NOTA TÉCNICA CRP-01/DF Nº 001/2026: PARÂMETROS DE DIMENSIONAMENTO PARA PSICÓLOGAS NO CONTEXTO HOSPITALAR

Orientação sobre os parâmetros de dimensionamento nos níveis secundário e terciário de atenção à saúde.

Amanda Silva Ventura (CRP: 01/27526),
Ana Cristina Brisda de Oliveira (CRP: 01/20566),
Hugo Ala Yagi (CRP: 01/20521),
Iwry Alves Salgado (CRP: 01/27678),
Jonas Lopes Ferreira (CRP: 01/23421),
Michelle Alves de Carvalho Lopes (CRP: 01/16937) &
Priscila de Almeida Santos Hamdan (CRP: 01/20487)

A presente Nota Técnica trata-se de um encaminhamento concreto perante as mobilizações da categoria frente aos desafios profissionais da assistência psicológica em contexto hospitalar. A prática da Psicologia Hospitalar acompanha questões complexas e estruturais que muitas vezes limitam e descaracterizam a intervenção psicológica. Dentre os principais desafios, considera-se o crônico subdimensionamento de profissionais para atendimento à alta demanda nas enfermarias e unidades de terapia intensiva, o que reverbera em uma sobrecarga laboral que incide sobre o acompanhamento qualificado do(a) usuário(a). Salientam-se os episódios de ingerência de categorias hegemônicas da saúde na autonomia técnico-científica da psicologia, presente na tentativa de determinação prévia de tempo de duração das sessões, da frequência de atendimentos e até mesmo da metodologia da conduta clínica. Tais aspectos incorrem em uma lógica biomédica que fere as especificidades da subjetividade humana no processo saúde-doença-usuário e confrontam diretamente as prerrogativas éticas e técnicas asseguradas às psicólogas.

Adicionalmente, conforme demandas apresentadas por psicólogas hospitalares ao Conselho Regional de Psicologia da 1ª Região, bem como, por consulta às profissionais atuantes no contexto hospitalar, fora relatado o constante desvio de função e a instrumentalização da categoria para o desempenho de tarefas burocráticas e administrativas no cotidiano institucional. A partir da realidade cotidiana dos profissionais da área hospitalar, torna-se cada vez mais presente a distorção das competências profissionais, onde a psicologia hospitalar passa a assumir rotineiramente o intermédio pela entrega de kits de higiene pessoal, checagem de conciliação medicamentosa, ocupação de funções designadas a secretariado e/ou transmissor de recados logísticos da equipe assistencial (p. ex. horários de visitas, trocas de acompanhantes e dinâmicas de rotina interna). A sobrecarga produzida pela captação de atribuições alheias à ciência psicológica contribui para um duplo prejuízo: exaure o trabalhador de forma precoce e reduz drasticamente o tempo disponível para a escuta clínica qualificada, avaliação de intercorrências de alta complexidade emocional e a colaboração interdisciplinar.

Tais problemáticas são percebidas nos dados obtidos por Bronzeado (2026) por meio de sua Revisão da Literatura sobre os riscos psicossociais vivenciados por psicólogos hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS), analisados sob a ótica da Psicodinâmica do Trabalho e Ergonomia da Atividade. Sua pesquisa observou que profissionais da rede pública enfrentam altos riscos psicossociais, como por exemplo, sobrecarga emocional, precarização e falta de reconhecimento institucional. A investigação evidenciou a atuação em situações-limites e a necessidade de articulação multiprofissional como fatores de risco altamente impactantes no sofrimento psíquico e esgotamento profissional.

Portanto, o Conselho Regional de Psicologia do Distrito Federal, por meio de sua Comissão Especial de Psicologia na Saúde, buscou constituir um Grupo de Trabalho focado na realização de estudos, reuniões e discussões

técnicas sobre normativas, legislações e diretrizes concernentes à assistência psicológica no contexto hospitalar do Distrito Federal. As articulações deste Grupo de Trabalho buscaram produzir contribuições de natureza orientativa e prezam pela sistematização de referenciais técnicos, de modo a assegurar a qualidade da assistência prestada, em consonância com os sete princípios éticos da profissão: 1) **Direitos Humanos**, promovendo liberdade, dignidade, igualdade e integridade; 2) **Qualidade de Vida**, visando a promoção da saúde e eliminação de quaisquer formas de discriminação, opressão e violência; 3) **Responsabilidade Social**, exigindo uma análise crítica da realidade; 4) **Aprimoramento Profissional**, pautado na busca contínua por conhecimento; 5) **Acesso Universal**, focado em democratizar os serviços e o saber psicológico; 6) **Valorização Profissional**, que exige um exercício digno da profissão; e 7) **Combate à Opressão**, focado em mitigar os impactos das relações de poder e da marginalização (CFP, 2005).

Do ponto de vista conceitual, entende-se como atuação psicológica no contexto hospitalar a realização de ações que contribuem para o cuidado emocional e comportamental a partir de um referencial de saúde mental coletiva e complexa (Amarante, 2007) em articulação com os conceitos da Psicologia da Saúde (Straub, 2014). Nota-se que a saúde mental é um campo vasto de conhecimento e atuação, caracterizado por sua natureza inter e transdisciplinar e por sua articulação com diferentes áreas (Lancetti & Amarante, 2006). Dessa forma, as contribuições do campo da Saúde Coletiva também são fundamentais para a atuação profissional, visto que parte da compreensão sobre os processos de saúde e doença em sua dimensão coletiva, considerando os determinantes sociais, as condições de vida e a organização das práticas e políticas (Paim & Almeida Filho, 1998). Nessa direção, a interseccionalidade tem ganhado força dentro das discussões no âmbito da saúde, mostrando-se como uma ferramenta analítica importantíssima. Desenvolvida por intelectuais negras, a interseccionalidade destaca como questões de gênero, raça, classe e outros determinantes sociais, atuam criando sistemas de desigualdade, opressão e adoecimento (Akotirene, 2019; Crenshaw, 2002). Assim, parte-se da concepção de que o sofrimento não se apresenta como um fenômeno puramente individual ou biológico, mas sim dinâmico, histórico e biopsicossocial.

1. Disposições Preliminares

A atuação de psicólogas, conforme os princípios fundamentais do Código de Ética Profissional da Psicologia já descritos no preâmbulo desta Nota Técnica (CFP, 2005), fundamenta-se no respeito à liberdade, dignidade, igualdade e integridade do ser humano, em consonância com os valores da Declaração Universal dos Direitos Humanos. Compete ao profissional promover saúde e qualidade de vida, atuando de forma crítica frente a contextos políticos, econômicos, sociais e culturais, e combatendo quaisquer formas de negligência, discriminação, violência e opressão.

O exercício profissional pressupõe aprimoramento técnico-científico contínuo, responsabilidade social e compromisso com a democratização do acesso ao conhecimento psicológico, aos serviços de saúde e aos referenciais éticos da profissão. Cabe, ainda, zelar pela dignidade da Psicologia enquanto ciência e profissão, reconhecendo e problematizando as relações de poder presentes nos diferentes contextos institucionais. A partir dessa premissa, entende-se que o cenário pós-pandemia elucidou uma maior centralidade da saúde mental, especialmente do ponto de vista das políticas públicas e dos serviços assistenciais, diante do significativo impacto do adoecimento e hospitalização dos indivíduos envolvidos - usuários, familiares e profissionais (Tafuri et al., 2022). Nesse contexto, considerando os aspectos históricos da inserção e atuação profissional em psicologia hospitalar na realidade brasileira (Castro & Bornholdt, 2004), a

categoria tem sido gradualmente mais reconhecida enquanto classe que contribui na dinâmica assistencial nos diferentes níveis de atenção à saúde, especialmente em demandas de média e alta complexidade em saúde.

A Atenção Secundária à Saúde compreende um conjunto de ações e serviços de média complexidade, que baseia-se na oferta de suporte especializado que ultrapasse a capacidade da Atenção Básica e ao mesmo tempo evitar encaminhamentos desnecessários à Alta Complexidade (Portaria nº 95, 2001). Neste nível assistencial, profissionais de psicologia inserem-se em serviços ambulatoriais e centros especializados - como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros de Reabilitação e Centros Especializados em Condições Crônicas -, bem como no contexto hospitalar de média complexidade, que abrange as enfermarias clínicas, cirúrgicas, na urgência e emergência, entre outros dispositivos da rede.

A Atenção Terciária ou Alta Complexidade é composta por serviços que necessitam de procedimentos tecnológicos avançados e de alto custo, conforme descrevem Kirchner e De-Farias (2022), como cirurgias complexas (ec. cirurgias bariátricas, cirurgias cardíacas e neurocirurgias) ou serviços ambulatoriais específicos (próteses ósseas, marca-passos e *stent* cardíaco) geralmente localizados em contexto hospitalar. Nesse sentido, o suporte necessário para o cuidado complexo necessário ao nível de gravidade clínica na Alta Complexidade, apresenta-se especialmente nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Considerando o contexto de gravidade, a atuação psicológica visa contribuir frente ao manejo do sofrimento psíquico, promover suporte emocional e auxiliar usuários e seus familiares no processo de adaptação ao adoecimento e à hospitalização, em articulação com a equipe interdisciplinar (CFP, 2019).

Paralelamente aos aspectos conceituais, a Resolução RDC nº7/2010 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) trouxe a consolidação de um marco regulatório federal que estabelece requisitos mínimos para o funcionamento das Unidades de Terapia Intensivas (UTIs), ao estipular parâmetros assistenciais claros como a obrigatoriedade de dimensionamento mínimo para equipes de medicina, enfermagem e fisioterapia. Tal normativa cita aspectos concernentes à saúde mental, assegurando a oferta do suporte psicológico de forma integrada, respectivamente às demandas da unidade e as diretrizes locais. Ainda que existam diferentes diretrizes e normativas que reconhecem o papel da atuação psicológica frente aos processo de saúde mental na rede de atenção à saúde (conforme levantamento presente no Anexo A), a ausência de parâmetros para a categoria configura-se como uma lacuna regulatória federal. Sob a mesma preocupação, outras categorias da área multiprofissional, como o Conselho Federal de Nutrição (CFN) buscaram estabelecer parâmetros semelhantes por meio de sua autonomia técnico-científica ao editar a Resolução CFN nº 663/2020, o que passou a normatizar a atuação da categoria e recomendar parâmetros numéricos mínimos de profissionais de nutrição para cada 15 leitos de UTI.

Contudo, o Sistema Conselhos de Psicologia não apresentou, historicamente, uma contrapartida quantitativa fixada em frações numéricas específicas semelhantes que buscassem corroborar de imediato com os referidos marcos regulatórios da saúde. Faz-se importante salientar que o Conselho Federal de Psicologia editou a Resolução CFP nº 17/2022, que estabelece parâmetros para a atuação profissional nos três níveis de atenção à saúde, visando dispor sobre a organização dos serviços, presença profissional em setores estratégicos e o dimensionamento assistencial (CFP, 2022). Entretanto, a despeito da previsão de teto fixo mínimo por leitos, a aplicação da referida resolução foi unificada nacionalmente pelo Sistema Conselhos por meio do Guia Orientativo Para o Dimensionamento Ético, o qual propõe uma substituição às iniciativas estaduais pregressas - quais sejam, a Nota Técnica CRP-09 nº 003/2019 e a Nota Técnica do

CRP-04 que estabelece parâmetros e recomendações para a sistematização da atuação da(o) psicóloga(o) hospitalar. Portanto, o novo marco metodológico do CFP introduziu as diretrizes para o cálculo de equipes com base nos conceitos de *Hora-Assistencial* - que computa tanto o atendimento direto, o registro em prontuário e as reuniões de equipe multiprofissional, etc - e de *Agenda-Padrão*, instrumentalizando gestores e responsáveis técnicos pela adequação da força de trabalho junto à complexidade de cada cenário presente na instituição.

Considerando todos os aspectos históricos, contextuais e assistenciais associados aos marcos regulatórios da saúde, os desafios da média e alta complexidade em saúde e os processos concernentes à saúde mental, objetivou-se construir a presente Nota Técnica Orientativa. Sua proposta é direcionada ao estabelecimento de parâmetros com base nos **seguintes eixos fundamentais**: as diretrizes para a educação permanente e o aprimoramento profissional; a prática e a atuação técnico-ética da psicologia hospitalar; e os parâmetros para o gerenciamento de atividades assistenciais, conforme parâmetros existentes. O texto recomenda parâmetros técnicos referenciais de caráter orientativo para avaliar a suficiência assistencial e a segurança do paciente, fixando estimativas mínimas por leito, de caráter não vinculante.

2. Da Educação Permanente e Aprimoramento Profissional

Na rede de atenção à saúde, espera-se que a qualificação seja construída conforme as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), o que sintoniza o aprendizado às necessidades reais das equipes e dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Diante da complexidade do serviço hospitalar e da constante evolução das práticas de cuidado, torna-se significativamente necessário que profissionais de psicologia invistam em seu aprimoramento contínuo, de modo a possibilitar melhora na assistência direta ao usuário e fortalecimento da integração interdisciplinar.

Considerando esse contexto, a Resolução CFP nº 13/2007 (e suas atualizações) regulamenta a concessão do título de especialista, possibilitando que o profissional que atenda aos critérios formais registre sua especialidade junto ao Conselho. O CRP salienta a relevância de que profissionais de psicologia busquem a obtenção dos títulos, haja vista a valorização da trajetória profissional e sua consequente visibilidade e reconhecimento. Entretanto, torna-se fundamental ressaltar que a qualificação e os critérios para a obtenção do título não devem ser confundidos com os requisitos legais para o exercício da profissão. A inscrição regular no Conselho Regional de Psicologia e a posse do diploma de graduação permanecem como as únicas exigências legais para prática profissional no contexto hospitalar, sendo o título de especialista uma prerrogativa técnico-profissional, e não uma licença obrigatória para a assistência.

Inicialmente impulsionada pelo surgimento dos primeiros programas de residências uni e multiprofissionais (Lei nº 11.129/2005) enquanto marco definitivo, a formação em serviço ganhou um novo determinante com a instituição da Política Nacional de Residências em Saúde (PNRS) conforme a Portaria Interministerial MS/MEC nº 8.995/2025. Os programas de residência uni e multiprofissionais se configuram como modalidade de especialização *lato sensu*, com duração de dois anos e regime de dedicação exclusiva em treinamento teórico-prático, consolidando-se como formação padrão-ouro para o SUS. A Política Nacional de Residências em Saúde assegura aos egressos diferentes mecanismos de valorização profissional, tais como o direito a planos de carreira, pontuação em provas de títulos e o reconhecimento integral do período como experiência profissional para o mercado de trabalho.

Cabe acrescentar que a prática em psicologia hospitalar e da saúde exige a sustentação no tripé indissociável entre ensino, assistência e pesquisa. Portanto, a profissional no contexto hospitalar possui o compromisso ético e técnico de formar novos profissionais. Essa responsabilidade se materializa na função de preceptor (Santos, 2021). A figura da preceptoria é constituída como o profissional do serviço que realiza o acompanhamento prático presencial de residentes e estagiários — atuando em estreita sintonia com os tutores e supervisores, os quais atuam como docentes vinculados à instituição de ensino responsáveis pela orientação acadêmica e discussão aprofundada dos casos clínicos.

3. Da prática e atuação da psicologia no contexto hospitalar

As psicólogas no contexto hospitalar assistencial público e/ou privado, atuam frente às demandas psicológicas e emocionais de usuários, familiares e cuidadores, em articulação com a equipe multiprofissional, visando o fortalecimento da resiliência, compreensão dos processos de comunicação e ressignificação dos processos psicoemocionais vivenciados no adoecimento e/ou hospitalização (Simonetti, 2018). Destaca-se a abrangência teórico-epistemológica na literatura da Psicologia Hospitalar quanto a definição da práxis psicológica à beira leito. As instituições de saúde caracterizam-se como ambientes assistenciais nos quais se integram demandas clínicas, psicológicas e institucionais complexas, frequentemente acompanhadas por períodos reduzidos de tempo para permanência e intervenção. Nesse contexto, diferentes perspectivas teórico-metodológicas orientam a atuação da psicologia. Por um lado, autores que compreendem a psicologia da saúde como campo de extensão da psicologia clínica, sustentam a adoção da terminologia de psicoterapia breve como modalidade pertinente para intervenção em contextos institucionais e hospitalares (Knobel, 1986; Romano, 1999). Por outro lado, outras perspectivas discutem a adoção da expressão “psicoterapia” no contexto hospitalar, compreendendo que a transposição direta de uma terminologia tradicionalmente associada à clínica deixaria de contemplar as especificidades institucionais, assistenciais e contextuais dos níveis de atenção secundário e terciário à saúde. Nessa perspectiva, a atuação psicológica tem sido descrita através de conceitos como intervenção em crise, intervenção breve e atendimento psicológico, entre outras modalidades de cuidado (Chiattone, 2000; Sakai & Cunha, 2022; Strosahl et al., 2012).

De forma integrada à equipe multiprofissional, profissionais de psicologia atuam de forma corresponsável e psicoprofilática no manejo do sofrimento psíquico associado ao adoecimento e à hospitalização. Considerando os princípios da integralidade do cuidado, da humanização, da atenção e da atuação interdisciplinar do SUS, a assistência psicológica é organizada conforme diferentes modalidades técnico-operativas, tais como a busca ativa, plantão psicológico, manejo ambiental, intervenções grupais, atendimento individual e familiar, interconsulta e suporte à equipe assistencial (conceituação técnica presente no Anexo B). Essas ações visam contribuir para o enfrentamento das repercussões subjetivas e concretas do adoecimento, favorecer recursos de adaptação, promover ações de psicoeducação e educação em saúde, bem como, provocar mudanças na dinâmica assistencial e institucional. Para tanto, a atuação da Psicologia pode ocorrer em diferentes pontos e modalidades assistenciais, incluindo o atendimento ambulatorial, atendimento em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), pronto-atendimento, enfermarias, avaliação psicológica, psicodiagnóstico, consultoria, interconsulta, intervenções grupais e suporte à equipe multiprofissional, de acordo com as necessidades assistenciais e as competências profissionais, conforme Resolução CFP nº 23/2022 que estabelece parâmetros sobre o título de especialista em Psicologia

Hospitalar e a Resolução CFP nº 17/2022 que estabelece parâmetros para as práticas psicológicas na rede de atenção à saúde (CFP, 2022a; 2022b).

Desta forma, considerando a abrangência da atuação da psicologia no contexto hospitalar, o Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas reconhece a organização de práticas profissionais em diferentes processos de trabalho. A síntese e apresentação dos processos foi construída a partir da reflexão sobre as Referências Técnicas para atuação de psicólogas (os) nos serviços hospitalares do SUS (CFP, 2019):

- **Processos de Acolhimento:** Compreende a dimensão subjetiva do sofrimento e estabelecimento do vínculo para viabilizar o suporte emocional, orientação e intervenções breves;
- **Processos de Acompanhamento:** Subsidia os critérios para a definição do seguimento dos atendimentos em contextos breves;
- **Processos de Avaliação:** Dispõem acerca de uma série de possibilidades de atuação, frente ao preparo psicológico para cirurgias em tratamento da obesidade, na relação mãe-bebê, em casos de depressão pós-parto, na abordagem com crianças em contexto de hospitalização, etc.
- **Processos de Comunicação:** estabelece a importância da participação do profissional em reuniões de equipe e discussões de caso, a realização de interconsulta para o alinhamento de conduta, a colaboração com o Plano Terapêutico Singular (PTS) e o compartilhamento de informações pertinentes, sempre em respeito aos princípios éticos da Psicologia e preservação da confidencialidade;
- **Processos Culturais:** A diversidade cultural é um elemento essencial na formulação de políticas e na prestação de serviços de saúde, pois permite a criação de alternativas para atender melhor às necessidades da população, favorecendo os princípios de integralidade e humanização do cuidado.
- **Processos Educativos:** diretamente ligados à educação para a saúde, que busca melhorar a qualidade de vida dos indivíduos por meio da disseminação de conhecimento, estimulação às mudanças de atitudes e novas práticas de cuidado.
- **Processos Formativos:** capacitação da equipe multidisciplinar, ajudando na criação de novos serviços e treinamentos, com foco na melhoria dos serviços de saúde prestados.
- **Processos Formativos de psicólogas:** corresponde à preceptoria no SUS, onde a profissional oferece supervisão técnica e metodológica.
- **Processos Grupais:** os grupos podem ter caráter terapêutico, de apoio, orientação ou acolhimento, sendo geralmente abertos e de curta duração, atendendo pacientes e familiares semanalmente, enquanto os grupos ambulatoriais podem ser fechados e recorrentes, permitindo maior aprofundamento psicoterapêutico.
- **Processos de Mobilização Social:** a mobilização social dentro do ambiente hospitalar abrange tanto o público interno quanto o externo, promovendo mudanças e engajamento na melhoria da assistência à saúde.
- **Processos Organizativos:** envolvidos na construção de protocolos e participação em processos organizativos ligados à humanização e capacitação.
- **Processos de Orientação e Aconselhamento:** O aconselhamento é um processo de escuta ativa, baseado na confiança, que busca resgatar os recursos internos do indivíduo para que ele se reconheça como protagonista de sua saúde e transformação, envolvendo três componentes principais: apoio emocional, troca de informações educativas e avaliação de riscos.

- **Processos de Planejamento e Gestão Pública:** atuação em funções de gestão nas quais se deve buscar conhecimento técnico para atuação eficaz, incluindo uma perspectiva acerca da subjetividade.
- **Processos Investigativos:** desenvolvimento de pesquisa científica, em que além dos preceitos éticos serem observados, deve-se analisar a melhor metodologia para o fenômeno investigado.
- **Processos Terapêuticos:** no ambiente hospitalar, intervenções breves são adotadas devido às limitações de tempo e à necessidade de intervenções focadas. A resposta emocional influencia diretamente na evolução de determinadas patologias e na eficácia do tratamento, de modo que o processo terapêutico nesse contexto busca proporcionar acolhimento, fortalecer o paciente e promover um processo de adaptação e ressignificação diante do adoecer.

Considerando o contexto hospitalar e os dispositivos do CEP (CFP, 2005), destacam-se os preceitos éticos que orientam a prática profissional da psicóloga, que deve assumir apenas as responsabilidades para as quais esteja devidamente preparado, tanto do ponto de vista pessoal quanto técnico e teórico. Sua atuação deve prezar pela qualidade dos serviços, em condições de trabalho adequadas e dignas, fundamentada na ciência psicológica, na ética e na legislação vigente.

É dever da psicóloga comunicar, com clareza e objetividade, os resultados de seu trabalho às pessoas autorizadas a recebê-los, limitando-se às informações necessárias para decisões que impactem diretamente os usuários ou beneficiários. Também cabe à profissional orientar de forma apropriada sobre encaminhamentos para outros pontos da rede e fornecer, sempre que solicitado, os documentos essenciais para a continuidade do atendimento, resguardadas às finalidades, pertinência técnica e regulamentação vigente. Nas relações com outros profissionais, deve manter uma postura de respeito, consideração e solidariedade, colaborando sempre que possível, salvo em situações devidamente justificadas.

A psicóloga não deve ser conivente com erros, infrações éticas, violações de direitos ou atos ilegais cometidos por colegas no exercício da profissão. Também é vedado emitir documentos sem respaldo técnico-científico ou prolongar atendimentos sem necessidade. Salienta-se que no trabalho conjunto com profissionais de outras áreas, deve compartilhar apenas informações relevantes, sempre protegendo o sigilo e lembrando o outro da responsabilidade em manter a confidencialidade. O compromisso com o sigilo profissional é essencial para proteger a privacidade de indivíduos, grupos e instituições, e os registros devem conter apenas o que for estritamente necessário para os fins do trabalho.

Em situações excepcionais em que o sigilo conflite com princípios fundamentais do Código de Ética, a psicóloga pode optar por quebrá-lo, desde que essa decisão represente o menor prejuízo possível e se restrinja ao indispensável, perante conflitos éticos relevantes. Por fim, ao participar de veículos de comunicação, a psicóloga deve garantir que as informações compartilhadas contribuam para a disseminação do conhecimento sobre a Psicologia, suas bases científicas e o seu papel social.

4. Do gerenciamento de atividades assistenciais

4.1 Parâmetros do Conselho Federal de Psicologia

O Conselho Federal de Psicologia, por meio da Resolução CFP nº 17/2022, estabelece diretrizes para a atuação de psicólogas(os) nos níveis de atenção básica, secundária e terciária no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A resolução organiza a prática profissional a partir de dimensões administrativas, clínicas, sociais e educativas, definindo

conceitos importantes como ações diretas e indiretas, rede de atenção à saúde, linha de cuidado, projeto terapêutico singular (PTS), interdisciplinaridade, intersetorialidade e integralidade do cuidado.

Além disso, a resolução introduz ferramentas de organização do trabalho, como a hora-assistencial (tempo destinado às atividades clínicas) e a agenda-padrão, que estrutura as atividades profissionais em eixos como atendimento específico, ações compartilhadas, ações no território e atividades técnico-administrativas. Esses parâmetros visaram qualificar o planejamento e a execução das práticas psicológicas, garantindo maior efetividade, articulação em rede e qualidade na assistência prestada à população e a adaptação de sua descrição relativas às atividades no contexto hospitalar encontra-se presente no Anexo C.

Contudo, a adoção de uma agenda-padrão no âmbito da Psicologia Hospitalar deve ser compreendida de forma flexível e articulada às características de cada serviço e às demandas que emergem no cotidiano assistencial. Diferentemente de contextos nos quais as atividades podem ser previamente organizadas e programadas com maior previsibilidade, a atuação psicológica hospitalar é atravessada por situações clínicas e institucionais que exigem respostas oportunas e tecnicamente fundamentadas, incluindo intervenções diante de mudanças no quadro clínico, suporte aos processos de comunicação de notícias difíceis, mediação das relações entre usuários, familiares e equipe multiprofissional, manejo de situações de crise e demais intervenções e modalidades técnico-operativas próprias desse campo (apresentadas integralmente no Anexo B). Dessa forma, a agenda-padrão deve ser compreendida como instrumento orientador do planejamento do trabalho, e não como dispositivo rígido de prescrição das atividades, preservando-se a autonomia técnica e a capacidade de resposta de profissionais diante das singularidades do contexto hospitalar.

4.2 Dimensionamento para a realidade do Distrito Federal

O dimensionamento é uma ferramenta técnica importante para a gestão dos recursos humanos e para o alinhamento de melhores práticas no contexto assistencial. A elaboração de parâmetros de dimensão da força de trabalho possibilita o mapeamento da assistência prestada, com base na complexidade do setor, na identificação das necessidade de atuação, auxiliando na tomada de decisão e organizando uma assistência adequada, visando uma conduta humanizada e a segurança do paciente. Tradicionalmente, os manuais elaborados pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES) são fundamentados a partir de diferentes variáveis como legislações, normativas, resoluções, capacidade instalada, horários de funcionamento, análise de postos de trabalho e processos e descrição de escopo das práticas de serviço (Distrito Federal, 2025). Contudo, ressalta-se a existência de uma lacuna técnica nestes manuais em relação à categoria da Psicologia, que reverbera em uma realidade de subdimensionamento em comparação às outras categorias da equipe multiprofissional, sobretudo, na Média e Alta Complexidade em Saúde.

A partir disso, outra variável significativa no ambiente hospitalar, refere-se aos diversos fatores de risco para o desenvolvimento de Síndrome de Burnout em profissionais de saúde (Perniciotti et al., 2020). Considerando a realidade da Psicologia Hospitalar, frequentemente marcada por uma sobrecarga quantitativa (p. ex. jornada, recursos limitados, etc.) e qualitativa (p. ex. responsabilidade sobre vidas), tais fatores promovem prejuízos e desgastes significativos associados aos processos de trabalho (Teixeira, et al., 2025). Discute-se os impactos oportunizados pelas demandas de alta complexidade emocional e seus fatores de risco psicológico presentes na média e alta complexidade (Paiva, et al., 2021), que podem aumentar o dano psicológico exigindo uma intervenção precoce e/ou aguda aos usuários. Tais fatores se articulam diante de

desafios assistenciais e organizacionais, que denunciam múltiplos determinantes para as condições de precarização da atuação profissional.

De acordo com indicadores oficiais extraídos do **Painel Força de Trabalho do InfoSaúde-DF** (2026), ferramenta mantida pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), o quadro da rede pública conta atualmente com 285 psicólogas(os) em atividade para os três níveis de atenção à saúde do território do Distrito Federal. Adicionalmente, faz-se anexa a esta peça a imagem digitalizada da tela do sistema, demonstrando os parâmetros e filtros de pesquisa utilizados para a consolidação do montante informado (presente no anexo D). Já no âmbito privado, observa-se uma significativa utilização de contratos com pessoas jurídicas, modelo que demanda atenção quanto às condições de trabalho, à responsabilidade técnica e à proteção da saúde ocupacional.

Desse modo, o planejamento de força de trabalho é especialmente relevante na Psicologia Hospitalar, ao considerar a complexidade e a diversidade das demandas psicológicas presentes neste contexto. O planejamento de dimensionamento viabiliza organizar adequadamente o número de profissionais, considerando o perfil assistencial, a complexidade dos setores, o volume e a natureza das demandas, bem como, as competências necessárias para a atuação em diferentes cenários de cuidado. Portanto, contribui para uma distribuição mais adequada de profissionais entre as unidades, assegurando a continuidade da assistência, a cobertura dos setores e a oferta de uma assistência psicológica qualificada, integral e alinhada às necessidades de usuários, familiares e da instituição (Possa et al, 2020). Assim, conforme o cenário atual do Distrito Federal, o Conselho Regional de Psicologia da 1ª região, vem por meio da presente Nota Técnica, orientar acerca do dimensionamento e direcionamento das atribuições dos profissionais de Psicologia no contexto hospitalar, conforme constam a seguir, prezando a qualidade da assistência e a segurança do paciente e da categoria.

Dimensionamento de Profissionais de Psicologia Hospitalar do DF

Cenário	**Complexidade / Risco Psicológico**	**Dimensionamento (*considerando jornada de 30h)**
Pronto-Socorro	Média/Alta	1 psicóloga(o) para 25 leitos
Enfermaria Coronariana	Média/Alta	1 psicóloga(o) para 20 leitos
Enfermaria de Transplantes/ Nefrológica	Média/Alta	1 psicóloga(o) para 20 leitos
Enfermaria Oncológica	Média/Alta	1 psicóloga(o) para 20 leitos
Enfermaria Cuidados Paliativos	Média/Alta	1 psicóloga(o) para 20 leitos
Enfermaria Infantil	Média/Alta	1 psicóloga(o) para 20 leitos
Enfermaria Geral	Média	1 psicóloga(o) para 25 leitos
Enfermaria Psiquiátrica	Alta	1 psicóloga(o) para 10 leitos
UTI Especializada	Alta	1 psicóloga(o) para 10 leitos
UTI Geral	Alta	1 psicóloga(o) para 10 leitos
Ambulatório	Média	1 psicóloga(o) responsável por 1 usuário por hora trabalhada.

Fonte: elaboração própria em resposta às demandas da categoria, prezando a gestão contínua da força de trabalho, alinhada com as melhores práticas e o rigor

da qualidade técnica, com base na lacuna técnica e regulatória identificada a partir da RDC 07/2010 e Resolução CFP 17/2022, em detrimento das demais categorias.

Considerações Finais

Esta Nota Técnica reafirma a necessidade da presença da psicóloga hospitalar em setores estratégicos da rede de atenção à saúde, estabelece parâmetros orientativos para o limite de atendimentos diários e destaca a importância da atuação integrada à equipe multiprofissional. Ressalta ainda a lacuna técnica e regulatória acerca do planejamento da força de trabalho na Psicologia Hospitalar, que contribui para a precarização do trabalho e sobrecarga assistencial, podendo repercutir em prejuízos na oferta do cuidado integral ao paciente. Considerando o impacto dos agravos em saúde mental nos processos de adoecimento e hospitalização, a assistência psicológica deve ser reconhecida como componente essencial do cuidado, contribuindo para a humanização, a integralidade e a efetividade das intervenções em saúde.

Portanto, ao considerar o contexto histórico dos desafios para o planejamento da força de trabalho, percebe-se uma fragilidade da Psicologia referente ao dimensionamento. Diante de parâmetros de dimensionamentos específicos, tal cenário reforça a necessidade da discussão de um dimensionamento abrangente, considerando uma perspectiva quantitativa conjuntamente ao perfil das atribuições, complexidades e o caráter dinâmico da atuação da Psicóloga Hospitalar.

Nesse sentido, considera-se necessário e imperativo que o Sistema Conselhos possa, em diálogo com a categoria, gestores, instituições hospitalares, entidades representativas e demais atores envolvidos na assistência, fomentar estudos e discussões acerca de parâmetros para o dimensionamento da força de trabalho em Psicologia Hospitalar. A partir desse processo de construção coletiva e da consolidação de evidências sobre a realidade dos serviços, poderá ser avaliada a pertinência e a viabilidade da elaboração de uma regulamentação ou normativa específica para o dimensionamento da Psicologia no contexto hospitalar, respeitando as particularidades dos diferentes níveis de complexidade e modelos assistenciais. Tal iniciativa poderá representar importante avanço para a organização dos serviços, contribuindo para a qualificação da assistência, a adequada distribuição da força de trabalho e o fortalecimento da Psicologia como componente essencial da equipe multiprofissional no cuidado integral à saúde.

Considerando tais elementos, torna-se pertinente que os resultados e fundamentos consolidados nesta Nota Técnica possam subsidiar o prosseguimento das discussões no âmbito do Sistema Conselhos de Psicologia, especialmente quanto à possibilidade de construção de uma resolução que estabeleça parâmetros para o dimensionamento da força de trabalho da Psicologia no contexto hospitalar.

Reforça-se, ainda, o compromisso ético e a responsabilidade técnica de profissionais de Psicologia na identificação e denúncia de práticas que contrariem os princípios éticos, as normativas vigentes e os direitos das(os) usuárias(os) dos serviços de saúde. Nesse sentido, a atuação da Psicologia hospitalar se consolida como um dispositivo fundamental para a garantia do cuidado digno, da escuta qualificada e da defesa dos direitos da população, em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Referências

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2010). *Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010: Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências*. Diário Oficial da União.

Akotirene, C. (2019). *Interseccionalidade*. Pólen.

Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Editora Fiocruz.

Brasil. Ministério da Saúde. (2001, 26 de janeiro). *Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001: Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001*. Diário Oficial da União.

Brasil. (2005). *Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005: Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – Projovem; cria a Residência em Área Profissional da Saúde; e dá outras providências*. Presidência da República. Planalto

Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. (2025, 28 de novembro). *Portaria Interministerial MS/MEC nº 8.995, de 28 de novembro de 2025: Institui a Política Nacional de Residências em Saúde – PNRS no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS*. Diário Oficial da União, 1, 179–180. Diário Oficial da União

Brasil. Ministério da Saúde. (2009). *O SUS de A a Z: Garantindo saúde nos municípios* (3ª ed.). Editora do Ministério da Saúde.

Bronzeado, N. L. A. (2026). Análise dos riscos psicossociais em psicólogos hospitalares no SUS: Uma revisão bibliográfica. *Veredas do Direito, 23*(9), e236763. https://doi.org/10.18623/rvd.v23.6763

Castro, E. K. & Bornholdt, E. (2004). Psicologia da saúde x psicologia hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. *Psicologia: Ciência e Profissão, 24(3),* 48–57.

Chiattone, H. B. C. (2000). A prática da psicologia hospitalar. In V. A. Angerami-Camon (Org.), *Psicologia hospitalar: Teoria e prática* (pp. 73–165). Pioneira.

Conselho Federal de Nutrição. (2020). *Resolução CFN nº 663, de 28 de agosto de 2020: Dispõe sobre a definição das atribuições do nutricionista em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e dá outras providências*. Diário Oficial da União.

Conselho Federal de Psicologia. (2005a). *Código de Ética Profissional do Psicólogo*. CFP.

Conselho Federal de Psicologia. (2005b). *Resolução CFP nº 10/2005: Aprova o Código de Ética Profissional do Psicólogo*. CFP.

Conselho Federal de Psicologia. (2007). *Resolução CFP nº 013/2007: Institui a Consolidação das Resoluções relativas ao Título Profissional de Especialista em Psicologia e dispõe sobre as normas e procedimentos para concessão do título*. CFP. Conselho Federal de Psicologia

Conselho Federal de Psicologia (2019). *Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) nos serviços hospitalares do SUS*. CFP.

Conselho Federal de Psicologia (2022a). *Resolução CFP nº 17, de 19 de julho de 2022: Dispõe acerca de parâmetros para práticas psicológicas em contextos de atenção básica, secundária e terciária de saúde*. CFP.

Conselho Federal de Psicologia. (2022b). *Resolução nº 23, de 13 de outubro de 2022: Institui condições para concessão e registro de psicóloga e psicólogo especialistas; reconhece as especialidades da Psicologia e revoga a Resolução CFP nº 13/2007, a Resolução CFP nº 3/2016 e a Resolução CFP nº 18/2019*. Diário Oficial da União.

Conselho Federal de Psicologia (2022c). *Resolução CFP nº 31, de 15 de dezembro de 2022: Estabelece diretrizes para a realização de avaliação psicológica no exercício profissional da psicóloga e do psicólogo, regulamenta o Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI) e revoga a Resolução CFP nº 09/2018*. Conselho Federal de Psicologia.

Conselho Regional de Psicologia da 4ª Região – Minas Gerais. (2021). *Nota técnica CRP-MG: Estabelece parâmetros e recomendações para a sistematização da atuação da(o) psicóloga(o) hospitalar*. CRP-MG.

Conselho Regional de Psicologia da 9ª Região – Goiás. (2019). *Nota técnica CRP-09 nº 003/2019: Estabelece parâmetros de assistência psicológica em contextos de atenção primária, secundária e terciária de saúde*. CRP-09.

Crenshaw, K. (2002). Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Estudos Feministas, 10*(1), 171–188.

De-Farias, A. K. C. R., & Kirchner, L. F. (2022b). Níveis de atenção primário, secundário e terciário: Contextos para aplicação da análise do comportamento. In A. K. C. R. De-Farias & L. F. Kirchner (Orgs.), *Análise do comportamento aplicada na atenção primária, secundária e terciária à saúde* (pp. 1–17). Artmed.

Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. (2025). *Manual de parâmetros para o dimensionamento da força de trabalho: Superintendências e unidades de referência distritais* (3ª ed.).

Knobel, M. (1986). *Psicoterapia breve* (2ª ed.). EPU.

Lancetti, A., & Amarante, P. (2006). Saúde mental e saúde coletiva. In G. W. S. Campos et al. (Eds.), *Tratado de saúde coletiva* (pp. 615–634). Hucitec; Editora Fiocruz.

Simonetti, A. (2018). *Manual de psicologia hospitalar: O mapa da doença* (8ª ed.). Artesã Editora.

Paim, J. S., & Almeida Filho, N. de. (1998). Saúde coletiva: Uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista de Saúde Pública, 32*(4), 299–316. https://www.scielo.br/j/rsp/a/PDRmKQr7vRTRqRJtSgSdw7y/?format=html&lang=pt&ilang=pt_BR

Paiva, C. S., Guimarães, V. C., Costa Neto, S. B., & Porto, J. D. S. (2021). Preditores de risco psicológico em Psicologia da Saúde: Uma revisão da literatura. *Interação, 21*(1), 426–445. https://doi.org/10.53660/inter-160-s223

Perniciotti, P., et al. (2020). Síndrome de burnout nos profissionais de saúde: Atualização sobre definições, fatores de risco e estratégias de prevenção. *Revista da SBPH, 23*(1), 35–52. SciELO/PePSIC

Possa, L. B., Trepte, R. F., Gosch, C. S., & Ferla, A. A. (Eds.). (2020). *Dimensionamento da força de trabalho em saúde: Gestão em ato e territórios em diálogo*. Editora Rede Unida.

Romano, B. W. (1999). *Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais*. Pioneira.

Sakai, J. D. S., & Cunha, O. R. da. (2022). Terapia focal de aceitação e compromisso (FACT): Uma possibilidade de intervenção em psicologia da saúde e hospitalar. *Revista da SBPH, 25*(2), 115–126.

Santos, A. M. O. (2021). *Plano de intervenção em preceptoria de estágio em Psicologia da Saúde*. UFRN/HUOL. Repositório LAIS/UFRN

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. (2023). *Diretrizes de assistência psicológica hospitalar da SES/DF*. SES/DF. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. (2026). *Painel Infosaúde: Força de trabalho.* Recuperado em 16 de agosto de 2026, de https://info.saude.df.gov.br/sala-de-situacao/painel-infosaude-forca-de-trabalho/

Straub, R. O. (2014). *Psicologia da saúde: Uma abordagem biopsicossocial*. Artmed.

Strosahl, K., Robinson, P., & Gustavsson, T. (2012). *Brief interventions for radical change: Principles and practice of focused acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications.

Tafuri, A., Rabelo, A. L. A., Ribeiro, A. P. da F., Assis, A. H. C. A. de, Campos, B. T. L., & Teixeira, T. H. C. (2022). Impacto da pandemia da COVID-19 na saúde mental dos profissionais da área de saúde: Uma revisão sistemática. *Brazilian Journal of Health Review, 5*(5). https://doi.org/10.34119/bjhrv5n5-016

Teixeira, Á. Z. G. de V., Pereira, L. C. O., & Ferreira, P. G. (2025). Síndrome de burnout em psicólogos: Uma revisão de literatura. *Revista Delos, 18*(74), e7533. https://doi.org/10.55905/rdelosv18.n74-120 Revista Delos

ANEXO A – DIRETRIZES E NORMATIVAS PARA ATUAÇÃO DA PSICOLOGIA EM CONTEXTO HOSPITALAR NO SUS

A.1 Diretrizes e normativas

As normas relacionadas à atuação da Psicologia Hospitalar devem ser interpretadas em conjunto com a legislação sanitária, as políticas públicas de saúde, as normas de organização das Redes de Atenção à Saúde e as regulamentações específicas dos diferentes níveis de atenção e linhas de cuidado. Para fins deste Anexo, são apresentadas as referências normativas com indicação de sua situação normativa e, quando pertinente, das alterações, revogações ou normas que passaram a disciplinar a matéria.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Brasília, DF: ANVISA, 2010. **Situação normativa:** vigente com alterações. A RDC nº 7/2010 foi alterada, entre outras, pelas RDC nº 26, de 11 de maio de 2012, e RDC nº 137, de 15 de setembro de 2017. Para sua aplicação, deve ser consultada a redação consolidada e atualizada.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 11, de 13 de março de 2014. Dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de diálise e dá outras providências. Brasília, DF: ANVISA, 2014. **Situação normativa:** referência sanitária posterior à RDC nº 154/2004 para os serviços de diálise. Deve ser utilizada em substituição à RDC nº 154/2004 para a regulamentação sanitária vigente dos serviços de diálise.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 154, de 15 de junho de 2004. Estabelece o regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de diálise. Brasília, DF: ANVISA, 2004. **Situação normativa:** revogada. Para a regulamentação sanitária dos serviços de diálise, foi substituída pela RDC nº 11, de 13 de março de 2014. Mantida neste Anexo exclusivamente como referência histórica da evolução normativa.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.429, de 25 de abril de 2025. Estabelece normas para a realização de cirurgia bariátrica e metabólica em adultos e adolescentes e revoga as Resoluções CFM nº 2.131/2015 e nº 2.172/2017. Brasília, DF: CFM, 2025. **Situação normativa:** vigente. **Relevância para a Psicologia:** regulamenta atualmente a cirurgia bariátrica e metabólica no âmbito da atuação médica e da equipe assistencial. Deve ser utilizada em conjunto com a regulamentação do Ministério da Saúde relativa à linha de cuidado da obesidade e à avaliação pré-operatória multiprofissional.

BRASIL. Ministério da Saúde

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 44, de 10 de janeiro de 2001. Aprova, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a modalidade de assistência – Hospital Dia. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. **Situação normativa:** conteúdo posteriormente incorporado às normas de consolidação do SUS. O Ministério da Saúde continua identificando a Portaria GM/MS nº 44/2001 como referência histórica da modalidade Hospital-Dia.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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 decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. **Situação normativa:** conteúdo incorporado à Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, com alterações posteriores.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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 do SUS e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. **Situação normativa:** conteúdo incorporado à Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 389, de 13 de março de 2014. Define os critérios para a organização da linha de cuidado da pessoa com doença renal crônica e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. **Situação normativa:** posteriormente incorporada ao conjunto de normas consolidadas do SUS, com alterações posteriores.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 425, de 19 de março de 2013. Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. **Situação normativa:** incorporada e posteriormente alterada no processo de consolidação das normas do SUS.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 931, de 2 de maio de 2006. Aprova o Regulamento Técnico para Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. **Situação normativa:** referência histórica da regulamentação do transplante de células-tronco hematopoéticas, devendo sua aplicação ser confrontada com a regulamentação atualmente vigente do Sistema Nacional de Transplantes.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.020, de 29 de maio de 2013. Institui as diretrizes para a organização da atenção à saúde na gestação de alto risco e define os critérios para implantação e habilitação dos serviços de referência à atenção à saúde na gestação de alto risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. **Situação normativa:** incorporada às normas de consolidação do SUS e posteriormente alterada por atos normativos posteriores.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. **Situação normativa:** referência histórica fundamental para a organização dos serviços de urgência e emergência, com seu conteúdo posteriormente incorporado e reorganizado no conjunto das normas de consolidação do SUS.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.803, de 19 de novembro de 2013. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. **Situação normativa:** norma posteriormente alterada, entre outras, pelas Portarias GM/MS nº 2.736, de 9 de dezembro de 2014, e nº 807, de 21 de

março de 2017, além de ter seu conteúdo incorporado às normas de consolidação do SUS.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. **Situação normativa:** vigente, com alterações posteriores. A Portaria nº 5.333, de 19 de setembro de 2024, alterou dispositivos da Portaria nº 3.681/2024, inclusive regras relacionadas à implantação e habilitação das equipes. A regulamentação é especialmente relevante para o dimensionamento da Psicologia, pois prevê profissional de Psicologia na composição das equipes de cuidados paliativos.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 6.590, de 3 de fevereiro de 2025. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, para regulamentar a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. **Situação normativa:** vigente, com alterações e integração ao conjunto normativo da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer. Deve ser utilizada em conjunto com a Lei nº 14.758, de 19 de dezembro de 2023, e demais normas vigentes da atenção oncológica.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 6.591, de 4 de fevereiro de 2025. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, e dispõe sobre a Rede de Prevenção e Controle do Câncer (RPCC). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. **Situação normativa:** vigente, devendo ser considerada em conjunto com a regulamentação consolidada da Rede de Prevenção e Controle do Câncer.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolida as normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. **Situação normativa:** vigente e continuamente alterada por atos posteriores.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 62, de 19 de abril de 1994. Estabelece normas para o cadastramento de hospitais que realizam procedimentos integrados para reabilitação estético-funcional dos portadores de má-formação lábio-palatal no Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1994. **Situação normativa:** referência histórica, com conteúdo posteriormente incorporado às normas de organização e habilitação da assistência à pessoa com anomalias craniofaciais.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 95, de 15 de fevereiro de 2005. Define e dá atribuições às Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. **Correção:** a data correta é **15 de fevereiro de 2005**, e não 14 de fevereiro de 2005. A norma foi posteriormente substituída/reorganizada por atos posteriores da política de alta complexidade em traumato-ortopedia.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 210, de 15 de junho de 2004. Define as Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular e os Centros de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular e suas aptidões e qualidades. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. **Situação normativa:** parcialmente revogada/alterada por atos posteriores e posteriormente integrada ao processo de consolidação das normas da atenção especializada. Para aplicação atual, deve ser consultada a regulamentação consolidada e vigente.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 756, de 27 de dezembro de 2005. Define que as Redes Estaduais e/ou Regionais de Assistência ao Paciente Neurológico na Alta Complexidade serão compostas por Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia e Centros de Referência de Alta Complexidade em Neurologia. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. **Situação normativa:** referência histórica da organização da atenção neurológica de alta complexidade, posteriormente incorporada e modificada pelo conjunto de normas da atenção especializada.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 140, de 27 de fevereiro de 2014. Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. **Situação normativa:** posteriormente incorporada/alterada pela regulamentação consolidada da atenção oncológica. Para aplicação atual, deve ser consultada em conjunto com a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer e as normas posteriores da Rede de Prevenção e Controle do Câncer.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta SAS/SVS/MS nº 1, de 16 de janeiro de 2013. Regulamenta os serviços de atenção às DST/HIV/AIDS, incluindo a assistência multiprofissional no âmbito do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. **Situação normativa:** referência histórica, com a matéria posteriormente incorporada e reorganizada pelas normas de consolidação e pelas políticas específicas de HIV/AIDS e IST.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SNAS/MS nº 303, de 2 de julho de 1992. Modifica a Portaria nº 225, de 29 de janeiro de 1992, que dispõe sobre normas de funcionamento dos serviços de saúde para pessoas com deficiência no Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1992. **Situação normativa:** revogada. A revogação ocorreu pela Portaria SAES/MS nº 104, de 25 de março de 2022. Mantida neste Anexo como referência histórica.

BRASIL. Presidência da República

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 14.721, de 8 de novembro de 2023. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para ampliar a assistência à gestante e à mãe no período da gravidez, do pré-natal e do puerpério. Brasília, DF: Presidência da República, 2023. **Situação normativa:** vigente. A norma estabelece, entre outras medidas, a assistência psicológica à gestante, à parturiente e à puérpera, constituindo fundamento legal relevante para a organização da assistência psicológica no ciclo gravídico-puerperal. **Correção:** a data correta é 8 de novembro de 2023.

A.2 Normas posteriores e substitutivas de especial relevância

Para fins de atualização permanente deste Anexo, devem ser consideradas, além das normas históricas acima, as seguintes referências posteriores que modificaram, consolidaram ou substituíram parte de seus conteúdos:

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 11, de 13 de março de 2014. Dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de diálise e dá outras providências. Brasília, DF: ANVISA, 2014. **Substitui a RDC**

nº 154/2004 para fins da regulamentação sanitária dos serviços de diálise.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAES/MS nº 104, de 25 de março de 2022. Revoga a Portaria SAS/MS nº 303, de 2 de julho de 1992. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. **Norma substitutiva da Portaria SAS/MS nº 303/1992 no aspecto de sua revogação.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAES/MS nº 2.085, de 9 de setembro de 2024. Estabelece normas para registro das Equipes de Cuidados Paliativos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e inclui procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. **Complementa a Portaria GM/MS nº 3.681/2024 e regulamenta o registro das Equipes Assistenciais e Matriciais de Cuidados Paliativos no CNES.**

A.3 Critério de utilização para o dimensionamento da Psicologia Hospitalar

Para fins de dimensionamento da força de trabalho da Psicologia Hospitalar, as normas deste Anexo devem ser classificadas em quatro categorias:

I – Normas que estabelecem composição ou carga horária de equipe: devem receber prioridade máxima para o cálculo quantitativo de profissionais.

II – Normas que estabelecem a obrigatoriedade ou previsão de assistência psicológica: devem ser utilizadas como fundamento para demonstrar a necessidade assistencial da Psicologia, ainda que não estabeleçam quantitativo de profissionais.

III – Normas que estabelecem equipe multiprofissional ou interdisciplinar: devem ser utilizadas como fundamento complementar para a organização do processo de trabalho, sem que a mera menção à multiprofissionalidade seja interpretada automaticamente como determinação de quantitativo específico de psicólogos.

IV – Normas históricas, revogadas ou substituídas: devem permanecer identificadas no Anexo quando forem relevantes para demonstrar a evolução normativa, mas **não devem ser utilizadas isoladamente como fundamento de dimensionamento atual**. Nestes casos, deve prevalecer a norma vigente, consolidada ou substitutiva.

ANEXO B – CONCEITOS E MODALIDADES TÉCNICO-OPERATIVAS DA PSICOLOGIA

O presente Anexo tem por finalidade apresentar e padronizar conceitos técnico-operativos relacionados à atuação da Psicologia nos serviços de saúde, subsidiando a compreensão e a aplicação do **dimensionamento quantitativo proposto nesta Nota Orientativa**, o qual **não deve ser interpretado como estabelecimento de número mínimo, rígido ou universal de profissionais por serviço ou unidade**. O dimensionamento constitui uma referência quantitativa que deve ser analisada em conjunto com as características do cenário institucional, perfil epidemiológico e assistencial, complexidade dos casos, fluxo de usuários, tempo de permanência, composição da equipe multiprofissional e organização do processo de trabalho.

Nesse sentido, é fundamental que gestores e **Responsáveis Técnicos (RTs)** conheçam as diferentes modalidades de atuação da Psicologia e compreendam o **caráter dinâmico da demanda psicológica**, uma vez que a produção assistencial não se apresenta de forma linear ou previsível ao longo da jornada de trabalho. Situações de elevada complexidade emocional podem demandar tempo assistencial significativamente superior ao inicialmente previsto, podendo inviabilizar temporariamente o cumprimento de determinado quantitativo de atendimentos, sem que isso caracterize inadequação do trabalho profissional. São exemplos situações de óbito, agravamento clínico, comunicação de notícias difíceis, acompanhamento de familiares em sofrimento intenso, situações de crise, conflitos assistenciais ou necessidade de suporte à equipe após eventos críticos. Assim, os parâmetros quantitativos devem ser **adaptados a cada cenário institucional**, preservando-se a **autonomia técnico-científica e ético-profissional da(o) psicóloga(o)** para avaliar prioridades, definir estratégias e organizar sua agenda assistencial conforme as necessidades identificadas.

O planejamento deve considerar, entre outras modalidades, **busca ativa, acolhimento, atendimento psicológico, intervenção em crise, intervenção breve, atendimento a familiares e acompanhantes, interconsulta, consultoria, parecer psicológico, intervenções grupais, suporte à equipe assistencial e articulação da continuidade do cuidado**, observando-se os critérios de risco, gravidade, vulnerabilidade e prioridade assistencial estabelecidos pelo serviço e os parâmetros técnicos e éticos da profissão. Dessa forma, o dimensionamento deve ser compreendido como **instrumento de planejamento e organização do trabalho**, e não como mecanismo de restrição da atuação profissional ou de imposição de produtividade, devendo sua aplicação considerar a singularidade dos usuários, a complexidade das situações de cuidado e as necessidades concretas de cada instituição.

Nesse sentido, para fins de padronização da linguagem técnico-assistencial e de adequada interpretação dos parâmetros de dimensionamento propostos nesta Nota Orientativa, apresentam-se, a seguir, os principais conceitos e modalidades técnico-operativas relacionados à atuação da Psicologia nos serviços de saúde. As definições devem ser compreendidas em articulação com o contexto institucional, a finalidade da intervenção, o grau de complexidade da demanda e os critérios de prioridade e risco, não constituindo categorias rígidas ou excludentes entre si:

ACOLHIMENTO PSICOLÓGICO:
Ação de escuta qualificada e identificação inicial das necessidades psicológicas do usuário, familiar ou acompanhante, realizada com o objetivo de compreender a demanda, oferecer suporte inicial, avaliar a necessidade de intervenção e definir, quando pertinente, continuidade do

acompanhamento ou encaminhamento. No contexto hospitalar, pode ocorrer de forma espontânea ou mediante encaminhamento da equipe (CFP, 2019; 2022).

ALTA COMPLEXIDADE: Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade). As principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS, e que estão organizadas em "redes", são: assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extracardíacos; laboratório de eletrofisiologia; assistência em traumato-ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras lábio palatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos para a avaliação e tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); cirurgia reprodutiva; genética clínica; terapia nutricional; distrofia muscular progressiva; osteogênese imperfecta; fibrose cística e reprodução assistida. (Brasil, 2009).

ARTICULAÇÃO DO CUIDADO EM REDE:
Conjunto de ações destinadas a favorecer a continuidade da atenção psicológica após mudança de unidade, alta hospitalar ou transferência para outro ponto da Rede de Atenção à Saúde. Pode incluir orientação, encaminhamento, contato com serviços de referência e contrarreferência e compartilhamento de informações pertinentes, observados os princípios éticos e de sigilo profissional (CFP, 2019; 2022).

ATENDIMENTO AMBULATORIAL:
Modalidade de atenção psicológica realizada em serviço ambulatorial, sem necessidade de internação, destinada à avaliação, intervenção, acompanhamento, orientação ou encaminhamento de usuários e, quando pertinente, familiares. Pode ocorrer de forma individual, familiar ou grupal, conforme a finalidade assistencial (CFP, 2019; 2022).

ATENDIMENTO EM ENFERMARIAS EM GERAL:
Atuação psicológica junto a usuários internados em unidades de enfermaria, considerando as repercussões subjetivas do adoecimento, hospitalização, tratamento, reabilitação e alta. Pode incluir atendimento ao paciente, familiares e acompanhantes, avaliação da demanda, intervenções breves, manejo de sofrimento, preparação para procedimentos e alta, comunicação com a equipe e articulação da continuidade do cuidado pós-alta (CFP, 2019; 2022).

ATENDIMENTO EM PRONTO-ATENDIMENTO:
Atendimento psicológico realizado em serviços destinados ao atendimento de situações de urgência ou demanda aguda, caracterizado pela necessidade de resposta em tempo oportuno. Pode envolver situações de crise, sofrimento emocional intenso, violência, perdas, tentativa de suicídio, comunicação de notícias difíceis, conflitos familiares ou outras situações que demandem intervenção imediata e definição de encaminhamento (CFP, 2019; 2022).

ATENDIMENTO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA:
Atuação psicológica junto a pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva, familiares e acompanhantes, considerando a gravidade clínica,

alterações de consciência, limitações de comunicação, risco de morte, procedimentos invasivos e impactos emocionais da hospitalização. Pode compreender intervenções com pacientes e familiares, apoio à comunicação, manejo do sofrimento, suporte em situações de agravamento clínico e terminalidade e articulação com a equipe multiprofissional (CFP, 2019; 2022; Brasil, ANVISA, 2010, com alterações posteriores).

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA:
Processo estruturado de investigação de fenômenos psicológicos, realizado com finalidade específica e destinado a produzir informações que subsidiem tomada de decisão individual, grupal ou institucional. Deve fundamentar-se em métodos, técnicas e instrumentos psicológicos reconhecidos cientificamente e observar os princípios técnicos e éticos da profissão (CFP, 2022a).
Nota: avaliação psicológica não deve ser utilizada como sinônimo de entrevista clínica, atendimento psicológico ou psicodiagnóstico.

BUSCA ATIVA:
Estratégia de identificação e aproximação de usuários, familiares ou acompanhantes que apresentam demanda psicológica potencial ou previamente identificada, mas que não chegaram espontaneamente ao serviço de Psicologia. Pode ocorrer mediante análise das demandas assistenciais, discussão com a equipe, identificação de situações de risco ou vulnerabilidade e acompanhamento de casos que necessitem de intervenção psicológica (CFP, 2019; 2022).

CONSULTORIA:
Atuação especializada na qual a(o) psicóloga(o) oferece à equipe ou ao serviço subsídios técnicos relacionados aos aspectos psicológicos, subjetivos e relacionais envolvidos em determinada situação assistencial ou institucional (CFP, 2019; 2022).

DISCUSSÃO DE CASO:
Atividade técnico-assistencial realizada individualmente ou em equipe, destinada à análise compartilhada de aspectos clínicos, psicológicos, sociais e institucionais relevantes para o cuidado de determinado usuário ou família. Pode subsidiar a definição de condutas, intervenções e encaminhamentos (CFP, 2019; 2022).

GRUPO REFLEXIVO:
Modalidade de intervenção grupal destinada à reflexão compartilhada sobre experiências, sentimentos, comportamentos, relações e estratégias de enfrentamento relacionadas ao adoecimento, tratamento ou outras experiências de saúde. Pode envolver pacientes, familiares, cuidadores ou trabalhadores, conforme os objetivos assistenciais (CFP, 2019; 2022).

INTERCONSULTA:
Modalidade de trabalho integrado à equipe multiprofissional na qual a Psicologia é acionada para contribuir com a compreensão e o manejo de aspectos psicológicos relacionados a determinado caso ou situação assistencial. Pode incluir discussão do caso, avaliação conjunta, orientação da equipe e, quando indicado, atendimento direto ao paciente ou familiar (CFP, 2019; 2022).

INTERVENÇÃO BREVE:
Modalidade de intervenção psicológica delimitada por objetivos específicos e compatível com o tempo disponível e com as características do serviço. No contexto hospitalar, pode ser utilizada diante de demandas relacionadas ao adoecimento, hospitalização, procedimentos, adesão ao tratamento, enfrentamento, comunicação, preparação para alta ou outras situações pontuais (Sakai & Cunha, 2022; Strosahl, et al., 2012).

INTERVENÇÃO EM CRISE:
Intervenção psicológica realizada diante de situação aguda que produza significativo desequilíbrio emocional ou ultrapasse temporariamente os recursos habituais de enfrentamento do indivíduo, família ou grupo. Tem como objetivos compreender a situação, avaliar riscos e necessidades, favorecer estabilização emocional, mobilizar recursos de enfrentamento e organizar a continuidade do cuidado quando necessária (Chiattone, 2000; CFP, 2019).

INTERVENÇÃO EM GRUPO:
Conjunto de ações psicológicas realizadas com duas ou mais pessoas, organizadas a partir de objetivos terapêuticos, psicoeducativos, preventivos, de apoio, promoção da saúde ou reabilitação. Podem envolver pacientes, familiares, cuidadores ou profissionais (CFP, 2019; 2022).

MANEJO AMBIENTAL:
Conjunto de ações destinadas a organizar ou modificar aspectos do ambiente físico, relacional e institucional que possam interferir no comportamento, sofrimento emocional, comunicação ou segurança do usuário. No hospital, pode incluir adequação de estímulos ambientais, orientação à equipe e familiares e manejo de situações de agitação, desorganização ou conflito (CFP, 2019; 2022).

MÉDIA COMPLEXIDADE: Ações e serviços que visam a atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica necessite de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. Compõem os procedimentos de média complexidade do Sistema de Informações Ambulatoriais: procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros de nível superior e nível médio; cirurgias ambulatoriais especializadas; procedimentos traumato-ortopédicos; ações especializadas em odontologia; patologia clínica; anatomopatologia e citopatologia; radiodiagnóstico; exames ultrassonográficos; diagnose; fisioterapia; terapias especializadas; próteses e órteses; anestesia. (Brasil, 2009).

ORIENTAÇÃO PSICOLÓGICA:
Intervenção de caráter focal, destinada a oferecer informações, esclarecimentos e estratégias relacionadas a aspectos psicológicos ou psicossociais envolvidos no adoecimento, tratamento, hospitalização, reabilitação ou continuidade do cuidado. Não se confunde necessariamente com psicoterapia (CFP, 2019; 2022).

PLANTÃO PSICOLÓGICO:
Modalidade de atenção psicológica caracterizada pela disponibilidade do profissional para acolher e atender demandas espontâneas ou emergentes, geralmente sem necessidade de agendamento prévio. Busca responder à demanda apresentada no momento, favorecendo compreensão da situação, intervenção compatível e, quando necessário, encaminhamento ou continuidade do cuidado (CFP, 2019; 2022).

Observação: para esta Nota Técnica, “plantão psicológico” não deve ser confundido com a existência de **escala de plantão do psicólogo**.

PSICODIAGNÓSTICO:
Processo de investigação psicológica realizado com finalidade diagnóstica específica, utilizando métodos e técnicas adequados à demanda. Pode envolver entrevistas, observação e instrumentos psicológicos, conforme a finalidade e as condições do caso (CFP, 2022a; 2019).

Observação: o psicodiagnóstico constitui modalidade/finalidade específica de investigação psicológica e não deve ser utilizado como sinônimo de toda e qualquer avaliação psicológica.

PSICOEDUCAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE:
Ações destinadas à transmissão qualificada de informações e ao desenvolvimento de conhecimentos e estratégias relacionadas ao processo saúde-doença, tratamento, autocuidado, adesão, enfrentamento e utilização dos recursos disponíveis na rede de atenção. Podem ser realizadas individualmente ou em grupo (CFP, 2019; 2022).

PSICOMOTRICIDADE NO CONTEXTO HOSPITALAR:
Atuação voltada aos aspectos relacionados às interações entre movimento, corpo, cognição, afetividade e relações, considerando suas repercussões no processo de adoecimento, desenvolvimento, adaptação ou reabilitação. No contexto hospitalar, sua realização deve observar a formação e as competências específicas da(o) profissional, bem como os limites estabelecidos para o exercício profissional (CFP, 2019; 2022).
Observação: por não constituir uma modalidade geral de assistência psicológica hospitalar definida pela Resolução CFP nº 17/2022, recomenda-se que seja contabilizada no dimensionamento somente quando efetivamente ofertada pelo serviço e realizada por profissional habilitado para a atividade.

PSICOPROFILAXIA:
Intervenção psicológica preventiva e de promoção da saúde pautada na preparação emocional do sujeito para o enfrentamento de eventos vitais críticos, transições de desenvolvimento ou procedimentos médicos invasivos. Afastando-se do modelo puramente curativo, atua de forma planejada e delimitada no tempo para mitigar o sofrimento e prevenir agravos psíquicos. Constitui uma atividade assistencial formal e parametrizada, transversal aos três níveis de atenção à saúde (Primária, Secundária e Terciária) e prioritariamente articulada em modalidades grupais e interdisciplinares na rede pública e hospitalar (CFP, 2019; 2022).

PSICOTERAPIA BREVE:
Modalidade de psicoterapia caracterizada pela delimitação de objetivos terapêuticos e pela utilização de estratégias compatíveis com número ou período limitado de sessões. No contexto hospitalar, sua utilização depende do referencial teórico adotado, das condições institucionais e da possibilidade de estabelecimento de objetivos terapêuticos compatíveis com o tempo de permanência do usuário (Knobel, 1986; Romano, 1999).

Observação: este termo deve ser distinguido de **intervenção breve** e **atendimento psicológico**. A literatura reconhece diferentes posições teóricas sobre a utilização do conceito de psicoterapia no ambiente hospitalar (Chiattone, 2000; Sakai & Cunha, 2022; Strosahl et al., 2012).

SUPORTE À EQUIPE ASSISTENCIAL:
Conjunto de ações psicológicas destinadas a apoiar profissionais e equipes na compreensão e no manejo dos aspectos subjetivos, relacionais e psicossociais envolvidos no cuidado. Pode ocorrer através da discussão de casos, interconsulta, orientação técnica, reuniões, mediação de situações relacionais e no manejo comunicacional junto aos pacientes e familiares (CFP, 2019; 2022).

Observação: suporte à equipe não deve ser automaticamente contabilizado como atendimento psicológico individual ao trabalhador. São modalidades assistenciais distintas.

SUPORTE AOS FAMILIARES:
Atuação psicológica dirigida a familiares e acompanhantes diante das repercussões emocionais, relacionais e sociais do adoecimento e da hospitalização. Pode envolver acolhimento, orientação, apoio em situações

de crise, preparação para procedimentos, comunicação de informações, acompanhamento do processo de agravamento ou terminalidade e apoio no planejamento da continuidade do cuidado (CFP, 2019).

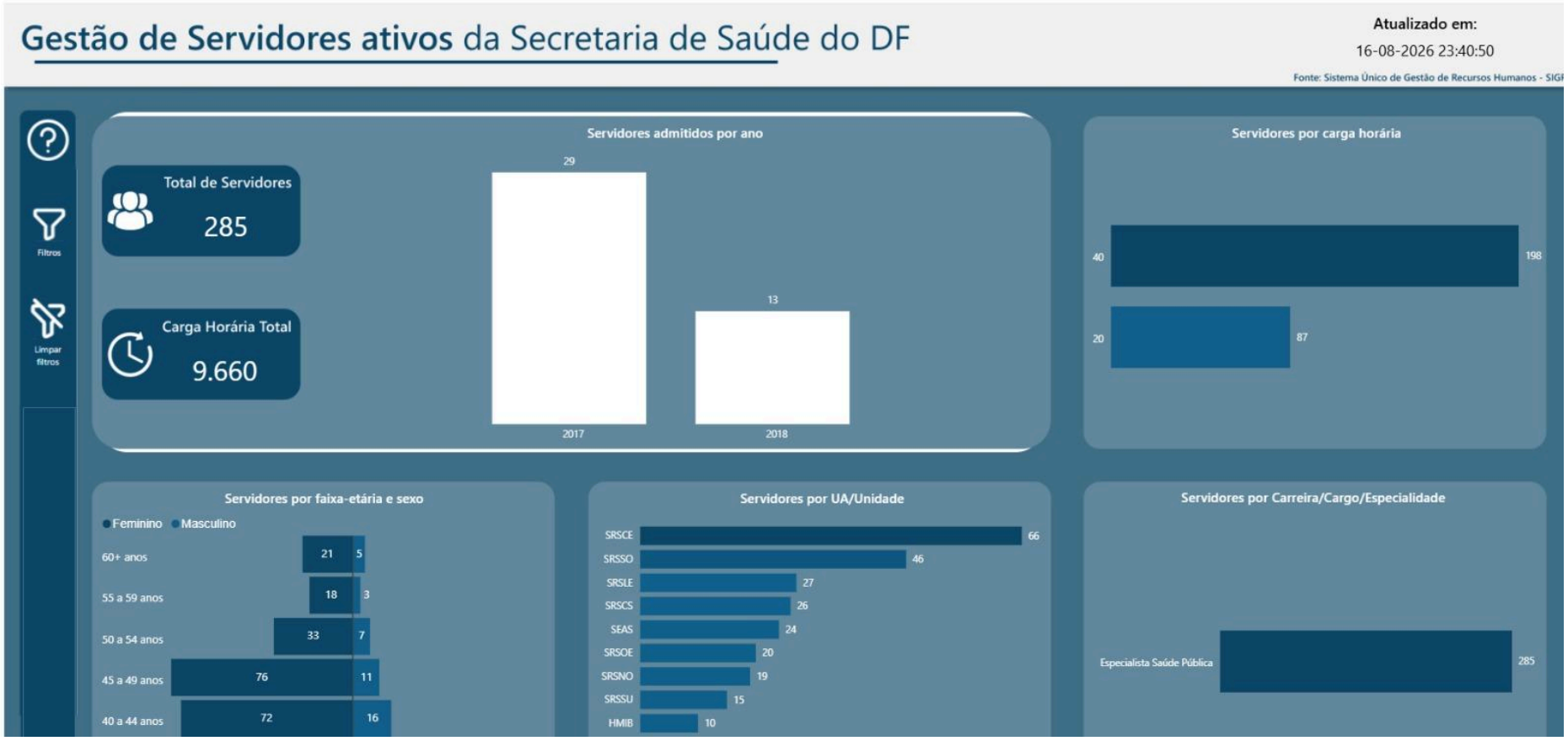
ANEXO C - GUIA ORIENTATIVO PARA O DIMENSIONAMENTO ÉTICO

	Ações	Atenção Secundária		Atenção Terciária
		Urgências e Emergências	Serviços de Atenção Hospitalar	
Atendimento Específico	Atendimento Individual	30-60 min	30-40 min	
	Acolhimento ou Triagem	60-120 min	30-60 min	
	Atendimento Psicológico Ambulatorial, Avaliação Psicológica, Sessões de Entrevista Inicial e Devolutiva			60 min
	Atendimento de Avaliação Neuropsicológica			90-120 min
	Atendimento de Habilitação e Reabilitação Neuropsicológica			45-60 min
	Unidade de Internação Adulto (enfermaria)			30-45 min
	Unidade de Internação Pediátrica (enfermaria)			45-60 min
	Unidade de Terapia Intensiva adulto e pediátrica			30-40 min
	Unidade de Pronto Socorro			30-60 min
	Leito-dia ou Hospital-dia			30-40 min
	Paciente em Unidade de Cuidados Paliativos			60 min
	Abordagem ou Reunião Familiar de Cuidados Paliativos			50-70 min

	Educação Permanente	30-60 min	45-90 min	45-90 min
Ações Compartilhadas	Atendimento Compartilhado ou Interconsulta	45-90 min	30-60 min	
	Práticas Grupais / Grupos Psicoeducativos e Grupos Terapêuticos	30-90 min	60-90 min	90-120 min
	Reunião de Equipe, Discussão de Casos, Elaboração de PTS	60-120 min	60-120 min	60-120 min
	Atenção a Familiares	30-90 min	30-60 min	
Ações no território	Articulação de Rede Intra ou Intersetorial, Matriciamento, Atenção a Situações de Crise e Visita Institucional	45-90 min	45-90 min	
	Visita domiciliar / Atenção Domiciliar	90-120 min	90-120 min	60-120 min
Outras Ações	Evolução de Prontuário, Elaboração de Declaração e de Atestado	10-15 min	15-30 min	15-30 min
	Elaboração de demais Atendimentos	90-120 min	60-120 min	
	Elaboração de demais Documentos			90-120 min
	Supervisão, Tutoria, Preceptoria, Participação e Orientação de Trabalhos, Pesquisas, Monografias e Artigos	60-120 min	60-120 min	60-120 min

Fonte: Elaboração própria dos autores a partir da previsão de duração de cada ação conforme a Resolução CFP nº 17/2022 (mínima - máxima).

ANEXO D - DADOS QUANTITATIVOS DE PROFISSIONAIS DE PSICOLOGIA DA SES-DF



Fonte: InfoSaúde-DF (2026).