



**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL**  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Diretoria de Serviços de Saúde Mental  
Gerência de Serviços de Psicologia

Parâmetros Técnicos - SES/SAIS/COASIS/DISSAM/GPSI

**DIRETRIZES DE ASSISTÊNCIA PSICOLÓGICA**  
**HOSPITALAR DA SES/DF**

**1. INTRODUÇÃO**

No âmbito da Psicologia da Saúde, a Psicologia Hospitalar configura-se pela atuação do psicólogo na atenção terciária voltada, principalmente, para o suporte ao usuário internado e aos seus familiares ou acompanhantes, mas também podendo atuar em ambulatório de especialidades em parceria com as equipes de saúde que realizam consultas ou acompanhamento do estado de saúde dos usuários que necessitam de ampliação tecnológica ou técnica para o saneamento de suas queixas. A Psicologia Hospitalar, subárea da Psicologia da Saúde, está inserida em um contexto de atuação (hospitais) muito implicado com o pensamento cartesiano, pois que ainda muito influenciado pelo modelo biomédico, busca definir intervenções precisas e adequadas através de protocolos e fluxos próprios. (Sobrosa e cols, 2014; Conselho Federal de Psicologia, 2019)

Vale ressaltar que, segundo Botega (2006), a prevalência de transtornos psiquiátricos no hospital geral varia de 20 a 60%, com transtornos de ajustamento, quadros de depressão e/ou ansiedade figurando entre os mais comuns. Também é maior a morbidade e mortalidade de usuários internados que apresentam transtornos mentais. Situação na qual a assistência de profissionais capacitados para identificação precoce e tratamento em saúde mental contribui para o bem-estar emocional dos usuários, sua qualidade de vida geral e redução dos custos associados ao agravamento dos quadros mentais e físicos em função da não adaptação aos tratamentos prescritos.

A Psicologia Hospitalar foi regulamentada no Brasil pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) em 2001, pela Resolução nº 02/2001. Nas Resoluções posteriores, CFP nº 13/2007 e 18/2019, o psicólogo especialista em Psicologia Hospitalar é descrito, de forma adaptada, como um profissional que:

- Atua em instituições de saúde, participando da prestação de serviços de nível terciário da atenção à saúde;
- Atua junto a usuários, familiares e/ou responsáveis; membros da comunidade dentro de sua área de atuação; membros da equipe multiprofissional e eventualmente administrativa, visando o bem-estar físico e emocional do usuário; e, alunos e pesquisadores, quando estes estejam atuando em pesquisa e assistência;
- Oferece e desenvolve atividades em diferentes níveis de tratamento, tendo como sua principal tarefa a avaliação e acompanhamento de intercorrências psíquicas dos usuários que estão ou serão submetidos a procedimentos médicos, visando basicamente a promoção e/ou a recuperação da saúde física e mental;
- Promove intervenções direcionadas à relação equipe/usuário, usuário/família, e usuário/usuário e do usuário em relação ao processo do adoecer, hospitalização e repercussões emocionais que emergem neste processo. O acompanhamento pode ser dirigido a usuários em atendimento clínico ou cirúrgico, nas diferentes áreas de especialidade. Podem ser desenvolvidas diferentes modalidades de intervenção, dependendo da demanda e do conhecimento especializado do profissional; dentre elas ressaltam-se: atendimento psicológico individual ou em grupos terapêuticos ou de profilaxia psicoterapêutica; grupos psicoterapêuticos; grupos de psicoprofilaxia; atendimentos em ambulatório e Unidade de Terapia Intensiva; pronto atendimento; enfermarias em geral; psicomotricidade no contexto hospitalar; avaliação psicológica; diagnóstica; psicodiagnóstico; consultoria e interconsultoria; e
- No trabalho com a equipe multidisciplinar, preferencialmente interdisciplinar, participa de decisões em relação à conduta a ser adotada pela equipe, objetivando promover apoio e segurança ao usuário e família, aportando informações pertinentes à sua área de atuação, bem como na forma de grupo de reflexão, no qual o suporte e manejo estão voltados para possíveis dificuldades operacionais e/ou subjetivas dos membros da equipe.

Segundo Tonetto e Gomes (2007), as ações assistenciais podem ser realizadas nos ambulatórios de especialidade na forma individual ou grupal, com prioridade a esta última devido à necessidade de abrangência deste serviço<sup>1</sup>. Nas internações, os atendimentos psicológicos ocorrem, em sua maioria, na beira do leito do usuário, mas outros ambientes das enfermarias e unidades hospitalares também podem ser utilizados de acordo com a disponibilidade e condições físicas do usuário para se locomover e desde que não haja comprometimento da rotina hospitalar. Conforme o objetivo do atendimento, pode-se adotar enfoque apenas nas demandas psicológicas ou incorporar intervenções/ações compartilhadas com outros profissionais da equipe multidisciplinar.

O psicólogo hospitalar pode atuar também na educação permanente das equipes sobre aspectos psicossociais relacionados ao seu contexto de atuação, contribuindo para a humanização e integralidade da assistência. Tal atuação pode ocorrer por meio da oferta de cursos, treinamentos, palestras, aulas, participação em sessões clínicas e realização de interconsultas. Além da capacitação das equipes, faz parte de suas atribuições a realização ou participação em ações de ensino e pesquisa para graduandos, pós-graduandos e residentes. Neste âmbito, o psicólogo pode realizar as seguintes atividades: supervisão de estágio, orientação do treinamento em serviço, desenvolvimento de projetos de pesquisa, orientação ou coorientação de projetos de pesquisa e/ou preceptoria, tutoria ou coordenação de em programas de residência.

Outra importante atividade que o psicólogo hospitalar pode desempenhar refere-se à prática de gestão para colaborar com atuações administrativas que tenham por intuito organizar o serviço de psicologia na instituição.

-----  
<sup>1</sup>Ademais, considerando-se o princípio de universalidade do SUS, é prerrogativa de viabilizar o acesso da população aos serviços de saúde, inclusive de psicologia no âmbito hospitalar.

**2. OBJETIVOS**

O surgimento de sintomas, o processo para diagnóstico de patologias e o adoecimento provocam alterações na rotina de vida e nos papéis sociais desempenhados pelos indivíduos. A forma e a intensidade do impacto causado por um agravo à saúde, seu tratamento e possíveis internações, variam de acordo com a história de vida de cada pessoa, da personalidade e estratégias prévias de enfrentamento que possui, de suas vivências no período atual, da sua rede de suporte social e das características clínicas da condição de saúde. Neste contexto, cabe ao psicólogo hospitalar:

- Realizar atendimento psicológico breve e focal individual e/ou em grupos psicoterapêuticos, com referência teórica amparada pelos preceitos da Psicologia Hospitalar;

- Promover a alta psicológica ou encaminhamento, quando necessário, para outros serviços que atendam as demandas por acompanhamento psicológico, respeitando os fluxos e protocolos vigentes nesta SES/DF;
- Minimizar o sofrimento, de usuários e familiares, decorrente do impacto do diagnóstico, tratamento, hospitalizações e/ou iminência da morte;
- Promover estratégias de enfrentamento que colaborem para a adaptação dos usuários ao contexto de adoecimento, tratamento e ou hospitalização;
- Modificar padrões comportamentais de risco para doenças ou seu agravamento;
- Promover a adesão, participação ativa e responsabilização do usuário frente ao seu tratamento de saúde;
- Fornecer serviços de apoio psicológico especializados para usuários com doenças crônicas e/ou incapacitantes<sup>2</sup>;
- Prevenir o desenvolvimento de transtornos mentais relacionados ao adoecimento, tratamento ou hospitalização;
- Contribuir para a humanização dos serviços, da assistência prestada, do ambiente e da rotina diária;
- Colaborar para a integração e interação entre os diferentes profissionais das equipes multidisciplinares;
- Orientar os profissionais sobre os aspectos psicológicos dos usuários e de sua rede de apoio, possibilitando uma compreensão ampla sobre reações emocionais, adesão ou não adesão aos tratamentos, relações positivas ou negativas com a equipe etc.
- Facilitar a comunicação entre todos os indivíduos inseridos no contexto hospitalar;
- Auxiliar no desenvolvimento de protocolos de assistência e políticas públicas;
- Capacitar estudantes, residentes e profissionais de Psicologia para atuarem a partir dos referenciais científicos da Psicologia em da Saúde e Hospitalar; e
- Participar da capacitação de estudantes, residentes e profissionais de outras áreas em relação aos aspectos psicossociais envolvidos na assistência à saúde humana.

-----  
<sup>2</sup>Neste item, referimo-nos à própria formação do psicólogo que o capacita a realização de intervenções/técnicas psicológicas e utilização de instrumentos capazes de promover saúde e bem-estar aos usuários.

### 3. CAMPOS DE APLICAÇÃO

- Ambulatório de especialidades;
- Centro cirúrgico;
- Centro de transplante;
- Centro obstétrico;
- Clínica médica/enfermarias;
- Ambulatório de especialidades;
- Cuidados paliativos;
- Serviços de urgência, emergência e pronto atendimento;
- Serviços de diálise;
- Unidades de reabilitação;
- Unidades de terapia intensiva;
- Unidades de cuidados intermediários;
- Núcleos de atenção domiciliar (NRAD); e
- Outros serviços que façam parte da rotina de tratamento dos usuários assistidos nas unidades hospitalares.

### 4. PÚBLICO-ALVO

- Usuários e/ou, familiares/cuidadores, de qualquer gênero, faixa etária, condição social, orientação sexual que estejam acompanhados nas especialidades e clínicas que compõem a carta de serviços da unidade hospitalar;
- Membros da equipe de saúde com necessidade de suporte emocional focal ou orientação sobre aspectos psicossociais envolvidos na assistência aos usuários<sup>3</sup>;
- Graduandos, pós-graduandos, residentes<sup>3</sup>.

-----  
<sup>3</sup>No âmbito desta SES/DF, é o entendimento da GPSI que a atuação do Psicólogo junto às equipes pode apresentar resultados conflitantes do ponto de vista ético, técnico e administrativo, devendo ser reservado para ocasiões excepcionais como emergências, desastres e crises sanitárias, a exemplo da Pandemia de COVID-19, ou em situações esporádicas que exijam ações de primeiros cuidados psicológicos. Após o manejo inicial, o servidor deve ser encaminhado para as áreas competentes na estrutura organizacional da SES e do GDF, respectivamente o Núcleo de Saúde, Higiene e Medicina do Trabalho e/ou SUBSAÚDE.

#### 4.1. DESCRIÇÃO

Usuários: Pessoas em uso dos serviços hospitalares em fase de diagnóstico, intervenções ou em todo o curso de tratamento que dependa daquela instituição. Desde o diagnóstico, tratamento e hospitalização do usuário, é possível que dificuldades ou distúrbios psicológicos surjam neste processo. A causalidade de tais episódios é complexa e necessita de uma avaliação da equipe de Psicologia Hospitalar, acompanhamento do usuário e participação ativa nas discussões da equipe multidisciplinar. Assim, dificuldades ou distúrbios psicológicos podem surgir como reação de ajustamento à uma patologia, à hospitalização ou agravamento da condição clínica. Esses processos de sofrimento psicológico podem, também, se manifestar por meio de queixas corporais (psicossomatização) indetectáveis pelos exames clínicos padrão e que dificultam o diagnóstico diferencial;

Famíliares/cuidadores: toda e qualquer pessoa que faça parte da rede de suporte social e/ou que exerça o cuidado/acompanhamento formal, ou informal, dos usuários das instituições hospitalares. A literatura reconhece que a existência de uma rede de suporte social funcional positiva contribui para melhorar o prognóstico e a qualidade de vida dos usuários. Portanto, é fundamental que a equipe de Psicologia Hospitalar realize acolhimento e psicoeducação para a família e cuidadores para qualificar o apoio ofertado. Além disso, a família, por fazer parte da atenção psicológica do psicólogo hospitalar, geralmente apresenta sofrimento de diferentes níveis quando o ente familiar adocece, interferindo na sua dinâmica de funcionamento da dinâmica familiar; e

Graduandos, pós-graduandos, residentes: são alunos em cursos de formação em Psicologia, em processo de aprendizagem com foco na atuação prática e com vínculo formal com entidades conveniadas com a SES/DF. O foco de atenção do psicólogo hospitalar, quando desempenha ações de ensino, pesquisa, capacitação e orientação técnica visam qualificar futuros profissionais e as equipes de saúde para comunicar e interagir, tecnicamente, com usuários, familiares e cuidadores e a equipe multidisciplinar. A partir desta relação, é possível alcançar melhores resultados dos tratamentos realizados e promover bem-estar psicológico e qualidade de vida aos envolvidos.

#### 4.2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E NÃO-INCLUSÃO

Todo usuário em atendimento na instituição hospitalar fará jus à atenção da equipe de Psicologia da referida unidade, assim como seus familiares e/ou cuidadores, atendendo aos critérios abaixo discriminados:

##### 4.2.1. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

Enfermaria: usuários em regime de internação hospitalar nas clínicas atendidas pelo serviço de Psicologia, seus familiares/cuidadores, nas seguintes situações: (a) estado emocional ou comportamentos que interfiram, negativamente, no tratamento, seguimento ou adesão; (b) disfunção emocional, cognitiva e/ou comportamental que interfira no enfrentamento da doença, do tratamento e na adaptação à rotina hospitalar; (c) reação psicológica inadaptada ou sintomas psiquiátricos; (d) dificuldade para lidar com o diagnóstico de uma doença ameaçadora de vida ou com o processo de finitude e morte; (e) conflito envolvendo usuário, equipe e/ou família/cuidador; (f) necessidade de desenvolver estratégias adaptativas para lidar com o diagnóstico ou com limitações e sequelas relacionadas ao adoecimento; e (h) outras situações, relacionadas ao processo de saúde e doença que ocasionaram a demanda de internação e que envolvam o bem-estar psicológico e emocional do usuário, e seus familiares/cuidadores e da equipe.

Famíliares/cuidadores de usuários: serão avaliados pela equipe de Psicologia Hospitalar quando for identificada demanda psicológica durante o acompanhamento de saúde do usuário ao qual estão vinculados, ou mediante solicitação da equipe de saúde. A manutenção da assistência fica condicionada à presença de demandas psicológicas que surgiram ou se intensificaram com o adoecimento/tratamento e durante o período de internação do paciente na unidade hospitalar. ou falecimento do usuário assistido pela equipe de saúde hospitalar.

##### 4.2.2. CRITÉRIOS DE NÃO-INCLUSÃO:

Usuários não vinculados à unidade de saúde onde o psicólogo hospitalar atua; como também aqueles que, mesmo vinculados a tal unidade, não apresentem sinais e sintomas psíquicos relacionados ao processo de saúde-doença para o qual recebem assistência nas diferentes especialidades e clínicas; e

Famíliares e/ou acompanhantes que apresentem demandas psicológicas não relacionadas ao adoecimento/tratamento do usuário e que cumpram critério de contrarreferência para a atenção de nível primário ou para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

#### 5. LEGISLAÇÕES E NORMATIVAS

- Portaria SNAS/MS nº 303, de 02/07/1992 (BRASIL, 1992), que normatiza o funcionamento dos serviços de saúde pública para pessoas portadoras de deficiência e prevê assistência psicológica a esse público;
- Portaria SAS/MS nº 2.415, de 23/03/98 (BRASIL, 1998), que estabelece os critérios para credenciamento de hospital dia geriátrico, prevê a inclusão do psicólogo na equipe multidisciplinar, acompanhamento psicológico dos usuários, avaliação da psicomotricidade, realização de psicoterapia, estimulação cognitiva e comportamental e orientação para a família/cuidadores;
- Portaria GM/MS nº 44, de 10/01/2001 (BRASIL, 2001), que aprova a modalidade assistencial do hospital dia no âmbito do SUS, recomenda: atendimento psicoterápico (individual e grupal) dos usuários; inclusão do psicólogo na equipe multidisciplinar ampliada e área específica, independente ou integrada para consultório para o psicólogo;
- Portaria GM/MS nº 251, de 31/01/2002 (BRASIL, 2002), que estabelece as diretrizes e normas da assistência hospitalar em Psiquiatria, prevê a inclusão do psicólogo na equipe multidisciplinar. Orienta a realização de atendimento psicológico individual e grupal e atenção psicossocial para a alta hospitalar dos usuários;
- Portaria GM/MS nº 148, de 31/01/2012 (BRASIL, 2012), que normatiza o funcionamento do serviço hospitalar de referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas, faz referência à atenção psicossocial para esses usuários em situações de urgência/emergência ou comorbidades psiquiátricas ou clínicas;
- Portaria GM/MS nº 425, de 19/03/2013 (BRASIL, 2013), que regulamenta a assistência de alta complexidade aos usuários obesos, determina: a obrigatoriedade de acompanhamento psicológico pré-cirúrgico; orientação e apoio para mudança de hábitos; avaliação psicológica pós-operatório; inclusão do psicólogo (ou psiquiatra) na equipe mínima e a existência de protocolo de suporte psicológico ou psiquiátrico;
- Portaria GM/MS nº 140, de 27/02/2014 (BRASIL, 2014), que define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos para a atenção especializada em oncologia no âmbito do SUS, estabelece a inclusão do psicólogo na equipe multiprofissional e multidisciplinar para realizar assistência psicológica em regime ambulatorial, de internação, de rotina e de urgência;
- RDC nº. 154, de 15/06/2004 (BRASIL, 2006), que estabelece o regulamento técnico dos serviços de diálise, estabelece a inclusão do psicólogo na equipe mínima de assistência a esses usuários;
- Portaria GM/MS nº 389, de 13/03/2014 (BRASIL, 2014), que normatiza a linha de cuidado da pessoa com doença renal crônica (DRC), inclui o psicólogo na equipe mínima dos seguintes serviços: unidade especializada em DRC; hemodiálise; diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC) e diálise peritoneal automática (DPA);
- Portaria SAS/MS nº 62, de 19/04/94 (BRASIL, 1994), que normatiza o cadastramento de hospitais que realizam procedimento estético-funcional para portadores de má-formação lábio-palatal no SUS, prevê a prestação de assistência psicológica no hospital credenciado;
- Portaria SAS/MS nº 756, de 27/12/2005 (BRASIL, 2005), que define a rede estadual e regional de assistência de alta complexidade ao paciente neurológico, estabelece: a inserção do psicólogo (ou psiquiatra) na equipe de saúde; atendimento em Neuropsicologia; medidas de suporte e acompanhamento psicológico durante a internação hospitalar, pós-alta e atendimento ambulatorial e reabilitação;
- Portaria GM/MS nº 1.020, de 29/05/2013 (BRASIL, 2013), institui a organização da atenção à saúde na gestação de alto risco, inclui a assistência psicológica à gestantes, puérperas e ao recém-nascido;

- Portaria SAS/MS nº 95, de 14/02/2005 (BRASIL, 2005), que define e dá atribuições às unidades de assistência de alta complexidade em traumatologia ortopedia, prevê na estrutura assistencial: acompanhamento psicológico dos usuários; suporte psicológico no pré e pós-operatório, e reabilitação de usuários;
- Portaria GM/MS n.º 2.048, de 05/11/2002 (BRASIL, 2002), que apresenta o regulamento técnico dos serviços de urgência e emergência, prevê uma sala para atendimento psicológico, serviço de suporte, acompanhamento clínico e reabilitação de Psicologia;
- Portaria GM/MS nº 2.803, de 19/11/2013 (BRASIL, 2013), que redefine e amplia o processo transexualizador no SUS, inclui o psicólogo (ou psiquiatra) na equipe mínima para acompanhamento clínico, pré e pós-operatório dos usuários;
- Portaria GM/MS nº 931, de 02/05/2006 (BRASIL, 2006), que aprova o regulamento técnico para transplante de células-tronco hematopoiéticas, estabelece que o hospital deve dispor de serviço de Psicologia;
- Portaria SAS/MS nº 210, de 15/06/2004 (BRASIL, 2004), que define as unidades de assistência em alta complexidade cardiovascular e os centros de referência, prevê assistência psicológica na reabilitação, suporte e acompanhamento pré e pós-cirúrgico a esses usuários e a inclusão do psicólogo (ou profissional de saúde mental) na equipe de suporte; e
- Portaria Conjunta SAS/SVS/MS nº 01, de 16/01/2013 (BRASIL, 2013), que regulamenta os serviços de atenção às DST/HIV/AIDS, prevê a realização de assistência psicológica individual ou em grupo para usuários portadores de HIV/AIDS e a inclusão do psicólogo nos seguintes serviços: centros de testagem e aconselhamento (CTA), serviço de atenção especializada (SAE), centros de referência e treinamento (CRT), assistência domiciliar terapêutica em AIDS (ADT).

## 6. PROCEDIMENTOS RELACIONADOS À ATIVIDADE DESENVOLVIDA:

- O SIGTAP passa por atualizações mensalmente, portanto, recomenda-se aos profissionais dos serviços que seja feita a consulta periódica quanto ao surgimento de novos procedimentos, exclusão de procedimentos já existentes, ou mesmo alteração das regras de apresentação.
- Torna-se fundamental a observância de todos os parâmetros obrigatórios para aprovação da produção, tais como o número da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) e o serviço/classificação. Tais informações devem estar cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) para que o serviço possa apresentar a produção.
- A tabela abaixo relaciona alguns códigos mais utilizados e passíveis de serem lançados pelo CBO de psicólogos na alta complexidade, porém é necessário que o estabelecimento verifique o cadastro do profissional no CNES quanto ao serviço de classificação e/ou habilitação e a inclusão dos(as) psicólogos(as) naquele estabelecimento.

CÓDIGO	PROCEDIMENTO
05.03.01.001-4	Ações relacionadas à doação de órgãos e tecidos para transplante
05.03.04.005-3	Entrevista familiar para doação de órgãos de doadores em morte encefálica
05.03.04.006-1	Entrevista familiar para doação de tecidos de doadores com coração parado
05.06.01.005-8	Avaliação do possível doador falecido de órgãos ou tecidos para transplantes
02.11.10.001-3	Apliação de teste para psicodiagnóstico
03.01.01.004-8	Consulta de profissional de nível superior na atenção especializada

## 7. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ASSISTENCIAIS<sup>4</sup>:

### 7.1. ATRIBUIÇÕES:

1. Realizar atendimentos individuais ou grupais, de apoio, orientação, acompanhamento psicológico breve e focal, ou psicodiagnóstico;
2. Coordenar e manejar processos grupais tendo em vista as diferenças individuais e socioculturais de seus membros;
3. Identificar e avaliar a necessidade dos usuários, por meio de busca ativa, escolhendo métodos de intervenção da especialidade da psicologia da saúde e/ou da hospitalar, que sejam condizentes com o estado de saúde que apresentam e com as características da unidade de saúde a que estão vinculados;
4. Priorizar ações que complementem o trabalho dos demais profissionais e que promovam a prática interdisciplinar;
5. Vincular o trabalho da Psicologia às unidades de serviço;
6. Analisar o interesse e disposição do usuário, familiares/cuidadores para o encaminhamento à assistência psicológica;
7. Priorizar a atuação breve e focal para alcançar qualidade assistencial e níveis satisfatórios de produtividade no âmbito do serviço público;
8. Viabilizar assistência psicológica para usuários e familiares após alta hospitalar, quando necessário;
9. Adotar condutas e realizar prescrições de cuidado que denotem a relevância dos aspectos psicológicos, cognitivos, comportamentais psicossociais e emocionais no quadro clínico dos usuários;
10. Desenvolver e atualizar protocolos assistenciais, assim como implementar e aperfeiçoar rotinas de trabalho;
11. Desenvolver ações psicoeducativas com as equipes multiprofissionais no âmbito hospitalar;
12. Assessorar as equipes de saúde na definição de condutas e tratamentos;
13. Atuar e intervir em conjunto com a equipe de saúde multiprofissional trabalhando eventuais e/ou dificuldades de manejo com usuário e sua rede de apoio;
14. Potencializar a ação da Psicologia com o trabalho de estagiários, treinando em serviço ou residentes;
15. Motivar, coordenar e desenvolver pesquisas psicológicas no âmbito hospitalar;
16. Desenvolver instrumentos que permitam avaliar os resultados da intervenção psicológica e os ganhos institucionais decorrentes desta.

-----  
<sup>4</sup>Adaptado de Tonetto e Gomes (2007) e das Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) nos Serviços Hospitalares do SUS (CFP, 2019)

## 7.2. COMPETÊNCIAS:

1. Identificar, analisar e interpretar demandas psicológicas expressas de forma verbal e não-verbal;
2. Conhecer e dominar o campo teórico e técnico da Psicologia Hospitalar e da Saúde;
3. Participar ativamente dos espaços que promovam a interação multiprofissional;
4. Relacionar-se positivamente com a equipe multiprofissional com vistas a favorecer a atuação interdisciplinar;
5. Sistematizar o trabalho da Psicologia de modo a desenvolver ações assistenciais, de ensino e de pesquisa;
6. Compreender, orientar e cumprir as normas e rotinas das unidades hospitalares;
7. Adaptar referenciais teórico-metodológicos às necessidades da atuação em Psicologia Hospitalar e da Saúde demanda no âmbito hospitalar;
8. Conhecer e compreender a terminologia usual do contexto hospitalar;
9. Apresentar raciocínio clínico e de avaliação psicológica com foco no levantamento de hipóteses diagnósticas de acordo com as classificações diagnósticas vigentes;
10. Articular e compartilhar de forma clara e objetiva o conhecimento psicológico com os demais saberes que integram as equipes de saúde multiprofissional;
11. Apresentar a capacidade de intervir psicologicamente em situações de luto e morte com usuários, familiares, acompanhantes e equipes;
12. Planejar e realizar pesquisas a partir dos princípios ético-legais aplicando métodos científicos na rotina profissional;
13. Conhecer e articular, quando necessário, o encaminhamento do usuário e/ou seus familiares/cuidadores de acordo com os fluxos de rede e com respeito aos níveis de atenção em saúde.
14. Fazer contato com instituições que realizam tratamento psicológico ou promovam saúde, para encaminhamento de usuários, familiares e acompanhantes após a alta hospitalar.

## 7.3. DESCRIÇÃO DAS INFORMAÇÕES A SEREM COLETADAS E ESTRATÉGIAS UTILIZADAS<sup>5</sup>

INFORMAÇÕES	OBJETIVOS	COMO PROCEDER?
História de vida e do adoecimento, interferência do adoecimento na dinâmica individual e social do usuário, aspectos psicossociais e ambientais que interferem na condição de saúde integral do usuário.	Conhecer a história de vida e analisar demandas que necessitem de avaliação e intervenção psicológica com vistas à saúde integral.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolver processo de rapport com usuário, familiar/cuidador ou equipe de saúde;</li> <li>• Entrevistar usuário, familiar/cuidador e/ou equipe de saúde;</li> <li>• Identificar, por meio de interconsulta com demais profissionais da equipe de saúde multiprofissional, demandas percebidas durante os atendimentos realizados.</li> </ul>
Fatores cognitivos, comportamentais e psicossociais alterados na atual condição de saúde	Elaborar o plano terapêutico e desenvolver estratégias de intervenção psicológica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevistar usuário, familiar/cuidador e/ou equipe de saúde com os instrumentos adequados;</li> <li>• Observação direta e discussão do caso com a equipe de saúde multiprofissional;</li> <li>• Utilizar escalas de avaliação ou outros instrumentos pertinentes.</li> </ul>
Problemas e dificuldades relacionados a procedimentos terapêuticos.	Avaliar o processo de adesão ao tratamento de saúde e minimizar sofrimento psicológico referente aos procedimentos terapêuticos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analisar as queixas apresentadas pelos usuários e dificuldades relacionadas aos procedimentos;</li> <li>• Identificar a origem dos encaminhamentos e dos pedidos de interconsulta;</li> <li>• Realizar intervenções psicológicas com os usuários antes, durante ou após os procedimentos terapêuticos;</li> <li>• Orientar à equipe sobre as limitações e/ou dificuldades do usuário no que concerne à adesão ao tratamento prescrito;</li> <li>• Realizar treinamentos (teóricos e vivenciais) com a equipe para facilitar a adesão dos usuários aos procedimentos terapêuticos.</li> </ul>
Identificação e caracterização da rede de apoio social.	Analisar as relações sociais e familiares do usuário e avaliar a funcionalidade das redes de apoio que	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação da organização e dinâmica da rede de apoio psicossocial, sua funcionalidade e interferências na vida do usuário;</li> </ul>

	possam complementar a intervenção terapêutica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificação das demandas psicológicas da rede de apoio, realizar atendimento ou encaminhar para outros serviços de Psicologia da rede, quando necessário.</li> </ul>
Caracterizar a comunicação usuário-equipe-família.	Favorecer análise de questões relacionais importantes para seguimento das orientações prescritas pela equipe de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Discussão de caso com a equipe multiprofissional;</li> <li>Orientação psicológica à equipe sobre estratégias para comunicação com o usuário/família/cuidadores, considerando as características individuais;</li> <li>Realização de atendimentos compartilhados;</li> <li>Promoção de comunicação qualificada entre os envolvidos;</li> <li>Mediação de conflitos, quando necessário;</li> <li>Orientação e facilitação da transição de equipe de cuidados, quando necessário.</li> </ul>

<sup>5</sup>Adaptado de Gorayeb e Guerrelhas (2003). Essas informações são as primordiais para a realização da assistência psicológica. A depender do contexto hospitalar, outras informações deverão ser analisadas pelo psicólogo e, também, adquirida a partir de entrevistas realizadas por outros profissionais da equipe de saúde.

#### 7.4. ATIVIDADES NO CONTEXTO DA PSICOLOGIA HOSPITALAR

TABELA 1. CLASSIFICAÇÃO DAS ATIVIDADES NO CONTEXTO DA PSICOLOGIA HOSPITALAR		
ATIVIDADE	CLASSIFICAÇÃO	DISCUSSÃO/JUSTIFICATIVA
Consulta de acolhimento, demanda e encaminhamento	Compartilhada	O fortalecimento do modelo biopsicossocial de cuidados com a saúde contribuiu para a instituição de um modelo de atenção hospitalar que busca atender o paciente de forma integral e não fragmentada. Procura-se respeitar as necessidades não só físicas e biológicas, mas também psicológicas e sociais do paciente e de seus familiares/cuidadores. Dessa forma, o acolhimento do usuário e a avaliação das demandas pré-hospitalares deve ser uma atividade compartilhada por todos os profissionais da equipe multidisciplinar e não prerrogativa de apenas uma área de assistência (LEVENTHAL; ZIMMERMAN, GUTMANN, 1984).
Anamnese psicológica	Exclusiva	A anamnese é um procedimento técnico no qual profissionais de saúde coletam informações junto aos pacientes, familiares/acompanhantes, mediante entrevista e exames, a fim de identificar sinais e sintomas indicativos de alguma patologia ou condição de saúde. TAVARES (2000) considera que a entrevista psicológica é um conjunto de técnicas de investigação, de tempo limitado, conduzida por um psicólogo treinado que emprega os conhecimentos psicológicos em uma relação profissional, com a finalidade de descrever e avaliar aspectos pessoais, relacionais ou sistêmicos (indivíduo, casal, família, rede social). Tal procedimento pode acontecer em apenas um atendimento ou pode se estender em um processo de avaliação que demande, além da entrevista, uma gama de outros instrumentos (testes projetivos e/ou cognitivos, técnicas de observação, visitas domiciliares ou institucionais). Destaca-se que a anamnese psicológica tem por objetivo formular recomendações, orientar encaminhamentos ou indicar algum tipo de intervenção benéfica à pessoa entrevistada, não se restringindo apenas à hipótese diagnóstica.
Psicoeducação (grupo e/ou individual)	Compartilhada	A psicoeducação é uma abordagem baseada em métodos experimentais e científicos, partindo do pressuposto de que as cognições gerenciam as emoções e os comportamentos. É caracterizada por ser limitada no tempo, estruturada, diretiva, focada no presente e na resolução de problemas e dúvidas. Dessa forma, a disposição de informações sobre a patologia, tratamentos e rotina hospitalar podem contribuir para a identificação e manejo dos pensamentos e comportamentos disfuncionais que estão na base da aflição e sofrimento de usuários, familiares/cuidadores (FIGUEIREDO, 2009). Por ser uma ação de compartilhamento de informações, orientação e

		disposição para sanar dúvidas, a psicoeducação é uma atividade que pode ser desenvolvida por psicólogos e por todos os profissionais de saúde e apoio que atuam no hospital.
Atendimento psicológico - Psicoterapia breve-focal	Exclusiva	A psicoterapia breve é um procedimento terapêutico com objetivos delimitados em torno de um foco e da temporalidade. Entende-se por foco a superação dos sintomas e os problemas atuais do processo saúde-doença do usuário. Como o foco constitui agente norteador desta modalidade, ela também é denominada de psicoterapia focal (ALMEIDA, 2010). De acordo com Fiorini (2004), na psicoterapia breve, o profissional exerce um papel essencialmente ativo, dispondo de uma ampla gama de intervenções e elaborando um plano de abordagem individualizado a partir do contexto global do usuário e da estrutura dinâmica essencial de sua problemática. Esse plano individual também é denominado projeto terapêutico e tem por objetivo estabelecer metas a serem atingidas em prazos aproximadamente exequíveis. No SUS a psicoterapia breve-focal é indicada especialmente nos atendimentos psicológicos individuais, considerando o foco das intervenções e a brevidade da assistência prestada, viabilizando o acesso de outros usuários ao serviço de Psicologia.
Avaliação e testagem psicológica	Exclusiva	De acordo com o Manual de Elaboração de Documentos, elaborado pelo CFP (Resolução nº 06/2019), a avaliação psicológica refere-se a um processo técnico-científico para coleta de informações, dados, estudos, interpretação e análise de informações concernentes a fenômenos psicológicos. Para tal fim são necessários métodos e técnicas exclusivos da prática profissional do psicólogo. A avaliação psicológica pode ser realizada, também, mediante a aplicação de testes psicológicos. De acordo com a Lei 4.119/62 que regulamenta a profissão de Psicologia no Brasil, a testagem psicológica é de competência exclusiva ao psicólogo.
Guarda de material psicológico	Exclusiva	É dever do profissional psicólogo a guarda dos documentos de Avaliação Psicológica em arquivos seguros e de acesso controlado, disponibilizando as informações de Avaliação Psicológica apenas àqueles(as) com o direito de conhecê-las, como profissionais ou pessoas que não estão submetidos(as) ao sigilo profissional (Código de Ética do Profissional Psicólogo).
Interconsulta	Compartilhada	A interconsulta configura-se como uma consulta realizada por um profissional de saúde em relação a um usuário específico mediante a solicitação do especialista por ele responsável. Como modelo de atenção, possibilita a melhora dos cuidados dispensados ao paciente, auxiliando na provisão do atendimento a todos os aspectos envolvidos na situação de doença e hospitalização (NOGUEIRA-MARTINS, 1995). A atuação do interconsultor em saúde mental no hospital geral deve se pautar pela presteza e sistematização de ações (BOTEGA, 2006). A boa qualidade da intervenção dependerá, entre outros fatores, do estabelecimento de um contato inicial satisfatório entre o profissional solicitante e o interconsultor para esclarecer a razão do pedido e compreender a história clínica e pessoal do usuário, o que permitirá o planejamento de estratégias de intervenção apropriadas ao caso em questão.
Visita Domiciliar	Compartilhada	Em alguns contextos, a visita domiciliar é um importante instrumento de avaliação e intervenção em saúde. Permite a observação do paciente em seu ambiente natural de cuidados, avaliação de recursos da família para enfrentamento, observação das ações de adesão ao tratamento e reorientação, se necessário, do tratamento prescrito. Ressalta-se o caráter educativo dessa atividade que, pode ser considerada essencialmente multidisciplinar, desenvolvida por profissionais tanto da Psicologia, quanto, do serviço social e da enfermagem, principalmente. Os psicólogos se beneficiam dessa atividade, também, por meio da avaliação, compartilhada em equipe multidisciplinar. A realização da visita em conjunto pela equipe multiprofissional agiliza e favorece a avaliação das demandas, a reorientação do plano de cuidados com o paciente e a orientação quanto ao seguimento deste plano. Devem, contudo, focalizar sua intervenção nos aspectos comportamentais e relacionais observados durante a visita e potencialmente relacionados aos processos de enfrentamento e adesão.

Intervenção em crise	Compartilhada	A intervenção em crise é uma estratégia de ajuda indicada no enfrentamento a um evento traumático e tem por objetivo minimizar os danos físicos ou psíquicos decorrentes de experiências estressoras (desastres naturais, diagnóstico de doenças, acidentes, violência), pois, nessas circunstâncias, a integridade física e/ou emocional das pessoas encontra-se comprometida (SÁ; WERLANG, PARANHOS, 2008). Nas situações de crise, os envolvidos encontram-se imersos por pensamentos e sentimentos que dificultam a tomada de decisão e estabelecimento de prioridades. Em decorrência disso, dispõem energia com situações que não podem ser prontamente resolvidas e negligenciam os problemas imediatamente sanáveis. É neste contexto que o auxílio profissional é fundamental para ajudar a pessoa a organizar os pensamentos em dois grupos principais: metas de curto prazo como o estabelecimento de estratégias para minorar o sofrimento, manejo do medo, tranquilizar o paciente, falar sobre o evento, viabilizar o contato com rede de apoio; e metas de longo prazo como a retomada de planos de vida, retorno às atividades profissionais, acompanhamento psicossocial dentre outros (BENVENISTE, 2000). Assim, a intervenção em crise demanda uma atitude ativa do profissional de saúde engajado na situação de crise vigente, com o intuito de promover no indivíduo uma mobilização de recursos próprios para compreender, elaborar e superar o problema, e assim minorar os sofrimentos vividos (RAFFO, 2005).
Articulação em rede	Compartilhada	Articulação em rede é um processo compartilhado entre os diversos serviços (de saúde e intersetoriais) que observa o princípio da integralidade da assistência em saúde do SUS, garantindo ao cidadão o direito de acesso a todas as esferas de atenção em saúde, contemplando ações assistenciais em todos os níveis de complexidade à atividades inseridas nos âmbitos da prevenção de doenças e promoção da saúde. Dessa maneira, a articulação em rede é fundamental para a constituição de uma rede de serviços com ações integradas capaz de viabilizar a atenção integral à saúde humana. A articulação em rede deve ainda ser realizada a partir da construção de fluxos e circuitos, envolvendo diversos atores para além do sistema de saúde, englobando, de forma recíproca, serviços de outras esferas institucionais. É importante que cada profissional de saúde de diferentes unidades e serviços planeje e execute a articulação em rede a partir das especificidades e singularidades de cada usuário, levando em conta as necessidades reais do mesmo para que haja potencialização e integração de todos os serviços – dentro e fora do sistema de saúde – no cuidado efetivo e ampliado ao indivíduo (BRASIL, 2008; PINHEIROS, MATOS, 2009).
Facilitação para a adesão ao tratamento	Compartilhada	A Organização Mundial de Saúde (OMS) define adesão ao tratamento como a “medida na qual o comportamento de uma pessoa (de usar uma medicação, seguir uma dieta e/ou modificar estilo de vida) corresponde às recomendações feitas por um profissional de saúde e à concordância entre paciente e profissional quanto a essas recomendações” (OMS, 2003, p.3). Com essa definição, a OMS considera que a relação estabelecida entre usuários e profissionais de saúde deve ser uma parceria, construída a partir das habilidades de cada um, e destaca a importância da qualidade dessa relação como variável determinante do sucesso da adesão. Essa definição representa um avanço no sentido de aproximar o conceito de adesão (adherence) à ideia de participação ativa do paciente em seu tratamento, característica do modelo biopsicossocial; em oposição ao conceito de obediência ao tratamento (compliance), adotado pelo modelo biomédico tradicional (FERREIRA, 2006). No contexto do modelo biopsicossocial, que se busca implantar e consolidar na assistência à saúde pública do DF, o papel do psicólogo (e de qualquer outro membro da equipe multidisciplinar) em relação à adesão ao tratamento, então, é favorecer essa participação ativa do paciente no processo de tomada de decisão sobre seu tratamento e não de convencer o usuário a seguir determinada prescrição. O foco é na avaliação e intervenção sobre condições ambientais, mais do que sobre características de personalidade do usuário, com objetivo de facilitar o sucesso de um tratamento (LEVENTHAL, ZIMMERMAN, GUTMANN, 1984)
Elaboração de parecer psicológico	Exclusiva	O manual de elaboração de documentos escritos do CFP (resolução nº 06/2019), apresenta informações referentes à produção de documentos psicológicos, que devem estar pautados em princípios éticos e técnicos exclusivos da profissão. A partir da fundamentação científica, o psicólogo

		emba suas hipóteses, proposições, conclusões e encaminhamentos, se for o caso. Portanto, a elaboração de parecer psicológico é de responsabilidade profissional exclusiva do psicólogo.
Comunicação de diagnóstico e óbito	Não é atribuição	A comunicação de más-notícias – como a confirmação do diagnóstico de uma doença grave ou a informação de óbito – demanda treinamento, sensibilidade, avaliação prévia das condições emocionais e culturais dos usuários que receberão a notícia, conhecimentos técnicos referentes à patologia diagnosticada e das circunstâncias que ocasionaram o óbito. Considerando o impacto emocional negativo de tais informações, geralmente elas são delegadas exclusivamente aos profissionais de Psicologia, algo que não é de sua responsabilidade profissional por não possuir conhecimentos técnicos de tais fatos. Em contrapartida, verifica-se no Código de Ética Médica (CFM, 2009), no artigo 13 do capítulo sobre a responsabilidade profissional, que diz: “é vedado ao médico deixar de esclarecer o paciente sobre as determinantes sociais, ambientais ou profissionais de sua doença”. No capítulo referente à relação com pacientes e familiares, artigo 34, lê-se: “é vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal. Considerando as especificidades de conhecimento acerca do processo do diagnóstico e prognóstico, bem como das causas do óbito, esse tipo de comunicação não é de responsabilidade do profissional (Ofício-Circular CFP nº 65/2020 de 18/05/2020 - Recomendações sobre comunicação de óbito por psicólogas) de Psicologia. Nestes casos, sugere-se que o psicólogo hospitalar realize capacitações e vivências com as equipes de saúde, incluindo o profissional médico, sobre comunicação de más-notícias e, em tais situações, que possa acompanhá-lo para colaborar e minimizar os impactos negativos decorrentes de tais informações aos usuários e familiares/cuidadores.

## 8. ATUAÇÃO DA PSICOLOGIA NOS SERVIÇOS DE TERAPIA INTENSIVA

Como apresentado na sessão de introdução deste documento, o foco da Psicologia Hospitalar é o componente psicológico em torno do adoecimento, tendo como principal objetivo a minimização do sofrimento provocado pela hospitalização.

Conforme Vieira (2018), tanto o paciente quanto a família são objetos da atuação hospitalar do profissional de Psicologia e, principalmente nos Serviços de Terapia Intensiva, as interferências emocionais da hospitalização tornam-se ainda mais extremadas pela iminência da morte e possível configuração de luto antecipatório. Nesse sentido, cabe aos profissionais da saúde, principalmente aos psicólogos, estarem munidos de subsídios e recursos teóricos para efetuar um atendimento com qualidade.

A relação entre a promoção integral da saúde de pacientes internados em Serviços de Terapia Intensiva e as ações da Psicologia em seu atendimento é fato unânime na literatura científica. Apesar de muito bem documentado e, mesmo com os avanços legais que garantem a presença deste profissional nos Serviços de Terapia Intensiva, tais ambientes permaneceram aversivos, seja pelo pouco tempo para o ajustamento familiar, seja pela dificuldade de manejo das questões técnicas inerentes e relacionadas a tal internação. Desta forma e para a garantia do exercício da Política de Humanização do SUS - HumanizaSUS, o Ministério da Saúde instituiu, em 2012, esse profissional como membro efetivo e obrigatório das Unidades de Terapia Intensiva (UTIs).

Em consonância ao Ministério da Saúde e com o intuito de criar parâmetros técnicos para o exercício deste profissional em suas diversas esferas de atuação hospitalar, a Referência Técnica para Atuação de Psicólogos(os) nos Serviços Hospitalares do SUS (2019) foi elaborada pelo Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas do Conselho Federal de Psicologia, implicando este profissional nos cuidados, não apenas relacionados ao sofrimento psíquico, mas também relativos à evolução do quadro clínico até a fase final, seja esta a alta hospitalar - sobretudo em virtude do Transtorno de Estresse Pós-traumático em pacientes pós-UTI -, o óbito e/ou luto associados.

Tais ações colocam o Brasil em posição de alinhamento em relação às orientações do Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric, and Adult ICU que aponta a existência de intervenções importantes que podem ser implementadas com base nas evidências disponíveis e sem demandar investimentos significativos ou equipamentos especiais para prestação de serviços de Psicologia, fazendo-se necessário que as recomendações e evidências sejam revistas e adaptadas ao processo de trabalho e aos recursos disponíveis em cada Serviço de Terapia Intensiva, considerando suas particularidades.

Nesse sentido, o referido Guideline sugere que seja oferecido acompanhamento psicológico aos pacientes e acompanhantes de pacientes internados nos Serviços de Terapia Intensiva para que sejam garantidos o bem-estar, a participação nos cuidados intra-hospitalares e o preparo para os cuidados extra-hospitalares. É importante que seja estruturada uma forma de comunicação, em consonância com a capacidade de compreensão dos usuários para lidar de forma mais resiliente com as adversidades que se apresentam, minimizando assim, sintomas de ansiedade, depressão ou estresse agudo ou pós-traumático dos familiares e pacientes.

Essa estruturação assistencial se reflete na compreensão de que a condição de doença crítica e a internação em Serviços de Terapia Intensiva são processos complexos e com impacto significativo para todos os usuários nela envolvidos. Abordagens centradas na família são importantes para associar qualidade à assistência e se constituem em um dos pilares do cuidado humanizado. A atenção à família reconhece que o paciente está incluído em uma estrutura social e em uma rede de relacionamentos e os entende como uma unidade de cuidados. Neste modelo, a família passa a ser também usuária do sistema de saúde, destacando-se o importante papel que ela exerce no tratamento do paciente, colaborando, dentre outros fatores, com a diminuição do impacto da crise relacionada à doença crítica e na preparação dos membros da família para tomada de decisão e atendimento das demandas relativas ao cuidado.

### 8.1. ATRIBUIÇÕES ASSISTENCIAIS

- A atuação do Psicólogo nas UTIs deverá ser orientada aos usuários, aqui compreendidos como o paciente, familiares e cuidadores e pautada pelos preceitos da Psicologia da Saúde; intervenções psicológicas breves, focais e de apoio; além de Teorias e Técnicas Grupais.
- O Psicólogo deve possuir postura ativa para reconhecer demandas e necessidades de assistência psicológica, por meio de rotina sistematizada.
- O Psicólogo estabelecerá a ordem de atendimento para o dia, pautando-se na lista de condições que considere prioridade, segundo o funcionamento do serviço.
- É papel do Psicólogo a promoção da adaptação dos usuários à hospitalização e ao processo de adoecimento, a identificação das variáveis que influenciam nesses processos e a criação de estratégias de enfrentamento junto ao paciente, sua família e equipe para lidar com os eventos estressores.
- O Psicólogo deve atuar como facilitador da compreensão da equipe, pacientes e familiares em relação às manifestações afetivas, cognitivas e comportamentais envolvidas no processo da internação e adoecimento, contribuindo para que sejam consideradas as necessidades individuais, favorecendo que o sujeito seja avaliado e tratado como um ser biopsicossocial, com demandas que extrapolam os cuidados meramente físicos.
- O Psicólogo deve participar das reuniões e treinamentos que venham a ser oferecidos à equipe, de maneira a fomentar o conhecimento técnico transdisciplinar necessário para a garantia das atividades psicoeducacionais desse profissional.
- Constitui atividade do Psicólogo a realização de Diagnóstico Psicológico (Lei nº 4.119 de 27 de Agosto de 1962).
- Também constitui atividade desse profissional colaborar com o diagnóstico diferencial da Hipótese Diagnóstica de Delirium já estabelecida pela equipe médica (devido à sua possível etiologia orgânica), bem como atuar na prevenção e manejo do quadro.
- O Psicólogo é profissional corresponsável, junto a todo e qualquer membro da equipe multidisciplinar de Terapia Intensiva, pela implementação da Política de Humanização do SUS - HumanizaSUS, fomentada pelo Ministério da Saúde.
- É prerrogativa do Psicólogo a prescrição de cuidados Psicológicos individuais ou em grupo dos usuários por ele atendidos nas Unidades de Terapia Intensiva, conforme sugerido no modelo de ficha de Admissão Psicológica (Anexo II).
- O Psicólogo deve participar junto à equipe da elaboração e aplicação do Plano Terapêutico Individualizado (PTI) dos usuários, assim como das demais atividades multidisciplinares.
- O Psicólogo deve colaborar junto à equipe multidisciplinar na seleção do perfil de acompanhante que melhor se adeque à proposta do PTI, para visita ampliada nas dependências dos Serviços de Terapia Intensiva.
- O Psicólogo deve evoluir em prontuário os atendimentos por ele realizados, bem como as atividades psicológicas desenvolvidas em conjunto com a equipe multidisciplinar, utilizando-se de ferramenta padronizada pelo serviço. A garantia de acesso à informação por parte da equipe é obrigatória, conforme o descrito no item de Registro em Prontuário deste documento.

## 8.2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DE PACIENTES

Todos os pacientes e familiares dos Serviços de Terapia Intensiva são potenciais alvos de Assistência Psicológica, considerando o risco emocional inerente ao ambiente e ao processo de saúde-doença.

## 8.3. ORGANIZAÇÃO DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE PSICOLOGIA NAS UTIS

Sugere-se, que sejam considerados os seguintes critérios para determinação da priorização do atendimento psicológico:

- Admissões do dia; ou
- Estado clínico gravíssimo, prognóstico reservado e cuidados paliativos; ou
- Suspeita de morte encefálica; ou
- Familiares vivenciando situação de proximidade de perda ou o próprio óbito do paciente durante a internação; ou
- Menores de idade internados em UTI/Adulto ou como acompanhantes em UTI neonatal e/ou pediátrica; ou
- Pacientes cujo motivo da internação seja tentativa de autoextermínio; ou
- Paciente com suspeita ou confirmação de ser vítima de violência, seja adulto, idoso ou criança; ou
- Existência de risco de limitações permanentes, como amputação ou perda de funções físicas e/ou psíquicas; ou
- Suspeita de delirium e/ou quadro já identificado; ou
- Suspeita de transtorno de humor e/ou quadro já identificado; ou
- Presença de conflito envolvendo a tríade paciente, família e equipe; ou
- Quadros dolorosos; ou
- Paciente com indicação, em acordo com a equipe multiprofissional, para permanência de acompanhante; ou
- Acompanhantes com dificuldades no exercício deste papel ou de permanência na Unidade; ou
- Necessidade de identificação e avaliação da rede de suporte social; ou
- Necessidade de comunicação alternativa; ou
- Portadores de doença crônica; ou
- Cuidador de paciente com doença crônica; ou
- Paciente sem identificação; ou
- Paciente que receberá alta.

## 9. REGISTRO EM PRONTUÁRIO

1. Multidisciplinar: é dever do psicólogo hospitalar registrar, em prontuário multidisciplinar, informações sobre a assistência psicológica prestada ao usuário e/ou aos seus familiares/cuidadores do SUS, assim como, é vedada a manutenção de prontuário psicológico paralelo ao multidisciplinar.
- Deve contemplar informações gerais e relevantes para o seguimento do tratamento do usuário, seu registro e que corroborem a melhoria da prestação de cuidados dos demais profissionais da equipe de saúde, conforme consta no art. 12 do Código de Ética Profissional do Psicólogo (CFP nº010/2005);
- No cabeçalho deve constar especialidade, setor e local. Exemplo: Psicologia – Clínica Cirúrgica/HRC, Psicologia – Hematologia/HBDF;
- Contextualização:
  - a) Informação sobre diagnóstico, quadro clínico e experiências prévias (adoecimento, hospitalização, luto etc.);
  - b) Aspectos cognitivos e psicoafetivos (atitude, consciência e orientação, percepção, discurso, humor, afeto, consciência da morbidade e do prognóstico, estratégias de enfrentamento);
  - c) Dados sobre a rede de apoio psicossocial;
- Resultado da avaliação feita pelo profissional e prognóstico (descrição dos sinais e sintomas identificados e formulação de hipótese diagnóstica, se necessário);
- Detalhamento dos procedimentos psicológicos prescritos e estabelecimento de condutas: suporte psicológico (ao usuário e/ou familiares/cuidadores), continuidade do acompanhamento durante a internação, intervenção em crise, psicoeducação, discussão do caso com a equipe, encaminhamentos diversos.
- Sugere-se forma de registro de evolução segundo a lógica do S.O.A.P. (Almeida, Cantal e Costa Junior, 2008)

## 10. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Computador, impressora, lápis grafite, caneta esferográfica, corretivo, jogos e brinquedos, adesivos infantis, cadernos de colorir, canetinhas, lápis de cor, apontador com depósito, giz de cera, tesoura sem ponta, cola bastão, resma de papel, cartolina, massinha, balão, gibis, livros infantis e educativos, revistas para recorte, lenços de papel, testes psicológicos e neuropsicológicos.

## 11. SIGLÁRIO

CFP – Conselho Federal de Psicologia

PNH – Política Nacional de Humanização

SES/DF – Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

## 12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA; F. F., CANTAL, C.; COSTA JUNIOR, A. L. Prontuário psicológico orientado para o problema: um modelo em construção. Psicologia: Ciência e Profissão, Brasília, v. 28, n. 2, p. 430-442, 2008.

ALMEIDA, R. A. Possibilidades de utilização da psicoterapia breve em hospital geral. Revista da SBPH, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 94-106, jun. 2010.

BENVENISTE, D. Intervención en Crisis Después de Grandes Desastres Trópicos: La Revista de la Sociedad Psicoanalítica de Caracas, v.VIII, n. 1, p. 1-6, 2000.

BOTEGA, N. J. Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: Interconsulta e Emergência (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed, 2006.

BRASIL. Portaria SNAS/MS nº 303 de 02 de julho de 1992. Estabelece diretrizes e normas para organização dos serviços para atendimento hospitalar a portadores de deficiência e em reabilitação. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 03 de julho 1992.

\_\_\_\_\_. Portaria SAS/MS n.º 62, de 19 de abril de 1994. Normatiza o cadastramento de hospitais que realizam procedimento estético-funcional para portadores de má-formação lábio-palatal no SUS e a prestação de assistência psicológica no hospital credenciado. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 14 de abril de 1994.

\_\_\_\_\_. Portaria SAS/MS nº 2.415 de 23 de março de 1998. Estabelece requisitos para credenciamento de Unidades Hospitalares e critérios para realização de internação em regime de hospital-dia. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 26 de março de 1998.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 44 de 10 de janeiro de 2001. Define a assistência em regime de hospital-dia e estabelece requisitos para realização de procedimentos em regime de hospital-dia pelo Sistema Único de Saúde. Portaria nº 44 Em 10 de janeiro de 2001. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, seção 1, 12 de janeiro de 2001, p.27.

\_\_\_\_\_. Portaria GM/MS nº 251 de 31 de janeiro de 2002. Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede SUS e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 04 de fevereiro de 2002.

\_\_\_\_\_. Portaria GM/MS nº 2048 de 05 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 05 de novembro de 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 210 de 15 de junho de 2004. Define Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular e os Centros de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular e suas aptidões e qualidades. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 15 de junho de 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 95 de 14 de fevereiro de 2005. Define e dá atribuições às Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia-ortopedia. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, seção 1, 16 de fevereiro de 2005, p.33.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 756 de 27 de dezembro de 2005. Define Redes Estaduais e/ou Regionais de Assistência ao paciente Neurológico na Alta Complexidade e determina condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência a esses pacientes. Portaria nº 756 Em 27 de dezembro de 2005. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 27 de dezembro de 2005.

\_\_\_\_\_. Portaria GM/MS nº 931 de 02 de maio de 2006. Aprova o Regulamento Técnico para Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 02 de maio de 2006.

\_\_\_\_\_. Resolução da Diretoria Colegiada (ANVISA) nº. 154, de 15 de junho de 2006. Estabelece o regulamento técnico dos serviços de diálise e a inclusão do psicólogo na equipe mínima de assistência a esses usuários. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, seção 1, 31 de maio de 2006, p.56.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS. Editora MS, 2008.

\_\_\_\_\_. Portaria GM/MS nº 148 de 31 de janeiro de 2012. Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar de Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimentos e de custeio. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 01 de fevereiro de 2012, seção 1, data, p.33.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta nº 1 de 16 de janeiro de 2013. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Altera na Tabela de Serviço Especializado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) o Serviço 106-Serviço de Atenção a DST/HIV/AIDS, e institui o Regulamento de Serviços de Atenção às DST/HIV/AIDS, que define suas modalidades, classificação, organização das estruturas e o funcionamento. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 16 de janeiro de 2013.

\_\_\_\_\_. Portaria GM/MS nº 425, de 19 de março de 2013. Regulamenta a assistência de alta complexidade aos usuários obesos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, seção 1, 15 de abril de 2013, p.59.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1020 de 29 de maio de 2013. Institui diretrizes para organização da Atenção à Saúde na Gestaçã de Alto Risco e define os critérios para implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestaçã de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformaçã com a Rede Cegonha. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, seção 1, 31 de maio de 2013, p.73.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2803 de 19 de novembro de 2013. Redefine e amplia o Processo Transexualizador do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, seção 1, 21 de novembro de 2013, p.25.

\_\_\_\_\_. Portaria GM/MS nº 140, de 27 de fevereiro de 2014. Define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação dos estabelecimentos para a atenção especializada em oncologia no âmbito do SUS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, seção 1, 2 de abr. 2014, p.63.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 389, de 13 de março de 2014. Normatiza a linha de cuidado da pessoa com doença renal crônica (DRC). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, seção 1, 14 de março de 2014, p.34.

CASTRO, E. K.; BORNHOLDT, E. Psicologia da Saúde x Psicologia Hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. Psicologia: Ciência e Profissão, Brasília, v. 24, n. 3, p. 48-57, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (2001). Resolução CFP nº 002/2001, Disponível em <[http://www.pol.org.br/legislacao/doc/resolucao\\_2001\\_2.doc](http://www.pol.org.br/legislacao/doc/resolucao_2001_2.doc)>. Acesso em 28 out. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) nos serviços hospitalares do SUS . Brasília : CFP, 2019. p.1-128.

COSTA, D.C.; SÁ, M.J.; CALHEIROS, J.M. Rede de Apoio Social e Qualidade de Vida de pacientes com esclerose múltipla. Arquivos de Neuropsiquiatria, v.75, n. 5, p. 267-271, 2017.

FERREIRA, E.A.P. Adesão ao tratamento em Psicologia pediátrica. In: Crepaldi, M. A.; Linhares, M. B. M.; Perosa, G. B. (Orgs.). Temas em Psicologia pediátrica. São Paulo: Casa do Psicólogo. p. 147-189, 2006.

FIGUEIREDO, A.L.; SOUZA, L., DELL'ÁGLIO Jr, J.C.; ARGIMON, I.I.L. O uso da psicoeducação no tratamento de transtorno bipolar. Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva.v. XI, p.15-24, 2009.

FIORINI, H.J. Teoria e Técnicas de Psicoterapias. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

GORAYEB, R.; GUERRELHAS, F. Sistematização da prática psicológica em ambientes médicos. Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, São Paulo, v. V, n. 1, p. 11-19, 2003.

GUIMARÃES, S.S. A hospitalização na infância. Psicologia: Teoria e Pesquisa, Brasília, v.4, p. 102-112, 1998.

LEVENTHAL, H.; ZIMMERMAN, R.; GUTMANN, M. Compliance: A self-regulation perspective. In: W.D. Gentry (Ed.), Handbook of behavioral medicine. New York: Guilford Press, p. 370-436, 1984.

MORETTI, F.A.; BARSOTTINI, C.G.N. Apoio, acolhimento e orientações à distância para pacientes com dor crônica. Relato de caso. Revista Dor, v.18, n. 1, p. 85-87, 2017.

NOGUEIRA-MARTINS, L. A. Os beneficiários da interconsulta psiquiátrica. Boletim de Psiquiatria, v. 28, n.1, p. 22-23, 1995.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Adherence to longterm therapies: Evidence for action. Geneva: World Health Organization, 2003.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Edição eletrônica, 2009.

Psicologado (2013). Disponível em: <<https://psicologado.com/atuacao/Psicologia-hospitalar/a-Psicologia-hospitalar>>. Acessado em 28 out. 2016.

RAFFO, S. L. Intervención en crisis. Apuntes para uso exclusivo de docencia. Departamento de Psiquiatria y Salud – Campus Sur. Universidad de Chile, 2005.

SÁ, S. D.; WERLANG, B. S. Guevara; PARANHOS, M. E. Intervenção em crise. Revista Brasileira de Terapia Cognitiva, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, jun. 2008.

SOBROSA, G. M. R. et al. O Desenvolvimento da Psicologia da Saúde a partir da construção da Saúde Pública no Brasil. Revista de Psicologia da IMED, v. 6, n. 1, p. 4-9, 2014.

TAVARES, M. A entrevista clínica. In: Cunha, J.A. [et. al.], Psicodiagnóstico-V. 5. ed., Porto Alegre: Artmed, p. 75-87, 2007.

TONETTO, A. M.; GOMES, W. B. Competências e habilidades necessárias à prática psicológica hospitalar. Arquivos Brasileiros de Psicologia, Rio de Janeiro, v. 59, n. 1, p. 38-50, 2007.

VIEIRA, A. G. & WAISCHUNNG, C. D. A atuação do psicólogo hospitalar em Unidades de Terapia Intensiva: a atenção prestada ao paciente, familiares e equipe, uma revisão da literatura. Revista da SBPH, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 132-153, 2018

WAIKIUCHI, J.; BENEDETTI, G.M.S.; CASADO, J.M.; MARCON, S.S.; SALES, C.A. Sentimentos compartilhados por acompanhantes de pacientes oncológicos hospedados em casas de apoio: um estudo fenomenológico. Escola Ana Nery, v. 21, n. 1, p. 1-8, 2017.

## ELABORAÇÃO

**Fabício Fernandes Almeida** – Mat. 1441.299-3

SES/SAI/COASIS/DISSAM/GPSI

Psicólogo, CRP 01/13012

Formação em Manejo de Dor Aguda e Crônica

Aprimoramento em Teoria Cognitivo-Comportamental

Especialista em Neuropsicologia

Mestre em Psicologia do Desenvolvimento Humano e Saúde – Área de Concentração Psicologia da Saúde.

Secretário-Executivo da Câmara Técnica de Atenção Psicológica da SES/DF.

**Cristina Ribeiro dos Anjos** – Mat. 1679.973-9

SES/SRSCS/HRGU/GEMERG

Psicóloga, CRP 01/16639

Formação em Psicanálise Winnicottiana

Especialista em Teorias Psicanalíticas

Especialista em Psicoterapia em Intervenção em Crise Suicida

Representante dos Hospitais Gerais e Secretária-Executiva do Comitê Permanente de Prevenção do Suicídio da SES/DF.

Membro da Câmara Técnica de Atenção Psicológica da SES/DF

**Adriana Mayon Neiva Flores** – Mat. 1441.300-0

SES/SRSNO/HRS/GACL/UNEFRO

Psicóloga, CRP 01/7062

Mestre em Psicologia do Desenvolvimento Humano no contexto Sócio Cultural

Tutora do programa de Residência Multiprofissional em Nefrologia da FEPECS-SES/DF

Membro da Câmara Técnica de Atenção Psicológica da SES/DF

**MEMORIAL DE AUTORIA E COLABORAÇÃO**

Carolina Coutinho Garcia Leão – Mat. 180431-6

Psicóloga, CRP 01/13820

Cibelle Antunes Fernandes – Mat. 188751-3

Cristina Moreira de Azevedo – Mat. 151289-7

Psicóloga, CRP 01/9428

Deyse da Costa Sobral M. Santos – Mat. 1.443.816-X

Psicóloga, CRP 01/10071

Esther Almeida da Silva Xavier – Mat. 51.392-3

Psicóloga, CRP 01/10023

Giselle de Fátima Silva – Mat. 1443.635-3

Psicóloga, CRP 01/10963

Graziela Sousa Nogueira – Mat. 1442764-8

Psicóloga, CRP 01/14844

Juciléia Rezende Souza – Colaboradora Externa

Psicóloga, CRP 01/7239

Lígia Tristão Casanova – Mat. 1441364-7

Psicóloga, CRP 01/11326

Mariana Costa Spehar – Mat. 151356-7

Psicóloga, CRP 01/10806

Rúbia Marinari Siqueira – Mat. 1441359-0

Psicóloga, CRP 01/17304

Sílvia Maria Gonçalves Coutinho – mat. 135037-4

Psicóloga, CRP 01/5737-4

Raquel Vasconcellos van Boggelen - mat. 1434652-4

Psicóloga, CRP 01/10639

**ANEXOS****I. FICHA DE ADMISSÃO E AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA****I – IDENTIFICAÇÃO**

Nome: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) F

( ) M

Nasc: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Estado Civil:  Solteiro  Casado  
 Separado  Divorciado

Endereço: \_\_\_\_\_

Reside com a família:  Sim  Não

Telefones para contato: \_\_\_\_\_

Informante:  Usuário  Outro, especificar: \_\_\_\_\_

Caso seja menor de idade:

Pai: \_\_\_\_\_ Idade: \_

Mãe: \_\_\_\_\_ Idade: \_

Estado civil dos pais:

Solteiros  Casados

Outro, especificar: \_\_\_\_\_

Irmãos (idade): \_\_\_\_\_

## II. DIAGNÓSTICO E INTERNAÇÃO

Data da Internação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Motivo da Internação

Diagnóstico Clínico

Especialidades que acompanham o usuário: \_\_\_\_\_

Motivo do atendimento psicológico: \_\_\_\_\_

## III. IMPACTOS DO ADOECIMENTO, TRATAMENTO E HOSPITALIZAÇÃO

Mudanças significativas na vida do usuário e da família após o adoecimento:

dinâmica familiar  vida

outras, especificar:

Alterações comportamentais, emocionais, cognitivas decorrentes do diagnóstico, tratamento e/ou hospitalização:

agressividade  irritabilidade

barganha  aceitação

auto-mutilação  delírio

apatia  outros

Adesão ao tratamento

Justificativas: \_\_\_\_\_

## IV. COMPREENSÃO E EXPECTATIVAS ACERCA DO ADOECIMENTO E TRATAMENTO DE SAÚDE

Usuário possui conhecimento do diagnóstico?  Sim  Não

Justificativas: \_\_\_\_\_

Usuário compreende seu estado clínico?  Sim  Não

Justificativas: \_\_\_\_\_

Compreensão da família/cuidadores sobre estado clínico e diagnóstico do usuário:

Adequada  Inadequada

Justificativas: \_\_\_\_\_

## V. REDE FAMILIAR E SOCIAL

O usuário possui rede familiar e social positiva? ( ) Sim ( ) Não

Acompanhantes/cuidadores do usuário durante as internações:

( ) mãe ( ) pai  
 ( ) amigos ( ) outros: \_\_\_\_\_

Vínculo com acompanhante/cuidador:

( ) seguro  
 ( ) dependência

## VI. CONDUZAS ADOTADAS

( ) Acompanhamento psicológico ao usuário. Periodicidade:

( ) Acompanhamento psicológico do familiar/cuidador.

Nome: \_\_\_\_\_

( ) Discussão de caso com a equipe multiprofissional

( ) Avaliação psicológica complementar.

Justificativa: \_\_\_\_\_

( ) Encaminhamento para:

( ) Outros:

## VII. OBSERVAÇÕES GERAIS

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Assinatura e carimbo do psicólogo (Matrícula SES e CRP)

**Adriana Mayon Neiva Flores**

Especialista em Saúde - Psicóloga

*Membro da Câmara Técnica de Atenção Psicológica - SES/DF***Cristina Ribeiro dos Anjos**

Especialista em Saúde - Psicóloga

*Membro da Câmara Técnica de Atenção Psicológica - SES/DF***Fabício Fernandes Almeida**

Especialista em Saúde - Psicólogo

*Secretário Executivo da Câmara Técnica de Atenção Psicológica - SES/DF*

Documento assinado eletronicamente por **CRISTINA RIBEIRO DOS ANJOS - Matr.16799739**,  
**Membro da Câmara Técnica**, em 04/04/2023, às 17:14, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756,  
 de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira,  
 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **ADRIANA MAYON NEIVA FLORES - Matr.1441300-0**,  
**Membro da Câmara Técnica**, em 04/04/2023, às 17:25, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756,  
 de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira,  
 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **FABRÍCIO FERNANDES ALMEIDA - Matr.1441299-3**,  
**Presidente da Câmara Técnica suplente**, em 04/04/2023, às 17:32, conforme art. 6º do Decreto  
 nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180,  
 quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site:  
[http://sei.df.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?](http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0)  
[acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0)  
verificador= **109850718** código CRC= **953EE7B0**.

---

"Brasília - Patrimônio Cultural da Humanidade"  
SRTVN Quadra 701 Lote D, 1º e 2º andares, Ed. PO700 - Bairro Asa Norte - CEP 70719-040 - DF

---

00060-00470546/2022-24

Doc. SEI/GDF 109850718