

ACESSIBILIDADE NA PSICOLOGIA CLÍNICA: UMA REVISÃO NARRATIVA SOBRE BARREIRAS ESTRUTURAIS E AS POSSÍVEIS ADAPTAÇÕES E ESTRATÉGIAS PARA UMA CLÍNICA ACESSÍVEL

ACCESSIBILITY IN CLINICAL PSYCHOLOGY: A NARRATIVE REVIEW ON STRUCTURAL BARRIERS AND POSSIBLE ADAPTATIONS AND STRATEGIES FOR AN ACCESSIBLE CLINIC

Nícolas Régis Silva da Rocha¹

RESUMO

A psicoterapia é um processo clínico voltado à promoção do autoconhecimento, regulação emocional e redução do sofrimento, porém historicamente foi estruturada sobre um modelo presencial rígido, voltado a um paciente ideal capaz de deslocar-se, comunicar-se oralmente e permanecer em setting tradicional. Esse formato exclui uma parcela expressiva da população, criando barreiras que comprometem tanto o início quanto a continuidade do tratamento. Nesse cenário, o objetivo deste estudo foi revisar criticamente a literatura científica sobre iniciativas, adaptações e práticas que promovem acessibilidade na psicoterapia, especialmente para populações que enfrentam barreiras físicas, geográficas ou psicológicas. Trata-se de uma revisão narrativa realizada a partir de buscas em bases científicas, reunindo estudos empíricos, documentos normativos e revisões que abordam intervenções, tecnologias assistivas e modalidades clínicas voltadas à inclusão e continuidade do cuidado psicológico. Os achados indicam uma ruptura importante no entendimento de acessibilidade mostrando que não é o paciente que falha em adequar-se à clínica, mas a clínica que precisa adaptar-se ao paciente. A telepsicologia, formatos híbridos, flexibilização de duração das sessões, comunicação alternativa, uso de recursos visuais, Libras e suporte tecnológico aparecem como estratégias decisivas para ampliar adesão e diminuir abandono. Evidencia-se também que a maior barreira não é tecnológica, mas atitudinal, pois observou-se escassez da presença de psicoterapeutas capacitados para este tipo de atendimento. Conclui-se que práticas acessíveis fortalecem o vínculo, aumentam permanência e tornam a psicoterapia realmente inclusiva. A literatura aponta a necessidade de maior capacitação profissional, atualização normativa e ampliação das discussões sobre acessibilidade nas formações em Psicologia.

Palavras-chave: acessibilidade psicológica; psicologia clínica; inclusão na psicoterapia.

ABSTRACT

Psychotherapy is a clinical process aimed at promoting self-awareness, emotional regulation, and reducing suffering. However, historically, it has been structured around a rigid, in-person model, geared towards an ideal patient capable of traveling, communicating orally, and remaining in a traditional setting. This format excludes a significant portion of the population, creating barriers that compromise both the initiation and continuity of treatment. In this

¹ Nícolas Régis Silva da Rocha, discente do Curso de Psicologia da Universidade La Salle Unilasalle, matriculado na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso, sob a orientação do Prof. Dr. Ana Braun. E-mail: nicolas.202020370@unilasalle.edu.br. Data de entrega: 21/11/2025.

context, the objective of this study was to critically review the scientific literature on initiatives, adaptations, and practices that promote accessibility in psychotherapy, especially for populations facing physical, geographical, or psychological barriers. This is a narrative review based on searches in scientific databases, bringing together empirical studies, normative documents, and reviews that address interventions, assistive technologies, and clinical modalities aimed at inclusion and continuity of psychological care. The findings indicate a significant shift in the understanding of accessibility, showing that it is not the patient who fails to adapt to the clinic, but the clinic that needs to adapt to the patient. Telepsychology, hybrid formats, flexible session durations, alternative communication, the use of visual resources, sign language, and technological support appear as decisive strategies to increase adherence and reduce dropout rates. It is also evident that the greatest barrier is not technological, but attitudinal, as a scarcity of psychotherapists trained for this type of care was observed. It is concluded that accessible practices strengthen the bond, increase retention, and make psychotherapy truly inclusive. The literature points to the need for greater professional training, regulatory updates, and expanded discussions on accessibility in psychology education programs.

Keywords: psychological accessibility; clinical psychology; inclusion in psychotherapy.

1 INTRODUÇÃO

A psicoterapia é um processo estruturado de intervenção psicológica que visa promover o autoconhecimento, o manejo de emoções, a modificação de padrões de comportamento disfuncionais e a melhora do bem-estar psíquico e social do indivíduo. Fundamenta-se em uma relação colaborativa entre terapeuta e paciente, na qual se busca compreender e ressignificar experiências, pensamentos e sentimentos que estejam gerando sofrimento ou prejuízo funcional (American Psychological Association, 2019; Beck, 2022).

Contudo, apesar de sua relevância, o acesso à psicoterapia ainda é restrito para uma parcela expressiva da população, o que representa um importante desafio ético e social para a Psicologia Clínica. Grande parte dessa limitação decorre de barreiras geográficas, econômicas, logísticas e físicas que dificultam o comparecimento regular às sessões, especialmente em um país de dimensões continentais e desigualdades regionais como o Brasil (Dantas et al., 2021). Além desses fatores, existem situações em que condições clínicas, deficiências físicas ou transtornos mentais específicos dificultam ou inviabilizam o deslocamento até o consultório.

Pessoas idosas, com mobilidade reduzida, cadeirantes, ou indivíduos que enfrentam doenças crônicas frequentemente encontram obstáculos para manter o acompanhamento presencial, ao passo que são justamente grupos com maior demanda por suporte psicológico contínuo, estima-se que 85% dos idosos com depressão não recebem nenhum apoio do sistema de saúde para isso (Pywell et al., 2020). De modo semelhante, indivíduos com transtornos ansiosos (TAG, TP, TOC, TEPT e Transtornos Fóbicos) de acordo com o DSM-V-TR (APA, 2023) e a CID-11 (World Health Organization, 2022), podem apresentar intensa dificuldade em sair de casa ou lidar com a exposição social inerentes à psicoterapia presencial, o que aumenta o risco de interrupção ou abandono da terapia (Esfandiari et al., 2021). Diante disso, a Psicologia Clínica contemporânea tem buscado desenvolver estratégias e adaptações que viabilizem o acesso e a continuidade do cuidado psicológico, seja por meio do uso de tecnologias digitais, de modalidades híbridas de atendimento ou de práticas voltadas à inclusão e acessibilidade psicológica.

A psicoterapia mediada por tecnologias, como a psicoterapia online, surge nesse contexto não apenas como uma alternativa à modalidade presencial, mas como uma estratégia de inclusão e equidade em saúde mental. Ela amplia o acesso ao cuidado, reduz barreiras logísticas e permite que pacientes com limitações físicas ou emocionais mantenham o acompanhamento terapêutico sem interrupções. Essa forma de atendimento consiste na aplicação dos mesmos princípios e técnicas das abordagens psicoterapêuticas tradicionais, sendo dessa vez, mediada por tecnologias digitais, como: videoconferências, chamadas de voz ou plataformas virtuais seguras. Essa modalidade permite a interação em tempo real entre paciente e terapeuta, preservando os fundamentos éticos, técnicos e relacionais do processo terapêutico. Além de expandir o acesso ao cuidado psicológico, o formato remoto busca atender às demandas contemporâneas de tempo e mobilidade (Andersson, 2018; Barak et al., 2008).

A adoção desse formato cresceu exponencialmente durante a pandemia de COVID-19, e passou a integrar a prática clínica cotidiana. Como marco histórico, o cadastro nacional e-Psi chegou a registrar cerca de 168.000 cadastros de profissionais habilitados. Entende-se que grande parte dessa expansão ocorreu em virtude da necessidade imposta pelo isolamento social e pela restrição de acesso aos espaços públicos durante o período. Contudo, é inegável que tal período contribuiu para legitimar a psicoterapia remota como uma alternativa viável e eficaz. Em 2025, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) reportou 562.751 psicólogos registrados, o que evidencia a consolidação da prática remota no Brasil (Conselho Federal de Psicologia, 2025c).

É importante destacar que no Brasil, essa forma de atendimento foi regulamentada oficialmente pela Resolução CFP nº 11/2018, que autorizou a prestação de serviços psicológicos mediados por tecnologias da informação e comunicação, estabelecendo parâmetros éticos, técnicos e de sigilo profissional para a realização de psicoterapia a distância (CFP, 2018).

Essa modalidade se mostra especialmente relevante em contextos nos quais barreiras logísticas, como dificuldades de transporte, limitações financeiras ou falta de disponibilidade de tempo, dificultam a continuidade do processo psicoterapêutico. Tais dificuldades são vivenciadas cotidianamente em diferentes contextos brasileiros: em algumas regiões, pacientes precisam se deslocar por horas para acessar serviços especializados (Magalhães et al., 2022) e o acesso precário está diretamente associado à residência em áreas rurais, baixa renda e desigualdade na oferta de serviços de saúde.

É preciso considerar que, mesmo quando o indivíduo consegue iniciar seu acompanhamento psicológico presencial, fatores imprevistos podem surgir ao longo do processo e comprometer sua continuidade, fatores comumente observados são o agravamento de condições de saúde, acidentes, limitações de mobilidade, mudanças de cidade ou compromissos profissionais. Nesses casos, é crucial que o profissional da psicologia encontre maneiras eficazes para preservar o vínculo terapêutico, permitindo a continuidade do acompanhamento mesmo diante de obstáculos temporários. Seja por restrições físicas, limitações de tempo ou por necessidade de manutenção do tratamento à distância, nestes casos o formato remoto pode atuar como um recurso que tanto oferece a possibilidade da realização da psicoterapia, quanto previne o abandono terapêutico por dificuldade de realização em desfechos presenciais.

Dessa forma, é necessário que o psicólogo esteja capacitado para atender a questões de acessibilidade, munido de possibilidades que possam ser ofertadas ao paciente para garantir a preservação do acompanhamento psicológico e a continuidade de seu tratamento. Neste ponto a psicoterapia online representa, assim, uma ferramenta que amplia o acesso à saúde mental, promove inclusão e assegura a continuidade dos cuidados, independentemente das limitações físicas, emocionais ou geográficas do paciente.

O presente estudo tem como objetivo revisar criticamente a literatura científica sobre as iniciativas, adaptações e estratégias utilizadas pela Psicologia Clínica para ampliar o acesso e garantir a continuidade do acompanhamento psicoterapêutico em populações com barreiras de acessibilidade sejam físicas, geográficas ou psicológicas, analisando como essas práticas têm contribuído para a promoção da equidade e da inclusão no campo da saúde mental.

2 METODOLOGIA

O presente estudo consiste em uma revisão narrativa da literatura, voltada à análise e discussão acerca de como a Psicologia Clínica atualmente está conseguindo atender à pacientes com demandas de acessibilidade e inclusão, quais instrumentos e tecnologias assistivas, iniciativas, adaptações e estratégias estão sendo utilizadas para possibilitar o acesso de cuidado à saúde mental a essas pessoas. A revisão narrativa permite a integração crítica de diferentes perspectivas teóricas, sem a rigidez metodológica das revisões sistemáticas, possibilitando uma compreensão ampla e contextualizada do tema (Fernandes et al., 2023).

Como estratégia de procura, foram realizadas buscas na literatura em outubro de 2025 em todas as bases de dados eletrônicas citadas acima, tendo como premissa, buscar dados que evidenciam como a psicologia está atualmente lidando com a questão da acessibilidade e da oferta de atendimentos para pessoas com dificuldade de acessar presencialmente o acompanhamento psicológico. A busca combinou termos relacionados à psicologia clínica e psicoterapia, acessibilidade e barreiras de acesso, bem como condições físicas e psicológicas que dificultam o comparecimento presencial às sessões. Foram incluídos estudos empíricos e revisões que abordassem estratégias de intervenção, adaptação ou inovação clínica destinadas a ampliar o alcance da psicoterapia a populações com limitações físicas, doenças crônicas ou transtornos mentais.

3 RESULTADOS

Os resultados obtidos nesta revisão narrativa evidenciam que a prática da Psicologia Clínica, desde seu surgimento, foi historicamente construída sobre pressupostos que determinaram a existência de um sujeito padrão: um paciente capaz de se deslocar fisicamente até o consultório, permanecer sentado por aproximadamente cinquenta minutos, comunicar-se oralmente de forma fluida e sustentar contato visual como marcador de presença e engajamento. Esse modelo, durante décadas, foi tratado como universal e naturalizado na formação de psicólogos, currículos, supervisões e estágios, produzindo uma clínica que não foi desenhada para diferentes corpos, modos de comunicação ou experiências sensoriais.

Em 2022, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE/PNAD Contínua), o Brasil contava com aproximadamente 18,6 milhões de pessoas com deficiência com 2 anos ou mais de idade, o que corresponde a cerca de 8,9% da população dessa faixa etária (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2023). Este dado dimensiona um contingente relevante de potenciais usuários de serviços de saúde.

O estudo revelou que elementos como: deslocamento, permanência, fala, foco visual, não são requisitos intrínsecos da psicoterapia, mas sim características que se tornaram contingentes advindos do modelo presencial tradicional de atendimento. Quando esse modelo é tomado como único, tudo que não se ajusta ao formato passa a ser entendido como “dificuldade do paciente”, e não como um limite do serviço. O Manual Para Uma Atuação Anticapacitista da Psicologia é explícito ao afirmar: “Adotar o modelo social da deficiência significa deslocar a compreensão das limitações individuais para as barreiras impostas pela sociedade.” (CFP, 2025a, p. 9). Há, portanto, um deslocamento conceitual: a responsabilidade deixa de ser do indivíduo e passa a ser da organização do serviço clínico. O manual prossegue

afirmando que “a acessibilidade é um direito do usuário e um dever ético do profissional.” (CFP, 2025a, p. 16), situando a acessibilidade como tarefa técnica e dever ético de quem fornece o serviço.

Ao revisar os dados acadêmicos, constatou-se que a barreira mais prevalente no acesso à psicoterapia para pessoas com deficiência não é tecnológica, mas atitudinal. Evidências de Wang et al. (2024) mostram que pessoas com deficiência relatam vivenciar capacitismo dentro do processo terapêutico, sendo recorrente o relato de que “tiveram que ensinar o terapeuta a adaptar o atendimento”. Esse dado revela uma inversão indesejável de papéis: o paciente, já sobrecarregado pelas barreiras externas e internas, passa a assumir a responsabilidade de qualificar o profissional para a acessibilidade.

O capacitismo clínico se materializa quando o psicólogo exige que o paciente se adapte ao setting, em vez de adaptar o setting ao paciente. Nesses casos, a falta de acessibilidade é atribuída ao sujeito, e não ao serviço. Assim, quando o paciente falta, abandona ou não consegue permanecer, interpreta-se como resistência, desinteresse ou “baixa adesão ao tratamento”, ignorando que as contingências ambientais tornaram o comparecimento inviável. Em termos comportamentais, a ausência à sessão não deve ser interpretada como desinteresse ou falta de motivação, mas como um comportamento de esquiva mantido por reforço negativo. Segundo Skinner (2014, p. 200)², quando um comportamento reduz uma condição aversiva, ele tende a se repetir: Refere o autor que “a fuga remove um estímulo aversivo; a esquiva previne que ele ocorra. Em ambos os casos o comportamento é fortalecido pela redução de um estímulo aversivo.”

Assim, quando comparecer ao consultório implica enfrentar dor, desgaste físico, constrangimento social ou outras barreiras, faltar à sessão produzirá inevitavelmente alívio imediato. A ausência se tornará por consequência a resposta mais provável, não por falta de desejo de mudança, mas porque o ambiente tornou o comparecimento altamente custoso (Skinner, 2014, p. 200).

Do ponto de vista ético, essa lógica produz um deslocamento de responsabilidade problemático: o paciente é responsabilizado por não se adaptar a um serviço que nunca foi pensado para acolhê-lo. A clínica passa a tratar a dificuldade criada por ela mesma como uma falha do sujeito. Esse movimento não apenas reproduz exclusão, mas a legítima e fortalece a construção de um discurso histórico de que o atendimento psicológico é elitizado e para poucos que conseguem passar no “filtro social” (Sauvêtre, 2009). Foucault, em 1979, discute que as instituições modernas tendem a deslocar problemas estruturais para o indivíduo, fazendo com que dificuldades produzidas pelo próprio funcionamento institucional sejam interpretadas como falhas pessoais, e não como efeitos do sistema que as gera (Sauvêtre, 2009).

Os resultados também indicam que a telepsicologia funciona como dispositivo de acesso, e não como “substituto inferior” do atendimento presencial. Evidências de serviços que implementaram teoterapia mostram que 63% dos usuários só conseguiram iniciar atendimento após o atendimento tornar-se online, sendo que 33% destes, disseram optar pelo formato híbrido, combinando remoto e presencial conforme necessidades contextuais. Ainda assim, na pesquisa, 27% dos elegíveis não puderam participar por falta de internet ou equipamento adequado (Benz et al., 2022), demonstrando que a exclusão digital também é uma barreira concreta. Esses resultados apontam para um fenômeno importante: não se trata de falta de interesse pela psicoterapia, mas de barreiras que inviabilizam o acesso.

No Brasil, a ampliação do acesso se articula com mudanças normativas. A Resolução CFP nº 11/2018 regulamenta o atendimento psicológico mediado por tecnologias de informação e comunicação, padronizando requisitos de sigilo, registro e qualidade técnica (CFP, 2018). Os dados oficiais indicam que o número de profissionais registrados para

² Obra original: SKINNER, B. F. *Science and human behavior*. Macmillan, 1953.

atendimento remoto cresceu exponencialmente após a regulamentação, permitindo uma ampliação territorial sem precedentes e alcançando pessoas que, antes, estavam fora do alcance da psicoterapia devido à distância geográfica, falta de transporte ou limitação física.

Para além do início do tratamento, o acesso está fortemente associado à continuidade. Swift e Greenberg (2012) mostram que pacientes, de forma geral, que abandonam tratamento precocemente apresentam piores desfechos clínicos em relação àqueles que conseguem permanecer no acompanhamento até o final. Assim, a pesquisa trás que a acessibilidade não impacta somente o início da terapia, ela definirá como será o processo terapêutico sendo ela crucial para que o paciente se beneficie do tratamento.

Ao examinar esse cenário à luz das abordagens comportamentais e cognitivas, observa-se que o problema nunca foi clínico, mas operacional. No livro “*Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática*”, Judith Beck sustenta que um dos papéis centrais do terapeuta em TCC é identificar e reduzir obstáculos que dificultem o engajamento do paciente no processo terapêutico, favorecendo a colaboração ativa ao longo do tratamento (Beck, 2022). Já na ACT, no livro “*Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change*”, temos que a eficácia é definida pelo que funciona na direção dos valores do paciente, não por rigidez de formato (Hayes; Strosahl; Wilson, 2021).

O Código de Ética Profissional do Psicólogo determina que o profissional deve prestar serviços evitando qualquer forma de discriminação, tal medida é com vistas a reduzir que práticas discriminativas sejam propagadas pelos profissionais Psicólogos, embora o artigo não especifique “pessoas de inclusão” ele é importante para assegurar que a discriminação não seja propagada a nenhuma minoria (CFP, 2005).

Art. 2º – Ao psicólogo é vedado:

- a) Praticar ou ser conivente com quaisquer atos que caracterizem negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade ou opressão;
- b) Induzir a convicções políticas, filosóficas, morais, ideológicas, religiosas, de orientação sexual ou a qualquer tipo de preconceito, quando do exercício de suas funções profissionais (CFP, 2005, p. 9).

A resolução nº 9, de 18 de julho de 2024, art. 4, determina ainda que o psicólogo deve viabilizar a forma de acesso ao cliente (CFP, 2024).

Art. 4º A psicóloga deve, em consonância com os preceitos éticos da profissão, avaliar a viabilidade e impactos do uso de ferramentas digitais nos serviços prestados, considerando especialmente: VIII - a psicóloga deve verificar, quando solicitado o serviço prestado de forma remota, as características das pessoas envolvidas nos serviços, quanto a:

- a) deficiências física, mental, intelectual e sensorial;
- b) diferenças culturais e linguísticas;
- c) faixa etária (CFP, 2024, p. 2).

A linguagem normativa “deve” indica que não se trata de preferência pessoal do terapeuta, mas de exigência técnica, alinhada ao Código de Ética. Tal medida é de suma importância para ampliar o cuidado com as formas de atendimento a este público, mitigar o capacitismo clínico e aproximar o profissional deste público o qual tanto dele precisa. Garantindo assim, que para além de como este usuário deva ser atendido, o cuidado com o correto instrumento de trabalho seja efetuado, pois, de acordo com o art.4 citado anteriormente, o profissional deverá “avaliar a viabilidade” do atendimento, não basta ter o instrumento correto para atendê-lo remotamente, o paciente precisa saber utilizar as formas remotas de atendimento, sendo está opção ofertada em casos de pacientes que não conseguem chegar até a psicoterapia ou que às vezes se sentem mais confortáveis sendo atendidas remotamente.

O Guia Prático de Acessibilidade detalha o que significa adotar medidas de acessibilidade na prática clínica a partir da página 10 do livro, orientando sobre como realizar uma comunicação acessível; como ter acesso a utensílios que visam auxiliar no atendimento; A importância da utilização de espaços naturais para a promoção de saúde mental para essas pessoas; A garantia de acesso a informação sem barreiras invisíveis; O valor de ser um profissional que não propaga barreiras atitudinais, sendo estas, barreiras resultantes de preconceitos, estigmas, estereótipos e discriminações. Outra medida de acessibilidade importante é garantir que a clínica evite barreiras sensoriais, sendo estas evitáveis ao se investir em estrutura com acessibilidade arquitetônica (rampas, maçanetas acessíveis, barras de segurança, cadeiras com braços, etc...); E, por fim, garantir que a escuta e a comunicação durante os atendimentos também possuam acessibilidade: que o profissional respeite os diferentes tempos de fala de cada atendido e, para além disso, possuir recursos tecnológicos e assistivos quando for preciso. Em caso dos recursos que possuir não forem o suficiente para o atendimento adequado, pesquisar novos recursos assistivos (Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, 2022). O documento orienta que recursos como Libras, comunicação alternativa, pausas programadas, recursos visuais e sessões mais curtas devem ser utilizados sempre que necessário. Sobre o uso de atendimento remoto como medida de inclusão, o guia é explícito: “O acesso aos direitos necessariamente passa por adaptações, ajustes, mudanças que favoreçam às pessoas com deficiência a leitura, o ir e vir” (CRP-SP, 2022, p. 11). Desse modo, a telepsicologia deixa de ser vista como exceção e passa a ser reconhecida como recurso de acessibilidade imprescindível para o alcance dessas pessoas.

A análise dos documentos e estudos mostra que a maior parte das adaptações que aumentam adesão e permanência são simples, práticas e de baixo custo, como flexibilizar o tempo da sessão, utilizar material visual ou permitir que o paciente escolha entre chat, áudio ou vídeo. Pequenas adaptações produzem grandes efeitos. Swift e Greenberg (2012) demonstraram que o abandono terapêutico está diretamente relacionado à piora de resultados clínicos. Logo, práticas de acessibilidade, ao reduzirem faltas e aumentarem permanência, funcionam como mecanismos indiretos de cuidado com a saúde mental.

Um achado importante, e que norteou esta revisão narrativa foi a nota técnica do CFP nº 12/2025, que orienta como atender pessoas com deficiência, esta nota técnica explicita que a atuação psicológica junto a pessoas com deficiência deve ser orientada por uma postura anti capacitista, reconhecendo que as principais barreiras ao acesso psicológico não são clínicas, mas sociais, atitudinais e estruturais (CFP, 2025b). O documento sugere que a não adesão ao tratamento clínico não surge por conta do indivíduo, mas das barreiras criadas pelos serviços e profissionais, destacando que psicólogas e psicólogos têm responsabilidade ética em garantir as adaptações necessárias, a acessibilidade comunicacional e o uso adequado de tecnologias assistivas e TDICs, de forma a eliminar obstáculos ao atendimento em igualdade de condições. A nota enfatiza que práticas capacitistas como: falta de preparo técnico, ausência de ajustes no setting e desconhecimento sobre comunicação acessível, reproduzem exclusão e violação de direitos, reforçando que a Psicologia deve adotar práticas que fomentem a inclusão. Além deste documento, outro norteador importante está na resolução 9º de abril de 2025 do CFP, que orienta sobre como o psicólogo deve atuar em casos de atendimento com pessoas surdas (CFP, 2025d). Tal resolução é de suma importância pois é específica nas orientações sobre como proceder no atendimento com essas pessoas e trás um olhar para a necessidade de adaptações.

Ao olhar para a Psicologia Clínica, especialmente para como esta vem estruturando iniciativas, adaptações e estratégias concretas para ampliar o acesso e garantir a permanência de pessoas com deficiência ou barreiras de mobilidade e comunicação no acompanhamento psicoterapêutico. Entre as adaptações estruturais, destacam-se a flexibilização da duração das sessões (permitindo encontros mais curtos para manejo de dor e fadiga), a possibilidade de

pausas programadas e o uso de formatos híbridos (presencial + remoto). No campo das adaptações comunicacionais, observa-se a implementação de Libras, Comunicação Aumentativa e Alternativa (CAA), uso de materiais visuais, legendas e chat simultâneo durante a sessão. Nas adaptações tecnológicas, há suporte prévio para acesso às plataformas, envio de links simplificados, gravação de orientações e planos de contingência caso haja falha de conexão.

4 DISCUSSÃO

Os resultados apresentados evidenciam uma ruptura importante no modo como a Psicologia Clínica compreende acessibilidade. Historicamente, a clínica foi estruturada como lugar físico, com horários fixos, duração padronizada e comunicação oral como mediadora central do processo terapêutico. Esse formato, tomado como natural durante décadas, produziu um modelo implícito de paciente ideal, sem limitações de mobilidade, com disponibilidade para deslocamento, autonomia logística e comunicação oral fluida. A revisão dos documentos e estudos analisados mostra que esse modelo, apesar de aparentemente neutro, é profundamente excludente, pois não considera a existência de pessoas e modos de funcionamento que não se encaixam em tais exigências. Quando o serviço clínico é desenhado para poucos, a exclusão não se manifesta como explícita para aqueles que não a presenciam, mas está presente diariamente para as pessoas as quais não se encaixam no “modelo de atendimento” que foi desenhado para aquele serviço. O que é necessário entender é que, assim como um cadeirante não consegue acessar um estabelecimento que possui escadas e não possui rampa, a psicoterapia “não chega” a quem não consegue chegar até ela.

A partir dessa constatação, consegue-se nomear explicitamente o problema: não é a deficiência que impede o acesso ao cuidado, mas a falta de condições acessíveis na oferta do serviço. Esse deslocamento é epistemológico e político, ele ressignifica o conceito de barreira. Deixa de ser uma falta no paciente e passa a ser uma insuficiência do serviço. Mais do que isso, evidencia que o dever é do psicólogo pela criação de condições de acesso. Ao afirmar que a responsabilidade de adaptação é do profissional, não da pessoa com deficiência (CRP-SP, 2022), o documento rompe com uma lógica histórica na qual a pessoa precisava se esforçar para se ajustar à clínica. A acessibilidade deixa de ser benevolência e se torna dever técnico e ético.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostrou que em 2022, o Brasil contava com aproximadamente 18,6 milhões de pessoas com deficiência, o que corresponde a cerca de 8,9% da população dessa faixa etária (IBGE, 2023). Algo que evidencia um contingente relevante de potenciais usuários de necessitam utilizar serviços de saúde e reforça a necessidade de se analisar a acessibilidade e a continuidade desses atendimentos, pois, se quase 1 em cada 11 brasileiros vive com alguma deficiência, torna-se prudente e necessário que o acompanhamento psicológico esteja estruturado para atender adequadamente esse grupo.

A necessidade de mudanças neste cenário é ainda mais evidente quando vemos que diversas vezes as barreiras não são clínicas, mas sim do despreparo em atender este público. Em muitos casos, pessoas com deficiência precisam ensinar o terapeuta a adaptar o atendimento. Quando o paciente assume o papel de capacitador do profissional, algo estruturalmente está invertido: o terapeuta está ocupando o lugar da resistência, enquanto o paciente tenta viabilizar sua permanência no processo, tal contexto é eticamente inviável e dificilmente resultará na permanência desse paciente na clínica, não é o paciente que deve “ministrar o curso”, o conhecimento do profissional já deveria ter vindo previamente a contratação do serviço a ser prestado.

Ao observar as bases teóricas das abordagens cognitivo-comportamentais. Nota-se que Beck (2022) no livro “*Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática*” defende que um dos papéis do terapeuta é remover barreiras que dificultem o engajamento. Na TCC, portanto, adaptar o atendimento não é concessão, é técnica. A TCC parte do pressuposto de que a eficácia depende da colaboração e do engajamento ativo entre terapeuta e paciente. Não é possível colaborar quando existem barreiras para chegar ao ambiente da terapia e permanecer nele. Se o paciente não consegue comparecer, permanecer ou se comunicar, a intervenção cognitiva jamais terá início, por conta da falta de infraestrutura clínica para a demanda apresentada. Da mesma forma, na Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), no livro “*Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change*”, Hayes, Strosahl e Wilson (2021) trazem que o critério de eficácia clínica deve ser o que funciona para o cliente, em direção aos valores do cliente. A ACT é incompatível com rigidez. Um psicólogo que atua com ACT não deve perguntar se a forma do atendimento agrada ao terapeuta, mas sim se a forma do atendimento aproxima o paciente do que ele valoriza. Assim, quando o atendimento remoto aumenta o acesso e permite permanência, como mostram os resultados de Benz et al. (2022), com 63% iniciando terapia apenas porque o formato remoto foi disponibilizado, a ACT diria que o formato não é secundário: é parte do processo terapêutico.

Faz-se necessário destacar que, embora tenha-se apresentado abordagens teóricas e estruturantes, é importante frisar que a partir dos achados, tornou-se evidente que a permanência do paciente na psicoterapia depende menos da técnica utilizada e mais da possibilidade concreta de estar na sessão. Os dados de Swift e Greenberg (2012) mostram que a interrupção do tratamento reduz significativamente a chance de bons resultados clínicos, o que reforça que o foco da intervenção não pode estar apenas em estratégias cognitivas ou comportamentais aplicadas durante a sessão, mas também na criação de condições que permitam que o paciente consiga chegar à sessão. Manter o paciente na terapia é, por si só, um fator terapêutico, visto que, mesmo que sejam efetivadas diferentes técnicas e intervenções psicoterapêuticas, no momento em que o paciente deixa de frequentar a clínica, todo o plano de tratamento é interrompido.

Quando observamos que 63% das pessoas só conseguiram iniciar psicoterapia após o atendimento remoto ser disponibilizado e que 33% preferem a modalidade híbrida (Benz et al., 2022), torna-se impossível sustentar o argumento de que a forma da clínica deve permanecer imutável. Esses números evidenciam que a possibilidade de participação não se dá por vontade, mas por condições concretas, tais como: tempo, deslocamento, energia física, capacidade sensorial e disponibilidade tecnológica. A falta à sessão, quando examinada sob uma lente comportamental, não é um problema motivacional interno, mas um produto das contingências ambientais. Como postulou Skinner, o comportamento de esquiva emerge quando uma ação evita uma condição aversiva (Skinner, 2014). A clínica tradicional, ao exigir deslocamento físico, enfrentamento de dores crônicas, exposição a olhares capacitistas ou longos tempos de espera, cria contingências que favorecem o comportamento de esquiva típico: faltar. Se faltar à sessão proporciona alívio, faltar é reforçado negativamente. A clínica que interpreta esse comportamento como “falta de interesse” ignora o fundamento central da própria ciência comportamental. A clínica que interpreta esse comportamento como produto do contexto abre espaço para modificar o contexto e permitir que o paciente realmente se beneficie do acompanhamento psicológico.

É importante destacar que independente do fator que esteja afastando o paciente da terapia, o acompanhamento psicológico contínuo é imprescindível para que qualquer paciente obtenha resultados terapêuticos sólidos e duradouros (Swift; Greenberg, 2012). Sendo considerado um dos principais fatores de proteção para a saúde mental ofertados no contexto clínico. Quando a psicoterapia sofre interrupções ou abandono prematuro, seja por fatores

logísticos, motivacionais ou clínicos, corre-se o risco de comprometer os ganhos já alcançados, prolongar o sofrimento ou retardar significativamente a recuperação. Essa importância do seguimento contínuo torna-se ainda mais explícito não somente nos casos de acompanhamento psicológico com PCD, PCD ou PNE, mas também em condições como transtornos depressivos ou transtornos de ansiedade, nos quais interrupções frequentes no tratamento estão associadas a piores prognósticos, aumento do risco de recaídas ou cronificação dos sintomas e dos seus respectivos desfechos. Nesse sentido, a psicoterapia não deve ser vista apenas como tratamento de crises, mas como um espaço de promoção de saúde e desenvolvimento psicológico contínuo (APA, 2019). Já quando olhasse para o contexto onde há a necessidade de adequar o atendimento para PCD, PCD ou PNE, tal fato não se diz respeito a uma exceção ou tratamento especial, representa o que a psicologia deveria ser desde sempre, ser sensível ao contexto e a condição física real do paciente. Lembrando que embora René Descartes tenha “separado mente e corpo” criando o dualismo cartesiano em seu livro “Meditações Metafísicas” (Descartes, 2022)³. António Damásio uniu novamente os dois em seu livro “O Erro de Descartes” (Damásio, 2012)⁴, o autor demonstra, a partir de evidências neurocientíficas, que emoções e estados corporais participam de processos cognitivos complexos, como tomada de decisão, planejamento e raciocínio moral. Mostrando que devemos considerar o corpo, a cognição e a forma como proporcionamos o tratamento nos atendimentos, pois a mensagem precisa se adequar às contingências para que possa chegar até o receptor e gerar a auto reflexão no indivíduo ou “insight”, termo utilizado por Sigmund Freud em seu livro “A Interpretação dos Sonhos” (Freud, 2019)⁵.

É importante ressaltar que após a leitura dos materiais aqui apresentados, notou-se que existe uma escassez de normas e leis que orientem sobre como devem ser realizados os atendimentos com pessoas com deficiência e pessoas com necessidades especiais. Apesar de existirem alguns exemplos aqui mencionados como a nota técnica CFP nº 12/2025 que orienta o atendimento a pessoas com deficiência e algumas cartilhas e guias (CFP, 2025b), nota-se que a divulgação desses materiais e o consumo destes dentro da Psicologia é baixo.

5 CONCLUSÃO

O estudo trouxe que o uso de estratégias acessíveis melhora a experiência subjetiva da psicoterapia. Pacientes com necessidades especiais relatam sentir-se mais respeitados, mais autônomos e mais agentes do próprio processo quando têm possibilidade de escolher o formato da sessão, ajustar tempo, usar comunicação alternativa ou receber materiais adaptados. Esses elementos não apenas viabilizam o encontro terapêutico, mas potencializam o vínculo. A relação terapêutica, quando mediada por acessibilidade, deixa de ser um lugar de exigência e passa a ser um lugar de reconhecimento e mutualidade. O cuidado fica evidente quando há atenção e interesse do profissional em proporcionar um espaço confortável para o paciente fazer bom uso daquele momento.

Ainda assim, os estudos revisados apontam que ainda há grande resistência por parte de alguns profissionais em adotar práticas inclusivas e de acessibilidade, seja por desconhecimento técnico, crenças pessoais ou preferência por métodos tradicionais. Em muitos casos, psicólogos optam por interromper o tratamento ou encaminhar seus pacientes quando estes enfrentam dificuldades para comparecer presencialmente, sem oferecer alternativas remotas que possibilitem a continuidade do processo terapêutico.

³ Obra original: DESCARTES, R. *Meditationes de Prima Philosophia, in qua Dei existentia et animae immortalitas demonstratur*. 1641.

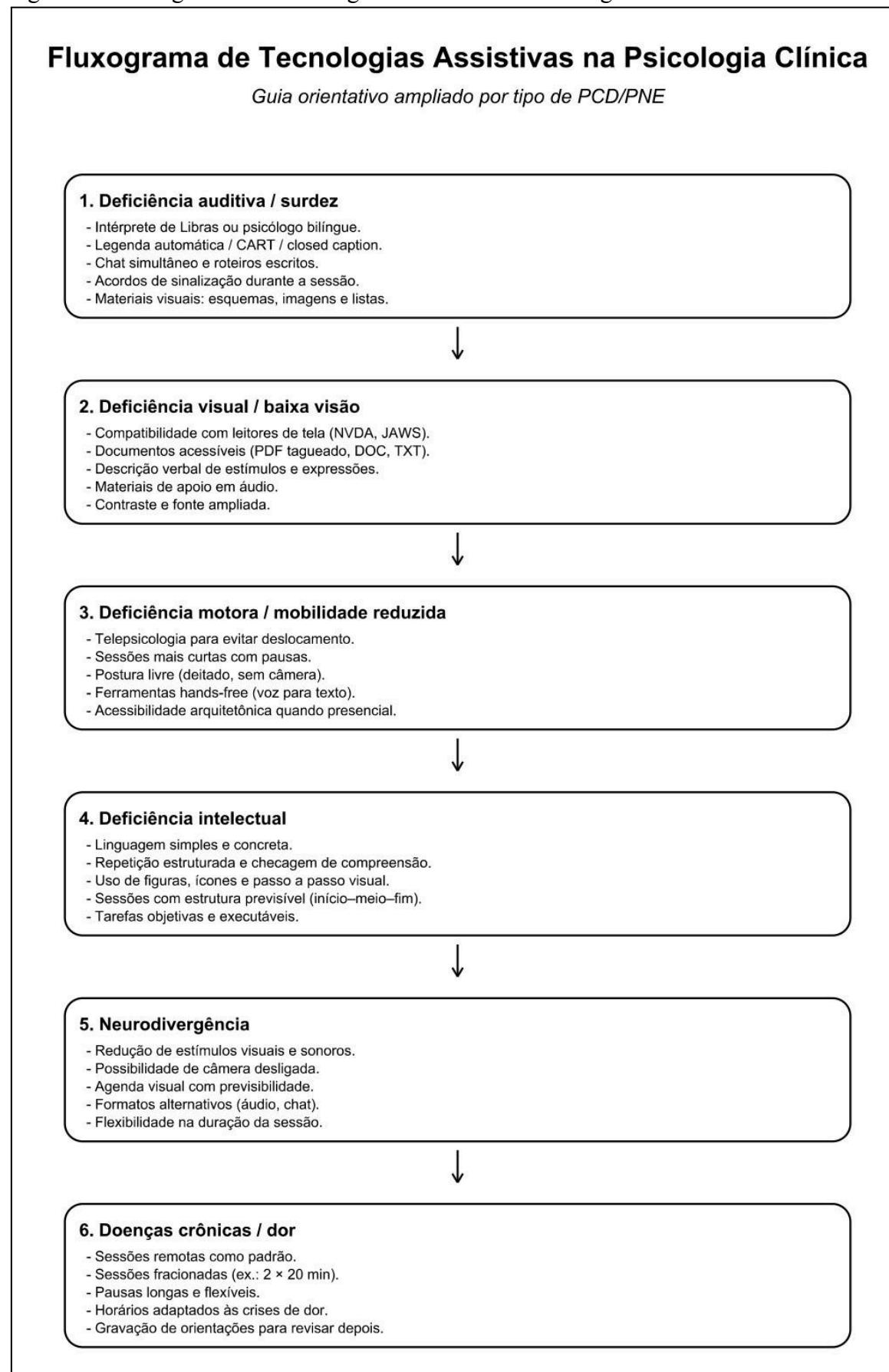
⁴ Obra original: DAMÁSIO, A. R. *Descarte's error: emotion, reason and the human brain*. 1994.

⁵ Obra original: FREUD, S. *Die traumdeutung*, 1900.

Importante destacar a falta de materiais, estudos e divulgação do tema tanto dentro das bases de dados acadêmicas quanto na literatura cinzenta, apesar da relevância do assunto e do público mencionado ter uma razoável prevalência nos consultórios clínicos. Assim como é necessário também destacar a escassez de normas, diretrizes e regulamentos que promovam maior capacitação dos profissionais para atender a essa demanda.

Por fim, ao integrar esses achados, constatou-se o seguinte: não existe paciente incompatível com psicoterapia. Existem práticas clínicas incompatíveis com certos pacientes. A psicoterapia só é universal quando seu acesso também é universal. Em diversos casos, as pessoas não abandonam um tratamento porque não querem mudar, abandonam porque a terapia foi desenhada para outro “perfil ideal de paciente”, perfil este que não inclui o paciente em questão. A clínica que adapta o ambiente produz permanência. A clínica que espera que o paciente se adapte produz exclusão. Faz-se necessário falar sobre a importância deste tema ser levado para as universidades, uma vez que pouco é apresentado dentro do curso de Psicologia. Sabemos por uma questão de noção ética, que é dever da classe profissional, zelar pelo melhor atendimento possível a essas pessoas, mas é notável que é necessário mais pesquisa, mais incentivo e mais regulamentação para que os profissionais busquem capacitações, e assim forneçam o atendimento mais adequado possível, dessa forma, fomentando ainda mais a busca desse público por serviços em saúde mental.

Figura 1 – Fluxograma de Tecnologias Assistivas na Psicologia Clínica



Fonte: Autoria própria (2025).

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. **Clinical practice guideline for the treatment of depression across three age cohorts**, 2019.

Disponível em: <https://www.apa.org/depression-guideline>. Acesso em: 04 ago. 2025.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**: DSM-5-TR. 5. ed, texto revisado. Porto Alegre: Artmed., 2023.

ANDERSSON, G. Internet interventions: Past, present and future. **Internet Interventions**, v. 12, 2018. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214782918300150?utm_.com. Acesso em: 25 ago. 2025.

BARAK, A.; HEN, L.; BONIEL-NISSIM, M.; SHAPIRA, N. A Comprehensive Review and a Meta-Analysis of the Effectiveness of Internet-Based Psychotherapeutic Interventions. **Journal of Technology in Human Services**, v. 26, n.2-4, 2008. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15228830802094429>. Acesso em: 25 ago. 2025.

BECK, J. S. **Terapia cognitivo-comportamental**: teoria e prática. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2022.

BENZ, C.; NORMAN, R.; HENDRIE, D.; WELSH, M.; HUNTLEY, M.; ROBINSON, S. Use of Teletherapy for allied health interventions in community-based disability services: A scoping review of user perspectives. **Health & social care in the community**, v. 30, n. 6, 2022. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10099871/>. Acesso em: 20 out. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Brasil). **Código de Ética Profissional do Psicólogo**. Brasília, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Brasil). **Manual orientativo para uma atuação anticapacitista na psicologia**. São Paulo: GM Editorial; Brasília: CFP, 2025. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2025/10/Manual_Anticapacitista_web.pdf?utm_.com. Acesso em: 13 out. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Brasil). **Nota técnica CFP nº 12/2025**. Orientação às psicólogas e psicólogos para atuação junto a pessoas com deficiência, 2025. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2025/04/SEI_CFP-2144880-Nota-Te%CC%81cnica.pdf?utm_.com. Acesso em 19 out. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Brasil). **Profissionais por regional**. Sistema Conselhos de Psicologia, 2025. Disponível em: https://transparencia.cfp.org.br/crp23/psicologo/psicologos-por-regional/?utm_.com. Acesso em: 25 set. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Brasil). **Resolução nº 9, de 18 de julho de 2024.** Regulamenta o exercício profissional da Psicologia mediado por Tecnologias Digitais da Informação e da Comunicação (TDICs) em território nacional e revoga as Resolução CFP nº 11, de 11 de maio de 2018, e Resolução CFP nº 04, de 26 de março de 2020, Brasília, 2024. Disponível em:

<https://atosoficiais.com.br/cfp/resolucao-do-exercicio-profissional-n-9-2024-regulamenta-o-e-xercicio-profissional-da-psicologia-mediado-por-tecnologias-digitais-da-informacao-e-da-comunicacao-tdics-em-territorio-nacional-e-revoga-as-resolucao-cfp-n%C2%BA-11-de-11-de-maio-de-2018-e-resolucao-cfp-n%C2%BA-04-de-26-de-marco-de-2020>. Acesso em: 19 out. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Brasil). **Resolução nº 9, de 24 de abril de 2025.** Dispõe sobre a prestação de serviços psicológicos às pessoas surdas no âmbito da saúde, Brasília, 2025. Disponível em:

https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2025/05/SEI_CFP-2153164-Resoluc%CC%A7a%C83o.pdf. Acesso em: 24 out. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Brasil). **Resolução nº 11, de 11 de maio de 2018.** Regulamenta a prestação de serviços psicológicos realizados por meios de tecnologias da informação e da comunicação e revoga a Resolução CFP N.º11/2011, Brasília, 2018. Disponível em:

https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/05/RESOLU%C3%87%C3%83O-N%C2%BA-A-11-DE-11-DE-MAIO-DE-2018.pdf?utm_.com. Acesso em: 25 set. 2025.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO. **Guia prático sobre acessibilidade para profissionais de psicologia.** São Paulo, 2022. Disponível em: <https://cedoc.crpssp.org.br/server/api/core/bitstreams/bb6d3752-c6e3-421a-85e0-c35abbbe5b9/content>. Acesso em: 19 out. 2025.

DAMÁSIO, A. R. **O erro de Descartes:** emoção, razão e o cérebro humano. Tradução: Dora Vicente, Georgina Segurado, 3. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

DANTAS, M. N. P.; SOUZA, D. L. B.; SOUZA, A. M. G.; AIQUOC, K. M.; SOUZA, T. A.; BARBOSA, I. R. Fatores associados ao acesso precário aos serviços de saúde no Brasil. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 24, 2021. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/Z4sYgLBvFbJqhXGgQ7Cdkbc/?lang=pt>. Acesso em: 10 ago. 2025.

DESCARTES, R. **Meditações metafísicas.** Tradução: Gentil Avelino Titton, Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2022.

ESFANDIARI, N.; MAZAHERI, M. A.; AKBARI-ZARDKHANEH, S.; SADEGHI-FIROOZABADI, V. CHERAGHI, M. Internet-Delivered Versus Face-to-Face Cognitive Behavior Therapy for Anxiety Disorders: Systematic Review and Meta-Analysis. **International journal of preventive medicine**, v. 12, n. 153, 2021. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8724632/?utm.com>. Acesso em: 17 ago. 2025.

FERNANDES, J. M. B.; VIEIRA, L. T.; CASTELHANO, M. V. C. Revisão narrativa enquanto metodologia científica significativa: reflexões técnicas-formativas. **Revista Educacional da Sucesso**, v. 3, n. 1, 2023. Disponível em:

<https://www.editoraverde.org/portal/revistas/index.php/rec/article/view/223/340>. Acesso em 27 set. 2025.

FREUD, S. **Obras completas volume 4: A interpretação dos sonhos (1900)**. Tradução: Paulo César de Souza, São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

HAYES, S. C.; STROSAHL, K. D.; WILSON, K. G. **Terapia de Aceitação e Compromisso: o processo e a prática da mudança consciente**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (Brasil). **Pnad Contínua - Pessoas com Deficiência 2022**. [S. l.], 2023. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/0a9afaed04d79830f73a16136dba23b9.pdf?utm_.com. Acesso em: 12 out. 2025.

MAGALHÃES, D. L.; MATOS, R. S.; SOUZA, A. O.; NEVES, R. F.; COSTA, M. M. B.; RODRIGUES, A. A.; SOUZA, C. L. Acesso à saúde e qualidade de vida na zona rural. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 3, 2022. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/26906/23482?utm_.com. Acesso em: 25 set. 2025.

PYWELL, J.; VIJAYKUMAR, S.; DODD, A.; COVENTRY, L. Barriers to older adults' uptake of mobile-based mental health interventions. **Digital Health**, v. 6, 2020. Disponível em: https://researchportal.northumbria.ac.uk/ws/files/26885680/2055207620905422.pdf?utm_.com. Acesso em: 10 ago. 2025.

SAUVÊTRE, P. Michel Foucault: problématisation et transformation des institutions. **Tracés. Revue de Sciences humaines**, v. 17, 2009. Disponível em: <https://journals.openedition.org/traces/4262#citedby>. Acesso em 15 out. 2025.

SKINNER, B. F. **Science And Human Behavior**. [S. l.], The B. F. Skinner Foundation, 2014. Disponível em: https://www.bfskinner.org/newtestsite/wp-content/uploads/2014/02/ScienceHumanBehavior.pdf?utm_.com. Acesso em: 15 out. 2025.

SWIFT, J. K.; GREENBERG, R. P. Premature Discontinuation in Adult Psychotherapy: A Meta-Analysis. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 80, n. 4, 2012. Disponível em: https://clinica.ispa.pt/sites/default/files/16._dropout_meta_analysis.pdf?utm_.com. Acesso em: 18 out. 2025.

WANG, K.; OSTROVE, J. M.; MANNING, R. B.; FODERO, S.; ASH, S. L.; WHANG, J.; BOGART, K. R.; CIPOLLINA, R.; REDMOND-NARIO, M. R.; ADLER, J. M.; LOWE, S. R. Ableism in mental healthcare settings: A qualitative study among U.S. adults with disabilities. **SSM - Qualitative Research in Health**, v. 6, 2024. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2667321524001070>. Acesso em: 15 out. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International Classification of Diseases of Mortality and Morbidity Statistics: ICD-11**. Eleventh Revision, 2022.