

Teleatendimento no luto por covid-19: manejo técnico e protocolo institucional

Telehealth for covid-19 grief: technical management and institutional protocol

Aimê Parente de Sousa¹ 

Denise Lima Moreira² 

¹Psicóloga, Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso, pela Escola Superior de Ciências da Saúde – ESCS. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

²Psicóloga, Secretaria de Saúde do Governo do Distrito Federal (SES-GDF). Brasília, Distrito Federal, Brasil.

Autor correspondente:

Aimê Parente de Sousa.

E-mail: aimeparente01@gmail.com

Recebido em 28/09/21

Aprovado em 12/08/22

RESUMO

A pandemia do covid-19 levou a humanidade a vivenciar uma crise jamais imaginada. Os impactos na vida das pessoas foram imensuráveis, principalmente diante de perdas inesperadas e da vivência de múltiplos lutos. Essa situação gerou uma sensação de constante insegurança e medo, que provocou a reorganização das práticas de trabalho das diferentes categorias profissionais da saúde. Como é o caso do serviço de psicologia do hospital de referência para o enfrentamento à pandemia no Distrito Federal, que precisou reinventar-se para dar continuidade ao seu compromisso de acolher e auxiliar as pessoas em sofrimento psíquico. O serviço de teleatendimento foi criado para viabilizar suporte psicológico aos familiares que perderam parentes com covid-19. O presente artigo apresenta um relato de experiência sobre a atuação do psicólogo no processo de elaboração do luto, mediante uso de ferramentas digitais, em conformidade com as recomendações sanitárias de distanciamento social. A análise resultante deste trabalho mostra a importância do uso da tecnologia para a reorganização do familiar no processo de elaboração do luto, além de vislumbrar o incentivo ao desenvolvimento de novas práticas interventivas que contribuirão para a edificação da psicologia como ciência que promove saúde e qualidade de vida.

Palavras-chave: Telepsicologia; Luto; Covid-19; Manejo Psicológico; Telessaúde.

ABSTRACT

The covid-19 pandemic led humanity to experience a crisis never seen before. The impacts on people's lives were immeasurable especially in the light of unexpected losses and the experience of multiple grieves. This situation induced a perception of constant insecurity and fear that promoted the reorganization of the practices of several health providers. In the case of Psychology of a reference hospital for fighting the pandemic in Distrito Federal, which needed to reinvent itself to continue its commitment to caring and helping people in psychological

distress by creating a telehealth service in order to enable psychological support to family members who have lost relatives to the virus. This article presents an experience report about the role of psychologist in the grief elaboration process through the use of digital tools in accordance with the health recommendations for social distancing. The analysis resulting from this work shows the importance of technology for the family's reorganization in the grief process. In addition, this article aims to encourage the development of new practices that will contribute to the construction of psychology as a science that promotes health and quality of life.

Keywords: Telepsychology; Grief; Covid-19; Psychological Handling; Telehealth.

INTRODUÇÃO

Durante o ano 2020, o mundo enfrentou uma grave crise mundial com a pandemia devido à infecção pelo novo Coronavírus denominada Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2 – Síndrome Respiratória Aguda Grave 2), a qual ocasionou perdas e consequências graves para a população (perdas afetivas, sociais, financeiras e comprometimento de saúde). No Brasil, os primeiros casos surgiram no mês de fevereiro de 2020, e a pandemia tem sido considerada como uma das maiores crises sanitárias e econômicas que se presenciou nas últimas décadas.

Desde então, diversas ações vêm sendo executadas a fim de conter o avanço da doença, alterando o cotidiano das pessoas e envolvendo a atuação de diferentes especialidades, cujo foco é minimizar os danos físicos e mentais¹⁻². Assim, quando a pessoa é infectada e a evolução da doença requer cuidados em nível terciário, atendimento de alta complexidade e procedimentos que demandam tecnologia de grande porte de urgência/emergência, sua internação tende a acarretar reações emocionais tanto para o paciente quanto para os familiares. Nesse processo, os familiares são impedidos de prestar acompanhamento presencial e de participar dos cuidados, ou porque também estão em isolamento por sintomas leves ou por medida de segurança para controle e diminuição do contágio. É nesse momento da internação, que a fronteira se estabelece e rompe o contato antes mantido, que pacientes e familiares iniciam suas vivências dolorosas e os sentidos de morte tornam-se tão presentes³.

Para Michel e Freitas⁴, a morte rompe com o entrelaçamento intersubjetivo de dois mundos, com a continuidade de uma existência compartilhada, com um modo de ser e funcionar. A suspensão dos sentidos habituais, outrora construídos juntos, faz surgir o esvaziamento de sentidos pela perda sofrida que simbolicamente é vivenciado no luto. O luto é o caminho psíquico percorrido pela pessoa, diante das perdas significativas e vivenciadas de maneira singular, que são ancoradas nas manifestações culturais existentes⁵⁻⁷. As respostas únicas e individualizadas em relação ao luto são compreendidas como a expressão *dor do luto*^{4,8}, a qual é tomada como representação dos sentimentos que variam em frequência e intensidade, como “ondas”, em consonância com as lembranças e pensamentos daquele que se foi. Enquanto processo de adaptação, o luto evidencia tanto o padrão relacional do vínculo estabelecido como sinaliza os recursos de enfrentamento para reorganização da vida^{5,9}.

O curso do luto tende a favorecer a reconstrução de significados e o processamento da dor e está integrado nas experiências culturais de cada pessoa¹⁰. Como prática cultural e de suporte, os rituais, como os funerais, servem para introduzir uma nova narrativa na transição do ciclo de vida, como adaptação à ausência, e seguir adiante. Trata-se de um costume que tem o caráter simbólico de ajudar na materialização da morte e na realização da despedida que a perda traz¹¹.

A ausência desses ritos pode levar o enlutado a uma sensação de desconexão da experiência e não elaboração da perda vivida, prejudicando sua reintegração cotidiana e social, favorecendo um estado de sofrimento psíquico intenso e duradouro^{7,12-13}, e podendo desencadear uma crise psicológica em torno do desequilíbrio acarretado pelas demandas presentes e pela capacidade em lidar com a situação⁹.

O processo de luto é o caminho psíquico vivido diante das perdas ocorridas em relação à vinculação emocional e afetiva⁵⁻⁶. A morte por covid-19, por questão de segurança sanitária, não permite ao ente querido, a realização do ritual fúnebre. Tal situação afeta a saúde mental de familiares, amigos e parentes próximos, e requer uma ajuda na ressignificação da experiência.

A pandemia desencadeou a vivência de lutos inesperados e coletivos num curto espaço de tempo e, ao alterar os rituais fúnebres, em atendimento às medidas de segurança¹⁴⁻¹⁵, retirou a âncora do

apoio afetivo e social, conforme as crenças e valores de cada um. Assim, no óbito de casos suspeitos ou confirmados, a cerimônia deve ser evitada, seja pela opção de cremação ou inumação em caixão lacrado, sendo recomendado, caso houvesse a possibilidade de despedida pelos familiares, que acontecesse em tempo mínimo estabelecido e sem direito ao contato da urna funerária¹⁶.

As emoções vividas pelo luto necessitam de uma reflexão que ajuda a ampliar a compreensão e dar sentido ao sofrimento. Nas ações que visam a minorar este sofrimento, nos serviços públicos, a adoção de protocolos é essencial. O protocolo é compreendido como o conjunto de informações normalizadoras com o fim de nortear as ações assistenciais à saúde, recomendando ou contraindicando técnicas e condutas de forma a qualificar, aperfeiçoar e auxiliar a prestação de serviços pelo profissional de saúde¹⁷⁻¹⁸.

Na perspectiva de ofertar uma assistência humanizada, o Conselho Federal de Psicologia¹⁹ – agregando as orientações das organizações sanitárias, tais como as elencadas pela Organização Mundial de Saúde²⁰ e do Ministério da Saúde²¹ – apresentou orientações aos profissionais quanto à forma de prestar suporte psicológico tanto presencial quanto online, aconselhando a observação do disposto nas resoluções do Conselho Federal de Psicologia (CFP) nº 11/2018²² e no Código de Ética Profissional do Psicólogo²³. Esse novo formato de assistência levou a psicologia a fazer uma mudança de direção em seu caminho tradicional de cuidado, passando a fazer uso precípua de tecnologias.

A incorporação dos atendimentos remotos, submetidos às mesmas prerrogativas éticas adotadas na condução de atendimentos presenciais e realizados em tempo real, promovem maior fluidez e dinamicidade ao atendimento psicológico²⁴⁻²⁵. Nesse sentido, temos vivido desafios, dentre eles o da inclusão digital como ferramenta de cuidados em saúde. O atendimento *online* não deve ser encarado como um substituto do contato físico, mas percebido como instrumento socializador. A aplicação da tecnologia no manejo terapêutico só foi possível em decorrência da compreensão, por parte da categoria profissional, de que consiste em ferramenta relevante para acolher e escutar qualquer expressão de dor e, por conseguinte, contribuir com a promoção e o cuidado em saúde mental.

Com o intuito de favorecer uma compreensão dessa experiência única construída em meio a uma crise humanitária, julgou-se importante discorrer sobre parte da prática da equipe do teleatendimento que presta suporte psicológico às pessoas enlutadas pela covid-19.

Assim, este artigo busca discutir a atuação do psicólogo na condução do atendimento realizado por via remota ao familiar de pessoa que foi a óbito por covid-19, no contexto da pandemia. Trata-se de um relato de experiência, com base no diário de campo, sobre as intervenções realizadas com uso de tecnologia e o auxílio do protocolo operacional que foi desenhado pela equipe biopsicossocial do hospital de referência para enfrentamento aos casos de covid-19 no Distrito Federal.

O MODO DE FAZER TELEATENDIMENTO

O foco deste trabalho é discorrer sobre o manejo técnico do luto realizado por telefone, por meio de uma relação aberta e reflexiva que mobiliza e oportuniza transformações. Esse cenário se desenvolve como processo de produção de saúde e toma como base o preceito de humanização do SUS (Sistema Único de Saúde)²⁶ que coloca o sujeito como o centro da atenção e do cuidado.

A operacionalização do suporte acontece na medida em que o paciente internado vai a óbito, com seus dados e contatos do familiar referenciado transpostos para uma planilha específica. O suporte psicológico não ocorre no momento seguinte ao óbito, é esperado o sétimo dia para realizar o contato telefônico, pois entende-se que a família precisa de um tempo para si para assimilar a ausência do ente querido. Antes de iniciar o pós-óbito, é recomendada uma leitura breve do prontuário do paciente falecido, a fim de buscar informações importantes de suporte psicológico e de sentimentos já vivenciados pelo enlutado anteriormente. No momento do contato telefônico com o familiar, este é esclarecido sobre a disponibilização de no máximo quatro teleconsultas com periodicidade semanal e de, no máximo, 50 minutos de duração. Após o aceite, inicia-se o apoio.

A cada teleconsulta são avaliados os recursos internos apresentados pelo enlutado, analisando-se a necessidade de outras intervenções pela rede intra e intersectorial de cuidados à saúde. Cada profissional fica livre para definir o manejo e a quantidade de atendimentos realizados por dia. Após os atendimentos, os profissionais tendem a discutir

entre si a sua teleconsulta – uma postura de autocuidado e discussão de caso para auxiliar a intervenção seguinte.

Para melhor compreensão do teleatendimento como suporte psicológico após o óbito, as autoras discorrerão a seguir sobre um caso atendido, lançando mão dos registros reunidos num instrumento denominado Diário de Campo, o qual norteia as ações e assinala o entendimento mais abrangente do sujeito e do cenário em que se dá o suporte²⁷⁻²⁹.

REFAZENDO UM CAMINHO...

No decorrer dos primeiros atendimentos realizados, a equipe de suporte psicológico percebeu que uma questão ganhava forma e se configurou como pergunta disparadora para dar início ao atendimento: como você está vivenciando o luto? A narrativa, sempre sustentada por fortes emoções e lembranças, apresentava sentimento de culpa, frustração, tristeza e angústia. Outros aspectos apreendidos nos relatos e que alteravam a rotina diária do enlutado eram a dificuldade para manter o autocuidado, as alterações no sono, o isolamento social e o medo de ser contaminado ou transmitir o vírus para outras pessoas.

A covid-19 atuou como um potencializador das reações emocionais negativas experienciadas e o sentimento de culpa era, muitas das vezes, percebido como mais contundente que as ações de ajuda que haviam sido realizadas até então.

Enquanto escutavam, as psicólogas percebiam a importância de demonstrar ao usuário que ele estava sendo ouvido, emitindo uma expressão interventiva e validando seus sentimentos. Outra ação importante foi identificar os recursos internos e externos que podem agir como fatores protetivos para a saúde mental e fortalecer as estratégias de enfrentamento funcional diante da perda do ente querido.

Reconhecer e validar seu empenho e o seu (auto) cuidado tomados foi um caminho possível para levar o usuário à reflexão acerca de seus sentimentos e da situação vivenciada, oferecendo a possibilidade de ressignificação da culpa.

Essa intervenção permitiu um olhar transformador, quando a narrativa coloca o ente querido em um novo papel na relação com o enlutado, como, por exemplo, na condição de cuidador e protetor

de onde estiver agora. Surgiram codinomes como anjo, estrela, luz. Possibilitar uma nova forma de lembrar-se da pessoa perdida e construir com ela uma nova forma de relação, inferia uma permissão, ao criar um sentido figurativo como forma de preencher o vazio deixado, para retomar uma conexão com a realidade presente e desenvolver resiliência diante da perda vivida.

Nos atendimentos que se seguiram, apreendia-se que o usuário sinalizava emoções mais estáveis e um apoio da rede socioafetiva mais ativo, que os ajudavam na retomada dos sentidos das coisas. Como efeito, percebeu-se a sinalização de uma reorganização psíquica de si mesmo, de suas relações de amor e de produção, ao demonstrar uma capacidade de continuar encarando o fato realisticamente e, aos poucos, desenvolvendo um discurso de projetos de futuro e reafirmando a necessidade de seguir a vida. As intervenções seguiram um diálogo reflexivo que validava seus planejamentos, entendidos como importantes recursos de fortalecimento e enfrentamento da perda vivida.

PENSANDO O PROCESSO INTERVENTIVO

De um modo geral, as lembranças de vivências anteriores e a consciência do agora depois da morte estão associadas ao sentido que vida passará a ter. É muito comum nos atendimentos ao familiar enlutado a narrativa de sentimentos que envolvem negação, revolta, solidão, estado de choque, descrença, medo, ansiedade e culpa que podem interferir no processo de elaboração do luto. Acolher a vivência do luto é conhecer como a pessoa lida com a situação, identificar recursos pessoais que auxiliam o enfrentamento e fortalecer estratégias e potencialidades usadas em experiências anteriores.

A propósito da elaboração desses sentimentos, que são uma expressão da realidade experienciada pelas pessoas, usaremos o termo reflexividade, que aqui será empregado como recurso interventivo, de acordo com Moreira e Costa²⁹, que se constitui a partir dos diálogos desenvolvidos.

O aprofundamento dos sentidos e do diálogo mantém o foco na reflexividade que potencializa a percepção de paradoxos, que são inerentes à situação adversa, e expandem a possibilidade de compreensão.

Nesse raciocínio, o diálogo constrói a reflexividade, na medida em que provoca e mantém a refle-

xão, ampliando novas possibilidades de ressignificação do existir.

Retomando a experiência descrita, o usuário é acolhido na sua dor ao narrar sobre a vivência do seu luto com uso da telecomunicação, instrumento disponível para o apoio psicológico durante a pandemia. A trajetória do suporte permitiu uma compreensão de que o diálogo desenvolvido seguia um encadeamento reflexivo sobre os sentidos extraídos da vivência do luto, suscitando um espaço criativo de ressignificação da vida e concepção da morte como um processo natural.

De acordo com Luna³⁰, o acolhimento das narrativas e dos significados atribuídos à pessoa que se foi, nos diz muito quando revela o tipo de apego estabelecido e o caminho a ser seguido na intervenção. De um modo geral, as narrativas sobre as perdas (cônjuge, filho, pais) e seus sentidos favorecem a organização psíquica, a ressignificação da perda, o processo de elaboração do sofrimento e a nova realidade de forma mais adaptativa – o que podemos chamar de reflexividade comunicada.

Esse processo vai ganhando forma na medida em que o diálogo amplia a capacidade de reflexão ao explorar os significados apresentados. O diálogo se desenvolve, provoca e mantém a reflexividade num contínuo, incentivando a conversação, a compreensão e a transformação do aspecto simbólico da morte enquanto perda. Nos atendimentos, foi possível perceber essa transformação ao ser atribuído à morte outro significado, mais alentador, protetivo e conectado intersubjetivamente. Esses elementos auxiliam no processo adaptativo e são considerados facilitadores de transformação.

O processo de luto não equivale ao esquecimento da pessoa perdida, ao contrário, possibilita a reelaboração desse vínculo contruído, dentro da possibilidade de continuar a amar essa pessoa, mesmo em sua ausência. A escuta ativa leva o usuário a um processo reflexivo dos significantes que envolvem a perda e de uma consciência reflexiva de que se está num momento diferente e de que é possível ressignificar a situação presente, ao entrar em contato consigo mesmo e com o mundo³¹.

Esse caminhar terapêutico contou com a utilização da tecnologia como ferramenta para continuidade da assistência e apresentou desafios iniciais, tais como: a falta de modelos anteriores que pudessem servir como referência, a inexistência de uma rede especializada no atendimen-

to de pessoas enlutadas por covid-19, a incerteza quanto à viabilidade de estabelecer o vínculo terapêutico e o manejo da expressão do sofrimento no modo remoto.

Estas intervenções, apesar de terem enfrentado resistências em um primeiro momento – pautadas na desconfiança de que esse novo formato não assegurava, a priori, a confidencialidade e qualidade do vínculo terapêutico a ser estabelecido –, mostrou-se muito operante. Respostas positivas endossaram a reformulação da opinião dos profissionais quanto à impossibilidade de construção e manutenção de vínculos terapêuticos remotamente, reafirmando-se como um instrumento a mais de trabalho, capaz de promover a manutenção do bem-estar e a diminuição dos danos sociais, físicos e mentais causados pelo isolamento social^{32,33}. Portanto, mesmo sem qualquer contato face a face, a escuta, o acolhimento e a empatia foram estabelecidos na comunicação e sustentaram a construção do vínculo.

Embora seja uma prática inovadora e desafiante, os profissionais envolvidos aprenderam a fazer intervenção na situação de crise por meio do teleatendimento, o que contribuiu de modo eficiente para o manejo do sofrimento vivido e a prevenção do luto complicado³¹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O isolamento social e seu impacto na saúde mental levaram os psicólogos a repensar seus métodos de atuação frente à necessidade de assistir o sofrimento emocional gerado pelo cenário da pandemia de covid-19. Uma vez que o contato presencial e a observação direta das reações e expressões do paciente não eram possíveis, o uso da tecnologia se mostrou de grande importância para ofertar um espaço terapêutico de acolhimento e de cuidado do sofrimento.

Embora os resultados apresentados tenham sido positivos, cabe ressaltar que ainda existe algum desconforto e preocupação dos profissionais quanto à necessidade de manter sob controle a carga emocional que a situação impõe ao enlutado no decorrer das suas narrativas e, por conseguinte, a sua segurança do outro lado da linha telefônica.

A assistência psicológica remota não deve ser encarada como um substituto às modalidades terapêuticas tradicionais, mas como um recurso a mais a ser agregado à atuação do psicólogo. Nos

cuidados psicológicos, o manejo técnico precisa estar inserido numa relação empática, acolhedora e transparente, para que seja capaz de provocar mudanças. Assim, é imprescindível, tanto na teleconsulta quanto no *setting terapêutico* tradicional, a construção de um vínculo de confiança e de segurança, pautado no respeito e na compreensão do modo singular de vivenciar a experiência de uma ruptura radical e definitiva⁶.

O presente artigo se propôs a evidenciar a viabilidade de um serviço de teleatendimento, enquan-

to nova prática de atuação e suporte psicológico. Desse modo, reafirma-se a Psicologia como ciência que pode oferecer contribuições importantes para o enfrentamento de situações pandêmicas, mitigando seus impactos negativos e promovendo estratégias de saúde mental, em especial aquelas voltadas ao suporte das perdas e do luto.

Espera-se que este trabalho incentive outros profissionais da psicologia a descreverem suas experiências, a fim de enriquecer e auxiliar a construção de novas práticas interventivas.

REFERÊNCIAS

1. Caetano R, Silva AB, Guedes ACCM, Paiva CCN de, Ribeiro GR, Santos DL, *et al.* Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*. 2020;36(5). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00088920>.
2. SARS-CoV-2 genomic sequencing for public health goals: Interim guidance, 8 January 2021 [Internet]. www.who.int. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-genomic_sequencing-2021.1.
3. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, *et al.* The Psychological Impact of Quarantine and How to Reduce it: Rapid Review of the Evidence. *The Lancet*. 2020 Feb 26;395(10227):912-20. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8).
4. Michel LHF, Freitas JL. A clínica do luto e seus critérios diagnósticos: possíveis contribuições de Tatossian. *Psicologia USP*. 2019;30. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-6564e180185>.
5. Aciole GG, Bergamo DC. Cuidado à família enlutada: uma ação pública necessária. *Saúde em Debate* [Internet]. 2019 Sep [citado 2020 Nov 8];43(122):805-18. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v43n122/0103-1104-sdeb-43-122-0805.pdf>.
6. Delalibera M, Delalibera TA, Franco MHP, Barbosa A, Leal I. Adaptação e validação brasileira do instrumento de avaliação do luto prolongado – PG-13. *Psicologia – Teoria e Prática*. 2017;19(1). Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v19n1p94-106>.
7. Franco MHP. Luto como experiência vital. Disponível em: https://www.4estacoes.com/pdf/textos_saiba_mais/luto_como_experiencia_vital.pdf.
8. Associação Americana de Psiquiatria. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, quinta edição (DSM-5). Porto Alegre: Artmed, 2014.
9. Santos GCBF. Intervenção do profissional de saúde mental em situações de perda e luto no Brasil. *Revista M. Estudos Sobre A Morte, Os Mortos e O Morrer*. Fev 2019; 2(4): 116-137. Disponível em: <http://seer.unirio.br/revistam/article/view/8152/7018>.
10. Fareez M. A ‘Certidão de Vida’: Uma ferramenta para trabalhar o luto em Singapura. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 2019 maio;28(63):5-20. Disponível em: <https://doi.org/10.38034/nps.v28i63.472>.
11. Souza CP, Souza AM. “Rituais Fúnebres no Processo do Luto: Significados e Funções”. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2019. 35: e35412. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102.3772e35412>.

12. Schmidt B, Crepaldi MA, Bolze SDA, Neiva-Silva L, Demenech LM. Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). *Estudos de Psicologia (Campinas)*. 2020;37:e200063. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200063>.
13. Miyazaki MCOS, Teodoro M. Luto. Sociedade Brasileira de Psicologia. Tópico 6. Disponível em: <https://www.sbponline.org.br/enfrentamento-covid19>.
14. Fundação Oswaldo Cruz. Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia de COVID-19: Processo de Luto no Contexto da COVID-19. Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/Sa%c3%bade-Mental-e-Aten%c3%a7%c3%a3o-Psicossocial-na-Pandemia-Covid-19-processo-de-luto-no-contexto-da-Covid-19.pdf>.
15. Sohrabi C, Alsafi Z, O'Neill N, Khan M, Kerwan A, Al-Jabir A, Iosifidis C, Agha R. World Health Organization Declares Global Emergency: A Review of the 2019 Novel Coronavirus (COVID-19). *International Journal of Surgery*. 2020 April; 76:71-76. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2020.02.034>.
16. Brasília – Comissão de criação do protocolo mínimo de enfrentamento em casos de óbitos no âmbito do Distrito Federal. Versão 4 de 26 de março de 2020. Dispõe sobre o Protocolo de manuseio de cadáveres e prevenção para doenças infectocontagiosas de notificação compulsória, com ênfase em COVID-19 para óbito do Distrito Federal. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/02>.
17. Brasil. Agência Nacional de Saúde. Resolução normativa nº 464, de 29 de dezembro de 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-normativa-n-464-de-29-de-dezembro-de-2020-297229181>.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Nota técnica nº59/2021-cgpni/de IDT/SVS/MS. Brasília: editora MS, 2021. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Disponível em: https://coronavirus.saude.mg.gov.br/images/1_2021/17-03-Guia_de_vigilancia_da_covid_16marc2021.pdf.
19. Conselho Federal de Psicologia (2020). Resolução CFP nº04/2020. Regulamenta serviços psicológicos prestados por meio de Tecnologias da Informação e 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>.
20. OMS (2020). Country & Technical Guidance – Coronavirus disease (COVID-19). Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance-publications>.
21. Brasil. Ministério da Saúde (2020). Portaria nº 1.565, de 18 de junho de 2020. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-1.565-de-18-de-junho-de-2020-262408151>.
22. Conselho Federal de Psicologia (2020). Resolução CFP nº11/2018. 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>.
23. Conselho Federal de Psicologia (2005). Código de Ética. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>.
24. Rodrigues CG, Tavares MA. Psicoterapia online: demanda crescente e sugestões para regulamentação. *Psicologia em Estudo*. 2017 Jan; 21(4):735. <https://doi.org/10.4025/psicolestud.v21i4.29658>.

25. Carvalho RG, *et al.* Linhas de Orientação para a Prestação de Serviços de Psicologia Mediados por Tecnologias da Informação e da Comunicação (TIC). 2019. Disponível em: https://www.ordemdos psicologos.pt/ficheiros/documentos/guidelines_opp_psicologia_ehealth.pdf.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: A política nacional de humanização. 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf.
27. Andrada CF. O método no centro: Relatos de campo de uma pesquisa psicossocial de perspectiva etnográfica. *Psicologia USP*. 2018. 29(2):236-245. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-656420170025>.
28. Jerolmack C, Khan S. *Approaches to ethnography: Analysis and representation in participant observation*. Oxford University Press. 2018.
29. Moreira DL, Costa LF. Psychosocial intervention in sexual violence against children: reflexivity and psychodramatic resource. *Revista Brasileira de Psicodrama*. 2021; 29(1): 16-25. Disponível em: <https://doi.org/10.15329/2318-0498.21449>.
30. Luna IJ. “Construindo histórias e sentidos sobre uma perda familiar na vida adulta”. *Psicologia USP*. 2020; 31:e200058. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-6564e200058>.
31. Escudeiro A (org). *Mortos sem Flores: a ausência dos rituais de despedida*. Blumenau: Gráfica e Editora 3 de maio, 2020.
32. Celuppi IC, Lima GS, Rossi E, Wazlawick RS, Dalmarco EM. Uma análise sobre o desenvolvimento de tecnologias digitais em saúde para o enfrentamento da COVID-19 no Brasil e no mundo. *Cadernos de Saúde Pública*. 2021; 37(3):e00243220. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00243220>.
33. Kovács MJ. *Educação para a morte. Quebrando paradigmas*. Porto Alegre: Sinopsys, 2021.