D. W. **A criança e o seu mundo**. Rio de Janeiro: LTC, 1957/1964.

WINNICOTT, D. W. **A localização da experiência cultural.** *In:* O brincar e a realidade. São Paulo: Ubu editora; 2019. p.154-166.

WINNICOTT, D.W. **Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos.** *In:* D. W. Winnicott, O ambiente e os processos de maturação. (I. C. S. Ortiz, trad.; pp. 163-174) Porto Alegre: Artes Médicas, 1963/1983. (Original publicado em 1963).

WINNOCOTT, D.W. (1896-1971) **Natureza Humana.** Tradução de Davi Litman Bogomoletz. Rio de Janeiro, Ed. Imago, 1990.

WINNICOTT, D. W. **Um Estado Primário do Ser: Os estágios pré-primitivos.** *In:* Natureza Humana, 1990, p. 155.

WINNICOTT, D. W. **A experiência mãe-bebê de mutualidade.** *In:* Natureza Humana, 1969/1994, p. 195-202.

WINNICOTT, D. W. **A capacidade de ficar sozinho.** *In:* Processos de Amadurecimento e Ambiente Facilitador, São Paulo, Ed. Ubu, 1958/2022.

WINNICOTT, D. W. **A integração do ego no desenvolvimento da criança.** *In:* Processos de Amadurecimento e Ambiente Facilitador, São Paulo, Ed. Ubu, 1958/2022.

WINNICOTT, C. **A experiência mãe-bebê de mutualidade.** *In:* Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1994. p. 195-202.

WINNICOTT, D. W. **A criatividade e suas origens.** *In:* O brincar e a realidade. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

WINNICOTT, D. W. **Os objetivos do tratamento psicanalítico.** *In:* O ambiente e os processos de maturação. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992/1990, p. 152-155.

WU, Tim. **Impérios da comunicação: do telefone à internet, da AT&T ao Google.** Editora Schwarcz-Companhia das Letras, 2012. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=uxLUDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT3&dq=historia+do+telefone+&ots=Ps0ZePTBTH&sig=TGktdVD9jan8BeVt49CNkDLx-jl#v=onepage&q&f=false>. Acesso em: 13 jul. 2022.

ZERBINATTI, Bruna Paola. **Ritmo e cansaço em sessões presenciais e não presenciais.** *In:* KUPERMANN, Daniel (org.). Ferenczi: Pensador da catástrofe. 1. Ed. São Paulo: Zagodoni, 2022. p. 179-186.

## APÊNDICE A – TCLE

Você (Sr<sup>o</sup>, Sr<sup>a</sup>) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: **A problemática do silêncio na análise on-line**. Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o (a) senhor firma o TERMO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO de concordância quanto à realização da pesquisa. Fica claro que o (a) senhor (a), a qualquer momento, poderá retirar seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, sem qualquer ônus ou consequência adversa e deixar de participar do estudo alvo da pesquisa e fica ciente que todo trabalho realizado se torna informação confidencial, guardada por força do sigilo profissional.

Esta pesquisa constitui uma dissertação de mestrado no Programa de Psicologia Clínica da PUC-SP sob orientação do Prof. Dr. Alfredo Naffah Neto. Visa investigar, analisar e descrever - por meio dos discursos dos profissionais psicanalistas de orientação winnicottiana, as diferentes categorias, manejos e interpretações do silêncio dos analisandos no atendimento analítico *on-line*. Para tanto, será realizado entrevistas por meio de questionários estruturados com os psicanalistas formados em Psicologia e Psicanálise e com experiência mínima de cinco (5) anos. As entrevistas serão baseadas em um questionário com questões envolvendo suas experiências com o fenômeno do silêncio em ambiente *on-line*. Serão enviadas no e-mail dos profissionais o link do *Google Forms* contendo vinte e nove (29) perguntas; e armazenadas para que seu conteúdo possa ser posteriormente analisado.

Solicito sua autorização para a realização dos procedimentos previstos. Sua participação e a realização dos procedimentos oferecem riscos físicos e/ou psicológicos mínimos. As pessoas não serão obrigadas a participar da pesquisa, podendo desistir a qualquer momento. Os possíveis benefícios aos colaboradores residem na possibilidade de estes utilizarem esta oportunidade para refletirem de forma crítica a respeito de sua atuação e, caso julgarem pertinente, buscarem outras formas de atuações com vistas ao aprimoramento profissional. Em caso de eventual desconforto, os participantes poderão interromper sua colaboração sem consequências negativas. Todos os assuntos abordados serão utilizados sem a identificação dos participantes ou dados pessoais com CPF/RG) por parte dos participantes da pesquisa, conforme orientação da CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa). As dúvidas que existirem em qualquer momento poderão ser esclarecidas, por meio de acesso aos canais de contato por telefone ou e-mail. Em caso de qualquer dúvida ou considerações sobre a ética da pesquisa, o participante poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-SP – Sede Campus Monte Alegre, situado à Rua Ministro de Godói, 969, sala 63-C

(Andar Térreo do E.R.B.M). Perdizes, São Paulo, CEP 05015-001, fone (Fax).: (11) 3670-8466 e e-mail: [cometica@pucsp.br](mailto:cometica@pucsp.br).

Ressalto que se trata de pesquisa com finalidade acadêmica e que os resultados dela, caso sejam divulgados, respeitarão a identidade dos participantes e, por isso, serão alterados quaisquer dados que possibilitem a identificação deles. Concordando com estes termos, favor assinar abaixo. Uma cópia deste documento ficará com o participante e outra com o pesquisador.

Atenciosamente,

---

Pesquisador: Jefferson da Silva Negreiros

Contato: +55 (11) 94792-8606

E-mail: [contato@negreirospsicologia.com.br](mailto:contato@negreirospsicologia.com.br)

---

Nome e assinatura do participante

## APÊNDICE B – ROTEIRO DO QUESTIONÁRIO

- 1- TCLE
  - a. Você concorda em participar da pesquisa?
    - i. Sim
    - ii. Não
- 2- Dados sociodemográficos
  - a. Sexo
    - i. Masculino
    - ii. Feminino
    - iii. Outros
  - b. Qual sua faixa etária?
    - i. Até 25 anos
    - ii. 25 anos – 34 anos
    - iii. 35 anos – 44 anos
    - iv. 45 anos – 54 anos
    - v. 55 anos – 64 anos
    - vi. Acima de 65 anos
- 3- Dados sobre a formação profissional
  - a. Possui formação em Psicologia?
    - i. Sim
    - ii. Não
  - b. Tem CRP ativo?
    - i. Sim
    - ii. Não
- 4- Dados sobre a experiência clínica
  - a. Nos últimos 5 (cinco) anos, você atendeu na modalidade *on-line*?
    - i. Sim
    - ii. Não
  - b. Quantos anos possui de experiência na clínica?
    - i. Menos de 5 anos
    - ii. De 5 – 10 anos
    - iii. De 11- 15 anos
    - iv. De 16 – 20 anos

v. Acima de 20 anos

- 5- Em média, quantos analisandos você possui atualmente?
- Até 5
  - De 5 – 9
  - De 10 – 19
  - De 20 – 30
  - Acima de 30
  - Prefiro não responder
- 6- Você possui formação específica em Psicanálise winnicottiana?
- Sim
  - Não
- 7- Você está sob supervisão na linhagem winnicottiana?
- Sim
  - Não
- 8- Se sua resposta for SIM, quanto tempo você está sob supervisão na linhagem winnicottiana?
- Até 1 ano
  - De 1 – 2 anos
  - De 2 – 5 anos
  - De 5 – 10 anos
  - Mais de 10 anos
- 9- Você faz análise pessoal com algum psicanalista winnicottiano?
- Sim
  - Não
- 10- Se SIM, por quanto tempo faz sua análise pessoal com algum psicanalista winnicottiano?
- Até 1 anos
  - De 1 – 2 anos
  - De 2 – 5 anos
  - De 5 – 10 anos
  - Mais de 10 anos
- 11- Onde você costuma atender seus analisandos na modalidade on-line? (Você pode marcar mais de uma opção)
- Na minha casa

- b. No meu consultório
- c. Em sala de aluguel por hora

12- No atendimento *on-line*, quais as modalidades abaixo você costuma atender?

(Você pode marcar mais de uma opção)

- a. Plataformas de videoconferência (Googe Meet, Zoom, Teams, WhatsApp)
- b. Ligação telefônica (tradicional via celular)
- c. Mensagem de voz/texto (WhatsApp, Signal, Telegram)
- d. Outros:

13- Dentre as modalidades citadas acima, você tem preferência por alguma em específico? Por quê?

14- Na sua visão, quais são as principais *vantagens* no atendimento *on-line* para seus analisandos?

15- Na sua visão, quais são as principais *desvantagens* no atendimento *on-line* para seus analisandos?

16- Agora pensando em você analista. Quais são as vantagens do atendimento *on-line*?

17- Ainda sobre você analista. Quais são as desvantagens do atendimento *on-line*?

18- Qual (quais) as dificuldades que você enfrentou no atendimento *on-line*?

19- Você teve alguma experiência do silêncio em alguma sessão *on-line* nos últimos 5 anos?

20- Quais são as suas condutas se na análise *on-line* tiver longos períodos de silêncio?

21- Você se sente incomodado/a quando o analisando fica em silêncio durante o atendimento *on-line*?

- a. Muito pouco incomodado
- b. Pouco incomodado
- c. Indiferente
- d. Incomodado
- e. Extremamente incomodado

22- Se sua resposta for incomodado ou extremamente incomodado, comente o porquê?

23- De modo geral, quais as principais interpretações do silêncio que você atribuiu no ambiente *on-line*?

24- Em sua opinião, o silêncio do analisando é diferente no atendimento presencial e no *on-line*?

- a. Sim
- b. Não

25- Se sim, por quê?

26- Se não, por quê?

27- Você notou, nestes períodos de silêncio, se você tolerou estar sozinho mesmo que por alguns minutos na sessão com seu analisando?

a. Sim

b. Não

28- Se sua resposta for SIM, por que você tolerou?

29- Por que você não tolerou o silêncio?

## APÊNDICE C – RESPOSTAS DOS ANALISTAS

Na sua visão, quais as principais vantagens no atendimento on-line para seus analisandos?

1	A possibilidade de estarem em psicoterapia. Muitos deles não conseguiriam (pela indisponibilidade de tempo para ir a uma consulta presencial)
2	Evitação de deslocamento em SP, atendimento no exterior
3	Eles dizem que por não precisar se locomover até o consultório e poder encaixar entre outras atividades.
4	Pacientes que residem em outros países ou outros estados.
5	Praticidade, não necessidade de deslocamento
6	Não precisar se deslocar até o consultório (tempo, custo financeiro), praticidade.
7	Conexão com pacientes quando a distância é um problema
8	Escolher profissional de qualquer lugar do mundo. Não gastar tempo com locomoção. Ser atendido onde lhe for conveniente.
9	Ganho de tempo em relação ao trajeto até o consultório
10	Logística do deslocamento e economia de tempo.
11	Facilidades quanto a tempo de deslocamento que por vezes poderia gerar faltas, se fosse presencial. Além disso torna-se maior o alcance para atendimento a pessoas de outras localidades (cidades ou até mesmo países)
12	Diminuição do número de falta
13	Para maioria é uma questão de economia de tempo e não se restringir pela localização, para minoria é uma maneira de se defender do contato mais intenso presencialmente
14	A possibilidade de serem atendidos pelo profissional de sua escolha mesmo a distância, a economia de tempo. E para alguns pacientes muito específicos, o atendimento virtual parece ser menos impactado pela presença REAL do analista. Outra questão é a condição de fazer pequenos contatos, em momentos de crise do paciente, via os atendimentos virtuais.
15	A principal vantagem é não precisar se deslocar até o consultório, portanto a localização do consultório em relação a moradia do paciente deixa de ser uma questão a ser considerada.
16	Não vejo vantagens.
17	São pacientes que moram fora de São Paulo.
18	Possibilidade de ter analistas que moram longe, especialmente pacientes que moram fora do Brasil.
19	Não precisa de deslocamento e não precisa interromper ou mudar de analista quando muda de cidade. Tenho visto a possibilidade de pessoas que moram no interior ou fora do país, e que não tem muitas opções de terapeutas nas suas cidades, bem como linhas teóricas limitadas, poderem ter mais escolha de quem gostariam que fossem seus analistas.
20	Liberdade de horários

Na sua visão, quais as desvantagens no atendimento on-line para seus analisandos?

1	Alguns recursos são impossibilitados (jogos, desenhos etc.) ou não são tão eficientes como na modalidade presencial. Especialmente com adolescentes e crianças.
2	A falta do contato físico
3	Distanciamento. Entendo que alguns pacientes precisam ainda de uma proximidade com o objeto quando ainda subjetivo, ambiente.
4	Perde-se muito de uma percepção fina do encontro. Além da perda do acolhimento.

5	Maior dificuldade de estabelecimento de vínculo de confiança, perda de elementos do contato visual (corpo como um todo, pequenos gestos etc.), possibilidade do paciente se distrair com outras coisas.
6	O tempo de ida até o consultório costuma ser um tempo de preparação para a sessão, o retorno um tempo de reflexão antes de entrar em outras atividades. No atendimento on-line esse contato consigo mesmo pode ficar prejudicado. Uma outra desvantagem é o atravessamento por estímulos (barulho, outras pessoas, mesmo ambiente de trabalho), acho que isso prejudica sutilezas muito ricas para o processo de análise).
7	Complicado ver e analisar a linguagem corporal, do corpo todo do paciente.
8	Instabilidade de conexão. Interrupção do atendimento por outras pessoas, familiares principalmente.
9	Menos percepção do todo psicossomático da dupla terapeuta-paciente
10	Alguns precisam de presença física, se não há todo o trabalho pode ficar prejudicado.
11	Alguns casos requerem o atendimento presencial em razão da gravidade. Além disso, a desvantagem seria em situações de pouca privacidade na residência do paciente (com intuito de preservar o sigilo) e/ou manifestações de comportamentos naturais no ambiente residencial, mas não cabem em uma sessão, como uso de álcool, maconha, roupas íntimas.... para as quais o desafio foi refazer contratos verbais e claro, trabalhar este conteúdo
12	Não ter tempo de elaboração na vinda ao consultório, quando o trajeto de ida e volta faz parte do processo de elaboração.
13	a perda de conexão na relação, cria-se um distanciamento maior para alguns
14	Alguns pacientes borderlines mais comprometidos precisam da presença física do analista, principalmente para uma experiência mais enfática de holding e o encontro como real.
15	Menor tempo de reflexão antes e depois da sessão; dificuldade para garantir um ambiente preservado de interferências externas.
16	A questão a distância do corpo. Os sinais corporais, ficam mais difíceis de serem percebidos.
17	A falta da presença física... o estar junto é extremamente importante
18	A falta da presença psicossomática, a falta do espaço do consultório para servir de sustentação no espaço, facilitando holding e handling, a facilidade de "desconectar" e terminar a conversa com um botão.
19	A presença psicossomática do analista fica limitada
20	A presença física

Agora, pensando em você analista. Quais as vantagens do atendimento on-line?

1	Não necessariamente precisar me deslocar para um consultório e conseguir intercalar com outras atividades em caso de intervalo grande entre pacientes, faltas, etc.
2	Economia de tempo, atendimento no exterior
3	Menos faltas.
4	Apenas a comodidade.
5	Praticidade, não necessidade de deslocamento, posso estar com roupas mais à vontade, resolver atividades domésticas entre um atendimento e outro.
6	Poder atender de diferentes locais.
7	A possibilidade de atender pessoas de outras localidades.
8	Alargar o campo de atendimento ao mundo. Estar em casa, com maior comodidade.
9	Economia com sublocação de sala, economia de tempo no trajeto até o consultório
10	Quando o primeiro paciente é online, permite que eu não precise chegar com muita antecedência no consultório, pois não haverá a possibilidade dele chegar antes de mim.
11	Otimização do tempo podendo acomodar mais pessoas durante a grade de horários diária. O tempo que antes era utilizado para deslocamento na cidade pode ser usado em atendimento
12	Por vezes posso atender na minha casa. O que me gera conforto.

13	Praticidade de atender em casa e não perder tempo no trânsito
14	Acesso a um número maior de pacientes. Pequenos atendimentos em momentos de crise do paciente via atendimento virtual
15	Não precisar custear uma sala, já que é possível organizar um espaço adequado em casa; Poder atender pacientes de outras cidades, estados e até países.
16	Não vejo vantagens.
17	Poder estar próximo mesmo à distância Durante a pandemia foi de extrema importância.
18	Praticidade de atender durante viagens.
19	Não vejo muitas vantagens, mas de forma mais prática, as interrupções do processo por motivos de descolamentos, viagens ou mudanças de cidade não são mais impeditivos de interrupções do processo.
20	Economia no tempo de deslocamento

Ainda sobre você analista. Quais as desvantagens do atendimento on-line?

1	Não poder usar os recursos acima citados
2	A falta do abraço físico e da leitura corporal
3	Sinto como mais cansativo, que é necessário mais força para se manter o foco e a atenção ao paciente. As experiências com cada um ficam muito similares. Menor possibilidade de se ter contato com o paciente e perceber questões de seu corpo, postura, comportamento etc.
4	Perde-se, como disse anteriormente, muito do encontro, é mais difícil manter uma atenção plena.
5	Quando o paciente apresenta maior resistência a vínculo, quando quase não fala
6	É mais cansativo pois preciso sustentar e compensar com o olhar, atenção e disponibilidade a ausência do corpo físico.
7	Sinceramente acho mais cansativa porque não tem a comunicação corporal tão facilmente acessível.
8	Falta da presença física. Conhecer o paciente apenas pelo recorte da tela.
9	Menos percepção do todo psicossomático da dupla terapeuta-paciente
10	Redução da minha percepção sobre a postura psicossomática do paciente
11	Algumas perdas quanto ao gestual do paciente e à proximidade do mesmo.
12	Gosto do atendimento on-line e acredito em sua potência, todavia o contato presencial permite em algumas situações uma conexão maior. Por permitir o contato físico.
13	Paciente não cuidar de estar num ambiente neutro, sigiloso e as vezes não ter o tempo de deslocamento de ir até o consultório para ir "entrando" na análise e o tempo de volta para casa para ir pensando sobre a sessão
14	Em alguns casos os manejos ficam limitados em caso de tentativas de suicídio e casos graves onde o próprio consultório físico pode ter aspectos de holding.
15	Ter uma percepção mais restrita do aspecto psicossomático; ter de estar cara a cara (não tentei outras alternativas); lidar com momentos silenciosos do paciente, que passam a ser mais raros.
16	A minha interação presencial. Ela é afastada.
17	Não estar com o paciente no físico.... nos atendimentos de criança, dificuldades tecnológicas e acompanhar as brincadeiras
18	Falta de contato humano com os pacientes
19	Internet fraca que não permite fluidez na vídeo chamada. Interrupções e dificuldades em entender o que o paciente ou eu digo. Dificuldade em saber mais e melhor sobre os aspectos psicossomáticos do paciente e de me colocar como um analista vivo e real.
20	Questões de sigilo e apenas a visão de uma parte do corpo

Qual (quais) as dificuldades que você enfrentou no atendimento on-line?

1	Nenhuma além das já citadas nas desvantagens.
2	Não tenho tido dificuldades
3	Problemas com conexão de dados, meu e dos pacientes. Queda de energia. Atualizações inesperadas de programas. Bugs diversos do computador. Falta de contato com o paciente que por vezes precisa de algo mais do que conversar, ele não tem a experiência de estar no ambiente do terapeuta.
4	A maior dificuldade foram de caráter técnico, internet por exemplo.
5	Lidar com pacientes muito ensimesmados e simular o uso do divã
6	Interrupções por falta de estabilidade no sinal de internet
7	Nos atendimentos com adolescentes porque no presencial é possível utilizar de mais jogos e mediadores que no virtual ficam um pouco mais limitados.
8	No início, estabelecer vínculo; as sessões eram exaustivas; lidar com a qualidade da conexão.
9	Conexão da internet e privacidade
10	Apenas as ocasionadas por problemas técnicos
11	As que estão mencionadas nas respostas anteriores, mas não considero que foram impactantes. Foram manejadas e trabalhadas para adaptação de ambos - analista e pacientes - ao novo cenário possível de análise.
12	Não digo dificuldade, mas uma nova situação onde tenho menos controle. Ex: o paciente levou o celular na sala para me mostrar uma reportagem, enquanto sua família estava em casa (adolescente), exigindo manejo
13	Paciente que precisa da conexão/relação real, mas não vem para o presencial
14	Problemas corriqueiros com queda da Internet, a necessidade de outros recursos para dar continuidade ao atendimento (computador, celular. 5G etc.).
15	A dificuldade do paciente manter a privacidade do atendimento; a interferência externa eventualmente durante as sessões.
16	Travamentos
17	Atendimento com crianças foi muito difícil no início da pandemia... era exaustivo..., mas foi possível...
18	Conexão ruim com a internet, programas dando problema, países que não aceitam determinados softwares...
19	Interrupções da rede, tendo que desmarcar atendimentos no dia do atendimento. Barulho ou lugar inapropriado para realizar a sessão, sendo necessário rever isso junto ao paciente.
20	Inúmeras, dificuldade da criação de vínculo de confiança

Você teve alguma experiência do silêncio em alguma sessão on-line nos últimos 5 anos?

1	Sim
2	Sim
3	Sim. Bastante.
4	Algumas poucas.
5	Sim
6	Sim, acontece às vezes com determinados pacientes.
7	sim.
8	Poucas.
9	Sim
10	Sim
11	Sim
12	Sim

13	Muito pouco
14	Sim
15	Sim, por poucos minutos, mas que não se sustenta devido ao formato on-line.
16	Sim
17	Sim
18	Sim
19	Silêncios sempre se fazem presentes as sessões. Seja de modo curto e pontual, seja de modo mais prolongado.
20	Sim

Quais são as suas condutas se na análise on-line tiver longos períodos de silêncio?

1	Sustentar o silêncio
2	Depende, claro, do tipo de silêncio.
3	Tento manter a mesma das sessões presenciais, sustentando a situação o quanto for necessário para o paciente.
4	Depende de como eu sinto esse silêncio. As vezes respeito e fico em silêncio, suportando aquele momento. Outras vezes interrompo buscando o paciente.
5	Depende do caso. Normalmente tendo a ficar em silêncio e aguardar que o paciente sinta vontade de dizer algo. Alguns são mais silenciosos por um jeito próprio de ser. Se espero, costumam começar a dizer algo. Há casos também em que o silêncio vem mais ao final da sessão, quando algo importante ou inquietante surgiu: nestes aguardos um pouco mas costumo propor encerrar a sessão em seguida. E há outros casos em que, se fico em silêncio pelo tempo que for, também assim ficará o paciente (clínica do vazio). Neste caso procuro sutilmente puxar algo do paciente, a partir do que ele me trouxe anteriormente.
6	Inicialmente procuro sustentar a situação com o olhar e atenção enquanto procuro compreender o que o paciente está comunicando. Quando começa a ser frequente, procuro falar sobre o silêncio pra tentar entender com o paciente o que esse silêncio quer dizer.
7	Uso de mediadores na tentativa de não invadir com perguntas.
8	Depende se o silêncio comunicar descanso, pausa, integração; ou, abandono, desintegração. A conduta é a mesma das sessões presenciais. No entanto, talvez pelo recorte limitado da tela, sem olhar o paciente fisicamente por inteiro, é possível maior dúvida sobre o que está sendo comunicado com aquele silêncio.
9	Procuro aguardar o paciente se manifestar, como no presencial
10	A mesma que no atendimento presencial, a depender do significado daquele silêncio.
11	O mesmo de sessões presenciais. O silêncio significa algo, sendo assim considero que o manejo é semelhante ao atendimento presencial
12	Sustentar
13	Entendo que o paciente estará na sessão da maneira que for possível em cada momento, inclusive em silêncio. Fico atenta para identificar se faz ou não sentido alguma colocação, assim como se fosse presencial.

14	Confesso que tenho bastante dificuldade neste manejo, justamente pelo formato em que o contato é através da tela do computador.
15	Eu respeito o silêncio, até se prosseguir no fim da sessão, aí, eu falo.
16	Tento entender o que representa o silêncio de acordo com cada paciente...preciso levar em conta a dinâmica emocional do caso em atendimento.
17	Depende do caso, se for um silêncio gerador de ansiedade (pra qualquer um dos lados) vale interrompê-lo e tentar falar sobre ele. outros silêncios são compartilhados como presença, capacidade de estar sozinho na presença do outro, acolhimento de presença, não-verbal, mutualidade, esse merece ser sustentado até que o paciente resolva propor uma nova situação.
18	Eu sustento. Dependendo do que eu entendo significar o silêncio, eu manejo de acordo com a necessidade do paciente. Seja verbalizando o que eu entendi que se passa, seja suportando junto com ele o silêncio, mostrando mesmo virtualmente que estou ali. Meu corpo, apesar de estar de modo virtual, continua vivo.
19	Viver o silêncio, interpretar a ausência de palavras.
20	Se a pessoa estiver em sofrimento eu converso com ela, digo que imagino que esteja passando por etc etc (digo o que estou pensando) se fizer sentido pra pessoa ela vai dizer, ou o contrário. Se eu percebo que a pessoa está pensando sobre determinado assim eu espero.

Você se sente incomodado/a quando o analisando fica em silêncio durante o atendimento *on-line*?

1	Fico assim quando sinto que nada virá espontaneamente do paciente. Mas quando noto que é o tempo/jeito dele e que o silêncio o estimulará a falar, não me incomodo.
2	O silêncio pode ser uma forma de comunicação, mas pode também ser uma inibição e cabe ao terapeuta entender quando é um silêncio reflexivo e necessário e quando é um silêncio inibido e sem palavras.
3	Parece que o silêncio dura mais
4	Silêncio é sempre incomodo, necessário, mas incomodo. no online é mais fácil de sustentar do que no presencial, mas mesmo assim difícil.
5	Justamente porque ao estarmos em ambientes diferentes é difícil manter este momento.

De modo geral, quais as principais interpretações do silêncio que você atribuiu no ambiente *on-line*?

1	Não sei. Depende de cada paciente e do contexto
2	Reflexão, impacto mediante uma observação do analista, associação de ideias e fatos etc.
3	Necessidade do paciente de ter um momento tranquilo, de não ser interrompido.
4	Muito relativo
5	Jeito de ser do paciente, aspecto importante ou inquietante que emergiu, momento em que o paciente está refletindo sobre o que vai dizer ou foi dito, inibição na transferência (o lugar ao qual o paciente me atribui), expressão de um falso si mesmo, dificuldade de expressar o que pensa, sente, deseja na relação com o outro
6	Como necessidade de estar em silêncio em minha companhia, contato com o vazio, pedido de ajuda para que consiga falar.

7	Depende e a interpretação deve ser entendida pelo analista. É silêncio terapêutico ou é silêncio inibido que necessita de ajuda para conseguir colocar em palavras para que a terapia siga com seu propósito.
8	Não tenho essa resposta.
9	Acho semelhante ao presencial: busca por elaboração, assuntos, etc...
10	Pode ser uma dificuldade por parte do paciente, desde a mais simples como timidez, até uma rigidez defensiva paranoica ou pobreza extrema de personalidade, as duas últimas patológicas. Pode ser um movimento de retraimento, patológico ou saudável. Também pode ser um momento de descanso ou devaneio por parte do paciente.
11	Sempre relacionadas ao conteúdo trazido pelo paciente, portanto muito específico a cada caso
12	Do tipo defensivo
13	Não interpreto assim de cara, precisa entender caso a caso. as vezes só tempo de elaboração, tempo de pensar no que quer falar
14	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Respeitar o tempo do paciente</li> <li>- Construção de um espaço de confiança</li> <li>- Estamos aprendendo a estar juntos em nossos encontros</li> <li>- a importância de não produzir a fala para o analista, mas sim estar da forma possível naquele momento.</li> <li>- Este momento está muito difícil</li> </ul>
15	Lembro de uma situação em que senti que o paciente buscava perceber a minha disponibilidade e acolhimento.
16	Dificuldades de se expressar, resistência, talvez, nada disso, apenas uma dificuldade da própria distância.
17	Nem sempre é dificuldade ou resistência... muitas vezes o paciente está quieto na presença do analista.
18	Depende do paciente. pode ser raiva (uma negação da comunicação), medo de represália, de não ser compreendido, pode ser desesperança na comunicação, entre outras coisas. Eu raramente interpreto o silêncio, quase nunca, quando coloco o silêncio em foco eu tendo a propor uma reflexão do porquê para que o paciente me ajude a compreendê-lo.
19	Deve haver diferenças entre o silêncio do virtual e do presencial no sentido de proporcionar mais ou menos dificuldade em sustentar e viver isso no setting, afinal penso que o corpo e o silêncio estão intimamente conectados um precisando do outro. Mas acho que as interpretações do silêncio não variam por causa da modalidade. Então eu posso elencar necessidades ou defesas das mais primitivas às mais amadurecidas: necessidade de permanecer relaxado na presença de alguém; momentos de não-integração; vazios; resistência; desconfiança; etc
20	Falta da confiança

Em sua opinião, o silêncio do analisando é diferente no atendimento presencial e no on-line?

1	Por vezes o paciente pode sentir que a conexão está com algum problema, pela falta de interação de ambos.
2	Já tive experiências de silêncio pela presença de uma pessoa na casa ou de sentimentos persecutórios do paciente com relação à confidencialidade do ambiente.
3	Sinto que no on-line há uma pressão maior por falar (dois rostos na tela se olhando), no atendimento presencial, principalmente se o paciente deita-se no divã, essa pressão é menor.
4	Já expliquei anteriormente
5	Porque no presencial existe uma continência do analista através da presença física.
6	O silêncio da distância, pra mim, recai na própria dificuldade em se lidar com a mesma.
7	Sim no sentido de poder ser mais ou menos difícil para o analista e para o paciente sustentar e viver isso de modo virtual, ou seja, com o corpo sendo mediado por uma tela.

8	No presencial houve o movimento de vir até o consultório.
---	-----------------------------------------------------------

Já nas respostas negativas, ou seja, não notam diferenças no silêncio – presencial e *on-line*:

1	Não sei. Sempre há uma pessoa e um contexto. Não vejo similaridade entre os silêncios do presencial e os silêncios do online.
2	Estabeleço uma conexão amorosa e mesmo à distância estou dando continente aos momentos.
3	Não me parece que tenha tido alguma experiência de silêncio de pacientes online que não ocorreria no presencial, possivelmente. O silêncio reflete o modo de ser da pessoa naquele momento, naquela relação, o que apareceria no presencial também, muito provavelmente.
4	Acho que o silêncio é reflexivo e o silêncio inibido acontecem nos dois, o que muda é como melhor medá-lo.
5	Apenas não vejo diferenças significativas.
6	Envolve a mesma dinâmica
7	Parto do princípio de que a relação terapêutica pode acontecer em ambas as modalidades. Portanto, havendo uma comunicação entre paciente e profissional, o silêncio é igual seja virtual ou presencial.
8	Porque o paciente que se adaptou ao atendimento online, está trazendo seu próprio conteúdo, inclusive através do silêncio.
9	A necessidade para o silêncio eu vejo que é parecido (presencial/online) todavia, percebo um tom de brincadeira maior no espaço online. Talvez gere menos inibição
10	Entendo que estamos promovendo uma experiência de cuidado e que o paciente estará da forma que for possível.
11	O silêncio representa algo e precisa ser entendido tanto no presencial como online
12	O silêncio, como qualquer outro fenômeno, como qualquer outra forma de comunicação (mesmo a não comunicação é uma forma de comunicação), só tem sentido/significado se pensado em relação ao paciente em questão, ao momento desse paciente tanto fora quando dentro da relação terapêutica. por clichê que seja, cada caso é um caso, e na dúvida não se interpreta, a meu ver.

Você notou, nestes períodos de silêncio, se você tolerou estar sozinho mesmo que por alguns minutos na sessão com seu analisando?

1	A minha resposta foi “sim” porque eu tolerei estar diante de uma pessoa em silêncio. E não porque eu não tolerei. Será que entendi algo errado?
2	Para não pressionar o paciente, para experimentar o que eu sinto, para tentar compreender.
3	Tolerei, mas precisei logo identificar... é silêncio reflexivo, isto é, necessário ou é silêncio que necessita da minha ajuda para que o processo siga.
4	Porque era a necessidade do paciente.
5	Porque considero importante para o que vai surgir espontaneamente do paciente

6	Porque me sinto suficientemente preparado para o exercício da função, utilizando-me do tripé fundamental, portanto compreendo o silêncio na sessão como mais um dos elementos presentes.
7	Porque o silêncio do paciente diz algo sobre ele e faz parte do trabalho do analista não somente tolerá-lo como compreender para interpretar ou manejar da melhor forma
8	Porque é o que o paciente precisa
9	O paciente tem suas necessidades e cabe ao analista sustentá-las.
10	Às vezes, depende do que está sendo transferido, ou mesmo meu humor, o silêncio fica mais difícil de suportar.
11	Preciso entear no ritmo do meu paciente.... a prioridade é ele...
12	Por achar importante para o paciente
13	Porque eu entendo que estar sozinho na presença de alguém é uma necessidade de alguns pacientes e isso precisa ser vivido mesmo que de modo virtual. Dependendo do manejo, isso pode ser bem experienciado no virtual também.
14	Estávamos juntos

#### Por que você não tolerou o silêncio?

1	Entendo bastante de silêncio por razões bem pessoais e remotas
2	Por experiência. Apesar do desconforto que se pode ter inicialmente, isso não é mais novo para mim, presencialmente já havia passado muito por isso e, com estudos, trocas de experiências e supervisão, penso que aprendi a lidar melhor com o silêncio.
3	O incômodo vem em casos que a pessoa é provocativa, mas utilizo meu sentimento para entender os motivos da pessoa em ser provocativa. E trabalho com ela
4	Na sessão on-line porque se criou um afastamento ao invés de uma continência e um silêncio produtivo.