



Distrito Federal - Secretaria de Estado de Saúde
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
Hospital Materno Infantil de Brasília
Programa de Residência Médica em Neonatologia

Cuidados Paliativos:

Um estudo com profissionais de saúde

em uma unidade de Terapia Intensiva Neonatal

de referência do DF

Autora: Luísa Teixeira Fischer Dias

Orientadores: Evely Mirela Santos França

Brasília-DF

2026

Autora: Luísa Teixeira Fischer Dias

**Cuidados Paliativos:
Um estudo com profissionais de saúde
em uma unidade de Terapia Intensiva Neonatal
de referência do DF**

Trabalho de Conclusão de curso de residência médica em Neonatologia pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal - Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde.

Orientador (a): Evely Mirela Santos França

Brasília-DF

2026

Dados Internacionais de catalogação na Publicação (CIP)

ESCS/ BCE FEPECS

Cutter DIAS, Luísa Teixeira Fischer . **Cuidados Paliativos: Um estudo com profissionais de saúde em uma unidade de Terapia Intensiva Neonatal de referência do DF** / Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal - Hospital Materno Infantil Dr. Antônio Lisboa – HMIB, 2026.

___ páginas

Nota de monografia: _____

1.Cuidados paliativos neonatais 2.Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
3.Equipe multiprofissional; 4.Sofrimento moral; 5.Educação em saúde.

I. Luísa Teixeira Fischer Dias. II. Evely Mirela Santos França III. Elen Márcia Carioca Zerbini

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial deste Trabalho de Conclusão de Curso, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Cuidados Paliativos:
Um estudo com profissionais de saúde em uma unidade de Terapia
Intensiva Neonatal de referência do DF

Trabalho de Conclusão de Residência
apresentado como um dos requisitos para o
cumprimento das exigências para a
residência de Neonatologia.

Orientadora: Evely Mirela Santos França

Data de aprovação: ____/____/____

Nome e assinatura do preceptor/orientador

Nome e assinatura do 2º membro da Banca Examinadora

Nome e assinatura do 3º membro da Banca Examinadora

Brasília- DF

2026

RESUMO

Introdução: Os cuidados paliativos neonatais são fundamentais na assistência ao recém-nascido com condição ameaçadora à vida, integrando controle de sintomas, cuidado centrado na família e tomada de decisão compartilhada. Apesar de recomendações para sua introdução precoce na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, persistem desafios relacionados à formação profissional, protocolos institucionais e impacto emocional sobre as equipes. **Objetivo:** Analisar conhecimento, percepções, barreiras institucionais e impacto emocional relacionados aos cuidados paliativos neonatais entre profissionais de uma UTIN. **Metodologia:** Estudo descritivo transversal realizado entre novembro de 2025 e janeiro de 2026 em hospital público materno-infantil. Participaram 116 dos 186 profissionais elegíveis (62,4%). Aplicou-se questionário estruturado com 21 questões. Os dados quantitativos foram analisados por estatística descritiva e as respostas abertas por análise de conteúdo segundo Bardin. **Resultados:** Observou-se compreensão conceitual consistente, com reconhecimento do controle da dor (97,4%), do apoio à família (84,5%) e da integração de aspectos psicológicos e espirituais (78,4%). Entretanto, apenas 41,4% relataram sentir-se preparados, enquanto 53,4% referiram preparo parcial. A experiência foi considerada difícil ou muito difícil por 81,1%, destacando-se sentimentos de impotência (27,6%), insegurança (12,1%) e frustração (10,3%). A ausência de protocolos e fragilidades organizacionais emergiram como barreiras centrais. **Conclusão:** Apesar da base conceitual sólida, permanecem lacunas no preparo formal, na estrutura institucional e no suporte emocional às equipes. A consolidação dos cuidados paliativos neonatais na UTIN requer investimento em educação permanente, protocolos assistenciais e fortalecimento multiprofissional.

Palavras-chave:

Cuidados paliativos neonatais; Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; Equipe multiprofissional; Sofrimento moral; Educação em saúde.

ABSTRACT

Background: Neonatal palliative care is essential in the management of newborns with life-threatening conditions, integrating symptom control, family-centered care, and shared decision-making. Despite recommendations for its early integration within the Neonatal Intensive Care Unit (NICU), challenges persist regarding professional training, institutional protocols, and the emotional burden on healthcare teams. **Objective:** To analyze knowledge, perceptions, institutional barriers, and emotional impact related to neonatal palliative care among NICU healthcare professionals. **Methods:** A descriptive cross-sectional study conducted between November 2025 and January 2026 in a public maternal–child hospital. Of 186 eligible professionals, 116 participated (62.4%). A structured 21-item questionnaire was applied. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, and open-ended responses were examined through Bardin’s content analysis method. **Results:** A consistent conceptual understanding was observed, with recognition of pain control (97.4%), family support (84.5%), and integration of psychological and spiritual aspects (78.4%) as central elements of care. However, only 41.4% reported feeling adequately prepared, while 53.4% perceived themselves as partially prepared. The experience was considered difficult or very difficult by 81.1%, with feelings of helplessness (27.6%), insecurity (12.1%), and frustration (10.3%) frequently reported. The absence of institutional protocols and organizational weaknesses emerged as major barriers. **Conclusion:** Although a solid conceptual foundation exists, gaps remain in formal training, institutional structure, and emotional support for professionals. The consolidation of neonatal palliative care within the NICU requires structured investment in continuing education, institutional protocols, and strengthened multiprofessional collaboration.

Keywords:

Neonatal palliative care; Neonatal Intensive Care Unit; Multiprofessional team; Moral distress; Health education.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2. OBJETIVOS	9
2.1. Geral	9
2.2. Específicos	9
3. METODOLOGIA	9
4. RESULTADOS	11
5. DISCUSSÃO	21
6. CONCLUSÃO	24
7. REFERÊNCIA.....	26
8. ANEXO.....	27

1. INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos (CP) constituem uma abordagem assistencial voltada à promoção da qualidade de vida de pacientes e famílias diante de condições ameaçadoras da vida, por meio da identificação precoce e do tratamento adequado da dor e de outros sintomas físicos, psicológicos, sociais e espirituais¹. No contexto pediátrico e neonatal, essa abordagem deve ser integrada desde o diagnóstico, concomitantemente ao tratamento modificador da doença, não se restringindo à fase terminal^{2,3}.

Na neonatologia, a necessidade dessa integração tornou-se ainda mais evidente diante dos avanços tecnológicos que transformaram o prognóstico de recém-nascidos prematuros e portadores de condições clínicas complexas. A consolidação das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e o uso de tecnologias avançadas de suporte à vida reduziram significativamente a mortalidade neonatal e ampliaram a sobrevida mesmo em cenários de prognóstico reservado^{1,4}. Esse novo cenário deslocou o foco da assistência não apenas para a sobrevivência, mas também para a qualidade de vida e para o manejo do sofrimento.

Estima-se que aproximadamente 50% dos óbitos em pediatria ocorram no primeiro ano de vida, o que reforça a relevância dos CP neonatais como estratégia essencial de conforto, dignidade e suporte às famílias⁵. Muitos diagnósticos de doenças graves são estabelecidos ainda no período intrauterino ou perinatal, o que evidencia a necessidade de integração precoce dessa abordagem na assistência neonatal².

São elegíveis aos CP neonatais os recém-nascidos extremamente prematuros no limiar da viabilidade; aqueles portadores de condições clínicas complexas ou múltiplas malformações que limitam a expectativa de vida, como síndromes genéticas, erros inatos do metabolismo com curta sobrevida, doenças renais graves, alterações severas do sistema nervoso central, doenças neurodegenerativas e cardiopatias congênitas complexas e inoperáveis; bem como neonatos em condições terminais ou que não responderam às medidas intensivas instituídas, incluindo lesões cerebrais graves, encefalopatia hipóxico-isquêmica, asfixia perinatal grave, disfunção de múltiplos órgãos e complicações intestinais extensas^{2,5}.

O manejo da dor constitui um dos pilares dessa abordagem, uma vez que o recém-nascido possui capacidade neurobiológica de percepção dolorosa, com repercussões fisiológicas e comportamentais quando a dor não é adequadamente tratada⁶. Evidências

demonstram que a exposição repetida a estímulos dolorosos sem analgesia adequada pode gerar alterações no desenvolvimento neurossensorial, reforçando a centralidade do controle rigoroso da dor na assistência neonatal ^{2,6}.

A implementação dos CP neonatais exige atuação multiprofissional estruturada, tomada de decisão compartilhada com os pais, comunicação empática e suporte contínuo no processo de luto^{2,7}. No entanto, apesar do reconhecimento internacional de sua importância, sua incorporação prática ainda enfrenta barreiras institucionais e formativas. A literatura aponta que a formação insuficiente, a ausência de protocolos e a persistência de uma cultura predominantemente curativista dificultam sua integração precoce nas UTIN ^{4,8}.

No Brasil, a inserção dos CP na formação médica e multiprofissional é relativamente recente, sendo reconhecida como área de atuação médica apenas em 2011^{5,7}. A equipe de CP neonatais do Hospital Materno Infantil de Brasília Dr. Antônio Lisboa (HMIB) iniciou-se em 2016, composta por médico, psicólogo, enfermeiro e assistente social. Em 2018, foi instituída a equipe de cuidado paliativo perinatal. Iniciativas institucionais, como a criação de equipes especializadas e a ampliação para o cuidado paliativo perinatal, representam avanços importantes, mas ainda coexistem com desafios relacionados à capacitação e ao suporte emocional das equipes.

Além das dimensões clínicas, a prática paliativa na UTIN envolve elevado impacto emocional sobre os profissionais de saúde, frequentemente expostos a sofrimento, terminalidade e decisões éticas complexas. Estudos descrevem elevada prevalência de sofrimento moral e fadiga por compaixão nesses contextos, especialmente quando inexitem estruturas institucionais de apoio^{4,9,10}.

Diante desse cenário, torna-se fundamental compreender o nível de conhecimento, o preparo profissional, as barreiras institucionais e as repercussões emocionais relacionadas aos CP neonatais na UTIN. A análise desses fatores permite identificar lacunas assistenciais e subsidiar estratégias de educação permanente e organização dos serviços de saúde.

Assim, o presente estudo tem como objetivo analisar as percepções da equipe multiprofissional de uma UTIN acerca dos CP neonatais, investigando conhecimento conceitual, desafios práticos e impacto emocional, a fim de contribuir para o fortalecimento dessa abordagem no cuidado neonatal ^{1,4}.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Pesquisar o conhecimento e as dificuldades acerca dos cuidados paliativos neonatais entre os profissionais de saúde da UTIN do HMIB.

2.2 Específicos

- 1- Identificar as barreiras que dificultam a compreensão e a implementação dos cuidados paliativos neonatais pelos profissionais de saúde.
- 2- Identificar as lacunas no conhecimento dos profissionais de saúde da UTIN do HMIB a respeito dos cuidados paliativos neonatais, de modo a subsidiar futuramente a elaboração de estratégias de educação permanente para a equipe.
- 3- Comparar o conhecimento e as percepções sobre cuidados paliativos neonatais entre médicos e demais profissionais da equipe multiprofissional (enfermeiros, técnicos de enfermagem, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e psicólogos).

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal, realizado no HMIB, no período de novembro de 2025 a janeiro de 2026. O delineamento transversal foi escolhido por permitir a análise do conhecimento, das percepções e das dificuldades relacionadas aos CP neonatais em um determinado momento, sem intervenção sobre a prática assistencial.

Participaram do estudo profissionais concursados da área da saúde atuantes na UTIN do HMIB, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e psicólogos.

O instrumento de coleta de dados consistiu em questionário estruturado contendo 19 questões (Anexo 1), elaborado pela pesquisadora com base na literatura científica sobre CP neonatais, abordando aspectos sociodemográficos, formação profissional, experiência assistencial, contato prévio com CP, além de questões específicas relacionadas ao conhecimento, percepções, desafios e vivências emocionais frente aos CP neonatais. Ao final foi disponibilizado um campo aberto para que os participantes, de forma opcional, pudessem

relatar percepções, experiências ou comentários acerca da vivência em cuidados paliativos neonatais, constituindo o material para análise qualitativa.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) com o CAAE: 91357825.0.0000.5553.

A coleta de dados foi realizado por meio da plataforma Google Forms, mediante disponibilização de link eletrônico aos participantes, após o aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O uso da plataforma digital permitiu maior alcance dos participantes, além de garantir anonimato, confidencialidade e segurança das informações.

Foram incluídos no estudo profissionais concursados regulares da área da saúde (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e psicólogos) atuantes na UTIN do HMIB que aceitaram voluntariamente participar da pesquisa e responderam integralmente o questionário até a questão 18. Foram excluídos da análise os formulários preenchidos de forma incompleta, bem como os profissionais que se encontravam afastados do serviço durante o período de coleta de dados (licença maternidade, atestado médico) ou aqueles que, embora atuassem na UTIN, não integravam o corpo efetivo de profissionais concursados da unidade.

A análise dos dados foi realizada utilizando o programa Microsoft Excel®, por meio de estatística descritiva. As variáveis foram apresentadas por meio de frequências absolutas e relativas (percentuais). Não foram aplicados testes estatísticos inferenciais, considerando o caráter descritivo do estudo.

As respostas à questão aberta do questionário foram submetidas à análise qualitativa de conteúdo, segundo o método proposto por Bardin. Essa análise seguiu as etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação, permitindo a identificação de unidades de significado e a construção de categorias temáticas representativas das percepções, vivências e desafios relacionados aos CP neonatais no contexto da UTIN .

4. RESULTADOS

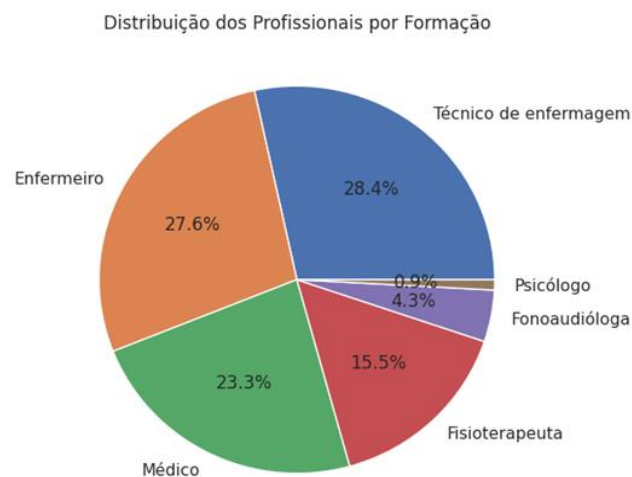
Caracterização da amostra e contexto multiprofissional

A população elegível do estudo foi composta por 186 profissionais atuantes na equipe multiprofissional da UTIN. Desses, 116 participantes responderam integralmente ao questionário, correspondendo a uma taxa de adesão de 62,4%.

A amostra apresentou diversidade de formações profissionais, com predominância de enfermagem e medicina, seguidas por outras áreas da saúde, caracterizando o perfil multiprofissional da unidade (Gráfico 1). Observou-se predominância do sexo feminino, representando 94% dos participantes. (Tabela 1).

Em relação à faixa etária, a maioria situava-se entre 41 e 50 anos, seguida por profissionais acima de 50 anos (Tabela 2). Quanto ao tempo de formação (Tabela 3), predominou o intervalo de 11 a 20 anos (47,4%), associado a tempo prolongado de atuação em UTIN, com 40,5% dos participantes relatando mais de dez anos de experiência na área (Tabela 4).

Gráfico 1



Fonte: Dados da pesquisa (2026).

Tabela 1. Distribuição por gênero (n = 116).

Categoria	Frequência (n)	Percentual (%)
Feminino	109	94.0
Masculino	7	6.0

Fonte: Dados da pesquisa (2026).

Tabela 2. Distribuição por faixa etária (n = 116).

Categoria	Frequência (n)	Percentual (%)
Entre 20 e 30 anos	2	1.7
Entre 31 a 40 anos	26	22.4
Entre 41 e 50 anos	57	49.1
Acima de 50 anos	31	26.7

Fonte: Dados da pesquisa (2026).

Tabela 3. Tempo de formação (n = 116).

Categoria	Frequência (n)	Percentual (%)
Até 5 anos	6	5.2
Até 10 anos	9	7.8
11 - 20 anos	55	47.4
Mais de 20 anos	46	39.7

Fonte: Dados da pesquisa (2026).

Tabela 4. Tempo de atuação na UTIN (n = 116).

Categoria	Frequência (n)	Percentual (%)
Até 5 anos	16	13.8
Até 10 anos	28	24.1
11-20 anos	47	40.5
Mais de 20 anos	25	21.6

Fonte: Dados da pesquisa (2026).

Experiência profissional, preparo percebido e impacto emocional

Em relação à participação em discussões sobre CP na unidade, 70,7% dos profissionais relataram já ter participado, enquanto 29,3% afirmaram nunca ter participado.

Quanto à autopercepção de preparo para atuar em CP neonatais, apenas 41,4% dos profissionais relataram sentir-se efetivamente preparados para atuar em CP neonatais, enquanto 53,4% referiram preparo apenas parcial. Esse dado evidencia que a vivência clínica acumulada não se traduz, necessariamente, em segurança técnica ou formação estruturada na área.

No que se refere à avaliação global da experiência com pacientes elegíveis para CP, 81,1% dos participantes classificaram essa vivência como difícil ou muito difícil. Entre os sentimentos mais frequentemente associados a essa percepção destacaram-se impotência (27,6%), insegurança (12,1%) e frustração (10,3%) (Tabela 5), indicando impacto emocional relevante mesmo entre profissionais experientes.

A análise comparativa entre profissionais com menos de cinco anos e aqueles com mais de cinco anos de atuação em UTIN evidenciou percepções semelhantes quanto às principais barreiras para a implementação dos CP, destacando-se, em ambos os grupos, a ausência de protocolos institucionais e a resistência da equipe (Tabela 6). Entretanto, entre os profissionais com menor tempo de experiência, observou-se maior ênfase na falta de formação específica (29,2%) e nas dificuldades de comunicação com os familiares (15,1%).

Por sua vez, os profissionais mais experientes relataram com maior frequência a presença de dilemas éticos e entraves institucionais (Gráfico 2).

Tabela 5. Distribuição percentual do preparo profissional e das principais respostas emocionais frente aos cuidados paliativos neonatais na amostra total.

Indicador	Percentual (%)
Profissionais preparados	41,4
Preparo parcial	53,4
Experiência difícil/muito difícil	81,1
Impotência	27,6
Insegurança	12,1
Frustração	10,3

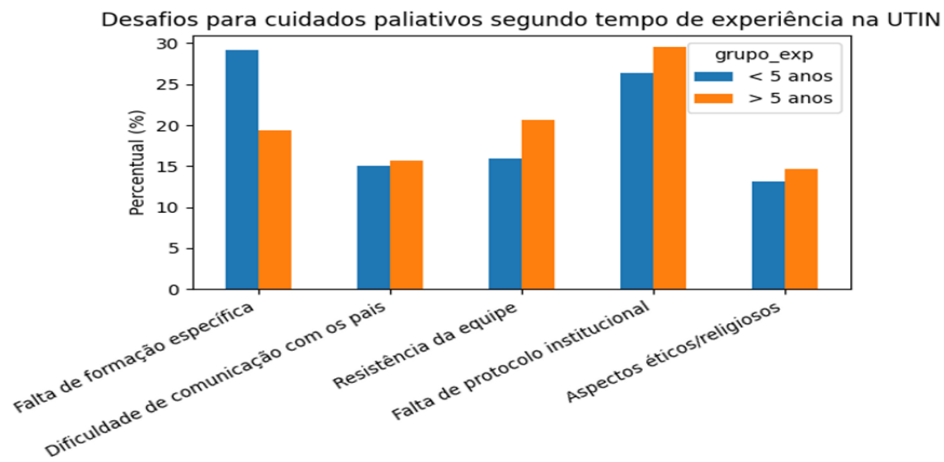
Fonte: Dados da pesquisa (2026).

Tabela 6. Distribuição percentual dos principais desafios percebidos conforme tempo de experiência profissional na UTIN.

Desafio	< 5 anos (%)	> 5 anos (%)
Aspectos éticos/religiosos	13.2	14.7
Dificuldade de comunicação com os pais	15.1	15.7
Falta de formação específica	29.2	19.4
Falta de protocolo institucional	26.4	29.5
Resistência da equipe	16.0	20.7

Fonte: Dados da pesquisa (2026).

Gráfico 2



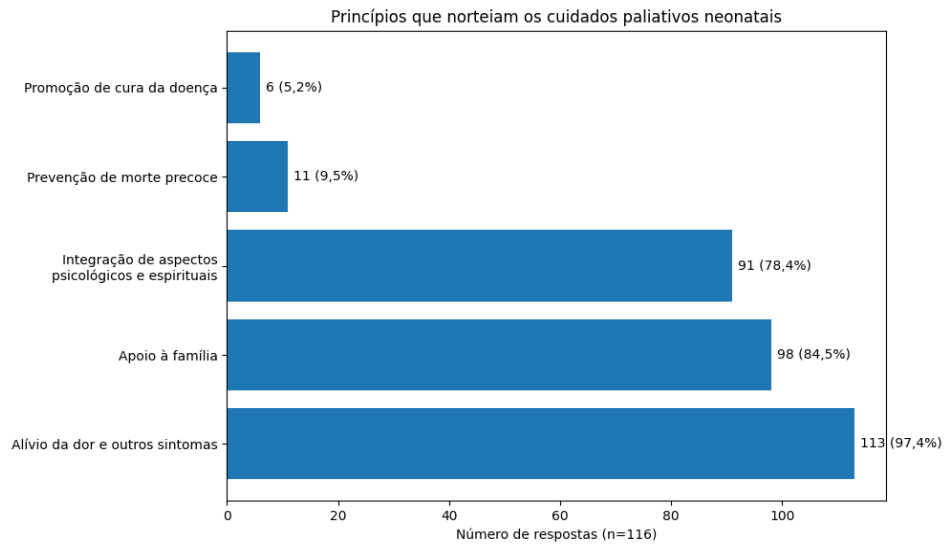
Fonte: Dados da pesquisa (2026).

Compreensão Conceitual sobre os Cuidados Paliativos Neonatais

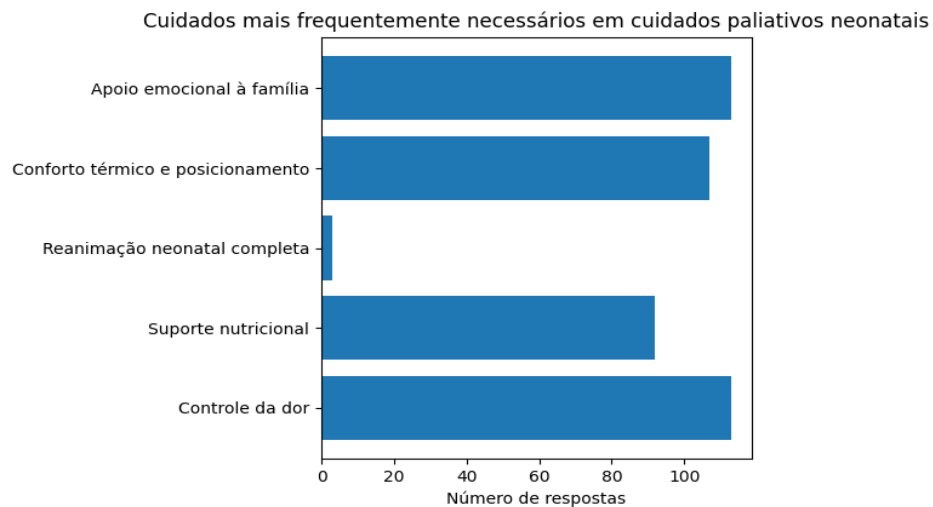
A maioria dos profissionais demonstrou compreensão adequada dos princípios dos CP neonatais. O alívio da dor e de outros sintomas foi reconhecido como eixo central por 97,4% dos participantes, seguido pelo apoio à família (84,5%) e pela integração de aspectos psicológicos e espirituais ao cuidado (78,4%). (Gráfico 3)

A associação dos CP à promoção da cura da doença (5,2%) ou à prevenção da morte precoce (9,5%) foi pouco frequente. Quanto ao momento de início da abordagem paliativa, 68,9% reconheceram sua indicação desde o diagnóstico de condições ameaçadoras à vida, enquanto 31% consideraram sua implementação apenas após o esgotamento terapêutico.

Observou-se que a maioria dos profissionais (93,1%) demonstraram reconhecer que os recém-nascidos possuem capacidade de vivenciar e registrar experiências dolorosas. Nesse sentido, as intervenções mais frequentemente associadas à abordagem de CP foram o controle da dor e o apoio emocional à família (97,4%), seguidos pelo conforto térmico e posicionamento adequado (92,2%), e pelo suporte nutricional (79,3%). Em consonância com os princípios da proporcionalidade terapêutica, apenas 2,6% dos participantes indicaram haver recomendação para a realização de passos avançados de reanimação nesse contexto (Gráfico 4).

Gráfico 3

Fonte: Dados da pesquisa 2026

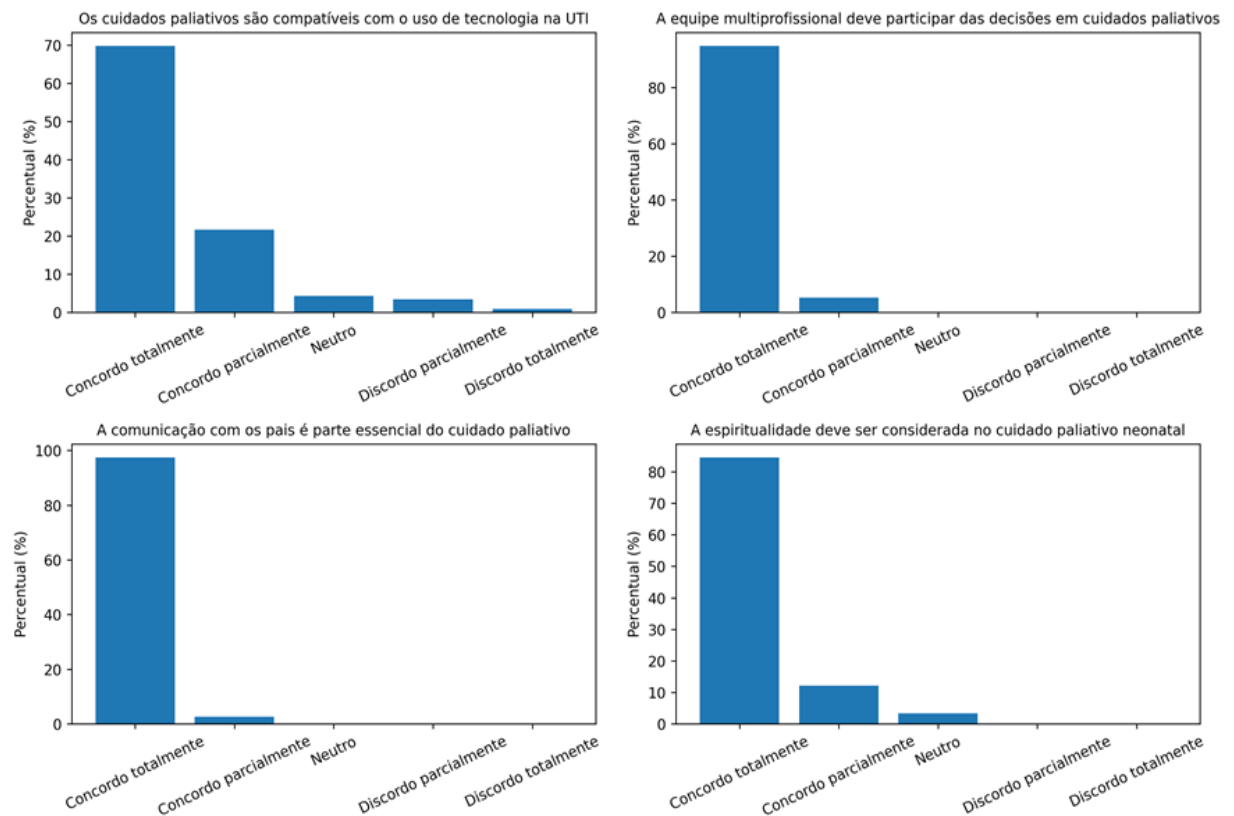
Gráfico 4

Fonte: Dados da pesquisa 2026

Integração dos Cuidados Paliativos à UTIN: Tecnologia, Equipe e Comunicação

A maioria dos profissionais concordou total ou parcialmente que a abordagem paliativa é compatível com o uso de tecnologia na UTIN (91,4%). Observou-se consenso quanto à importância da atuação multiprofissional e da comunicação com os pais no cuidado paliativo neonatal, bem como elevada concordância em relação à consideração da espiritualidade no cuidado (Conjunto de Gráficos 5).

Gráfico 5 (Conjunto de gráficos)



Fonte: Dados da pesquisa 2026

Dimensão Espiritual e Emocional no Contexto do Cuidado

A religiosidade esteve presente na maioria da amostra, com predominância de católicos (55,17%), seguidos por evangélicos (24,14%) e espíritas (12,07%). Apenas 4,31% declararam-se agnósticos ou ateus. (Tabela 7).

Ao analisar especificamente as emoções vivenciadas no contato assistencial direto, observou-se predomínio de compaixão (85,3%) e tristeza (25,9%) em relação às famílias, enquanto, diante do recém-nascido elegível para CP, destacaram-se sentimentos de impotência (42,2%), conforto (36,2%), frustração (21,6%) e insegurança (20,7%) (Gráficos 6 e 7).

Diferentemente dos dados apresentados na Tabela 5, que expressam a avaliação global da experiência como difícil, esses resultados exploram a dimensão relacional e situacional do cuidado, evidenciando que o sofrimento emocional emerge sobretudo no encontro com o paciente e sua família. Tal distinção reforça que a carga emocional não se restringe à

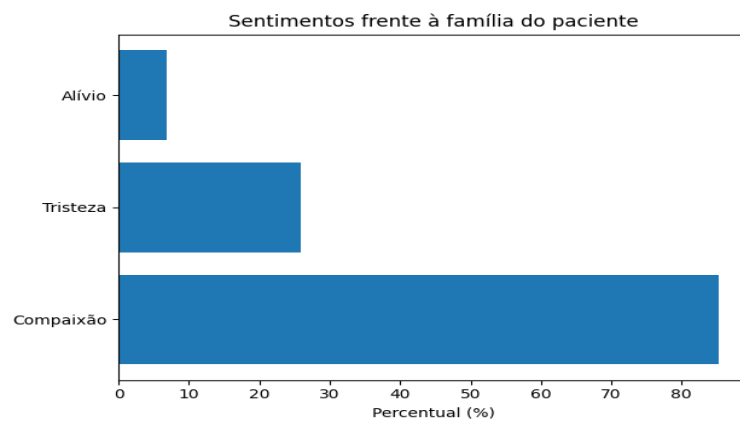
percepção abstrata da prática paliativa, mas se intensifica no contato direto com a vulnerabilidade e o sofrimento.

Tabela 7. Distribuição da afiliação religiosa dos profissionais de saúde atuantes na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

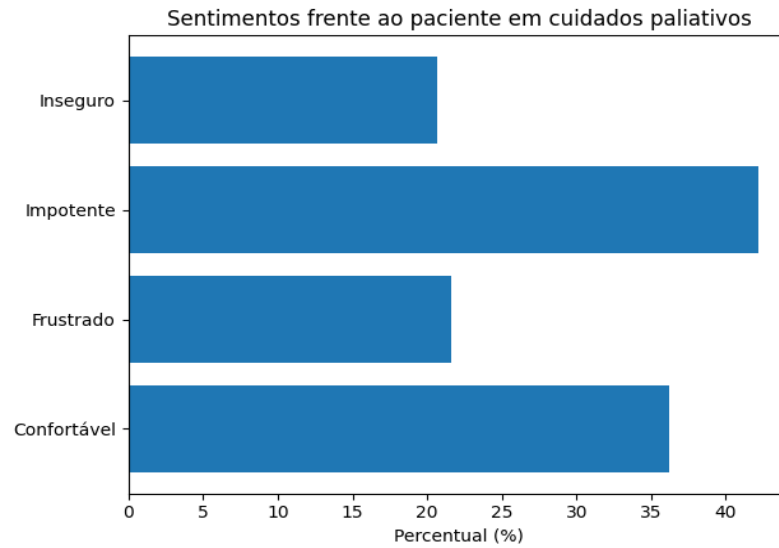
Religião	Frequência (n)	Percentual (%)
Católica	64	55,17
Evangélica	28	24,14
Espírita	14	12,07
Outros	5	4,31
Agnóstica	4	3,45
Ateia	1	0,86

Fonte: Dados da pesquisa (2026).

Gráfico 6



Fonte: Dados da pesquisa 2026

Gráfico 7

Fonte: Dados da pesquisa 2026

Autopercepção de Preparo Profissional para os Cuidados Paliativos Neonatais

Diferenças relevantes foram observadas na autopercepção de preparo entre as categorias profissionais. Os técnicos de enfermagem apresentaram o maior percentual de profissionais que se consideram preparados (63,6%). Entre os médicos, apenas 25,9% relataram preparo, predominando a percepção de preparo parcial (70,4%). Enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e psicólogos concentraram suas respostas majoritariamente na categoria de preparo parcial. (Tabela 8)

Tabela 8. Distribuição percentual do sentimento de preparo para atuação em cuidados paliativos neonatais segundo formação profissional

Formação profissional	Não (%)	Parcialmente (%)	Sim (%)
Enfermeiro	9,4	50,0	40,6
Fisioterapeuta	0,0	66,7	33,3
Fonoaudiólogo(a)	0,0	80,0	20,0
Médico	3,7	70,4	25,9
Psicólogo(a)	0,0	100,0	0,0
Técnico de enfermagem	6,1	30,3	63,6

Fonte: Dados da pesquisa (2026).

Resultados qualitativos

A análise qualitativa das respostas abertas permitiu a identificação de cinco categorias temáticas (Tabela 9):

Tabela 9 – Síntese da análise qualitativa das respostas abertas segundo o método de Análise de Conteúdo de Bardin

Categoria temática	Subcategorias	Exemplos de falas (unidades de registro)
1. Insegurança profissional e lacunas de conhecimento em cuidados paliativos neonatais	Desconhecimento conceitual sobre cuidados paliativos	“Observo que a equipe médica apresenta uma insegurança que demonstra a falta de conhecimento do que é cuidar em paliativo.”
	Ausência de formação e experiência específica	“Não tenho experiência em cuidados paliativos em neonatos.”
	Associação da paliatividade ao abandono terapêutico	“A grande maioria dos profissionais tem uma visão limitada sobre cuidados paliativos, acham que é só ‘deixar morrer’.”
2. Fragilidades institucionais, ausência de protocolos e descontinuidade das condutas	Ausência de protocolos institucionais	“Essa insegurança está relacionada à ausência de protocolos institucionais.”
	Inconsistência das decisões clínicas entre plantões	“O que é determinado numa reunião é modificado no plantão seguinte.”
	Sobrecarga assistencial e limitação de participação multiprofissional	“Não existe incentivo para participação das discussões, somos sobrecarregados.”
3. Comunicação com as famílias e sofrimento compartilhado	Dificuldade na comunicação de más notícias	“Seria interessante treinamento em como dar notícias difíceis.”
	Não aceitação familiar diante do prognóstico	“Acho difícil lidar com a não aceitação dos pais.”
	Sofrimento emocional diante da dor dos familiares	“Para mim é sempre mais difícil lidar com a dor dos pais do que com o paciente.”
4. Vivência emocional, sofrimento moral e espiritualidade no cuidado	Sentimentos de impotência, tristeza e frustração	“Minha sensibilidade é muito despertada nesses casos... é sempre desafiador.”
	Espiritualidade como fonte de conforto e resiliência	“Deus é poderoso e nos consola... a fê influencia muito.”
	Significado existencial atribuído ao cuidado paliativo	“Cuidado paliativo é um ato de amor à família e ao paciente.”
5. Reconhecimento da paliatividade como cuidado humanizado e necessidade de educação permanente	Valorização do cuidado centrado na dignidade e no conforto	“Coloca o conforto e o amor no centro do cuidado.”
	Educação permanente como estratégia de melhoria da prática	“Podemos melhorar muito nossa prática trazendo mais conhecimento a toda a equipe.”
	Importância do técnico de enfermagem no cuidado contínuo	“Estamos 24 horas com o bebê e podemos contribuir muito.”

As falas apresentadas correspondem a unidades de registro representativas, selecionadas a partir da recorrência temática e da relevância para os objetivos do estudo, preservando o anonimato dos participantes, conforme preconiza o método de Análise de Conteúdo de Bardin.

5.DISSCUSSÃO

A taxa de adesão de 62,4% pode ser considerada satisfatória para estudos transversais conduzidos em ambientes hospitalares de alta complexidade, especialmente quando abordam temática sensível como os CP. A literatura demonstra que sobrecarga assistencial, limitação de tempo e desconforto frente à terminalidade reduzem a participação de profissionais em pesquisas dessa natureza^{4,8}. Assim, o percentual obtido confere consistência à representatividade da amostra.

A caracterização da amostra revelou perfil compatível com a configuração típica das equipes neonatais brasileiras, com predominância de profissionais das áreas de enfermagem e medicina e expressiva presença feminina. Essa composição reforça o caráter multiprofissional da assistência na UTIN, condição reconhecida como essencial para a implementação qualificada dos CP neonatais, que exigem abordagem integral do recém-nascido e de sua família^{1,2}.

Observou-se ainda perfil profissional maduro, com predominância de participantes entre 41 e 50 anos e tempo de formação entre 11 e 20 anos (47,4%). Embora esse dado sugira experiência consolidada em UTIN, os resultados demonstram que a vivência assistencial não se traduz automaticamente em preparo específico para CP. Apenas 41,4% dos profissionais relataram sentir-se efetivamente preparados, enquanto 53,4% referiram preparo parcial, evidenciando lacuna formativa relevante. Esse achado está em consonância com estudos que apontam inserção ainda recente e insuficiente da temática nos currículos da área da saúde no Brasil^{2,8}.

Adicionalmente, embora 70,7% dos profissionais tenham participado de discussões sobre CP na unidade, 29,3% nunca tiveram essa experiência. Esse dado revela fragilidade na institucionalização da abordagem paliativa, uma vez que a discussão estruturada não alcança toda a equipe assistencial. A literatura demonstra que a consolidação dos CP depende de espaços formais, contínuos e multiprofissionais de deliberação clínica; sua ausência ou irregularidade favorece práticas heterogêneas, insegurança decisória e implementação tardia da abordagem^{2,8}.

Nesse contexto, as diferenças observadas entre categorias profissionais assumem relevância analítica. Os técnicos de enfermagem apresentaram o maior percentual de autopercepção de preparo (63,6%), valor substancialmente superior ao observado entre os

médicos (25,9%), entre os quais predominou a percepção de preparo parcial (70,4%). Entre os enfermeiros, 40,6% relataram sentir-se preparados, com predominância de preparo parcial (50,0%).

Esse padrão sugere que a percepção de preparo não se relaciona exclusivamente ao nível de formação médica, mas ao tipo de vínculo assistencial estabelecido com o recém-nascido e sua família. A presença contínua à beira do leito favorece maior familiaridade prática com o manejo do conforto, dos sintomas e do suporte emocional, dimensões centrais do cuidado paliativo neonatal^{2,9}.

Por outro lado, a menor autoconfiança observada entre médicos pode estar associada à complexidade das decisões sob sua responsabilidade, especialmente aquelas que envolvem limitação terapêutica, definição prognóstica e comunicação de más notícias. A literatura descreve que médicos vivenciam maior carga emocional e sofrimento moral em contextos paliativos, o que pode impactar a percepção subjetiva de preparo, mesmo diante de maior formação técnica^{4,8}.

A experiência com pacientes elegíveis para CP foi classificada como difícil ou muito difícil por 81,1% dos participantes. Entre os sentimentos associados destacaram-se impotência (27,6%), insegurança (12,1%) e frustração (10,3%). Esses dados indicam que o cuidado paliativo neonatal permanece emocionalmente desafiador, especialmente em cenários de limitação terapêutica. A literatura descreve esse fenômeno como sofrimento moral, frequente em equipes de terapia intensiva quando decisões clínicas envolvem prognósticos reservados e possível restrição de intervenções^{4,9}.

A comparação entre profissionais com menos e mais de cinco anos de atuação revelou diferenças discretas, porém relevantes, na percepção das barreiras à implementação dos CP. A ausência de protocolos institucionais foi apontada de forma semelhante entre os grupos (29,5% versus 26,4%), indicando fragilidade organizacional transversal. Profissionais com menor tempo de atuação enfatizaram a falta de formação específica (29,2%) e dificuldades de comunicação com familiares (15,1%), enquanto os mais experientes demonstraram maior sensibilidade para dilemas éticos e entraves institucionais. Esse padrão sugere que o amadurecimento clínico amplia a criticidade organizacional ao longo da trajetória profissional^{4,8}.

No campo conceitual, observou-se compreensão consistente dos fundamentos dos CP neonatais. O reconhecimento da capacidade do recém-nascido de perceber dor (93,1%) evidencia alinhamento com evidências clássicas que demonstram repercussões fisiológicas e comportamentais da dor não tratada no período neonatal⁶. De forma convergente, a centralidade atribuída ao controle rigoroso da dor (97,4%) revela coerência entre o conhecimento científico acumulado e a prática assistencial percebida pela equipe.

Entre as demais intervenções consideradas prioritárias, destacaram-se o apoio emocional à família (97,4%), o conforto térmico e o posicionamento adequado (92,2%) e o suporte nutricional (79,3%), reforçando a compreensão da assistência paliativa como cuidado integral e centrado na família. A ampla concordância quanto à compatibilidade entre CP e uso de tecnologia intensiva (91,4%), associada à baixa indicação de reanimação neonatal completa (2,6%), demonstra reconhecimento do princípio da proporcionalidade terapêutica e da não prolongação do sofrimento^{2,9}.

Em relação ao momento de início dos CP, 68,9% reconheceram a necessidade de sua implementação desde o diagnóstico de condição ameaçadora à vida, enquanto 31% ainda defendem sua introdução apenas após o esgotamento terapêutico. Essa discrepância demonstra que, embora o conceito esteja difundido, sua aplicação precoce ainda encontra resistência prática, fenômeno descrito como barreira estrutural à consolidação da assistência paliativa neonatal^{1,2}.

A participação multiprofissional nas decisões foi quase unânime, reforçando o reconhecimento da complexidade ética envolvida. De modo semelhante, o consenso quanto à centralidade da comunicação com os pais evidencia compreensão de que decisões compartilhadas e comunicação clara constituem pilares da qualidade assistencial².

A elevada presença de religiosidade entre os participantes (mais de 90% declararam alguma afiliação religiosa) também merece consideração. A literatura aponta que crenças religiosas podem atuar como fonte de resiliência emocional, mas também influenciar percepções sobre limitação terapêutica e terminalidade^{1,9}. Esse dado reforça a necessidade de formação que integre dimensões técnicas, éticas e culturais.

Os achados qualitativos aprofundam essa análise ao evidenciar que, para além das lacunas formativas e organizacionais já identificadas quantitativamente, persistem

insegurança conceitual, fragilidades institucionais e elevada carga emocional associadas à prática dos CP na UTIN. As falas revelaram dificuldades relacionadas à definição de critérios, inconsistências nas condutas entre plantões, desafios na comunicação com as famílias e sofrimento moral diante de decisões de limitação terapêutica, corroborando os percentuais elevados de percepção de dificuldade e sentimentos de impotência observados nos dados quantitativos. Ao mesmo tempo, emergiu reconhecimento dos CP como cuidado humanizado, centrado no conforto, na dignidade e na presença junto à família, reforçando alinhamento conceitual já demonstrado nos resultados descritivos. Esse conjunto de evidências confirma que a consolidação dos CP neonatais exige não apenas conhecimento técnico, mas estrutura institucional, espaços formais de deliberação clínica e suporte emocional contínuo às equipes, conforme recomendado nas diretrizes nacionais e internacionais^{1,2,9}.

6. CONCLUSÃO

Os resultados demonstram que a equipe multiprofissional da UTIN apresenta compreensão conceitual consistente dos CP neonatais, especialmente quanto ao controle da dor, ao cuidado centrado na família e à integração entre assistência paliativa e tecnologia intensiva.

Entretanto, apesar da experiência assistencial consolidada, evidenciou-se lacuna relevante no preparo formal, com predominância de autopercepção de preparo parcial. Soma-se a isso o fato de que parcela expressiva dos profissionais nunca participou de discussões estruturadas sobre CP na unidade, indicando fragilidade na institucionalização sistemática da abordagem. As diferenças entre categorias profissionais reforçam que o cuidado paliativo neonatal exige competências técnicas, comunicacionais, éticas e emocionais integradas, não se restringindo ao domínio biomédico.

A prática foi reconhecida como emocionalmente desafiadora, associada a sentimentos de impotência e insegurança, evidenciando impacto significativo sobre os profissionais e a necessidade de suporte institucional estruturado.

As barreiras identificadas — especialmente ausência de protocolos e fragilidades organizacionais — indicam que os desafios para consolidação da assistência paliativa neonatal transcendem o conhecimento individual.

Conclui-se que, embora exista base conceitual sólida, a consolidação dos CP neonatais na UTIN requer investimento contínuo em educação permanente, institucionalização de protocolos e fortalecimento da atuação multiprofissional. Nesse sentido, a efetivação dessa assistência não depende apenas da difusão conceitual, mas de compromisso institucional estruturado, capaz de integrar formação permanente, protocolos assistenciais e suporte emocional às equipes, transformando conhecimento em prática clínica efetivamente qualificada.

8. REFERÊNCIAS:

- 1.** World Health Organization. WHO definition of palliative care. Geneva: WHO; 2018.
- 2.** Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Neonatologia. Cuidados paliativos em neonatologia: orientações para a prática clínica. Rio de Janeiro: SBP; 2021.
- 3.** American Academy of Pediatrics. Pediatric palliative care and hospice care commitments, guidelines, and recommendations. Pediatrics. 2020.
- 4.** Zanin LE, Oliveira AC, Ferreira MA, et al. Desafios emocionais e institucionais na implementação de cuidados paliativos em neonatologia. Rev Saude Mater Infant. 2025;25(1):45–54.
- 5.** Moreira MCN, Nery IS. Cuidados paliativos em neonatologia: desafios e perspectivas. Rev Bras Saude Mater Infant. 2021.
- 6.** Anand KJS. Pain, plasticity, and premature birth: a prescription for permanent suffering? Nat Med. 2000;6(9):971–3.
- 7.** Leite AJM. Cuidados paliativos neonatais: aspectos éticos e assistenciais. 2020.
- 8.** Martins Pereira S, Hernández-Marrero P, Pastor L, et al. Knowledge, attitudes and practices towards palliative care among health professionals: a cross-sectional study. Palliative Medicine. 2020;34(4):527–536.
- 9.** Cruz MR, Batista PSS, Silva RS, et al. Percepções de profissionais de saúde sobre cuidados paliativos em unidade de terapia intensiva neonatal. Rev Bras Enferm. 2019;72(Suppl 3):231–8.
- 10.** Downar J, Kavalieratos D. Moral distress and burnout in palliative care clinicians. Lancet. 2023.

8. ANEXO:

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Questionário sobre Conhecimento e Percepções em Cuidados Paliativos Neonatais

1. Idade:

- Entre 20 e 30 anos
- Entre 31 e 40 anos
- Entre 41 e 50 anos
- Acima de 50 anos

2. Sexo:

- Feminino
- Masculino
- Outro

3. Formação profissional:

- Médico(a)
- Enfermeiro(a)
- Técnico(a) de enfermagem
- Fisioterapeuta
- Fonoaudiólogo(a)
- Terapeuta ocupacional

4. Tempo de formação:

- Até 5 anos
- 6 a 10 anos
- 11 a 20 anos
- Mais de 20 anos

5. Tempo de atuação na UTIN:

- Até 5 anos
- 6 a 10 anos
- 11 a 20 anos
- Mais de 20 anos

6. Você possui religião?

- Católico(a)

- Evangélico(a)
- Espírita
- Agnóstico(a)
- Ateu(ateia)
- Outro

7. Você já participou de discussões sobre cuidados paliativos na unidade?

- Sim
- Não

8. Em sua opinião, o que são cuidados paliativos neonatais?

- Cuidados voltados exclusivamente para o alívio da dor em bebês terminais
- Abordagem que visa apenas prolongar a vida em neonatos gravemente doentes
- Conjunto de práticas que visa melhorar a qualidade de vida do neonato e de sua família diante de doenças ameaçadoras da vida
- Suspensão de todas as medidas terapêuticas

9. Quais princípios norteiam os cuidados paliativos? (Marque todos os corretos)

- Alívio da dor e de outros sintomas
- Prevenção de morte precoce
- Integração de aspectos psicológicos e espirituais
- Apoio à família
- Promoção de cura da doença

10. Quando os cuidados paliativos devem ser iniciados no contexto neonatal?

- Somente após esgotadas todas as possibilidades terapêuticas
- Desde o diagnóstico de condição ameaçadora à vida
- Quando a família solicitar
- Nunca são indicados para neonatos

11. Assinale o grau de concordância com as afirmações abaixo:

(1 = Concordo totalmente | 5 = Discordo totalmente)

a) Os cuidados paliativos são compatíveis com o uso de tecnologia na UTI neonatal.

(1) (2) (3) (4) (5)

b) A equipe multiprofissional deve participar das decisões em cuidados paliativos.

(1) (2) (3) (4) (5)

c) A comunicação com os pais é parte essencial do cuidado paliativo neonatal.

(1) (2) (3) (4) (5)

d) A espiritualidade deve ser considerada no cuidado paliativo neonatal.

(1) (2) (3) (4) (5)

12. Quais cuidados são mais frequentemente necessários em pacientes sob cuidados paliativos neonatais? (Marque todos os corretos)

- Controle da dor
- Suporte nutricional
- Reanimação neonatal completa
- Conforto térmico e posicionamento
- Apoio emocional à família

13. O recém-nascido internado em unidade neonatal é capaz de registrar experiências dolorosas.

- Verdadeiro
- Falso

14. Como você avalia sua experiência com pacientes em cuidados paliativos neonatais?

- Muito difícil
- Difícil
- Indiferente
- Fácil
- Nunca cuidei

15. Você se sente preparado(a) para atuar em cuidados paliativos neonatais?

- Sim
- Parcialmente
- Não

16. Quais são os principais desafios para a implementação dos cuidados paliativos na UTIN? (Marque todos os que se aplicam)

- Falta de formação específica
- Resistência da equipe
- Dificuldade de comunicação com os pais
- Ausência de protocolo institucional
- Aspectos éticos/religiosos

17. Como você se sente frente ao paciente elegível para cuidados paliativos? (Pode marcar mais de uma opção)

- Confortável
- Frustrado(a)
- Impotente
- Inseguro(a)

18. Qual é o seu sentimento em relação à família do paciente em cuidados paliativos?

- Tristeza
- Alívio
- Compaixão

Questão Aberta (Qualitativa)

19. Caso deseje, descreva sua experiência com pacientes em cuidados paliativos neonatais: