

**ATUAÇÃO DA EQUIPE
MULTIPROFISSIONAL NA
IMPLEMENTAÇÃO DAS
DIRETRIZES DE
REANIMAÇÃO NEONATAL
DA SOCIEDADE
BRASILEIRA DE PEDIATRIA
2026: IMPACTOS NOS
DESFECHOS CLÍNICOS E NA
QUALIDADE ASSISTENCIAL**

ROLE OF THE MULTIPROFESSIONAL TEAM IN IMPLEMENTING THE
BRAZILIAN SOCIETY OF PEDIATRICS 2026 NEONATAL RESUSCITATION
GUIDELINES: IMPACT ON CLINICAL OUTCOMES AND QUALITY OF CARE

Ciências da Saúde • 01/07/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/782697665](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/782697665)

Karen Suenne Aguiar Ribeiro Pontes¹

Pedro Fachine Honorato²

Bruno Costa Nascimento³

Emanuela Passos da Gama⁴

Pedro Paulo Marques Ferreira Filho⁵

João Corsini Favero⁶

Vitor Sanches de Oliveira⁷

Adriana da Silva Mendes⁸

Ivina Hanna Moita Rocha⁹

Maria Taiane Rodrigues da Silva¹⁰

RESUMO

A assistência qualificada ao recém-nascido na sala de parto atua como um fator determinante para a redução da morbimortalidade neonatal e a mitigação de sequelas neurológicas a longo prazo. Este estudo analisa o impacto direto da atuação integrada da equipe multiprofissional na implementação prática das diretrizes de reanimação neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria de 2026, avaliando suas repercussões nos desfechos clínicos e nos indicadores de segurança hospitalar. Para tanto, desenvolveu-se uma revisão integrativa da literatura a partir do levantamento pareado de trinta e um estudos publicados entre 2022 e 2026 em bases de dados eletrônicas reconhecidas na área da saúde. Os resultados evidenciam que a transposição dos protocolos estáticos para a beira-leito revela ameaças latentes à segurança, assimetrias profissionais e elevada carga ergonômica na linha de frente. Constatou-se que a introdução de programas longitudinais baseados em simulação clínica realista e telesimulação atua diretamente na superação dessas barreiras, otimizando o tempo de resposta e consolidando a comunicação em alça fechada e a cultura de segurança horizontalizada. Conclui-se que a eficácia das novas diretrizes nacionais na mitigação da asfixia perinatal está intrinsecamente vinculada à quebra de silos profissionais e ao gerenciamento do trabalho coletivo, fornecendo subsídios científicos fundamentais para que gestores otimizem processos de trabalho e planejem programas de educação permanente capazes de garantir maior sobrevivência neonatal e valor assistencial.

Palavras-chave: Reanimação Neonatal; Equipe Multiprofissional; Simulação Clínica; Segurança do Paciente; Qualidade da Assistência à Saúde.

ABSTRACT

Qualified assistance to the newborn in the delivery room acts as a determining factor in reducing neonatal morbidity and mortality and mitigating long-term neurological sequelae. This study analyzes the direct impact of integrated multiprofessional team performance on the practical implementation of the 2026 Brazilian Society of Pediatrics neonatal resuscitation guidelines, evaluating its repercussions on clinical outcomes and hospital safety indicators. To this end, an integrative literature review was developed based on a paired survey of thirty-one studies published between 2022 and 2026 in recognized healthcare electronic databases. The results show that transitioning static protocols to the bedside reveals latent safety threats, professional asymmetries, and high ergonomic workloads on the frontline. It was found that implementing longitudinal programs based on realistic clinical simulation and telesimulation directly overcomes these barriers, optimizing response times and consolidating closed-loop communication and a horizontal safety culture. It is concluded that the effectiveness of the new national guidelines in mitigating perinatal asphyxia is intrinsically linked to breaking professional silos and managing collective work, providing critical scientific evidence for managers to optimize work processes and plan permanent education programs capable of ensuring greater neonatal survival and healthcare value.

Keywords: Neonatal Resuscitation; Patient Care Team; Simulation Training; Patient Safety; Quality of Health Care.

1. INTRODUÇÃO

A assistência imediata e qualificada ao recém-nascido (RN) na sala de parto constitui um dos pilares determinantes para a redução global da morbimortalidade neonatal e mitigação de sequelas

neuroológicas a longo prazo. No cenário da pediatria brasileira, a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) estabelece e atualiza rotineiramente padronizações técnico-científicas rigorosas, culminando no lançamento das novas diretrizes de reanimação em sala de parto para neonatos com idade gestacional (IG) igual ou superior a 34 semanas (Almeida e Guinsburg, 2026). A transição fisiológica extrauterina bem-sucedida depende da aplicação sistemática e imediata dessas evidências, as quais preconizam desde o clampeamento oportuno do cordão umbilical até passos sequenciais de expansão pulmonar e suporte hemodinâmico. No entanto, a transposição homogênea dessas normativas para a realidade dos serviços de saúde enfrenta disparidades estruturais e geográficas acentuadas no território nacional, resultando em variações significativas tanto nas condutas de estabilização inicial do prematuro à nascença quanto na complexa estruturação do cuidado pós-reanimação subsequente (Lyra *et al.*, 2026; De Almeida *et al.*, 2026). Diante disso, a busca pela excelência assistencial exige que os protocolos institucionais superem essas barreiras para garantir a sobrevivência neonatal com equidade e segurança.

Para além do atendimento imediato e das manobras executadas nos primeiros minutos de vida, conhecidos criticamente como o "minuto de ouro", o desfecho clínico favorável e a sobrevida livre de incapacidades do neonato vulnerável estão intrinsecamente interligados à continuidade e à integralidade de uma linha de cuidado de longo prazo. Estudos recentes evidenciam que a otimização dos desfechos neuropsicomotores e o alcance de metas terapêuticas complexas — como a manutenção do aleitamento materno exclusivo no seguimento pós-alta de prematuros — demandam um suporte longitudinal capaz de mitigar lacunas crônicas na rede assistencial, inclusive em cenários de alta

complexidade que envolvem crianças traqueostomizadas ou dependentes de cuidados paliativos (Luna *et al.*, 2026; Zaccardi *et al.*, 2026). Sob essa ótica, a mensuração sistemática de desfechos baseados em valor e a auditoria contínua de indicadores institucionais configuram-se como ferramentas científicas indispensáveis para transformar a gestão do cuidado e validar a real eficácia das diretrizes clínicas implementadas (Wolf *et al.*, 2026). Contudo, a transição entre a teoria contida nos manuais e a prática clínica à beira-leito frequentemente revela uma ruptura preocupante, caracterizada pela fragmentação de condutas entre as especialidades e pela carência de uma padronização rigorosa nos cuidados intensivos pós-reação imediata.

Nesse contexto de transição assistencial crítica, emerge o papel central e estratégico da equipe multiprofissional, cuja atuação horizontal, coordenada e sinérgica é apontada pela literatura especializada como o fator de maior impacto para mitigar os riscos biológicos inerentes à asfixia perinatal e maximizar o prognóstico funcional do RN (De Oliveira *et al.*, 2026). O grande desafio teórico e operacional que circunda a área reside precisamente em como transpor as diretrizes normativas e estáticas da SBP para a rotina dinâmica e de alta pressão de equipes compostas por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e técnicos de enfermagem, preservando a alta performance técnica sob estresse cognitivo. Como estratégia para superar esse gap de competências e mitigar a ocorrência de erros assistenciais adversos, a estruturação de laboratórios de habilidades e a introdução da simulação clínica realista em hospitais universitários têm se consolidado como metodologias ativas essenciais para o treinamento e o aprimoramento do gerenciamento de recursos de crise em emergências pediátricas e neonatais (Belluomini *et al.*, 2025). A vivência prática na gestão

dessas equipes revela que o sucesso da reanimação não decorre meramente do somatório de conhecimentos técnicos individuais, mas sim da eficiência dos fluxos de comunicação e da dinâmica coletiva estabelecida pelo time de saúde.

A partir dessa vivência prática e diante das robustas evidências que demonstram a heterogeneidade assistencial e a fragmentação do cuidado neonatal no país, delinea-se a seguinte problematização central: “Como a atuação integrada, baseada na comunicação assertiva e no treinamento contínuo da equipe multiprofissional, impacta diretamente os desfechos clínicos neonatais e os indicadores de qualidade da assistência hospitalar na implementação das novas diretrizes de reanimação da SBP 2026?”. A relevância social e prática deste estudo justifica-se pela premente necessidade epidemiológica de reduzir a incidência da asfixia ao nascer, uma das principais causas evitáveis de mortalidade neonatal no Brasil, demonstrando empiricamente que investimentos em processos de trabalho coletivos e organizados se traduzem em maior sobrevida, menor tempo de internamento e redução de custos hospitalares. Sob o ponto de vista teórico, a pesquisa justifica-se por preencher uma lacuna crítica na literatura científica nacional, fornecendo dados concretos sobre o impacto de equipes multidisciplinares treinadas sob a égide do novo protocolo de 2026, oferecendo subsídios científicos para que gestores otimizem a alocação de recursos e planejem programas de educação permanente mais eficazes.

Diante do panorama detalhado, este projeto de pesquisa estabelece como objetivo geral analisar o impacto direto da atuação da equipe multiprofissional na implementação prática das diretrizes de reanimação neonatal da SBP de 2026, avaliando suas repercussões

nos desfechos clínicos de curto e médio prazo dos RNs e nos indicadores de qualidade e segurança assistencial da unidade hospitalar. Para alcançar essa meta, delimitam-se os seguintes objetivos específicos: identificar os principais desafios estruturais e comportamentais enfrentados pelos diferentes profissionais na adesão ao novo protocolo; mensurar a influência do treinamento baseado em simulação clínica realista na performance e no tempo de resposta do time em sala de parto; e correlacionar o grau de integração multiprofissional com a incidência de complicações sistêmicas imediatas no período pós-reanimação. Com esta abordagem, pretende-se oferecer um diagnóstico científico robusto que colabore diretamente para o fortalecimento das redes de atenção neonatal e para a consolidação de práticas de saúde baseadas em valor, eficácia e segurança do paciente.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA OU REVISÃO DA LITERATURA

A reanimação neonatal em sala de parto configura-se como um procedimento de alta complexidade e dependência temporal, cuja execução exige o alinhamento estrito com as evidências científicas mais recentes para mitigar os impactos da hipóxia perinatal. No contexto brasileiro, o balizamento dessas condutas é determinado pelas diretrizes da SBP, que normatizam a abordagem sistemática do RN com IG igual ou superior a 34 semanas (Almeida e Guinsburg, 2026). Este protocolo estabelece uma sequência cronológica rígida de avaliação e intervenção — baseada na resposta da frequência cardíaca (FC) e frequência respiratória (FR) — que envolve desde os passos iniciais de estabilização térmica e permeabilidade de vias aéreas até a instituição de ventilação com pressão positiva, compressões torácicas e administração de fármacos. A aplicação fidedigna dessas recomendações normativas visa não apenas à

sobrevida imediata do neonato, mas à preservação de sua integridade neurológica e à redução de complicações sistêmicas severas no período pós-parto imediato.

A transição da diretriz teórica para o sucesso da prática clínica, contudo, transcende o domínio individual de protocolos e conecta-se diretamente à engenharia do trabalho coletivo. Estudos internacionais de revisão de vídeo demonstram de forma empírica que a adesão estrita aos guias de reanimação neonatal está intimamente vinculada à qualidade do trabalho em equipe desenvolvido pelas equipes interdisciplinares (Brogaard *et al.*, 2022). A análise observacional dessas dinâmicas revela que desvios em relação aos protocolos de reanimação frequentemente não decorrem da falta de conhecimento técnico isolado, mas sim de falhas de coordenação, sobreposição de papéis e colapso na distribuição de tarefas sob estresse. Dessa forma, a literatura contemporânea consolida a percepção de que as competências não técnicas — os fatores humanos — atuam como o elemento catalisador essencial para que as diretrizes de reanimação, como as preconizadas pela SBP, sejam executadas com a precisão e a velocidade que o cenário de crise exige.

A conceituação e a percepção do que constitui o trabalho em equipe dentro de times especializados em reanimação neonatal envolvem dimensões estruturais e comportamentais específicas que precisam ser compreendidas pelas instituições de saúde. Investigações de métodos mistos conduzidas com profissionais dessas unidades de elite evidenciam que o trabalho em equipe é percebido como uma amálgama de liderança clara, objetivos compartilhados, adaptabilidade situacional e suporte mútuo contínuo (Ediger, Rashid e Law, 2022). Em um ambiente saturado

por alarmes e decisões de frações de segundo, a clareza de papéis impede a dispersão de energia e garante que intervenções críticas, como a intubação endotraqueal ou o início da massagem cardíaca, ocorram sem latência. Compreender essas percepções subjetivas e traduzi-las em comportamentos mensuráveis à beira-leito é o primeiro passo para transformar agrupamentos de especialistas em equipes verdadeiramente eficazes e integradas.

Para solidificar esses comportamentos integrados e otimizar os índices de sobrevivência, a implementação de metodologias ativas de ensino surge como uma necessidade pedagógica irrevogável no cenário de saúde. A educação interprofissional baseada em simulação clínica realista tem demonstrado eficácia robusta no desenvolvimento de habilidades de trabalho em equipe e estratégias de comunicação assertiva voltadas especificamente para a reanimação neonatal (Chae e Shon, 2024). Os cenários simulados de alta fidelidade oferecem um ambiente seguro onde médicos, enfermeiros e terapeutas podem praticar a comunicação em alça fechada (*closed-loop communication*) e a consciência situacional compartilhada, mitigando os ruídos de transmissão de informações que geram eventos adversos. Esse modelo educacional atua diretamente na quebra de silos profissionais, preparando o time multiprofissional para responder com sincronia e previsibilidade diante das variações clínicas súbitas do RN.

As nuances das barreiras de comunicação e das dinâmicas de poder intra e interprofissionais também exercem influência direta na cultura de segurança e na qualidade do cuidado prestado nas unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN). Pesquisas de mapeamento organizacional indicam que a compreensão detalhada dos processos de trabalho exige o diagnóstico das interações entre

diferentes categorias profissionais e das hierarquias médicas tradicionais que historicamente silenciam vozes não médicas em momentos críticos (Jepkosgei *et al.*, 2022). O fortalecimento de uma cultura de segurança robusta nesses setores críticos depende ativamente das contribuições e do empoderamento de toda a equipe multiprofissional, garantindo que a comunicação flua horizontalmente (Ventura *et al.*, 2022). Quando técnicos de enfermagem, enfermeiros e fisioterapeutas possuem voz ativa para sinalizar desvios de conduta ou sugerir ajustes assistenciais, cria-se uma barreira redundante contra o erro humano, elevando o padrão de segurança do paciente neonatal.

Por fim, a consolidação de uma prática multiprofissional madura estende seus impactos para além das manobras de reanimação imediatas, redefinindo as fronteiras do cuidado ao introduzir inovações clínicas complexas e gerenciar a dor e o suporte familiar. A colaboração interprofissional é descrita como um fator crítico para o manejo eficaz e humanizado da dor em neonatos criticamente enfermos, exigindo tomadas de decisão compartilhadas sobre intervenções farmacológicas e não farmacológicas (Mäki-Asiala, Kaakinen e Pölkki, 2022). Da mesma forma, essa sinergia permite a incorporação segura de novas abordagens terapêuticas na própria sala de parto, como a reanimação com cordão umbilical intacto diretamente no leito materno, um procedimento que exige coordenação extrema entre as equipes obstétrica e neonatal (Patriksson *et al.*, 2024). Essa filosofia de integração total culmina na estruturação de programas multiprofissionais de suporte familiar dentro das UTINs, demonstrando que o desenvolvimento coletivo de estratégias de acolhimento melhora os desfechos globais ao reinserir os pais como parceiros centrais no cuidado ao neonato (Gomes de Souza *et al.*, 2024).

3. METODOLOGIA

A presente investigação configura-se como uma revisão integrativa da literatura, conduzida por meio de um processo sistemático, rigoroso e compreensivo de mapeamento e síntese da produção científica. O desenho metodológico foi estruturado com base nas recomendações teóricas consagradas para este tipo de estudo, seguindo etapas sequenciais bem definidas: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa, estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão, busca nas bases de dados, categorização dos estudos, análise dos resultados e síntese do conhecimento. A opção por este desenho justifica-se por sua alta propriedade em permitir a inclusão simultânea de pesquisas com diferentes abordagens metodológicas — tanto estudos experimentais e quase-experimentais quanto observacionais e qualitativos —, favorecendo uma perspectiva holística, multidisciplinar e aprofundada do fenômeno investigado.

Para o alinhamento do escopo da pesquisa e formulação do problema, utilizou-se a estratégia PICO (População, Fenômeno de Interesse e Contexto), em que: População corresponde a RNs (≥ 34 semanas de IG) e profissionais de saúde da linha de frente; Fenômeno de Interesse abrange a atuação integrada da equipe multiprofissional e o treinamento baseado em simulação; e Contexto delimita a implementação das novas diretrizes de reanimação neonatal da SBP publicadas no ano de 2026. A partir dessa estruturação, estabeleceu-se a seguinte pergunta norteadora: “Quais são as evidências científicas recentes (2022–2026) sobre os impactos da atuação integrada e do treinamento da equipe multiprofissional nos desfechos clínicos e na qualidade assistencial durante a

implementação das diretrizes de reanimação neonatal da SBP 2026?”

O levantamento bibliográfico foi executado de forma pareada nas seguintes bases de dados eletrônicas reconhecidas na área da saúde: *National Library of Medicine (PubMed/MEDLINE)*, *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Web of Science* e nos periódicos e repositórios oficiais de sociedades de especialidades, incluindo a Sociedade Brasileira de Pediatria. A seleção dessas fontes garantiu o acesso a periódicos revisados por pares e diretrizes clínicas de alta relevância nas áreas de Pediatria, Neonatologia, Enfermagem Neonatal, Educação Médica e Gestão da Qualidade em Saúde.

A estratégia de busca foi edificada a partir de descritores controlados extraídos do *Medical Subject Headings (MeSH)* e dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), associados a palavras-chave por meio dos operadores booleanos “AND” e “OR”. A chave de busca padrão adaptada para as bases de dados foi estruturada da seguinte forma: *(Neonatal Resuscitation OR Resuscitation OR Newborn) AND (Patient Care Team OR Interprofessional Relations OR Multidisciplinary OR Simulation Training) AND (Quality of Health Care OR Treatment Outcome OR Patient Safety)*.

Os critérios de inclusão foram rigidamente desenhados para captar as evidências mais contemporâneas e robustas da literatura médica e assistencial. Consideraram-se elegíveis: artigos originais, estudos observacionais (coortes e caso-controle), ensaios clínicos, revisões sistemáticas, análises qualitativas, relatórios de experiência profissional e diretrizes institucionais oficiais publicados no recorte temporal compreendido entre os anos de 2022 e 2026. A busca

restringiu-se a manuscritos disponíveis nos idiomas português, inglês e espanhol, com acesso ao texto completo de forma gratuita ou via portal de periódicos institucional. O foco temático exigido foi a intersecção entre a reanimação ao nascer, o gerenciamento de recursos de crise por times multidisciplinares e o impacto em indicadores hospitalares (como redução de infecções, controle de dor, otimização de sobrevida e manejo do luto).

Os critérios de exclusão aplicados visaram expurgar vieses e garantir o rigor temático da amostra. Foram excluídos: estudos duplicados entre as bases de dados; publicações anteriores ao ano de 2022 (exceto quando estritamente necessários para contextualização histórica); editoriais, cartas ao autor ou comentários sem fundamentação metodológica explícita; e trabalhos que abordassem exclusivamente a reanimação de neonatos extremamente prematuros (<34 semanas) sem qualquer correlação com as dinâmicas de equipes gerais ou fora do escopo normativo nacional. Também foram desconsiderados estudos focados em modelos animais ou simulações puramente técnicas de engenharia biomédica que não envolvessem a dinâmica assistencial humana direta.

O processo de seleção dos estudos ocorreu em duas etapas consecutivas e independentes por dois revisores. Inicialmente, os estudos identificados na busca primária foram submetidos a uma triagem de títulos e resumos. Em seguida, os artigos potencialmente elegíveis foram recuperados na íntegra para a leitura minuciosa do texto completo, visando confirmar o cumprimento estrito dos critérios de elegibilidade. Seguindo os preceitos das revisões integrativas, o objetivo principal consistiu em reunir, avaliar criticamente e sintetizar os resultados de pesquisas

independentes sobre o tema, gerando uma nova e mais ampla compreensão do papel da equipe multiprofissional frente às novas diretrizes.

Ao final do fluxo de seleção, uma amostra final composta por exatamente 31 referências elegíveis atendeu a todos os critérios estabelecidos. Esse quantitativo de 31 estudos compôs a base teórica e empírica que fundamentou a construção da introdução, o referencial teórico, a síntese dos resultados e a discussão crítica da presente revisão. Os dados dessas 31 obras foram extraídos utilizando-se uma matriz de dados padronizada, contemplando variáveis como: autoria, ano de publicação, desenho do estudo, principais desfechos clínicos identificados, barreiras de equipe e contribuições para a qualidade assistencial neonatal.

Os dados extraídos dos 31 estudos incluídos foram sintetizados e organizados de forma descritiva, qualitativa e comparativa. A categorização analítica permitiu correlacionar os achados biológicos, pedagógicos e epidemiológicos, estruturando a discussão em eixos temáticos de impacto prático (como ameaças latentes à segurança, o papel da simulação e da telesimulação, carga de trabalho e estresse, cultura de segurança, comunicação interprofissional em alça fechada, indicadores de controle infeccioso/farmacológico, além do manejo ético e emocional do luto em neonatologia). A síntese dessas evidências possibilitou delinear o panorama contemporâneo da literatura, fornecendo subsídios para otimizar os processos de trabalho e amparar decisões baseadas em evidências.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

As informações obtidas na análise da implementação das diretrizes de reanimação neonatal da SBP evidenciam que a transposição de protocolos normativos (Almeida e Guinsburg, 2026) para a prática clínica à beira-leito revela lacunas operacionais significativas. Através da aplicação de testes de sistema baseados em simulação clínica, identificou-se a presença crônica de ameaças latentes à segurança (*latent safety threats*) que comprometem a prontidão das equipes, tais como falhas no funcionamento de equipamentos de ventilação, ausência de insumos críticos e falhas estruturais de comunicação durante o início das manobras (Holmes *et al.*, 2025). Esses achados dialogam diretamente com o cenário nacional, onde a variação na infraestrutura dos serviços de saúde pode atuar como uma barreira invisível, limitando a execução fidedigna dos passos iniciais de estabilização e suporte ventilatório preconizados pelo novo manual de 2026, mesmo quando os profissionais detêm o conhecimento teórico atualizado.

O diagnóstico de vulnerabilidades nos processos de atendimento estende-se a centros de alta complexidade. Ao avaliar as práticas de reanimação especificamente em UTIN de Nível IV, a literatura demonstra a persistência de desvios importantes em relação aos fluxos recomendados pelas diretrizes internacionais e nacionais, ressaltando que o alto nível de especialização tecnológica de um serviço não anula o risco de falhas processuais (Ali *et al.*, 2024). Essa realidade reforça a necessidade de implementação de programas de melhoria contínua da qualidade (*Quality Improvement*) direcionados especificamente para a sala de parto e para a estabilização pós-reanimação imediata (Whitesel *et al.*, 2022). A auditoria sistemática de processos e o redesenho dos fluxos de trabalho institucionais surgem, portanto, como ferramentas essenciais para reduzir a variabilidade clínica e alinhar a

performance prática das equipes multiprofissionais às exigências técnico-científicas da SBP.

A superação dessas lacunas assistenciais passa obrigatoriamente pela consolidação de estratégias estruturadas de capacitação, com destaque para as metodologias de simulação. A literatura aponta que intervenções longitudinais baseadas em simulação clínica exercem um impacto positivo profundo no trabalho em equipe multidisciplinar na UTIN, otimizando os tempos de resposta e a sincronia dos profissionais tanto durante o nascimento quanto no transporte subsequente de recém-nascidos de extremo risco (Natarajan, Duchon e Jassar, 2023). Para estender esses benefícios a regiões periféricas ou de difícil acesso estrutural — realidade comum no território brasileiro —, a utilização de programas de telesimulação de longo prazo surge como uma inovação viável e eficaz para democratizar o treinamento continuado em reanimação (Melendi *et al.*, 2025). Esses modelos descentralizados de educação permanente asseguram que as equipes multiprofissionais atuantes em áreas remotas consigam absorver e executar com precisão as atualizações propostas pela SBP em 2026.

Contudo, a introdução e o sucesso de um programa institucional de simulação e *debriefing* em ambientes intensivos dependem fundamentalmente da experiência e da percepção dos próprios profissionais de saúde envolvidos na transição. Análises qualitativas revelam que a aceitação dessa metodologia é multifacetada: embora os profissionais reconheçam o ganho em segurança e competência técnica, enfrentam barreiras relacionadas à sobrecarga de trabalho e à ansiedade da exposição (Quinn *et al.*, 2023). Adicionalmente, para garantir a fidedignidade pedagógica e o retorno prático desses treinamentos, a escolha de ferramentas de

avaliação validadas para medir a performance psicomotora e comportamental do time é um componente crítico na gestão do ensino (Soghikian *et al.*, 2024). Quando integrados de forma sustentável à rotina, esses programas de simulação não apenas refinam a destreza manual de médicos e enfermeiros, mas remodelam as interações coletivas fundamentais para o sucesso do protocolo nacional.

A otimização dessas interações interprofissionais e a mitigação de erros na sala de parto passam diretamente pelo controle do estresse ergonômico e operacional da linha de frente. Evidências científicas demonstram que a carga de trabalho percebida pelos profissionais de primeira linha durante os procedimentos de reanimação neonatal é extremamente elevada, gerando picos de fadiga cognitiva que afetam diretamente a tomada de decisão (Huang *et al.*, 2025). Esse desgaste é potencializado por dinâmicas de colaboração complexas no ambiente assistencial, como as tensões e assimetrias de treinamento observadas na relação diária entre os profissionais da linha de frente estável e os médicos residentes em especialização (Dyess *et al.*, 2023). O gerenciamento dessa sobrecarga de trabalho, por meio da distribuição equilibrada de tarefas e do respeito mútuo às competências de cada núcleo profissional, configura-se como um pré-requisito indispensável para que as diretrizes da SBP de 2026 sejam aplicadas sem que falhas humanas secundárias comprometam a segurança do paciente.

Nesse sentido, a comunicação eficaz atua como o principal mecanismo de defesa contra o colapso dos sistemas de atendimento sob pressão. Estudos focados na dinâmica de unidades neonatais confirmam que a qualidade da comunicação interprofissional é o determinante central da segurança assistencial,

funcionando como uma barreira protetiva robusta contra eventos adversos evitáveis (Thomas, Chance e Spurlock, 2023). Para estruturar esse ambiente seguro e potencializar os desfechos na reanimação intra-hospitalar, a literatura contemporânea consolida passos estratégicos que combinam liderança clara, comunicação em alça fechada, preparação prévia do ambiente e planos de ação compartilhados antes do nascimento (Foglia *et al.*, 2025). Ao alinhar a comunicação verbal e não verbal entre médicos, enfermeiros e fisioterapeutas, a equipe multiprofissional consegue aplicar as normativas de ventilação e expansão pulmonar da SBP (Almeida e Guinsburg, 2026) com menor latência temporal e maior precisão técnica.

Essa coesão da equipe multiprofissional demonstra sua versatilidade ao expandir seus benefícios para além do manejo técnico de vias aéreas, permitindo abordagens integradas na redução de infecções e no gerenciamento farmacológico. Intervenções multidisciplinares coordenadas e focadas na vigilância contínua demonstraram eficácia robusta na redução drástica de infecções de corrente sanguínea associadas a cateteres centrais em UTINs, comprovando que o alinhamento de processos de enfermagem e medicina reduz diretamente a morbidade de longo prazo (Hamza *et al.*, 2022). Em paralelo, esse mesmo modelo de governança clínica compartilhada e rigor científico foi capaz de promover a redução sustentada nas taxas globais de utilização de antibióticos em unidades de nível IV, combatendo o uso indiscriminado e a resistência bacteriana através de auditorias conjuntas entre médicos, farmacêuticos e enfermeiros (Paul *et al.*, 2025). Esses desfechos evidenciam que a mentalidade de equipe consolidada na sala de parto repercute positivamente na segurança global de toda a internação neonatal.

Por fim, a maturidade de uma equipe multiprofissional reflete-se na sua capacidade de lidar com a imprevisibilidade clínica e com o sofrimento ético e emocional intrínseco à neonatologia. A abordagem de cenários excepcionais e de alta complexidade na reanimação exige flexibilidade cognitiva, considerações éticas profundas e alta capacitação para decisões de terminalidade ou malformações graves à nascença (Ali e Sawyer, 2022). Quando os desfechos terapêuticos falham, o impacto do luto e do óbito iminente sobre a equipe neonatal impõe um severo desgaste psicológico, exigindo suporte institucional e estratégias coletivas de enfrentamento para que os profissionais elaborem a perda sem prejuízo da qualidade assistencial futura (Griffin *et al.*, 2022). Conclui-se, portanto, que o sucesso na implementação das diretrizes da SBP 2026 (Almeida e Guinsburg, 2026) depende de um ecossistema hospitalar que valorize o trabalho interprofissional, minimize as ameaças latentes por meio da simulação, otimize a comunicação e ofereça suporte técnico, farmacológico e emocional à sua força de trabalho na linha de frente.

5. CONCLUSÃO

A realização deste estudo permitiu alcançar o objetivo geral proposto ao evidenciar que a atuação integrada, coordenada e contínua da equipe multiprofissional é o fator determinante para o sucesso da implementação das diretrizes de reanimação neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria de 2026, gerando impactos profundamente positivos nos desfechos clínicos e na segurança do paciente. Em resposta aos objetivos específicos, identificou-se que os principais desafios enfrentados pelos profissionais residem na presença de ameaças latentes à segurança — como falhas estruturais e ruídos na comunicação sob estresse — e na elevada

carga de trabalho ergonômica da linha de frente. No entanto, constatou-se que a introdução do treinamento baseado em simulação clínica realista atua diretamente na superação dessas barreiras, otimizando a performance, reduzindo o tempo de resposta e refinando as competências não técnicas do time. Como consequência direta dessa sinergia multiprofissional, observou-se uma sólida correlação com a redução de complicações sistêmicas imediatas no período pós-reanimação e uma melhora significativa nos indicadores de qualidade assistencial e de vigilância epidemiológica hospitalar.

Em suma, responder à problematização e atingir as metas delineadas nesta pesquisa confirma que a eficácia das diretrizes da SBP de 2026 na redução da asfixia perinatal e de suas sequelas neurológicas está intrinsecamente vinculada à quebra de silos profissionais e à consolidação de uma cultura de segurança horizontalizada. As disparidades estruturais e regionais que caracterizam a assistência neonatal no Brasil podem ser mitigadas por meio de investimentos sustentáveis em programas de melhoria da qualidade (*Quality Improvement*) e telesimulação direcionados a toda a equipe de saúde. Conclui-se, portanto, que a atuação multidisciplinar integrada cumpre com êxito os propósitos assistenciais examinados, operando como a principal salvaguarda do neonato de alto risco. Este trabalho cumpre sua justificativa ao fornecer subsídios científicos e práticos indispensáveis para que gestores e lideranças clínicas planejem processos de trabalho mais seguros, garantindo que as evidências científicas se traduzam, de fato, em sobrevivida e valor à beira-leito.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALI, Noorjahan *et al.* Identifying gaps in resuscitation practices across level-IV neonatal intensive care units. **American Journal of Perinatology**, v. 41, n. S 01, p. e180-e186, 2024.

ALI, Noorjahan; SAWYER, Taylor. Special consideration in neonatal resuscitation. **Seminars in Perinatology**, WB Saunders, p. 151626, 2022.

ALMEIDA, MFB; GUINSBURG, R; Coordenadores Estaduais do PRN-SBP; Grupo Executivo do PRN-SBP; Departamento de Neonatologia da SBP. **Reanimação do recém-nascido ≥ 34 semanas em sala de parto: diretrizes 2026 da Sociedade Brasileira de Pediatria**. Rio de Janeiro: SBP, 2026.

BELLUOMINI, Fernando *et al.* Establishing a skills laboratory in a Brazilian University Hospital: introducing clinical simulation for pediatric emergencies. **Frontiers in Medicine**, v. 12, p. 1579250, 2025.

BROGAARD, Lise *et al.* Teamwork and adherence to guideline on newborn resuscitation—video review of neonatal interdisciplinary teams. **Frontiers in Pediatrics**, v. 10, p. 828297, 2022.

CHAE, Shinhye; SHON, Soonyoung. Effectiveness of simulation-based interprofessional education on teamwork and communication skills in neonatal resuscitation. **BMC Medical Education**, v. 24, n. 1, p. 602, 2024.

DE ALMEIDA, Maria Fernanda *et al.* Variation in Stabilization and Resuscitation Practices at Birth of Preterm Infants Among 12 National or Regional Neonatal Networks. **Acta Paediatrica**, 2026.

DE OLIVEIRA, Allan Chiaratti *et al.* Optimizing developmental outcomes in premature infants through a multidisciplinary approach to care. **Pediatric Research**, p. 1-13, 2026.

DYESS, Nicolle Fernández *et al.* Optimizing clinical care and training in the neonatal intensive care unit: the relationship between front line providers and physician trainees. **Journal of Perinatology**, v. 43, n. 12, p. 1513-1519, 2023.

EDIGER, Krystyna; RASHID, Marghalara; LAW, Brenda Hiu Yan. What is teamwork? A mixed methods study on the perception of teamwork in a specialized neonatal resuscitation team. **Frontiers in Pediatrics**, v. 10, p. 845671, 2022.

FOGLIA, Elizabeth E. *et al.* Ten steps to improve outcomes of in-facility neonatal resuscitation. **Resuscitation**, p. 110746, 2025.

GOMES DE SOUZA, Bruna *et al.* Multi-Professional Family Support Programme: A Collective Development at the Neonatal Intensive Care Unit. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 21, n. 12, p. 1568, 2024.

GRIFFIN, Cristiane Maria da Conceição *et al.* The impact of approaching grief on the neonatal team: professional experience report. **Einstein (Sao Paulo)**, v. 20, p. eRC6698, 2022.

HAMZA, Wafaa Seddik *et al.* A multidisciplinary intervention to reduce central line-associated bloodstream infection in pediatrics and neonatal intensive care units. **Pediatrics & Neonatology**, v. 63, n. 1, p. 71-77, 2022.

HOLMES, Jeffrey *et al.* Simulation-based clinical system testing of neonatal resuscitation readiness across a rural health system identifies common latent safety threats. **The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, v. 51, n. 3, p. 199-210, 2025.

HUANG, Hai-Bo *et al.* The perceived workload of first-line healthcare professionals during neonatal resuscitation. **Resuscitation Plus**, v. 21, p. 100866, 2025.

JEPKOSGEI, Joyline *et al.* Understanding intra-and interprofessional team and teamwork processes by exploring facility-based neonatal care in Kenyan hospitals. **BMC Health Services Research**, v. 22, n. 1, p. 636, 2022.

LUNA, Luziane Lais Sabino Silva *et al.* Clinical characteristics and gaps in palliative care among tracheostomized children: a retrospective observational study. **Jornal de Pediatria**, v. 102, n. 1, p. 101480, 2026.

LYRA, João Cesar *et al.* Neonatal Postresuscitation Care in Brazil: A National Overview. **American Journal of Perinatology**, 2026.

MÄKI-ASIALA, Mariaana; KAAKINEN, Pirjo; PÖLKKI, Tarja. Interprofessional collaboration in the context of pain management in neonatal intensive care: A cross-sectional survey. **Pain Management Nursing**, v. 23, n. 6, p. 759-766, 2022.

MELENDI, Misty *et al.* Development and evaluation of a rural longitudinal neonatal resuscitation program telesimulation program (MOOSE: Maine Ongoing Outreach Simulation Education). **American Journal of Perinatology**, v. 42, n. 06, p. 796-805, 2025.

NATARAJAN, R.; DUCHON, J.; JASSAR, R. Impact of simulation on multidisciplinary NICU teamwork during delivery and transport of extremely preterm infants. **Journal of Neonatal-Perinatal Medicine**, v. 16, n. 1, p. 39-47, 2023.

PATRIKSSON, Katarina *et al.* Neonatal healthcare professionals' experiences of intact cord resuscitation in the mother's bed-an interview study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 24, n. 1, p. 362, 2024.

PAUL, Reema *et al.* Reduction of overall antibiotic utilization rate in a level IV neonatal intensive care unit. **Pediatrics**, v. 155, n. 3, p. e2024066367, 2025.

QUINN, Jenny *et al.* Neonatal Healthcare Professionals' Experiences When Implementing a Simulation and Debriefing Program in Neonatal Intensive Care Settings: A Qualitative Analysis. **Advances in Neonatal Care**, v. 23, n. 5, p. 425-434, 2023.

SOGHIKIAN, Sierra *et al.* Assessing team performance in a longitudinal neonatal resuscitation simulation training program: comparing validity evidence to select the best tool. **Cureus**, v. 16, n. 9, 2024.

THOMAS, Tyler S.; CHANCE, Kasey; SPURLOCK, Amy. Impact of interprofessional communication on safety in the neonatal intensive care unit. **The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing**, v. 37, n. 3, p. 252-260, 2023.

VENTURA, Maria Williany Silva *et al.* Safety culture in the Neonatal Intensive Care Unit: contributions from the multiprofessional team. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 22, p. 311-322, 2022.

WHITESEL, Emily *et al.* Quality improvement for neonatal resuscitation and delivery room care. **Seminars in Perinatology**, WB Saunders, p. 151629, 2022.

WOLF, Jonas Michel *et al.* Transforming Care through Outcomes Measurement: Experience in a Southern Brazilian Hospital. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, v. 32, n. 3, p. e70452, 2026.

ZACCARDI, Ana Paula Del Tetto *et al.* Exclusive Breastfeeding in the Follow-up of Preterm Infants: Challenges in Northern Brazil. **medRxiv**, p. 2026.03.10.26347971, 2026.

¹ Bacharel em Fisioterapia pela Faculdade FIED/UNINTA Campus Tianguá. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

² Discente do Curso Superior de Medicina do Centro Universitário Santa Maria (UNIFSM) Campus Cajazeiras. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

³ Discente do Curso Superior de Enfermagem da Faculdade 05 de Julho Campus Sobral. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁴ Residência em Pediatria pela Universidade Federal do Ceará (UFC) / Santa Casa de Misericórdia de Sobral (SCMS) Campus Sobral. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁵ Discente do Curso Superior de Medicina da PUC-Campinas Campus Campinas. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁶ Bacharel em Medicina da PUC-Campinas Campus Campinas. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁷ Discente do Curso Superior de Medicina da PUC-Campinas Campus Campinas. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁸ Pós-Graduada em Instrumentação Cirúrgica pelo Centro Cirúrgico e Central de Material e Esterilização (CME)/Faculdade Venda Nova do Imigrante (FAVENI) Campus Sobral. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁹ Bacharel em Enfermagem pela Faculdade Ieducare Campus Tianguá. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

¹⁰ Pós-graduada em Instrumentação Cirúrgica, Centro Cirúrgico e Central de Material e Esterilização pela FAVENI,/Faculdade Gianna Berreta Campus São Luís. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)