


CRITÉRIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS EM UMA UNIDADE INTENSIVA NEONATAL

CRITERIA FOR PALLIATIVE CARE IN A NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT

CRITERIOS PARA CUIDADOS PALIATIVOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

 <https://doi.org/10.56238/arev8n2-037>

Data de submissão: 09/01/2026

Data de publicação: 09/02/2026

Jaqueline Pereira do Nascimento

Médica residente de Pediatria do Programa de Residência Médica

E-mail: dra.jaquelinejpn@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0009-0004-4343-1449>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1935237277231903>

Bianca Rocha de Aguiar

Médica Residente de Oncologia Pediátrica

Instituição: Hospital da Criança

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0194-4885>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1858206638671421>

Fernanda Salustiano Costa Rocha

Médica Neonatologista

Instituição: Unidade de Neonatologia, Hospital Regional de Taguatinga, Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF)

E-mail: fernanda.salustiano@escs.edu.br

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8874197222931816>

Carlos Henrique Roriz Rocha

Orientador

Médico Neonatologista

Instituição: Unidade de Neonatologia, Hospital Regional de Taguatinga, Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF)

E-mail: choriz@p.ucb.br

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5536788152769468>

RESUMO

Objetivo: Identificar a introdução de cuidados paliativos (CP) em recém-nascidos (RNs) falecidos em um hospital público do Distrito Federal, segundo critérios da Associação Pediátrica para Cuidados Paliativos (ACT) e do Royal College de Pediatria e Saúde da Criança (RCPCH). **Métodos:** Estudo observacional retrospectivo realizado em um hospital secundário da capital do país entre janeiro de 2022 e dezembro de 2024, incluindo recém-nascidos falecidos na unidade neonatal, analisando dados pré-natais, condições de nascimento, diagnósticos, intervenções, causas de óbito e elegibilidade para CP. Os pacientes foram classificados segundo critérios do RCPCH. **Resultados:** Dos 9.901 nascimentos, 71 RNs foram incluídos no estudo (0,7%). Predominaram prematuros extremos (41%) de muito baixo peso (<1.000 g - 52%). A média de sobrevivência foi de 5,1 dias, sendo que 50,7% dos óbitos ocorreram nas primeiras 72 horas. As principais causas foram infecção (46 casos),

prematuridade (43) e anomalias congênitas (13). Embora todos os pacientes apresentassem critérios para CP, apenas 16,9% tiveram registro formal de indicação e 26,7% limitação de cuidados. A participação familiar foi documentada em 32,4% dos casos. Pela classificação RCPCH, 13 RNs foram enquadrados no grupo I, 21 no grupo II, 8 no grupo III e 29 no grupo IV. Conclusão: Apesar da clara elegibilidade para cuidados paliativos, a maioria dos RNs recebeu intervenções intensivas invasivas. A implementação de protocolos padronizados de cuidados paliativos neonatais é essencial para garantir conforto, alívio do sofrimento, preservação da dignidade e integração do apoio familiar e da tomada de decisão ética. A capacitação das equipes de saúde e a promoção da conscientização das famílias são fundamentais para humanizar o cuidado neonatal e facilitar a transição adequada de abordagens curativas para paliativas.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos Neonatais. Recém-Nascido. Assistência Humanizada. Cuidados de Fim da Vida. Critérios de Vulnerabilidade.

ABSTRACT

Objective: To identify the introduction of palliative care (PC) in deceased newborns (NBs) in a public hospital in the Federal District, according to criteria from the Pediatric Association for Palliative Care (ACT) and the Royal College of Paediatrics and Child Health (RCPCH). **Methods:** A retrospective observational study was conducted in a secondary hospital in the nation's capital between January 2022 and December 2024, including newborns who died in the neonatal unit, analyzing prenatal data, birth conditions, diagnoses, interventions, causes of death, and eligibility for PC. Patients were classified according to RCPCH criteria. **Results:** Of the 9,901 births, 71 NBs were included in the study (0.7%). Extremely premature infants (41%) with very low birth weight (<1,000 g - 52%) predominated. The mean survival time was 5.1 days, with 50.7% of deaths occurring within the first 72 hours. The main causes were infection (46 cases), prematurity (43), and congenital anomalies (13). Although all patients met the criteria for palliative care, only 16.9% had a formal indication and 26.7% had limitations in care. Family participation was documented in 32.4% of cases. According to the RCPCH classification, 13 newborns were classified in group I, 21 in group II, 8 in group III, and 29 in group IV. **Conclusion:** Despite clear eligibility for palliative care, most newborns received intensive invasive interventions. The implementation of standardized neonatal palliative care protocols is essential to ensure comfort, relief of suffering, preservation of dignity, and integration of family support and ethical decision-making. Training healthcare teams and promoting family awareness are fundamental to humanizing neonatal care and facilitating the appropriate transition from curative to palliative approaches.

Keywords: Neonatal Palliative Care. Newborn. Humanized Care. End-of-Life Care. Vulnerability Criteria.

RESUMEN

Objetivo: Identificar la introducción de cuidados paliativos (CP) en recién nacidos fallecidos (RN) en un hospital público del Distrito Federal, según criterios de la Asociación Pediátrica de Cuidados Paliativos (ACT) y el Colegio Real de Pediatría y Salud Infantil (RCPCH). **Métodos:** Estudio observacional retrospectivo realizado en un hospital de segundo nivel de la capital del país entre enero de 2022 y diciembre de 2024, incluyendo recién nacidos fallecidos en la unidad neonatal, analizando datos prenatales, condiciones de nacimiento, diagnósticos, intervenciones, causas de muerte y elegibilidad para CP. Los pacientes fueron clasificados según criterios del RCPCH. **Resultados:** De los 9.901 nacimientos, 71 RN fueron incluidos en el estudio (0,7%). Predominaron los prematuros extremos (41%) con muy bajo peso al nacer (<1.000 g - 52%). El tiempo medio de supervivencia fue de 5,1 días, y el 50,7% de las muertes ocurrieron dentro de las primeras 72 horas. Las principales

causas fueron infección (46 casos), prematuridad (43) y anomalías congénitas (13). Si bien todos los pacientes cumplían los criterios para cuidados paliativos, solo el 16,9% tenía una indicación formal y el 26,7% presentaba limitaciones en la atención. Se documentó la participación familiar en el 32,4% de los casos. Según la clasificación RCPCH, 13 recién nacidos se clasificaron en el grupo I, 21 en el grupo II, 8 en el grupo III y 29 en el grupo IV. Conclusión: A pesar de la clara elegibilidad para cuidados paliativos, la mayoría de los recién nacidos recibieron intervenciones invasivas intensivas. La implementación de protocolos estandarizados de cuidados paliativos neonatales es esencial para garantizar el confort, el alivio del sufrimiento, la preservación de la dignidad y la integración del apoyo familiar y la toma de decisiones éticas. La capacitación de los equipos de atención médica y la promoción de la conciencia familiar son fundamentales para humanizar la atención neonatal y facilitar la transición adecuada de los enfoques curativos a los paliativos.

Palabras clave: Cuidados Paliativos Neonatales. Recién Nacido. Cuidados Humanizados. Cuidados al Final de la Vida. Criterios de Vulnerabilidad.

1 INTRODUÇÃO

O conceito de cuidados paliativos (CP) surgiu na década de 1960 com o trabalho de Cicely Saunders, voltado inicialmente a pacientes oncológicos terminais, sendo formalizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) somente em 1990. Atualmente, define-se CP como abordagem destinada a melhorar a qualidade de vida de pacientes e suas famílias diante de doenças potencialmente fatais, com prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) incorporou o tema em 2002, e o Código de Ética Médica de 2009 passou a reconhecer a obrigatoriedade de cuidados paliativos em situações irreversíveis ou terminais.^{1,2}

No contexto pediátrico, a OMS conceituou os Cuidados Paliativos pediátricos (CPP) como cuidados ativos e totais à criança com condições limitantes ou ameaçadoras à vida, desde o diagnóstico até além da morte, incluindo suporte à família. Os CPP enfatizam comunicação, decisão compartilhada, manejo de sintomas e apoio psicossocial, podendo coexistir com terapias curativas. Sua complexidade decorre da variabilidade do prognóstico, multiplicidade de diagnósticos, aspectos éticos e legais e escassez de profissionais capacitados.³

Em neonatologia e perinatologia, os avanços tecnológicos aumentaram a sobrevivência de prematuros extremos, mas também elevaram a morbidade e o risco de incapacidades graves. Muitos recém-nascidos permanecem vivos por breves períodos com sofrimento significativo, demandando limitação terapêutica ética quando intervenções se tornam fúteis.^{4,5} O Cuidado Paliativo Perinatal inclui planejamento e suporte desde o pré-natal para recém-nascidos com prematuridade extrema, anomalias congênitas incompatíveis com a vida ou prognóstico letal. Protocolos internacionais e nacionais indicam limites de viabilidade (menor que 23 semanas ou menor que 500g) para medidas intensivas, oferecendo apenas conforto.^{6,7}

A bioética fundamenta o CP, respeitando dignidade, autonomia, justiça, beneficência e não maleficência. No contexto neonatal, a autonomia é mediada pelos pais ou responsáveis legais, exigindo comunicação clara, informação completa e consentimento informado.⁸

Os entraves à implementação incluem aceitação da morte de recém-nascidos, conflitos éticos e emocionais da equipe, receios legais, carência de capacitação profissional e desafios de comunicação com famílias. Diferenças culturais, religiosas e socioeconômicas também interferem na tomada de decisão, e a interpretação equivocada de CP como limitação de cuidado e assistência pode gerar resistência. O principal desafio é equilibrar esforços terapêuticos com cuidados dignos, evitando prolongamento fútil da vida (distanásia) e promovendo alívio do sofrimento neonatal e familiar.^{8,9}

A tomada de decisão ética é um desafio constante no assunto. Identificar o momento adequado para a transição de intervenções curativas para paliativas requer uma avaliação cuidadosa e sensível, considerando os princípios de beneficência e não maleficência. A participação ativa da família nesse processo é fundamental, garantindo que as decisões sejam compartilhadas e respeitem os valores e desejos dos pais.¹⁰

Na América Latina, a classificação mais utilizada como instrumento para a indicação dos CPP é a apresentada pela Associação Pediátrica para Cuidados Paliativos (ACT) e pelo *Royal College* de Pediatria e Saúde da Criança (RCPCH) do Reino Unido. Nesta classificação, os pacientes são divididos em quatro grupos: 1) Condições para as quais o tratamento curativo é possível, mas pode falhar; 2) Condições sem chances realistas de cura da doença, mas cuja sobrevivência pode ser prolongada significativamente; 3) Doenças progressivas sem chances realistas de cura; e 4) Doenças não progressivas, mas irreversíveis.^{11,12}

A classificação de Wigglesworth é utilizada para estudar causas de óbito neonatal, relacionando-as à assistência pré-natal, perinatal e neonatal. Protocolos de CPP, como o da ACT-RCPCH, organizam pacientes em quatro grupos elegíveis, com possibilidade de migração entre categorias conforme evolução clínica, permitindo cuidados individualizados, integrados a intervenções curativas ou paliativas, seguindo o modelo “Gravata-Borboleta”.^{6,13,14}

Figura 1 - Modelo “Gravata-Borboleta” de introdução de cuidados paliativos



Fonte: ACT-RCPCH (2018); tradução livre pelo autor deste trabalho.

Este estudo tem como objetivo principal identificar a oportunidade de introdução de cuidados paliativos em recém-nascidos atendidos em um hospital público de atenção neonatal terciária, de acordo com os critérios da ACT e do RCPCH.

2 MATERIAL E MÉTODO

Estudo descritivo realizado com recém-nascidos falecidos em uma unidade neonatal do Distrito Federal entre janeiro de 2022 e dezembro de 2024. Os dados foram coletados por meio da revisão de prontuários eletrônicos utilizados pela rede pública local.

Foram incluídos recém-nascidos de ambos os sexos que faleceram na unidade neonatal de um hospital com atenção neonatal terciária, dentro do período citado. Excluíram-se pacientes que faleceram após o período neonatal (mais de 28 dias de vida), aqueles assistidos parcialmente em outras unidades de saúde e recém-nascidos com idade gestacional menor ou igual a 22 semanas, configurando abortamento segundo OMS e Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO).

As variáveis descritas incluíram dados demográficos, pré-natais, condições de nascimento, diagnósticos, intervenções terapêuticas, causa do óbito, indicação de cuidados paliativos e realização de necrópsia.

Todos os pacientes foram classificados segundo critérios do Royal College de Pediatria e Saúde da Criança do Reino Unido. Os dados foram apresentados em frequências absolutas e percentuais, para comparação com aqueles descritos pela literatura específica. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética local (Parecer nº 6.721.313) e dispensou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por tratar-se de coleta indireta de dados.

3 RESULTADOS

Durante o período de janeiro de 2022 a dezembro de 2024, foram constatados, no serviço, 101 óbitos de recém-nascidos (RNs). Destes, 8 ocorreram em setores distintos da unidade neonatal, 3 nasceram fora do hospital e 12 com idade gestacional inadequada, sendo excluídos da pesquisa. A unidade neonatal registrou 9.901 nascimentos neste período. Dos 78 óbitos que atenderam aos critérios de inclusão, 7 foram excluídos por dados insuficientes no prontuário clínico, totalizando 71 pacientes incluídos (0,7% dos nascimentos). Dentre esses, 41 RNs eram do gênero feminino (57,7%) e 30 do masculino (42,3%). Vinte e um (29,5%) óbitos ocorreram no centro obstétrico e 50 (70,5%) na UTI neonatal.

Os dados maternos demonstram que 11 mães (16%) não realizaram pré-natal. Das 57 que realizaram, 35 (61,4%) tiveram menos de 6 consultas e 22 (38,6%) 6 ou mais. Em relação ao risco gestacional, 29 mães (40,8%) apresentaram risco habitual, enquanto 38 foram classificadas como alto risco, incluindo doenças hipertensivas (18), diabetes gestacional (10), infecções (8), tabagismo (4) e demais condições menos frequentes (Quadro 1).

Quadro 1: Fatores de risco maternos

Fator de Risco materno	n	%
Doenças hipertensivas	18	25,3
Diabetes mellitus gestacional	10	14,1
Infecção (predominantemente urinária)	8	11,3
Sangramento transvaginal	4	5,6
Tabagismo	4	5,6
Outras condições (SAAF, hipotireoidismo, miomatose, etc.)	6	8,5
Sem fator de risco	29	40,8

Fonte: os autores

Sobre os recém-nascidos, a idade gestacional variou de 22 a 42 semanas e 6 dias, com média de 30 semanas e 3 dias e mediana de 28 semanas e 3 dias. A classificação quanto a idade gestacional: pré-termo extremo (<28 sem) 29 RNs, muito pré-termo (28–32 sem) 17, pré-termo moderado (32–37 sem) 8, a termo 12 e pós-termo (> 40 sem) 5. O limite de viabilidade da unidade é de 26 semanas, com 21 RNs (29,5%) abaixo desse limite.

O peso do nascimento variou de 395 a 4.275 g, com média de 1.425,5 g e mediana de 975 g. A classificação quanto ao peso apresenta: extremo baixo peso (<1.000 g) 37 RNs, muito baixo peso (1.000–1.500 g) 9, baixo peso (1.500–2.500 g) 11 e peso adequado (>2.500 g) 14 (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição do peso ao nascimento

Classificação	Faixa de peso (g)	Número de RNs (n)	Percentual (%)
Extremo baixo peso	< 1.000	37	52,1%
Muito baixo peso	1.000 – 1.500	9	12,7%
Baixo peso	1.500 – 2.500	11	15,5%
Peso adequado	> 2.500	14	19,7%
Total		71	100%

Fonte: os autores

Sessenta e seis neonatos apresentavam como diagnósticos prematuridade (47), hipóxia/asfíxia perinatal (19), síndromes cromossômicas (10), cardiopatias congênitas (5) e malformações urinárias (2). Todos os pacientes internados na UTIN apresentaram complicações múltiplas, como sepse (29), desconforto respiratório (24), choque (17), insuficiência renal (16) e icterícia neonatal (12).

A média de idade no momento do óbito foi de 5,1 dias (mediana 3 dias). Trinta e seis crinaças (50,7%) faleceram nas primeiras 72 horas de vida, sendo 23 (63,8%) ainda nas primeiras 24h (Gráfico 3). A classificação de evitabilidade de Wigglesworth indicou infecção como principal causa de óbito (46 casos), seguida de prematuridade (43), anomalias congênitas (13) e anóxia/sofrimento fetal agudo (8). As principais causas de óbito identificadas foram infecções (46), prematuridade extrema (43) e anomalias congênitas (13), sendo que, em muitos casos, as condições ameaçadoras à vida estavam associadas à prematuridade e a complicações perinatais como hipóxia e sofrimento fetal agudo.

Quanto ao escore de Apgar, 49 bebês (69%) obtiveram Apgar < 7 no 1º minuto e 33 deles (46,4%) mantiveram índice < 7 no 5º minuto. Somente 21 bebês tiveram Apgar aferido no 10º minuto, e 10 deles permaneceram com índice < 7. Em 03 prontuários, não foi encontrada anotação sobre índice de Apgar.

Em relação à reanimação cardiopulmonar (RCP), 77,5% dos bebês foram submetidos a intervenções imediatas, com 46 recebendo ventilação por pressão positiva (VPP) e 8 sendo submetidos também à administração de adrenalina, seguindo o protocolo de reanimação neonatal da SBP.

Quanto ao uso de medicamentos e dispositivos invasivos, foi observado que, no momento do óbito, a maioria dos RNs estava recebendo ventilação invasiva (85,9%), e 70,4% estavam em uso de drogas vasoativas. A administração de antibióticos venosos e sedoanalgesia contínua também foi frequente (70,4%), com outros tratamentos, como transfusões de hemocomponentes (30,9%) e o uso de surfactante (5,6%), sendo realizados conforme a gravidade dos casos.

A indicação formal de “Limitação de Cuidados” foi registrada 19 casos (26,7%) e a de “Cuidados Paliativos” em 12 (16,9%), geralmente poucas horas antes do óbito. Conversas documentadas com familiares sobre cuidados paliativos ocorreram em 23 casos (32,4%).

Os pais dos recém-nascidos estavam presentes em 33 dos óbitos estudados (46,4%). A necrópsia foi sempre oferecida, mas realizada em apenas 05 casos (7,0%).

Diante dos resultados descritos, os pacientes deste estudo foram classificados conforme os critérios do *Royal College* de Pediatria e Saúde da Criança do Reino Unido para indicação de cuidados paliativos^{16,17}: grupo I (13 RNs), grupo II (21), grupo III (8) e grupo IV (29) RNs, permitindo identificação precoce da necessidade de cuidados paliativos (Tabela 2).

Tabela 2: Classificação segundo Royal College of Pediatrics

Grupo	Critério	n
I	Sobrevivência improvável	13
II	Sobrevivência possível, mas limitada	21
III	Doença progressiva, com expectativa de vida curta	8
IV	Doença crônica grave com risco de morte	29

Fonte: os autores

4 DISCUSSÃO

O perfil epidemiológico dos recém-nascidos descritos — predominantemente prematuros extremos, de muito baixo peso e com Apgar <7 no primeiro minuto, indicando sofrimento fetal intra-útero e/ou no momento do parto — reflete o padrão descrito na literatura para os óbitos neonatais.

Apesar dos avanços perinatais e da ampliação do limite de viabilidade, a mortalidade entre os extremamente prematuros permanece elevada.^{15,16,17,18}

As infecções foram a principal causa de óbito, em concordância com estudos nacionais que identificam a sepse como causa predominante, embora outros apontem maior frequência de anomalias congênitas.^{14,19} No Brasil, as principais causas de mortalidade neonatal — asfixia perinatal, baixo peso, afecções respiratórias, infecções e prematuridade — são amplamente consideradas evitáveis com atenção adequada à gestante, ao parto e ao recém-nascido. No Distrito Federal, por exemplo, se observa redução dos óbitos evitáveis relacionados ao parto, porém tendência crescente daqueles associados à assistência pré-natal inadequada, evidenciando a necessidade de aprimoramento do cuidado gestacional.^{17, 20, 21}

Os achados pré-natais destacam a complexidade prognóstica na “zona cinzenta” (24–26 semanas e 500–599 g), em que a sobrevida é incerta. Fatores como maior idade gestacional, peso adequado, uso de corticoide antenatal, nascimento em centros especializados, administração de surfactante e sexo feminino associam-se a melhor prognóstico. Por outro lado, malformações, gestação múltipla, baixo peso para a idade gestacional, Apgar <5 e necessidade de reanimação indicam pior evolução.^{22, 23}

A média de tempo de vida dos recém-nascidos incluídos neste estudo foi de 5,1 dias (mediana de 3 dias), com 50,7% dos óbitos ocorrendo nas primeiras 72 horas de vida. Esses achados evidenciam uma elevada taxa de mortalidade neonatal precoce, superior à observada por Marçola et al.²⁴, que registraram 18% de óbitos nas primeiras 48 horas, e semelhante à descrita por Soares et al.²⁵, com 53,1% de óbitos na primeira semana, sendo 57,7% nas primeiras 24 horas. Em estudo realizado no Nordeste do Brasil, 9,4% dos neonatos faleceram nas primeiras 24 horas, sendo apontados como fatores determinantes a qualidade do atendimento perinatal, as variáveis biológicas (peso ao nascer e sexo masculino) e a assistência ao trabalho de parto e ao parto.²⁶

Apesar da clara elegibilidade de muitos recém-nascidos para cuidados paliativos (CP), a prática clínica ainda privilegia intervenções intensivas potencialmente fúteis. O foco na ortotanásia, com priorização do conforto, controle de sintomas e suporte familiar, é essencial para reduzir o sofrimento e respeitar princípios éticos, jurídicos e humanos.^{27,28} A limitação do suporte vital, quando indicada, deve centrar-se em conforto e dignidade, incluindo manejo da dor, sedação, nutrição voltada ao conforto e suporte respiratório proporcional.

A comunicação sensível e culturalmente adequada, associada a reuniões interdisciplinares, fortalece a coesão da equipe, minimiza conflitos e amplia o suporte familiar. A formação em CP — nos níveis básico, intermediário e especializado — é determinante para a qualidade da assistência. A

presença e participação dos pais no cuidado, incluindo amamentação e conforto físico, contribui para um processo de luto mais saudável e uma experiência mais digna para o neonato.^{7, 22}

O perfil dos recém-nascidos falecidos nesta pesquisa revela predominância de prematuros extremos com muito baixo peso e hipóxia neonatal, que morreram majoritariamente por causas infecciosas antes das 72 horas de vida, todos elegíveis para cuidados paliativos, embora a maioria tenha recebido intervenções intensivas invasivas e reanimação. A limitação dos cuidados foi pouco aplicada, e o registro formal da comunicação sobre o prognóstico grave alcançou menos da metade das famílias. Constatou-se que o limite de viabilidade foi próximo da literatura. Recomenda-se a plena execução de protocolos padronizados para uniformizar o atendimento, reduzir intervenções fúteis e promover cuidados que valorizem o conforto, o alívio de sintomas e o suporte familiar, além de enfatizar a importância da formação específica da equipe multidisciplinar para ampliar a implementação desses no contexto neonatal.

REFERÊNCIAS

1. Alves, RSF e Cunha, ECN. Cuidados Paliativos: Alternativa para o Cuidado Essencial no Fim da Vida. Psicol., Ciênc. Prof. (Impr.) 39 • 2019
2. Stanzani LZL. Cuidados Paliativos: Um Caminho de Possibilidades. Brasília Med, Brasília, v. 57, p. 38-39, Março 2020.
3. World Health Organization. Palliative care. 5 de Agosto de 2020. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>>.
4. Paixão S et al. Cuidados paliativos pediátricos: Necessidades formativas e estratégias de coping dos profissionais de saúde. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, ESPECIAL 7, 50-55, Dezembro/2019.
5. A Guide to the Development of Children's Palliative Care Services. ACT (Association for Children's Palliative Care). Inglaterra, 3ª edição, 2009.
6. Molinari PCC, Barbosa SMM. Cuidados paliativos pediátricos – Auxílio na atuação do pediatra. 1ª ed. São Paulo: Atheneu; 2024.
7. Barbosa SMM et al. Cuidados Paliativos Pediátricos - Auxílio na Atuação do Pediatra. Sociedade de Pediatria de São Paulo. 1ª Edição, Rio de Janeiro, Atheneu, 2024.
8. Lago, P. M., Garros, D., & Piva, J. P. (2007). Cuidados paliativos em pediatria: conceitos, princípios e desafios. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, 19(3), 349-356.
9. Corrêa, MCB e Nunes, TM. Cuidado paliativo em neonatologia: uma revisão de literatura. Studies in Health Sciences, Curitiba, v.6, n.2, p. 01-26, 2025.
10. Moreira, B. S., & Nery, M. S. (2021). Cuidados paliativos na neonatologia e pediatria: uma revisão das práticas e dificuldades. International Journal of Health Management Review, 7(2).
11. Carvalho RT e Parsons HA. Manual de Cuidados Paliativos - Ampliado e atualizado - 2ª edição. Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), São Paulo, 2012.
12. Dias BAS et al. Classificações de evitabilidade dos óbitos infantis: diferentes métodos, diferentes repercussões? Cad. Saúde Pública 2017; 33(5):e00125916
13. A Guide to the Development of Children's Palliative Care Services. ACT (Association for Children's Palliative Care). Inglaterra, 4ª edição, 2018.
14. Santana VTS et al. Indicação de cuidados paliativos neonatais: necessidade de uma diretriz?. Residência Pediátrica 2019;9(3):275-283.
15. Prezotto K et al. Mortalidade neonatal precoce e tardia: causas evitáveis e tendências nas regiões brasileiras. Acta Paul Enferm. 2023; 36:eAPE02322

16. Prezotto KH et al. Tendência da mortalidade neonatal evitável nos Estados do Brasil. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant., Recife, 21 (1): 301-309 jan-mar., 2021.
17. Nobrega AA et al. Mortalidade perinatal no Brasil em 2018: análise epidemiológica segundo a classificação de Wigglesworth modificada. Cad. Saúde Pública 2022; 38(1):e00003121.
18. Iglesias SBO e Krebs VLJ. Cuidados paliativos em Pediatria e Neonatologia. Departamento de Bioética. Atualização de Condutas em Pediatria, Departamentos Científicos da Sociedade de Pediatria de São Paulo, nº 53 gestão 2010-2012.
19. Santana VTS et al. Indicação de cuidados paliativos neonatais: necessidade de uma diretriz?. Residência Pediátrica 2019;9(3):275-283.
20. Pedrosa L et al. Óbitos neonatais: por que e como informar? Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 5 (4): 411-418, out. / dez., 2005.
21. Prezotto K et al. Mortalidade neonatal precoce e tardia: causas evitáveis e tendências nas regiões brasileiras. Acta Paul Enferm. 2023; 36:eAPE02322.
22. Protocolo de Atenção à Saúde. Limite de Viabilidade em Neonatologia. Portaria SES-DF Nº161 de 21 de fevereiro de 2018 , publicada no DODF Nº 37 de 23.02.2018 .
23. Seção de Neonatologia da SPP. Consenso clínico - Limite de viabilidade. Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2014. Disponível em PDF.
24. Marçola L et al. Análise dos óbitos e cuidados paliativos em uma unidade de terapia intensiva neonatal. Rev Paul Pediatr. 2017;35(2):125-129.
25. Soares C et al. Fim de Vida em Neonatologia: Integração dos Cuidados Paliativos. Acta Med Port 2013 Jul-Aug;26(4):318-326.
26. Castro ECM, Leite AJM, Guinsburg R. Mortalidade com 24 horas de vida de recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso da Região Nordeste do Brasil. Revista Paulista de Pediatria, Volume 34, Issue 1, Março 2016, 106-113.
27. Dias BAS et al. Classificações de evitabilidade dos óbitos infantis: diferentes métodos, diferentes repercussões? Cad. Saúde Pública 2017; 33(5):e00125916
28. Machado CS e Silva Filho. Os princípios bioéticos. Residência Pediátrica 2017;7(1):39-41.