



Psicologia e cuidados paliativos: perspectivas de intervenção na unidade de terapia intensiva adulto

Psychology and palliative care: intervention perspectives in the adult intensive care unit

Thaiza G. Bavuso¹, Deiziane Dias de Freitas Silva^{1*}.

¹ Faculdade Sete Lagoas, Rua Itália Pontelo, 50, 35700-170, Sete Lagoas, MG, Brasil.

*Correspondência

Deiziane Dias de Freitas Silva
Faculdade Sete Lagoas
Rua Itália Pontelo, 50, Sete Lagoas,
35700-170, MG, Brasil.
+55 (31) 99350-3762
deizedias.psic@gmail.com

Financiamento

Não se aplica.

Resumo

O presente estudo aborda as perspectivas de intervenções do psicólogo frente aos cuidados paliativos em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) adultas, destacando a importância desse profissional na promoção de um cuidado humanizado em contextos de alta complexidade, onde a esperança coexiste com o sofrimento profundo associado à possibilidade da morte, seja a própria ou a de alguém significativo. A Psicologia Intensivista, enquanto campo em expansão dentro da psicologia hospitalar, enfrenta desafios importantes, entre eles a necessidade de conciliar o modelo biomédico predominante com as necessidades emocionais, sociais e espirituais dos pacientes e de suas famílias. Nesse cenário, os cuidados paliativos configuram-se como uma abordagem essencial voltada para a qualidade de vida, o alívio do sofrimento e o respeito à dignidade humana, independentemente de perspectivas de cura. O estudo teve como objetivo analisar o papel do psicólogo nas UTIs, investigando como os cuidados paliativos são ofertados, os principais desafios vivenciados e as estratégias psicoterapêuticas empregadas. A pesquisa é de natureza exploratória, utilizando como metodologia uma revisão narrativa da literatura. Os dados foram coletados por meio de levantamentos bibliográficos e analisados criticamente, a fim de sintetizar conhecimentos científicos relevantes sobre o tema. Os resultados indicam que, embora os marcos legais e as políticas públicas visem garantir a oferta dos cuidados paliativos em unidades de alta complexidade, ainda há predominância de um modelo curativista e tecnicista nas UTIs, o que dificulta a consolidação de práticas verdadeiramente humanizadas. A atuação do psicólogo contribui para integrar os princípios dos cuidados paliativos às práticas hospitalares, promovendo espaços de escuta, acolhimento e comunicação ética entre equipe, paciente e familiares. Conclui-se que a atuação psicológica nesse contexto é indispensável para a construção de um cuidado integral e humanizado, que reconheça a finitude como parte da experiência humana e busque garantir dignidade em todas as fases da vida.

Palavras-chave: Psicologia hospitalar. Psicologia intensivista. Cuidados paliativos. UTI adulto.

Abstract

The present study addresses the perspectives of psychologists' interventions in the context of palliative care in adult Intensive Care Units (ICUs), highlighting the importance of these professionals in promoting humanized care in highly complex settings, where hope coexists with the profound suffering associated with the possibility of death, whether one's own or that of a significant other. Intensive Care Psychology, as an expanding field within hospital psychology, faces significant challenges, among them the need to reconcile the predominant biomedical model with the emotional, social, and spiritual needs of patients and their families. In this scenario, palliative care emerges as an essential approach focused on quality of life, relief of suffering, and respect for human dignity, regardless of prospects for cure. The study aimed to analyze the psychologist's role in ICUs, investigating how palliative care is provided, the main challenges encountered, and the psychotherapeutic strategies employed. This is an exploratory and basic research study, using a narrative literature review as its methodology. Data were collected through bibliographic surveys and critically analyzed in order to synthesize relevant scientific knowledge on the subject. The results indicate that, although legal frameworks and public policies aim to ensure the provision of palliative care in high-complexity units, a curative and technicist model still predominates in ICUs, hindering the consolidation of truly humanized practices. The psychologist's work contributes to integrating the principles of palliative care into hospital practices, promoting spaces for listening, support, and ethical communication among the team, patients, and families. It is concluded that psychological practice in this context is indispensable for building comprehensive and humanized care that recognizes finitude as part of the human experience and seeks to ensure dignity at all stages of life.

Key words: Hospital psychology. Intensive care psychology. Palliative care. Adult ICU.

1 INTRODUÇÃO

Os primeiros registros do campo da psicologia hospitalar no Brasil surgem em meados da década de 1950 com Mathilde Neder, com o atendimento a crianças do Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FM-USP). O atendimento psicológico ocorria no intuito de facilitar a adesão das crianças aos tratamentos propostos pela equipe médica. Mathilde prestava atendimento aos pacientes e seus respectivos familiares no pré e pós-operatório. Nesta época a rotina hospitalar ainda seguia as normas rígidas da medicina científica, o paciente muitas das vezes era visto como uma máquina a ser reparada, valorizava-se a intervenção de forma objetiva e a verticalização do saber (Assis, 2020). Já em 1997 uniu-se em uma assembleia 45 psicólogos (as) que atuavam em hospitais no Brasil, onde foi fundada a Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar ou SBPH. Contribuindo fortemente para o reconhecimento e regulamentação da especialidade no Conselho Federal de Psicologia (CFP) em 2000, por meio da resolução 014/2000 (Conselho Federal de Psicologia, 2000).

O caminhar da psicologia hospitalar se deu de forma lenta e, somente em 2019, foi lançado pelo conselho o manual de referência técnica para atuação profissional de psicólogos (as) nos serviços hospitalares do SUS (Conselho Federal de Psicologia, 2019). A referência propõe contribuições de práticas psicológicas no contexto hospitalar, tendo em vista a dimensão subjetiva e de saúde mental das pessoas assistidas em hospitais. Aspectos fundamentais na prática profissional, como também aborda diálogos acerca do processo de adoecimento, luto e assistência aos familiares (Conselho Federal de Psicologia, 2019).

A definição da especialidade pelo CFP prevê que o profissional atue de forma a realizar ações voltadas para melhorar a interação entre médico e paciente, entre paciente e seus respectivos familiares, como também entre os próprios pacientes, considerando o impacto emocional do adoecimento, internação hospitalar e as implicações que podem surgir nesse contexto. Sendo assim, é realizada a análise e o acompanhamento dos aspectos psíquicos que possam surgir em pacientes que se encontram sob cuidados médicos ou que serão submetidos a procedimentos (Conselho Federal de Psicologia, 2019).

Diversas estratégias podem ser aplicadas, incluindo, mas não se limitando a “psicoterapia individual; atividades de psicoprofilaxia; grupos terapêuticos; atendimentos ambulatoriais, atendimento em UTI e enfermarias; intervenções psicomotoras no ambiente hospitalar; avaliações e diagnósticos psicológicos (Conselho Federal de Psicologia, 2019).”

O profissional psicólogo também participa no processo de tomada de decisão da equipe, contribuindo com suporte emocional ao paciente e seus familiares (Schneider et al., 2017). A psicologia intensivista é mais um braço da psicologia hospitalar no Brasil, onde o profissional atua justamente com a equipe da UTI. Justifica-se de forma legal a partir do artigo 18 da Resolução Nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, do Ministério da Saúde, que pontua acerca dos serviços que devem ser garantidos aos pacientes em internação na UTI, entre eles a “assistência psicológica” (Ministério da Saúde, 2010). É um campo, assim como a psicologia hospitalar, novo, exigindo esforços e constante capacitação do profissional. Estando este, preparado para lidar com diversas situações, como o processo da morte, a dor, o luto, pressões que o próprio ambiente proporciona, intensa jornada de trabalho, participação das tomadas de decisões em situações críticas, entre diversos outros fatores ligados ao ambiente de terapia intensiva (Schneider et al., 2017).

As Unidades de Terapia Intensiva Adulto (UTI), classificam-se como uma unidade do âmbito hospitalar de alta complexidade voltada aos pacientes críticos, sendo composta por uma equipe multiprofissional, equipamentos científicos tecnológicos, monitorização contínua e observação médica (Resolução CFM Nº 2.271/2020). Segundo Andrade (2023), a equipe multiprofissional inserida nesse cenário é composta por psicólogos hospitalares, fisioterapeutas, farmacêuticos, enfermeiros, nutricionista, médicos, fonoaudiólogos, entre outros. Para o Conselho Federal de Medicina (2020), os pacientes chamados críticos são caracterizados com “[...] instabilidade fisiológica, risco de morte elevado. Requerem monitorização e/ou intervenções invasivas altamente complexas” (Conselho Federal de Medicina, 2020).

O que para alguns pode parecer esperança de uma cura, para outros é assustador pensar que no final da existência humana, podemos ser cativos a aparelhos técnico-científicos. Nesse contexto de UTI, sentimentos de esperança à espera de uma recuperação, adicionados ao franco sofrimento da possibilidade de perder a própria vida ou a de alguém querido, estão incredivelmente juntos (Pessini, 2016). Dentro deste cenário são inúmeras as questões éticas que se apresentam nas UTIs como: as decisões acerca do uso de intervenções de sustentação vital; diálogo e interação

com familiares; classificação do estado reversível ou irreversível; comunicação de más notícias, entre diversas outras questões que atravessam este cenário (Da Silva et al., 2017). “A Medicina Intensiva tem sido voraz em incorporar cuidados cada vez mais tecnológicos promovendo uma grande reformulação no conceito de terminalidade da vida, a partir da criação de unidades de terapia intensiva” (Da Silva et al., 2017).

Destaca-se a negligência ainda presente nas questões relacionadas ao fim da vida e à limitação terapêutica em pacientes com doenças incuráveis e terminais. A morte passou a ser evitada a qualquer custo, o que se relaciona ao não tratamento do sofrimento e da qualidade de vida do paciente, diante ao uso dos recursos artificiais, frequentemente voltadas apenas para tentativas de cura com métodos invasivos, sendo assim, torna-se desafiador a concomitância entre o suporte vital e os cuidados paliativos (Pessini, 2016).

Cuidados Paliativos (CP) se caracterizam por intervenções genuínas com o intuito de abrandar os sintomas desagradáveis que podem surgir pela progressão ou tratamento de doenças que ameaçam a vida, sejam elas agudas ou crônicas, com um olhar para o ser como biopsicossocial espiritual. Objetiva-se o desenvolvimento de uma atenção humanizada com a ênfase no conforto, incluindo o cuidado necessário a familiares e cuidadores (Ministério da Saúde, 2018). Alguns dos princípios norteadores dos CP, conforme a Resolução nº41 de 2018 são:

“I - início dos cuidados paliativos o mais precocemente possível, juntamente com o tratamento modificador da doença, e início das investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes; [...] IV - aceitação da evolução natural da doença, não acelerando nem retardando a morte e repudiando as futilidades diagnósticas e terapêuticas; [...] VII - oferecimento de um sistema de suporte que permita ao paciente viver o mais autônomo e ativo possível até o momento de sua morte; [...] VIII - oferecimento de um sistema de apoio para auxiliar a família a lidar com a doença do paciente e o luto; [...] XI - respeito à autodeterminação do indivíduo; [...] XII - promoção da livre manifestação de preferências para tratamento médico através de diretiva antecipada de vontade (DAV); [...]” (Ministério da Saúde, 2018).

A resolução preconiza, que as preferências da pessoa doente, sejam observadas e verdadeiramente identificadas em relação ao tipo de cuidado que

receberá. Como também define que os cuidados paliativos devem estar disponíveis em toda rede, seja ela básica, domiciliar, urgência, ambulatorial, hospitalar e emergência (Soares D'Alessandro et al., 2023). O Manual de Cuidados Paliativos desenvolvido pelo Programa de Cuidados Paliativos no SUS, pontua a urgência em desenvolver nos profissionais da saúde as habilidades voltadas ao manejo do sofrimento físico, emocional, social e espiritual de pacientes com doenças graves que ameaçam a vida, além de abordarem os impactos sobre seus familiares (Soares D'Alessandro et al., 2023). Esses cuidados devem ser incorporados de maneira precoce aos tratamentos voltados para a cura ou controle da doença, promovendo melhorias significativas na qualidade de vida e contribuindo para uma redução de custos na saúde (Coelho et al., 2017).

O reconhecimento destes cuidados como parte essencial dos sistemas de saúde tem crescido em todo o mundo, impulsionado pelo envelhecimento da população e pelo aumento da demanda por essa abordagem. No entanto, no Brasil, o desenvolvimento dos CP ainda é limitado e inferior em comparação a outros países da América Latina. Além disso, há uma compreensão equivocada sobre o conceito de CP, muitas vezes associado apenas à fase terminal da vida, onde atualmente, entende-se que os CP devem ser integrados aos tratamentos curativos ou modificadores de doença de maneira simultânea (Soares D'Alessandro et al., 2023).

A indicação de cuidados paliativos está relacionada ao sofrimento provocado por doenças graves e, por isso, deve ser oferecida em diferentes níveis e pontos da rede de assistência. O baixo desenvolvimento dessa prática tem relação com o aumento de casos de distanásia e de insistência em intervenções médicas fúteis, o que contribui para a superlotação de Unidades de Terapia Intensiva e de Urgência e Emergência (Ministério da Saúde, 2018). Esse cenário eleva os custos e compromete a percepção de qualidade nos atendimentos. Para romper esse ciclo, é fundamental que os profissionais de saúde adquiram competências em CP, conheçam os recursos disponíveis na rede de apoio e disponham de estruturas adequadas que permitam a aplicação desse cuidado de forma ética e humanizada. O foco da atenção não é a doença a ser curada, mas a pessoa doente (Soares D'Alessandro et al., 2023). Observa-se como as investigações no âmbito dos CP são necessárias para sua difusão e implementação. Desse modo, os estudos em Cuidados Paliativos têm ganhado destaque, diante aos profissionais da área da saúde, mais recentemente, na assistência aos pacientes em situação aguda, como os que são internados em Unidades de Terapia Intensiva (Giulini et al., 2017). Sendo assim, esta pesquisa tem o intuito de investigar de que forma o psicólogo hospitalar pode contribuir no atendimento a

pacientes em cuidados paliativos nos ambientes de unidades de terapia intensiva adulto. Portanto, o problema de pesquisa consiste em responder a seguinte questão: de que forma a inserção do psicólogo em uma unidade de terapia intensiva pode favorecer para a promoção dos cuidados paliativos?

2 METODOLOGIA

O presente estudo estruturou-se mediante uma revisão de literatura narrativa, interpretado a partir de uma análise crítica à atuação do psicólogo frente aos cuidados paliativos em ambiente de UTI Adulto. Como procedimentos, foram realizados levantamentos bibliográficos, reunindo materiais científicos relevantes sobre a temática em foco. Segundo Fernandes (2023), a revisão narrativa se apresenta como metodologia significativa de produção científica é feita com publicações apropriadas para desenvolver e discutir um fenômeno em desenvolvimento, trazendo à tona reflexões, explorações e possíveis atualizações frente a diversos eixos temáticos.

A análise dos dados ocorreu de forma qualitativa, onde não foram utilizadas quantificações numéricas, uma vez que a ênfase não esteve em medir variáveis de estudo, mas em entendê-las (Perovano, 2016). A pesquisa apresentou caráter exploratório, de natureza básica, buscou investigar o objeto de estudo, a fim de compreender a atuação do profissional psicólogo nos ambientes investigados e as implicações desse fazer. Foram utilizadas como fonte de dados para este estudo apenas as bases de buscas eletrônicas uma vez que envolvem um amplo volume de publicações científicas.

Nesse sentido, utilizou-se as bases de dados: SciELO, BVS Psicologia Brasil, Periódicos Eletrônicos em Psicologia – PePSIC e PubMed. Foram aplicados critérios de inclusão, tais como: artigos científicos, relatórios técnicos e manuais disponíveis na íntegra; publicados durante o período de 2015 a 2025, no idioma português e inglês, livros de referência relacionados ao tema, independente do ano de publicação. Os critérios de exclusão foram: artigos não publicados na íntegra e publicações redigidas em idiomas que não sejam a língua portuguesa ou inglesa. Para ter acesso a publicações que corresponderam aos objetivos específicos propostos neste projeto, as palavras-chave foram determinadas com base nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS, 2020) em português (“Psicologia Hospitalar”, “Cuidados Paliativos” e “UTI Adulto”) e seus respectivos termos em inglês. Durante a busca das publicações nas bases de dados, os operadores booleanos “E” e “OU” foram entremeados estrategicamente às palavras-chave na busca da literatura em português e, na busca da literatura em

inglês, foram utilizados os operadores booleanos “AND” e “OR”.

As referências que se apresentaram em duplicidade foram excluídas da análise. Os critérios de inclusão foram: publicação datada de 2015 a 2025; publicação ser do tipo revisão de literatura ou artigo de pesquisa primária e secundária; Critérios de exclusão adicionais: publicações redigidas em idiomas que não sejam português ou inglês; trabalhos publicados anteriormente a 2015; publicações de qualquer tipologia diferente de revisões de literatura ou artigo de pesquisa primária ou secundária.

A revisão foi estruturada em cinco etapas. A primeira consistiu na identificação do tema e na definição da hipótese ou problema de pesquisa. A segunda etapa correspondeu à delimitação dos critérios de inclusão e exclusão do estudo. Na terceira etapa foram identificados os estudos pré-selecionados, acompanhados da leitura dos resumos, palavras-chave e títulos das publicações, bem como da organização do material. A quarta etapa abrangeu a análise dos textos. Por fim, a quinta etapa contemplou a redação da revisão.

3 REVISÃO

3.1 Oferta dos cuidados paliativos em Unidade de Terapia Intensiva Adulto

As unidades de terapia intensiva caracterizam-se como um espaço em que vida e morte se encontram constantemente entrelaçadas. Trata-se de um ambiente marcado pela presença de pacientes em estado crítico, que demandam intervenções rápidas e eficazes. Seu caráter restrito, impessoal e desprovido de cores reforça a intensidade e a tensão que permeiam esse contexto assistencial (Camon, 2003). Embora documentos oficiais, como a Resolução nº 41/2018 do Ministério da Saúde (2018) reforcem a necessidade da implementação precoce dos cuidados paliativos, a prática cotidiana nas UTIs permanece majoritariamente orientada pelo paradigma curativo e tecnicista.

Observa-se que, em muitos casos, pacientes são encaminhados para as unidades de terapia intensiva mesmo quando essa conduta não seria a mais adequada, culminando frequentemente no óbito nesse ambiente (Pessini, 2016). Esse cenário está associado, em grande parte, à insuficiência da comunicação e à falta de transparência acerca do prognóstico dos pacientes antes da hospitalização. Movidas por expectativas idealizadas de recuperação, as famílias sentem-se inseguras diante

da possibilidade de não esgotar todos os recursos terapêuticos disponíveis, o que reforça a decisão médica de proceder à internação em UTI e à adoção de intervenções que nem sempre são condizentes com a situação clínica e com os princípios da proporcionalidade de cuidados (Oliveira, 2008). Essa realidade contribui para a persistência de práticas de distanásia que, frequentemente, comprometem a dignidade do processo de morrer. A distanásia refere-se a intervenções que não oferecem benefícios à pessoa em fase terminal, prolongando artificialmente a vida e, muitas vezes, intensificando o sofrimento (Pessini, 2016).

Esta prática difere dos princípios da ética médica, que preconizam a oferta de cuidados paliativos adequados e humanizados aos pacientes nesse contexto, como também um compromisso ético com os princípios da bioética, especialmente os da beneficência, não maleficência (Conselho Federal de Medicina, 2019).

O Manual de Cuidados Paliativos do Sistema Único de Saúde (SUS) reforça veementemente que a atenção ao paciente em UTI, deve incorporar, de forma sistemática e interdisciplinar, os fundamentos dos cuidados paliativos, sendo estes elementos indissociáveis da prática clínica em contextos de alta complexidade (Soares D’Alessandro et al., 2023). A presença de CP na UTI não implica na renúncia ao tratamento curativo, mas sim à ampliação do escopo terapêutico, sendo assim uma filosofia aplicável a qualquer contexto de cuidado. Seu início pode ocorrer paralelamente às intervenções curativas, de modo que ambos os tipos de abordagem coexistam, permitindo uma transição gradual entre eles. O planejamento do atendimento deve considerar o prognóstico clínico, as alternativas de tratamento disponíveis, bem como os valores pessoais e as escolhas do paciente e de seus familiares (Da Silva et al., 2017).

Nesse contexto, constata-se que, mesmo em situações nas quais a cura não é possível, ainda se recorre com frequência a medicamentos e procedimentos invasivos. Tais condutas, embora muitas vezes justificadas pela intenção de prolongar a vida, podem acarretar no aumento significativo dos custos ao sistema público de saúde e intensificar o sofrimento físico, emocional e social do paciente e de seus familiares (OLIVEIRA et al., 2023). Diante disso, a ortotanásia — termo de origem grega que significa 'boa morte' — apresenta-se como uma possibilidade de cuidado orientada pelo respeito ao processo natural da finitude, relacionando-se diretamente com os fundamentos dos cuidados paliativos (Oliveira et al., 2023). Regulamentada pela Resolução nº 1.805/2006, essa prática não se destina a abreviar a vida, mas a assegurar que ela seja vivida com dignidade, conforto e

com o menor sofrimento possível (Conselho Federal de Medicina, 2006).

Nos cuidados paliativos, o respeito à autonomia do paciente implica incluí-lo no processo decisório sobre a terminalidade, sendo a indicação ou alteração de tratamentos orientada pela proporcionalidade de cuidados. Quando o paciente está impossibilitado de se comunicar, as escolhas podem refletir nas preferências dos familiares, que podem ser distintas da sua vontade. Nesse contexto, antes da piora significativa do quadro, o paciente pode apresentar as diretivas antecipadas de vontade (DAV), com a designação de representante legal, configurando-se como um recurso para assegurar autonomia e a dignidade do paciente (Oliveira, 2025). As diretivas, têm sido incorporadas à prática clínica por meio da Resolução CFM nº 1.995/2012, que define a DAV como:

Art. 1º Definir diretivas antecipadas de vontade como o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade (Conselho Federal de Medicina, 2012).

Como também, orientadas através da Resolução do Ministério da Saúde nº 41/2018 que, em seus princípios norteadores do Art. 4º, incisos XII e XIII, pontua a “promoção da livre manifestação de preferências para tratamento médico através de diretiva antecipada de vontade (DAV)” e afirma o compromisso com “esforço coletivo em assegurar o cumprimento de vontade manifesta por DAV” (Ministério da Saúde, 2018). E recentemente, o Ministério da Saúde através da Portaria GM/MS nº 3.681/2024, instituiu as diretivas na Política Nacional de Cuidados Paliativos (Brasil, 2024). Um estudo realizado por Meddick Dyson et al. (2022) pontua que atualmente é comum a utilização de dois métodos de integração do CP em ambiente de UTI, que são o “modelo consultivo” proporcionando consultas com equipes especializadas, principalmente nos casos de pacientes com elevado risco de um desfecho desfavorável. E o “modelo integrativo” que visa incorporar os CP na prática diária das unidades de terapia intensiva.

Na prática, é possível destacar diversas ações de cuidados paliativos desenvolvidas pela equipe multidisciplinar em unidades de terapia intensiva, tais como: o manejo adequado de sintomas, a promoção de conforto ao paciente, a comunicação efetiva entre equipe, paciente e familiares, o suporte aos familiares e aos profissionais envolvidos no cuidado, a flexibilização de visitas e a presença de acompanhantes, o

reconhecimento dos aspectos biopsicossociais e espirituais, o acompanhamento psicológico ao paciente — quando consciente — e aos seus familiares, bem como a interrupção de tratamentos fúteis que apenas prolongam o processo de morrer, entre outras medidas (Andrade, 2023).

3.2 Desafios e contribuições do Psicólogo Intensivista em cuidados paliativos

Um dos principais desafios enfrentados pelo psicólogo intensivista está relacionado à própria urgência inerente ao contexto hospitalar. A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é caracterizada por ser um ambiente dinâmico, marcado pela intensidade e pela necessidade de respostas imediatas. Nesse cenário, o cuidado voltado ao tratamento orgânico tende a ser prioritário, uma vez que os pacientes geralmente se encontram em situação de risco iminente de vida. Como consequência, o trabalho do psicólogo pode ser frequentemente interrompido ou limitado em função das demandas médicas e assistenciais emergenciais (Schneider et al., 2017). Um ambiente fechado, potencialmente estressor e impessoal, se torna propício para o surgimento de alterações sensoriais e psíquicas nos pacientes. Sendo assim, torna-se imprescindível a compreensão do psicólogo acerca do diagnóstico, prognóstico, gravidade do quadro e dos tipos de dispositivos invasivos conectados ao paciente, uma vez que tais fatores repercutem diretamente na interação do paciente com a equipe multiprofissional e com seus familiares (Arruda et al., 2021).

Andrade (2023), em sua experiência com UTI adulto, aponta que as perdas não se restringem à vida biológica, mas também à dimensão subjetiva, incluindo a possibilidade de expressão pela fala. Nesse contexto, torna-se imprescindível que o psicólogo mantenha uma postura atenta e sensível às limitações da comunicação dos pacientes, que podem decorrer tanto do quadro clínico quanto do uso de dispositivos médicos. Assim, a criação de estratégias alternativas de comunicação revela-se essencial para a garantia de um cuidado integral e humanizado, viabilizando, neste cenário crítico, a manutenção de um espaço para expressão da subjetividade, assegurando ao paciente ser visto, reconhecido e validado.

Para Pessini (2016), a equipe, muitas das vezes, é capacitada para a cura do paciente, tornando-se a frustração e a angústia um sentimento comum, quando estes se deparam com pacientes em processo de terminalidade, fato que leva a refletir acerca da ética desafiadora que é recuperar a razão do existir, sobretudo

a qualidade de vida na experiência do morrer. Oliveira (2008) pontua outros grandes desafios da atuação ética e profissional do psicólogo em cuidados paliativos, no contexto da UTI, referindo-se à dificuldade da equipe em reconhecer os limites do cuidado, prolongando de forma artificial o processo de morrer, prática conhecida como distanásia. Frequentemente, essa postura decorre pela falta de capacitação específica e da dificuldade dos profissionais em lidar com as suas próprias emoções e com a finitude, o que pode levar ao distanciamento emocional frente ao paciente. Assim, o sofrimento físico, psíquico e espiritual tende a se tornar parte da rotina diária das unidades de terapia intensiva.

Nesse cenário, o psicólogo desempenha um papel essencial ao identificar tais situações e intervir de forma a promover uma prática mais humanizada, pautada na comunicação efetiva entre equipe, paciente e família. Há situações em que a comunicação sobre o diagnóstico e/ou o prognóstico é intencionalmente omitida, pela família, amigos e/ou equipe, configurando no fenômeno denominado de “conspiração do silêncio”. Esse termo refere-se a um acordo, explícito ou implícito, com o objetivo de modificar ou omitir informações a respeito da gravidade do quadro clínico, desconsiderando o direito do paciente de conhecer sua própria condição. Tal prática constitui uma barreira significativa ao processo de enfrentamento e aceitação da realidade, interferindo na autenticidade das relações e na vivência do luto antecipatório (Machado et al., 2019).

Além disso, destaca-se que os principais conflitos nessa área envolvem a compreensão equivocada de que os cuidados paliativos excluem o tratamento intensivo, a ausência de espaços adequados para o acolhimento das famílias, as políticas institucionais restritivas de visita e o despreparo da equipe assistencial para lidar com tais demandas (Oliveira, 2008). Na falta de espaços adequados, os corredores assumem um papel relevante na dinâmica relacional entre profissionais, pacientes e familiares. Sendo frequentemente utilizados para a transmissão de informações durante os horários de visita, sendo conhecidos como locais de comunicação e de acolhimento. Destacando a coexistência entre a rotina institucional e a experiência do sofrimento. Nesses espaços, a morte adquire visibilidade concreta — seja pela comunicação de óbitos, seja pela passagem do corpo do paciente falecido — o que produz reações emocionais intensas e revela a fragilidade das fronteiras do cuidado (Reis et al., 2022). Uma das principais contribuições do psicólogo intensivista é através da avaliação de caráter biopsicossocial e espiritual, orientada pela compreensão integral do sujeito em situação do adoecimento. Tal avaliação contempla a análise da história de vida do paciente, do processo de adoecimento e de suas implicações subjetivas, bem como as principais preocupações, o grau de

compreensão acerca do diagnóstico, do prognóstico e das perspectivas de tratamento.

Além disso, considera-se o modo como o indivíduo e sua rede de apoio significam a doença, as expectativas em relação à terapêutica e as estratégias de enfrentamento adotadas diante da condição crítica. A partir dessa escuta qualificada, o psicólogo identifica demandas específicas e define planos de cuidado que contemplem intervenções condizentes com as necessidades emocionais e relacionais emergentes. Essa atuação se estende não apenas ao paciente, mas também à equipe multiprofissional e aos familiares (OLIVEIRA et al., 2023).

3.3 Estratégias e práticas psicoterapêuticas identificadas

É importante compreender as especificidades da atuação do psicólogo nesse contexto, especialmente diante das dificuldades que permeiam o ambiente de UTI, como a aceitação da terminalidade, a comunicação de más notícias e o manejo das emoções. O psicólogo, no atendimento a pacientes em cuidados paliativos, desempenha um papel essencial em múltiplas dimensões do cuidado, oferecendo suporte ao paciente, família e à equipe (Oliveira et al., 2023). A atuação do psicólogo contribui para ampliar a compreensão do paciente sobre sua condição, favorecendo a elaboração diante das limitações impostas pela doença, oferecendo suporte e acolhimento em um momento de elevada vulnerabilidade (Da Silva et al., 2017).

Entre suas atribuições, destaca-se o apoio à tomada de decisão, auxiliando na compreensão das opções terapêuticas e no enfrentamento das implicações emocionais envolvidas, bem como a promoção de despedidas significativas. Essas despedidas podem se dar de diversas formas como na visita de um animal de estimação, no tocar de uma música importante, na visita do amigo que há muito tempo não se via, no comer da comida que tanto ama, sempre com o foco nos desejos do paciente (Santos et al., 2021). Ao mesmo tempo em que fortalece os canais de comunicação entre todos os envolvidos, essa atuação previne a manutenção de silêncios e omissões motivadas pelo desejo de proteção, que podem intensificar o sofrimento e dificultar a aceitação da realidade. A escuta clínica é o principal instrumento de trabalho, permitindo identificar necessidades subjetivas, compreender desejos e sustentar a autonomia do paciente nas decisões sobre o próprio tratamento (Da Silva et al., 2017).

Cabe também ao profissional identificar as fontes de estresse e intervir de forma preventiva e terapêutica, contribuindo para o manejo de crises emocionais e

oscilações de humor. Incentivando a expressão dos desejos, resgate do não dito, esclarecimentos, promoção de contatos afetivos antes quebrados, pedidos de desculpas e agradecimentos entre os membros da família, sempre a partir das necessidades expressas por eles, o psicólogo cria condições para um processo digno (Santos et al., 2021). Além do atendimento direto ao paciente, o psicólogo também exerce função articuladora na equipe multiprofissional, estimulando o diálogo entre os diferentes saberes e fortalecendo práticas de cuidado integradas e humanizadas. O vínculo estabelecido com o paciente possibilita a expressão de sentimentos, medos e incertezas, favorecendo a ressignificação da experiência de adoecimento e o reconhecimento de aspectos positivos de sua trajetória de vida. Assim, o trabalho psicológico busca reduzir o sofrimento, promover sentido, favorecendo a prevalência da autonomia da pessoa, preservando e respeitando os valores, de modo a contribuir para que o paciente viva esse processo com dignidade (Da Silva et al., 2017).

O acolhimento da família também é parte essencial dessa prática, pois os familiares compartilham as angústias e incertezas do processo de adoecimento. O psicólogo oferece um espaço de escuta e apoio, orientando quanto às decisões e auxiliando na elaboração do contexto vivenciado, de modo a fortalecer o cuidado de todos os envolvidos (Oliveira et al., 2023). Entre as atribuições do profissional destaca-se a mediação das visitas familiares, adequando-as às rotinas e normas que variam de acordo com cada instituição. Durante os atendimentos, o psicólogo observa as interações e as expressões emocionais, buscando compreender as expectativas, preocupações e os significados atribuídos ao quadro clínico, além de prevenir e intervir diante de barreiras comunicacionais, como a conspiração do silêncio ou outras dificuldades de diálogo. Representando uma prática, centrada na escuta sensível e na acolhida das emoções emergentes, associadas à possibilidade de iminência da morte. Nessa perspectiva, o psicólogo atua promovendo um cuidado humanizado, que reconhece o sofrimento, a vulnerabilidade e a necessidade do apoio emocional aos pacientes e familiares (Da Silva et al., 2017).

Outra estratégia de atuação do psicólogo intensivista, inclui a participação em reuniões multiprofissionais e encontros familiares, contribuindo para a definição compartilhada dos objetivos terapêuticos e das condutas de cuidado. É de suma importância que o profissional tenha sensibilidade e preparo técnico para identificar sinais que indiquem a possibilidade de um luto complicado, realizando intervenções preventivas e de apoio emocional quando necessário. Além disso, é fundamental que o psicólogo compreenda a estrutura e a dinâmica familiar,

reconhecendo os papéis assumidos por cada membro, as formas de enfrentamento e a capacidade de adaptação diante das mudanças impostas pela doença. Essa compreensão permite planejar intervenções mais assertivas e adequadas ao contexto relacional (Conselho Federal de Psicologia, 2022).

Um aspecto relevante da prática psicológica é a atenção ao cuidador, uma vez que o estresse decorrente do cuidado contínuo pode gerar sobrecarga emocional. Nesse sentido, o psicólogo deve favorecer reflexões sobre a importância do autocuidado e oferecer estratégias para manejo do estresse e prevenção do esgotamento. Também se inclui entre suas atribuições a identificação de processos de luto não reconhecidos, que possam interferir na qualidade do cuidado prestado (Da Silva et al., 2017).

4 DISCUSSÃO

O papel do psicólogo frente aos cuidados paliativos em Unidades de Terapia Intensiva, conforme investigado neste estudo e apontado por Camon (2003), ultrapassa a dimensão técnica, assumindo contornos éticos, subjetivos e existenciais. Evidencia-se que a oferta de cuidados paliativos, neste contexto, ainda enfrenta inúmeros desafios, tanto no âmbito estrutural quanto nos âmbitos ético e relacional. Apesar dos avanços normativos e da crescente inclusão da temática nas políticas públicas de saúde, a prática cotidiana nas UTIs permanece, em grande parte, ancorada em um modelo curativo e tecnicista, orientado pela busca incessante da manutenção da vida biológica. Essa predominância reflete a dificuldade das equipes em reconhecer os limites terapêuticos, à terminalidade da vida e em integrar, de forma efetiva, os princípios dos CP à assistência intensiva, o que corrobora com as observações de Pessini (2016) e Oliveira (2008) sobre a persistência de práticas de distanásia no contexto hospitalar brasileiro.

No Brasil, observa-se que uma parcela significativa dos pacientes internados em UTIs encontra-se em estágio terminal, o que evidencia um uso muitas das vezes inadequado desses espaços (Pessini, 2016). Partindo dessa concepção, pacientes sem perspectiva real de recuperação acabam submetidos a intervenções invasivas, quando o mais indicado seria o oferecimento de cuidados paliativos. Essa distorção de entendimento contribui para o aumento dos gastos financeiros no SUS e para a manutenção de uma visão equivocada da UTI, quando, na realidade, ela deveria priorizar a tomada de decisões éticas, evitando procedimentos desnecessários, ou melhor distanásicos que apenas prolongam o processo de morrer (Soares D'Alessandro et al., 2023). Sendo assim, verificou-se que, embora a Resolução nº

41/2018 do Ministério da Saúde e o Manual de Cuidados Paliativos do SUS (Soares D'Alessandro et al., 2023) orientem a implementação precoce e interdisciplinar do cuidado paliativo, sua aplicação ainda se mostra fragmentada.

Machado (2019) sinaliza outro fato que corrobora para que muitas das vezes, pacientes em fase terminal sejam internados em UTIs sem indicação adequada, sendo em razão da falta de diálogo transparente entre equipe e familiares acerca do prognóstico. Essa dificuldade comunicacional, sustentada por expectativas idealizadas de cura, reforça decisões que, embora motivadas pela intenção de preservar a vida, acabam por intensificar o sofrimento do paciente e de sua família. Essa constatação reforça a importância da ortotanásia, prevista pela Resolução CFM nº 1.805/2006, como expressão ética do respeito à dignidade e à autonomia diante do processo natural da finitude.

A análise também demonstrou que a autonomia do paciente ainda é um princípio frequentemente negligenciado no ambiente intensivo. Apesar das normativas que legitimam as Diretivas Antecipadas de Vontade (Resoluções CFM nº 1.995/2012 e MS nº 41/2018), observa-se que a aplicação prática desses dispositivos é incipiente, seja por desconhecimento das equipes, seja pela dificuldade cultural em abordar a morte de forma aberta e respeitosa. A recente Portaria GM/MS nº 3.681/2024 representa, nesse sentido, um avanço significativo na institucionalização das DAV, mas ainda demanda esforços na sensibilização e capacitação dos profissionais para garantir sua efetividade no cotidiano hospitalar.

No que se refere à atuação do psicólogo intensivista, os resultados apontam para a complexidade e relevância de seu papel dentro da equipe multiprofissional. A UTI, como ambiente de urgência e alta complexidade, impõe desafios específicos ao exercício da psicologia, exigindo do profissional não apenas preparo técnico, mas também sensibilidade diante das expressões de sofrimento, medo e finitude. Conforme destacam Arruda (2021) e Andrade (2023), a compreensão das limitações clínicas e comunicacionais dos pacientes é essencial para o desenvolvimento de estratégias de escuta e expressão subjetiva, permitindo que o cuidado psicológico se mantenha humanizado mesmo em meio à tecnologia e à rotina protocolar.

Os dados sugerem que o psicólogo atua como um mediador de sentidos entre o paciente, a família e a equipe, promovendo espaços de diálogo que possibilitam a elaboração emocional das perdas e a resignificação dos processos vivenciados. Nesse contexto, a escuta clínica se revela o principal instrumento de trabalho, favorecendo a expressão dos

desejos, a manutenção da autonomia e a reconstrução de vínculos afetivos, conforme ressaltam Santos et al. (2021), Da Silva et al. (2017) e Camon (2003). A literatura indica ainda que práticas como a facilitação de despedidas significativas, o manejo de crises emocionais e o suporte à família são intervenções fundamentais para garantir um processo de morte digno e com menor sofrimento.

Outro aspecto relevante identificado é a presença de barreiras comunicacionais, como a “conspiração do silêncio” (Machado et al., 2019), que interfere no enfrentamento da realidade e na vivência do luto antecipatório. O psicólogo, nesse cenário, desempenha papel crucial ao promover a transparência das informações e ao sustentar o diálogo ético entre os envolvidos. Além disso, a atuação junto à equipe multiprofissional visa a prevenção do desgaste emocional dos profissionais e ao fortalecimento de práticas integradas, o que vai ao encontro do modelo integrativo de CP proposto por Meddick-Dyson et al. (2022).

Os resultados também demonstram que, quando efetivamente inserido na dinâmica institucional, o psicólogo contribui para a consolidação de uma cultura de cuidado centrada na pessoa, que reconhece a dimensão biopsicossocial e espiritual do adoecimento. Sua presença favorece o equilíbrio entre os aspectos técnicos e humanos do cuidado intensivo. Essa integração reflete uma mudança paradigmática na compreensão da UTI: de um espaço exclusivamente voltado à preservação da vida biológica para um ambiente de respeito, conforto e dignidade até o fim da existência (Oliveira et al., 2023; Coelho et al., 2017; Giulini, 2017).

Por fim, reconhece-se que a efetivação dos cuidados paliativos em UTI depende não apenas de políticas públicas e resoluções normativas, mas, sobretudo, de transformações culturais e formativas. A educação permanente das equipes de saúde, o fortalecimento da comunicação interdisciplinar e o reconhecimento do papel do psicólogo como agente mediador são fatores determinantes para a consolidação de práticas éticas, sensíveis e humanas. Dessa forma, este estudo reforça que o cuidado paliativo, quando integrado de forma sistemática ao contexto intensivo, não representa a negação do tratamento, mas sim a ampliação do cuidado, um cuidado que respeita os limites da medicina e valoriza a integralidade da experiência humana.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise desenvolvida ao longo deste trabalho permitiu compreender que os cuidados paliativos em

Unidades de Terapia Intensiva seguem ainda em processo de consolidação nas práticas de saúde brasileiras. Embora os marcos legais e as políticas públicas reconheçam a importância de um cuidado centrado na dignidade e na autonomia do paciente, a realidade cotidiana das UTIs ainda reflete a predominância de um modelo curativista, pautado na efetivação dos aparatos tecnológicos e na negação da finitude.

Considera-se que a introdução efetiva da filosofia paliativista nesse contexto não depende apenas de recursos estruturais, mas, sobretudo, de mudanças na forma de compreender o cuidado. É preciso que a equipe multiprofissional reconheça que a morte não constitui um fracasso terapêutico, mas parte do ciclo natural da existência humana. Assim, o cuidado paliativo surge como um caminho de humanização, ao integrar o alívio do sofrimento físico, psíquico e espiritual ao tratamento intensivo, possibilitando que a vida seja vivida com sentido até o seu fim natural.

O estudo também evidencia o papel essencial do psicólogo intensivista nesse processo. Sua atuação ultrapassa o âmbito clínico e alcança dimensões relacionais e simbólicas, oferecendo suporte emocional, promovendo o diálogo e favorecendo a construção de um espaço de escuta e reconhecimento da subjetividade, tanto do paciente quanto da família e da equipe. Ao sustentar a comunicação e favorecer o enfrentamento das perdas, o profissional contribui para a transformação da cultura institucional e para o fortalecimento de práticas éticas e compassivas.

Dessa forma, entende-se que a integração entre os cuidados paliativos e a terapia intensiva não é apenas possível, mas necessária. Ela representa um avanço na direção de um cuidado integral, comprometido com a dignidade, o respeito e a qualidade de vida, mesmo diante da proximidade da morte. Reforça-se, assim, a importância de políticas de formação continuada e de incentivo à reflexão ética entre os profissionais de saúde, de modo que a UTI possa ser reconhecida não apenas como um espaço de prolongamento da vida, mas também de cuidado e acolhimento até o último momento.

CONFLITOS DE INTERESSE

As autoras declaram não haver conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, B. O. N. D. **Psicologia e cuidados paliativos em uma unidade de terapia intensiva:**

relato de experiência de uma psicóloga residente em atenção ao paciente em estado crítico. 2023. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/37371>. Acesso em: 2 mar. 2025.

ARRUDA, Karla Driele da Silva Alves; BRANCO, Andréa Batista de Andrade Castelo. **Fluxograma e protocolo de intervenção psicológica em unidade de terapia intensiva: pacientes em desmame ventilatório.** *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 17–32, dez. 2021.

ASSIS, Fabiane Espindola de; FIGUEIREDO, Sue Ellen Ferreira Modesto Rey de. **A atuação da psicologia hospitalar: breve histórico e seu processo de formação no Brasil.** *Psicologia Argumento*, Curitiba, v. 37, n. 98, p. 501–512, 2020. DOI: <https://doi.org/10.7213/psicolargum.37.98.AO06>. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/psicologiaargumento/article/view/26130>. Acesso em: 3 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.681, de 17 de abril de 2024.** Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 18 abr. 2024. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.681-de-17-de-abril-de-2024>. Acesso em: 15 set. 2025.

CAMON, Valdemar Augusto. **Psicologia hospitalar: teoria e prática.** 1. ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

COELHO, C. B. T.; YANKASKAS, J. R. **Novos conceitos em cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva.** *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 222–230, abr. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbti/a/X4nn5V6xc6zVc3qh8SRDXQk/>. Acesso em: 15 mar. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 1.805, de 28 de novembro de 2006.** Dispõe sobre a ortotanásia e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 28 nov. 2006. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1805>. Acesso em: 15 set. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 1.995, de 9 de agosto de 2012.** Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 ago. 2012.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de ética médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018,** modificada pelas Resoluções CFM

- nº 2.222/2018 e nº 2.226/2019. Brasília, DF: CFM, 2019. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/publicacoes/codigo-de-etica-medica>. Acesso em: 18 nov. 2025.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 2.271, de 14 de fevereiro de 2020**. Brasília, DF: CFM, 2020. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2020/2271_2020.pdf. Acesso em: 2 mar. 2025.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução CFP nº 014/2000**. Brasília, DF: CFP, 2000. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2006/01/resolucao2000_14.pdf. Acesso em: 7 abr. 2025.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências técnicas para atuação de psicólogos(os) nos serviços hospitalares do SUS**. 1. ed. Brasília, DF: CFP, 2019. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/publicacao/referencias-tecnicas-para-atuacao-de-psicologasos-nos-servicos-hospitalares-do-sus/>. Acesso em: 9 abr. 2025.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Recomendações de competências, habilidades e atitudes do(a) psicólogo(a) paliativista**. Brasília, DF: CFP, 2022. Disponível em: https://crp09.org.br/portal/images/Recomendacoes_CompeterenciasPsicologoPaliativista_FINAL.pdf. Acesso em: 17 out. 2025.
- DA SILVA JÚNIOR, Valdir; RESENDE, Marleine Crosara de. **Psicologia e cuidados paliativos: implantação do serviço na UTI de um hospital escola**. *Perspectivas em Psicologia*, Uberlândia, v. 21, n. 1, 2017. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/perspectivasepsicologia/article/download/38927/20600>. Acesso em: 23 mar. 2025.
- FERNANDES, Jaciara Mayara Batista; VIEIRA, Lidiane Torres; CASTELHANO, Marcos Vítor Costa. **Revisão narrativa enquanto metodologia científica significativa: reflexões técnico-formativas**. *REDES – Revista Educacional da Sucesso*, v. 3, n. 1, p. 1–7, 2023. Disponível em: <https://www.editoraverde.org/portal/revistas/index.php/rec/article/view/223>. Acesso em: 27 abr. 2025.
- GULINI, Juliana El Hage Meyer de Barros et al. **A equipe da unidade de terapia intensiva frente ao cuidado paliativo: discurso do sujeito coletivo**. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 51, e03221, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reesp/a/XJH7HjzN8m4XzXM/D7dGvSmw/>. Acesso em: 8 mar. 2025.
- MACHADO, Juliana Costa et al. **O fenômeno da conspiração do silêncio em pacientes em cuidados paliativos: uma revisão integrativa**. *Enfermería Actual de Costa Rica*, San José, n. 36, p. 92–103, 2019. DOI: <https://doi.org/10.15517/revenf.v0i36.34235>. Acesso em: 28 out. 2025.
- MEDDICK-DYSON, S. A. et al. **Lessons learned from testing palliative care interventions in the intensive care unit: relationships between determinants, implementation strategies and delivery models – a systematic review protocol**. *Systematic Reviews*, v. 11, p. 186, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13643-022-02054-8>.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 13 abr. 2025.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://testamentovitalbrasil.com.br/arquivos/Resolucao_41_2018_MS.pdf. Acesso em: 15 mar. 2025.
- MORAIS, Thalita Sacramento Almeida de; SIQUARA, Gustavo Marcelino; MAGALHÃES, Suzane Bandeira de. **Intervenções psicológicas na UTI: fluxograma de cuidado para idosos sob estressores**. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, Belo Horizonte, v. 27, e008, 2024. DOI: <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.v27.590>. Disponível em: <https://revistasbph.emnuvens.com.br/revista/article/view/590>. Acesso em: 19 out. 2025.
- OLIVEIRA, A. R. A. et al. **Diretivas antecipadas: conhecimento e aceitação de profissionais da saúde**. *Revista Bioética*, Brasília, v. 33, e3843, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-803420253843PT>.
- OLIVEIRA, Karyne Sales et al. **Cuidados paliativos e intervenções psicológicas em uma instituição pública hospitalar**. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, Salvador, v. 12, e5136, 2023. DOI: <https://doi.org/10.17267/2317-3394rpd.2023.e5136>.
- OLIVEIRA, Reinaldo Ayer de (coord.). **Cuidado paliativo**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008.
- PEROVANO, Dalton Gean. **Manual de metodologia da pesquisa científica**. Curitiba: Intersaberes, 2016.
- PESSINI, Leo. **Vida e morte na UTI: a ética no fio da navalha**. *Revista Bioética*, Brasília, v. 24, n. 1, p. 54–63, 2016. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/bioet/a/TZNdxQ5McVJDSTBr7yWvWvTMS/>. Acesso em: 23 mar. 2025.

REIS, C. G. C. et al. **Cuidados paliativos no contexto do hospital geral: desafios do cuidado integral.** *Revista Subjetividades*, Fortaleza, v. 22, n. 1, e12495, 2022. DOI: <https://doi.org/10.5020/23590777.rs.v22i1.e12495>.

SANTOS, André Antônio de Oliveira et al. **Psicoterapia em cuidados paliativos com pacientes oncológicos terminais: uma revisão integrativa.** *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, Belo Horizonte, v. 24, n. 2, p. 104–118, 2021. DOI: <https://doi.org/10.57167/RevSBPH.24.86>.

SCHNEIDER, A. M.; BERGER, M.; MOREIRA, M. C. **Psicólogo intensivista: reflexões sobre a inserção profissional no âmbito hospitalar, formação e prática profissional.** *Trends in Psychology*, v. 25, n. 3, p. 1225–1239, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tpsy/a/>. Acesso em: 13 abr. 2025.

SOARES D’ALESSANDRO, Maria Perez (org.). **Manual de cuidados paliativos.** 2. ed. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde, 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Palliative care.** Geneva: WHO, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. Acesso em: 8 mar. 2025.