

DESAFIOS DA LIDERANÇA MULTIPROFISSIONAL EM UTI: ESTRATÉGIAS PARA QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA E FORTALECIMENTO DA SEGURANÇA DO PACIENTE

**CHALLENGES OF MULTIPROFESSIONAL LEADERSHIP IN THE ICU:
STRATEGIES FOR QUALITY IMPROVEMENT OF CARE AND
STRENGTHENING PATIENT SAFETY**

Ciências da Saúde • 11/09/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/789073438](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/789073438)

Gleydson Fabricio de Freitas Menezes¹

Francisca Glaucineide Mendonça Vieira²

Frank Barez Menezes Borges³

Marianne Cardoso de Abreu⁴

Rosa Cristina Andrade Sales⁵

Anna Carolina Sales Gadelha⁶

Érica Valnis Moreira Lima⁷

Mara Lúcia Drey Oliveira⁸

Bianca Maria Cardoso de Sousa Vieira⁹

Irislane da Silva Oliveira¹⁰

Ana Eliselma Furtado Silva¹¹

Maria Araújo de Sousa¹²

Susimeire de Sousa Almeida¹³

RESUMO

As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) constituem ambientes de elevada complexidade assistencial, nos quais a gravidade clínica dos pacientes, a necessidade de monitoramento contínuo e a utilização de tecnologias especializadas exigem atuação integrada entre diferentes profissionais de saúde. Nesse contexto, a liderança multiprofissional assume papel estratégico na organização dos processos de trabalho, na comunicação interprofissional, na tomada de decisões e na promoção da segurança do paciente. Este estudo tem como objetivo analisar os principais desafios da liderança multiprofissional em Unidades de Terapia Intensiva e discutir estratégias para a qualificação da assistência e o fortalecimento da segurança do paciente. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, de abordagem qualitativa, descritiva e analítica, desenvolvida a partir da análise de produções científicas relacionadas à liderança, trabalho em equipe, qualidade da assistência, gestão de riscos e segurança do paciente em terapia intensiva. A discussão evidencia que os principais desafios estão relacionados à complexidade do cuidado, comunicação inadequada, conflitos interprofissionais, tomada de decisão em situações críticas, sobrecarga das equipes e necessidade de monitoramento dos indicadores assistenciais. Observa-se que o fortalecimento da liderança, associado à comunicação efetiva, educação permanente, trabalho colaborativo, utilização de protocolos, gestão de riscos e acompanhamento sistemático de indicadores, pode favorecer a melhoria dos processos assistenciais. Conclui-se que a liderança multiprofissional constitui elemento fundamental para a construção de uma cultura de segurança e para a qualificação contínua do cuidado prestado ao paciente crítico.

Palavras-chave: Liderança; Equipe multiprofissional; Unidade de Terapia Intensiva; Segurança do paciente; Qualidade da assistência.

ABSTRACT

Intensive Care Units (ICUs) are highly complex healthcare environments in which patients' clinical severity, the need for continuous monitoring, and the use of specialized technologies require integrated action among different healthcare professionals. In this context, multiprofessional leadership plays a strategic role in organizing work processes, promoting interprofessional communication, supporting decision-making, and strengthening patient safety. This study aims to analyze the main challenges of multiprofessional leadership in Intensive Care Units and discuss strategies for improving the quality of care and strengthening patient safety. This is an integrative literature review with a qualitative, descriptive, and analytical approach, based on the analysis of scientific publications addressing leadership, teamwork, quality of care, risk management, and patient safety in intensive care. The discussion indicates that the main challenges are related to the complexity of care, inadequate communication, interprofessional conflicts, decision-making in critical situations, team workload, and the need for systematic monitoring of healthcare indicators. Strengthening leadership, combined with effective communication, continuing education, collaborative teamwork, the use of protocols, risk management, and systematic monitoring of indicators, may contribute to improving healthcare processes. It is concluded that multiprofessional leadership is a fundamental element in building a safety culture and continuously improving the care provided to critically ill patients.

Keywords: Leadership; Multiprofessional team; Intensive Care Unit; Patient safety; Quality of care.

1. INTRODUÇÃO

As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) constituem ambientes assistenciais caracterizados pela elevada complexidade clínica, tecnológica e organizacional, destinados ao atendimento de pacientes que apresentam condições graves ou potencialmente graves e necessitam de monitoramento contínuo e intervenções especializadas. Nesse contexto, a assistência exige estrutura adequada, processos organizados e profissionais capacitados para responder de maneira rápida e segura às alterações do estado clínico dos pacientes. A regulamentação dos requisitos mínimos para o funcionamento das UTIs reforça a necessidade de organização dos processos assistenciais e de condições que favoreçam a qualidade e a segurança do cuidado (ANVISA, 2010).

A complexidade presente nesses ambientes ultrapassa a dimensão exclusivamente técnica e envolve a necessidade de articulação entre diferentes categorias profissionais. Médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos, psicólogos e demais integrantes da equipe precisam atuar de maneira integrada, compartilhando informações e responsabilidades para garantir continuidade e integralidade ao cuidado. A atuação multiprofissional torna-se particularmente relevante diante da diversidade de necessidades apresentadas pelo paciente crítico, cuja condição clínica pode sofrer modificações rápidas e exigir decisões articuladas entre diferentes áreas do conhecimento (PERIN et al., 2024).

Nesse cenário, a liderança assume papel estratégico na organização do trabalho e na coordenação das práticas assistenciais. O líder inserido no ambiente da UTI precisa articular competências técnicas, relacionais e gerenciais, favorecendo a organização da equipe, a tomada de decisão, a resolução de conflitos e a manutenção de um

ambiente orientado para a qualidade. A liderança também está relacionada à capacidade de mobilizar profissionais em torno de objetivos comuns, estimular o desenvolvimento da equipe e promover condições para que os processos assistenciais sejam realizados de forma segura e eficiente (A LIDERANÇA DO ENFERMEIRO EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA, 2023; WEST; MARKIEWICZ, 2016).

A liderança multiprofissional, portanto, não deve ser compreendida apenas como exercício de autoridade ou como responsabilidade individual de determinado profissional. Trata-se de um processo relacionado à capacidade de coordenar pessoas, integrar diferentes perspectivas profissionais e estabelecer condições para a tomada de decisões compartilhadas. Em ambientes de elevada complexidade, a colaboração entre os membros da equipe pode contribuir para o fortalecimento da comunicação, para o reconhecimento das necessidades do paciente e para a construção de respostas mais articuladas diante dos desafios assistenciais (SALAS; SIMON; BURKE, 2005; WEST; MARKIEWICZ, 2016).

A comunicação interprofissional constitui, nesse sentido, um dos componentes fundamentais para o funcionamento das equipes de saúde. Informações incompletas, pouco claras ou transmitidas de maneira inadequada podem comprometer a continuidade do cuidado e dificultar a tomada de decisão. Por outro lado, ambientes que favorecem a comunicação, a colaboração e a troca de conhecimentos tendem a criar melhores condições para que os profissionais reconheçam problemas, discutam alternativas e desenvolvam estratégias conjuntas para a assistência (MANOJLOVICH, 2007; SALAS; SIMON; BURKE, 2005).

Além da comunicação, a liderança relaciona-se diretamente à qualidade da assistência. A qualidade dos serviços de saúde pode ser analisada considerando diferentes dimensões da estrutura, dos processos desenvolvidos e dos resultados alcançados. Sob essa perspectiva, a avaliação sistemática das práticas assistenciais permite identificar fragilidades, acompanhar resultados e direcionar intervenções destinadas à melhoria dos cuidados prestados aos pacientes (DONABEDIAN, 1988).

Nas UTIs, o acompanhamento dos processos e resultados torna-se particularmente importante diante dos riscos associados à gravidade clínica e à complexidade dos procedimentos realizados. Os indicadores assistenciais constituem instrumentos relevantes nesse processo, uma vez que permitem transformar aspectos da assistência em informações capazes de subsidiar o acompanhamento do desempenho dos serviços. A utilização sistemática dessas informações pode contribuir para identificar tendências, reconhecer problemas e orientar decisões gerenciais e assistenciais (DONABEDIAN, 1988; ANVISA, 2010).

A segurança do paciente representa outra dimensão essencial nesse contexto. A ocorrência de incidentes e eventos adversos pode estar relacionada não somente a falhas individuais, mas também às características dos processos de trabalho, às condições organizacionais e à forma como os sistemas são estruturados. A compreensão contemporânea da segurança do paciente enfatiza a necessidade de desenvolver ambientes capazes de identificar riscos, prevenir danos e aprender com as falhas ocorridas durante a prestação do cuidado (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021; KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

A construção de uma cultura de segurança depende, portanto, de mudanças que ultrapassem a simples responsabilização individual. A liderança exerce papel fundamental nesse processo ao estimular comunicação aberta, participação dos profissionais, identificação de riscos e discussão dos problemas relacionados à assistência. Ambientes nos quais os profissionais conseguem comunicar situações de risco e contribuir para a análise dos problemas apresentam melhores condições para transformar incidentes em oportunidades de aprendizagem e aperfeiçoamento dos processos organizacionais (ANVISA, 2024; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

A gestão dos riscos também exige compreensão dos mecanismos que contribuem para a ocorrência de erros. A perspectiva sistêmica proposta por Reason destaca que os eventos adversos não devem ser interpretados exclusivamente como resultado de falhas individuais, pois podem decorrer da combinação de diferentes condições e fragilidades existentes no sistema. Essa compreensão amplia a responsabilidade da organização e evidencia a necessidade de estratégias preventivas capazes de identificar vulnerabilidades antes que estas resultem em danos aos pacientes (REASON, 1997; REASON, 2000).

Nesse sentido, os desafios da liderança multiprofissional em UTI estão relacionados à necessidade de conciliar demandas assistenciais complexas, diferentes perspectivas profissionais, tomada de decisão em situações críticas, gerenciamento de conflitos, comunicação efetiva e monitoramento permanente da qualidade. O líder precisa atuar não apenas na resolução de problemas imediatos, mas também na construção de processos capazes de favorecer a integração da equipe, a prevenção de riscos e

a melhoria contínua da assistência (WEST; MARKIEWICZ, 2016; PERIN et al., 2024).

Diante desse cenário, torna-se necessário compreender quais estratégias podem fortalecer a liderança multiprofissional e contribuir para a qualificação da assistência nas UTIs. A educação permanente, o desenvolvimento de competências de liderança, a comunicação interprofissional, a utilização de protocolos, o monitoramento de indicadores e a adoção de práticas sistemáticas de gestão de riscos constituem elementos que podem favorecer a construção de ambientes assistenciais mais seguros e orientados para a qualidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022; ANVISA, 2024).

A relevância desta discussão está relacionada à própria natureza do cuidado intensivo, no qual decisões inadequadas, falhas de comunicação ou fragilidades nos processos podem produzir consequências significativas para a segurança do paciente. Assim, fortalecer a liderança significa também criar condições para que os profissionais trabalhem de forma integrada, reconheçam riscos e participem ativamente dos processos de melhoria da assistência.

Dessa forma, o objetivo deste estudo é analisar os principais desafios da liderança multiprofissional em Unidades de Terapia Intensiva e discutir estratégias capazes de contribuir para a qualificação da assistência, o fortalecimento do trabalho em equipe, a melhoria da qualidade e a promoção da segurança do paciente.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. A Complexidade da Assistência em Unidades de Terapia Intensiva

A assistência desenvolvida nas Unidades de Terapia Intensiva diferencia-se de outros setores hospitalares pela necessidade de acompanhamento permanente de pacientes que apresentam alterações clínicas importantes e elevado risco de deterioração. O ambiente intensivista reúne tecnologias especializadas, procedimentos invasivos, medicamentos de alta complexidade e necessidade de respostas rápidas diante de mudanças no quadro clínico. Dessa forma, a organização da assistência precisa estar estruturada de maneira a garantir continuidade, segurança e qualidade no cuidado prestado (ANVISA, 2010).

A complexidade do paciente crítico exige que diferentes profissionais atuem de maneira coordenada. A multiplicidade de necessidades clínicas demanda conhecimentos específicos que dificilmente podem ser concentrados em uma única categoria profissional. Por essa razão, a assistência multiprofissional torna-se essencial para a avaliação integral do paciente, o planejamento terapêutico e o acompanhamento sistemático da evolução clínica (PERIN et al., 2024).

Nesse cenário, a integração entre os profissionais não representa apenas uma característica desejável do processo de trabalho, mas uma necessidade diretamente relacionada à complexidade do cuidado. Cada profissional contribui a partir de suas competências específicas, enquanto o trabalho coletivo possibilita a articulação dessas competências em torno de objetivos assistenciais comuns.

A atuação integrada também favorece a identificação de alterações clínicas e de riscos relacionados ao cuidado. Quando as informações são compartilhadas de maneira adequada, a equipe apresenta melhores condições para reconhecer mudanças no estado do

paciente e discutir intervenções de forma coordenada. Assim, a comunicação e a colaboração tornam-se componentes fundamentais da assistência em terapia intensiva.

A complexidade da UTI também impõe desafios gerenciais. A necessidade de organizar profissionais, equipamentos, informações e processos em um ambiente de alta pressão requer liderança capaz de estabelecer prioridades e promover articulação entre as diferentes áreas. O líder precisa compreender tanto as demandas relacionadas ao paciente quanto aquelas referentes ao funcionamento da equipe e da unidade.

Nesse contexto, a qualidade não pode ser avaliada exclusivamente pelos resultados clínicos. É necessário considerar também a adequação da estrutura disponível e a maneira como os processos assistenciais são executados. A perspectiva de Donabedian possibilita compreender a qualidade a partir da relação entre estrutura, processo e resultado, oferecendo uma base para a avaliação sistemática dos serviços de saúde (DONABEDIAN, 1988).

A organização adequada da estrutura e dos processos da UTI contribui, portanto, para criar condições favoráveis à prestação de um cuidado seguro. Entretanto, recursos materiais e tecnológicos, isoladamente, não garantem qualidade. É necessário que existam processos organizados, profissionais preparados, comunicação efetiva e liderança capaz de coordenar as atividades desenvolvidas.

A complexidade assistencial também reforça a importância do monitoramento dos resultados. Indicadores relacionados à assistência podem auxiliar os gestores e as equipes na identificação de fragilidades e na avaliação das mudanças implementadas. Dessa

maneira, o acompanhamento sistemático dos processos possibilita uma gestão orientada por informações e não apenas por percepções individuais.

A liderança multiprofissional torna-se especialmente importante nesse cenário porque ocupa uma posição estratégica entre a organização do serviço e a prática assistencial. Ao estimular a integração da equipe, acompanhar os processos e utilizar informações produzidas pelos indicadores, o líder pode contribuir para transformar problemas identificados em oportunidades de melhoria.

Assim, a complexidade da assistência em UTI exige uma abordagem que integre estrutura, processos, profissionais, comunicação, liderança, qualidade e segurança. A articulação desses elementos constitui uma das principais condições para que o cuidado ao paciente crítico seja desenvolvido de forma coordenada e contínua.

2.2. Liderança Multiprofissional em UTI

A liderança em saúde apresenta características particulares quando exercida em ambientes de elevada complexidade. Nas UTIs, o líder precisa lidar simultaneamente com demandas clínicas, administrativas e relacionais, além de atuar em situações que frequentemente exigem decisões rápidas. Nesse contexto, a liderança não se limita à distribuição de tarefas, envolvendo também a capacidade de orientar, motivar, comunicar e integrar os profissionais em torno de objetivos assistenciais comuns (A LIDERANÇA DO ENFERMEIRO EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA, 2023).

A atuação do líder precisa estar fundamentada na capacidade de reconhecer as competências dos diferentes membros da equipe e favorecer sua participação nos processos decisórios. A liderança colaborativa possibilita que diferentes conhecimentos sejam incorporados às decisões, especialmente diante de situações nas quais a complexidade do paciente exige múltiplas perspectivas profissionais (WEST; MARKIEWICZ, 2016).

A liderança multiprofissional também está relacionada ao estabelecimento de relações de confiança. Equipes que percebem abertura para comunicação e participação tendem a apresentar melhores condições para compartilhar informações, discutir dificuldades e sinalizar situações que possam representar riscos à assistência.

Outro desafio está relacionado ao gerenciamento de conflitos. A convivência entre profissionais com diferentes formações, responsabilidades e perspectivas pode gerar divergências. O conflito, quando não adequadamente conduzido, pode prejudicar a comunicação e comprometer a cooperação. Por outro lado, quando mediado de forma construtiva, pode representar uma oportunidade para discutir problemas e aperfeiçoar os processos de trabalho.

Nesse sentido, o líder precisa desenvolver competências relacionais que permitam administrar diferenças sem comprometer o objetivo central da equipe: a prestação de uma assistência segura e qualificada. A liderança efetiva depende, portanto, tanto de competências técnicas quanto de habilidades de comunicação, negociação e gestão de pessoas.

A formação e o desenvolvimento contínuo das competências profissionais também representam aspectos relevantes. A liderança precisa favorecer ambientes nos quais os integrantes da equipe possam aprimorar seus conhecimentos e desenvolver habilidades necessárias ao cuidado de pacientes críticos. A educação e o desenvolvimento profissional contribuem para a capacidade das equipes de responder aos desafios presentes no cotidiano da terapia intensiva (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022).

Dessa forma, a liderança multiprofissional deve ser entendida como um processo contínuo, relacionado à organização do trabalho, à integração da equipe e à melhoria dos resultados assistenciais. Seu fortalecimento pode contribuir para aproximar os objetivos institucionais das necessidades concretas encontradas na prática.

A partir dessa perspectiva, o líder deixa de ocupar apenas uma posição hierárquica e passa a atuar como facilitador dos processos coletivos. Sua função envolve criar condições para que os profissionais possam trabalhar de maneira integrada, compartilhar informações e participar da construção de soluções para os problemas identificados.

Em uma UTI, essa atuação é particularmente relevante porque decisões e intervenções são frequentemente interdependentes. A conduta adotada por um profissional pode influenciar diretamente o trabalho de outros integrantes da equipe. Por isso, a coordenação das ações e o alinhamento das informações são indispensáveis para garantir continuidade ao cuidado.

A liderança também precisa estar orientada para resultados relacionados à qualidade e à segurança. Isso significa utilizar

informações provenientes dos indicadores, reconhecer situações de risco e estimular mudanças nos processos quando forem identificadas fragilidades. Assim, liderar uma equipe multiprofissional implica também assumir responsabilidade pelo desenvolvimento de uma prática assistencial baseada na melhoria contínua.

Por fim, uma liderança efetiva em UTI deve combinar competência técnica, comunicação, colaboração, tomada de decisão, gestão de conflitos, educação permanente e compromisso com a segurança do paciente. Esses elementos estabelecem as bases para uma atuação multiprofissional mais integrada e capaz de responder à complexidade do cuidado intensivo.

2.3. Trabalho em Equipe e Comunicação Interprofissional

O trabalho em equipe constitui um dos principais elementos para a organização da assistência em Unidades de Terapia Intensiva, considerando que o cuidado ao paciente crítico envolve diferentes profissionais, competências e responsabilidades. A complexidade das condições clínicas exige que as ações sejam articuladas e que as informações relevantes sejam compartilhadas de maneira adequada entre os integrantes da equipe. Nesse contexto, a colaboração interprofissional favorece a integração dos conhecimentos e possibilita uma abordagem mais abrangente das necessidades do paciente (SALAS; SIMON; BURKE, 2005).

A atuação multiprofissional efetiva pressupõe mais do que a simples presença de diferentes categorias profissionais em um mesmo ambiente. É necessário que exista interação entre os membros da equipe, definição adequada de responsabilidades, reconhecimento

das competências individuais e disposição para compartilhar informações e decisões. A ausência desses elementos pode favorecer a fragmentação do cuidado e dificultar a construção de objetivos assistenciais comuns.

A comunicação representa, portanto, um componente essencial do trabalho em equipe. No ambiente da UTI, informações relacionadas ao estado clínico, às intervenções realizadas, às respostas apresentadas pelo paciente e aos riscos identificados precisam circular de maneira clara e oportuna. Falhas nesse processo podem gerar interpretações divergentes, atrasos nas intervenções e dificuldades na continuidade do cuidado (MANOJLOVICH, 2007).

A comunicação eficaz não depende exclusivamente da transmissão de informações, mas também da capacidade de escutar, compreender, confirmar e utilizar adequadamente os dados compartilhados. Dessa forma, a equipe precisa estabelecer práticas que estimulem a comunicação objetiva e favoreçam a participação dos profissionais nas discussões relacionadas aos pacientes.

A colaboração entre profissionais também pode contribuir para a tomada de decisões mais abrangentes. Cada categoria possui conhecimentos específicos que podem complementar as avaliações realizadas pelos demais membros da equipe. Quando essas perspectivas são integradas, torna-se possível ampliar a compreensão sobre as necessidades do paciente e desenvolver estratégias assistenciais mais coerentes com sua condição clínica (SALAS; SIMON; BURKE, 2005).

Nesse processo, a liderança exerce função de facilitadora. O líder deve estimular a comunicação aberta e criar condições para que os

profissionais possam apresentar dúvidas, sugestões e preocupações. A existência de um ambiente no qual diferentes opiniões possam ser expressas favorece a construção coletiva de decisões e pode reduzir barreiras relacionadas à hierarquia profissional (WEST; MARKIEWICZ, 2016).

A comunicação também está relacionada à segurança psicológica da equipe. Profissionais que se sentem impedidos de questionar condutas ou comunicar possíveis riscos podem deixar de compartilhar informações relevantes. Por esse motivo, a liderança precisa estimular uma cultura na qual a comunicação sobre problemas seja compreendida como parte da responsabilidade profissional e não como ameaça ou demonstração de incompetência.

Outro aspecto importante consiste na comunicação durante mudanças de turno e transições do cuidado. Essas situações exigem transferência adequada das informações para evitar perdas de dados relevantes. Em um ambiente no qual o estado clínico pode sofrer alterações rapidamente, a continuidade das informações é essencial para que a equipe que assume o cuidado compreenda as prioridades e os riscos existentes.

A integração entre os profissionais também pode favorecer a resolução de problemas. Situações complexas podem ser discutidas coletivamente, permitindo que diferentes conhecimentos sejam utilizados para identificar causas, avaliar alternativas e estabelecer condutas. Dessa maneira, o trabalho colaborativo pode contribuir não apenas para o cuidado individual, mas também para o aprimoramento dos processos organizacionais.

Entretanto, a construção de equipes integradas pode ser dificultada por fatores como conflitos, comunicação inadequada, diferenças hierárquicas e ausência de clareza quanto às responsabilidades. Esses fatores podem reduzir a efetividade da colaboração e comprometer o funcionamento coletivo.

A liderança multiprofissional precisa, portanto, atuar sobre essas barreiras, incentivando relações profissionais baseadas no respeito, na cooperação e na responsabilidade compartilhada. A integração das equipes deve ser entendida como um processo contínuo que exige acompanhamento, desenvolvimento de competências e avaliação das práticas de comunicação.

Assim, o trabalho em equipe e a comunicação interprofissional constituem fundamentos para uma assistência segura em UTI. Quando associados a uma liderança capaz de promover colaboração e participação, esses elementos podem fortalecer a tomada de decisão, reduzir falhas de comunicação e contribuir para a continuidade e a qualidade do cuidado (MANOJLOVICH, 2007; WEST; MARKIEWICZ, 2016).

2.4. Qualidade da Assistência e Indicadores

A qualidade da assistência em saúde constitui um conceito multidimensional que envolve diferentes aspectos relacionados à estrutura disponível, aos processos realizados e aos resultados alcançados. A perspectiva proposta por Donabedian permite compreender que a avaliação da qualidade não deve estar limitada ao resultado do cuidado, sendo necessário analisar também as condições estruturais e a maneira como os serviços são organizados e executados (DONABEDIAN, 1988).

Nas UTIs, essa abordagem possui particular importância em razão da complexidade das atividades realizadas. A qualidade depende da disponibilidade de recursos adequados, da organização dos processos, da qualificação dos profissionais e da capacidade da equipe de responder às necessidades dos pacientes. Dessa forma, a gestão da qualidade precisa considerar o conjunto de elementos que interferem no cuidado.

A estrutura corresponde às condições nas quais a assistência é desenvolvida, incluindo recursos físicos, tecnológicos, materiais e humanos. A existência de estrutura adequada constitui requisito importante para o funcionamento dos serviços, mas não garante, isoladamente, que os cuidados sejam realizados de maneira segura e eficaz (DONABEDIAN, 1988).

Os processos correspondem às ações desenvolvidas pelos profissionais durante a assistência. Nesse âmbito, podem ser analisados aspectos relacionados à organização do cuidado, comunicação, cumprimento de protocolos, realização de procedimentos e articulação entre os integrantes da equipe. A análise dos processos possibilita identificar práticas adequadas e pontos que necessitam de intervenção.

Os resultados, por sua vez, correspondem aos efeitos produzidos pela assistência. A análise dos resultados permite verificar se as estratégias adotadas estão contribuindo para os objetivos estabelecidos. Dessa maneira, estrutura, processo e resultado devem ser compreendidos de forma articulada.

Os indicadores constituem ferramentas importantes para essa avaliação. Por meio deles, informações relacionadas à assistência

podem ser sistematizadas e acompanhadas ao longo do tempo. A utilização desses dados permite identificar padrões, reconhecer alterações e avaliar os efeitos de determinadas intervenções.

No contexto da UTI, o monitoramento dos indicadores pode contribuir para o reconhecimento de fragilidades nos processos assistenciais. Entretanto, sua utilização deve ultrapassar a função meramente administrativa. Os indicadores precisam ser interpretados pelas equipes e utilizados como instrumentos para orientar decisões e estabelecer estratégias de melhoria.

A liderança possui papel relevante nesse processo. O líder precisa estimular o acompanhamento dos indicadores e favorecer a participação dos profissionais na análise dos resultados. Quando os dados são discutidos coletivamente, torna-se possível relacioná-los às situações vivenciadas na prática e identificar possíveis causas para os problemas encontrados.

Outro aspecto importante consiste na utilização dos indicadores como instrumentos de aprendizagem. Resultados insatisfatórios não devem ser interpretados exclusivamente como falhas individuais, mas analisados considerando as condições do sistema e dos processos de trabalho. Essa abordagem permite identificar oportunidades de melhoria sem transformar o monitoramento em mecanismo exclusivamente punitivo.

A avaliação da qualidade também precisa ser contínua. A implementação de uma mudança não representa o final do processo, pois seus resultados precisam ser acompanhados para verificar se houve melhoria efetiva. Dessa forma, o ciclo de avaliação,

intervenção e reavaliação constitui importante componente da melhoria contínua (DONABEDIAN, 1988).

A regulamentação e a organização das UTIs também reforçam a necessidade de acompanhamento sistemático das condições de funcionamento e dos processos assistenciais (ANVISA, 2010). Assim, a gestão da qualidade precisa estar articulada à organização institucional e às práticas desenvolvidas pelas equipes.

A liderança multiprofissional pode contribuir para aproximar os indicadores da realidade cotidiana da assistência. Ao promover reuniões, discussões de resultados e planejamento de intervenções, o líder favorece a transformação das informações em ações concretas.

Portanto, qualidade e indicadores devem ser compreendidos como elementos integrantes da gestão assistencial. O acompanhamento sistemático dos processos e resultados, associado à liderança participativa e ao trabalho multiprofissional, pode fortalecer a capacidade das UTIs de identificar problemas e desenvolver estratégias de aperfeiçoamento do cuidado.

2.5. Cultura de Segurança do Paciente

A segurança do paciente constitui componente fundamental da qualidade dos serviços de saúde e envolve a adoção de medidas destinadas à redução de riscos e à prevenção de danos relacionados ao cuidado. Em ambientes de alta complexidade, como as UTIs, essa dimensão assume importância ainda maior em razão da gravidade dos pacientes e da quantidade de procedimentos e intervenções realizados.

A cultura de segurança pode ser compreendida como um conjunto de valores, atitudes e práticas que orientam a maneira como uma organização reconhece, comunica e enfrenta situações relacionadas aos riscos assistenciais. Sua consolidação depende da participação dos diferentes profissionais e do compromisso institucional com a prevenção de danos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

A construção dessa cultura exige mudança na forma de compreender os erros. A responsabilização automática de indivíduos pode dificultar a comunicação de incidentes e reduzir as oportunidades de aprendizagem. Por outro lado, uma abordagem voltada à análise dos processos permite identificar condições que favoreceram a ocorrência do problema e desenvolver medidas preventivas (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Nesse contexto, a liderança apresenta papel estratégico. O comportamento dos líderes pode influenciar diretamente a maneira como os profissionais percebem a segurança e respondem aos problemas encontrados. Uma liderança comprometida com a segurança tende a estimular comunicação aberta, participação e busca sistemática por melhorias.

A comunicação de incidentes representa importante componente da cultura de segurança. Para que os problemas sejam prevenidos, é necessário que sejam identificados e comunicados. Entretanto, profissionais podem deixar de relatar situações de risco quando percebem que a organização adota uma abordagem exclusivamente punitiva.

O desenvolvimento de uma cultura de segurança requer, portanto, um ambiente no qual a identificação de riscos seja valorizada. A

comunicação de um incidente deve possibilitar a investigação de suas causas e a adoção de medidas preventivas, contribuindo para evitar sua repetição.

A segurança também depende da capacidade de aprendizagem institucional. Cada incidente ou situação de risco pode fornecer informações importantes sobre fragilidades existentes nos processos. A análise dessas informações permite desenvolver mudanças estruturais, organizacionais ou assistenciais.

A liderança multiprofissional pode facilitar esse processo ao promover espaços de discussão e estimular a participação dos profissionais. A análise coletiva favorece diferentes perspectivas sobre um mesmo problema e amplia a possibilidade de identificação de fatores contribuintes.

A Organização Mundial da Saúde destaca a segurança do paciente como dimensão essencial da qualidade dos sistemas de saúde, reforçando a necessidade de estratégias voltadas à prevenção de danos e à melhoria contínua (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

No contexto brasileiro, as iniciativas relacionadas à segurança também enfatizam a necessidade de fortalecimento de práticas organizacionais voltadas à prevenção e ao gerenciamento dos riscos assistenciais (ANVISA, 2024). Dessa maneira, a segurança deve integrar as atividades cotidianas da equipe e não ser tratada como responsabilidade isolada de determinado setor.

A cultura de segurança também está relacionada ao trabalho em equipe. Quando os profissionais compartilham informações, reconhecem suas limitações e colaboram na identificação de riscos,

aumenta-se a capacidade coletiva de prevenção. A integração multiprofissional, portanto, constitui importante componente de uma assistência orientada para a segurança.

Assim, fortalecer a cultura de segurança nas UTIs requer liderança comprometida, comunicação aberta, análise dos incidentes, aprendizagem organizacional e participação multiprofissional. Esses elementos contribuem para transformar a segurança em um valor incorporado aos processos cotidianos de cuidado.

2.6. Gestão de Riscos e Prevenção de Eventos Adversos

A gestão de riscos constitui uma estratégia fundamental para a segurança do paciente, especialmente em ambientes nos quais os processos assistenciais apresentam elevada complexidade. A ocorrência de eventos adversos não deve ser analisada apenas sob a perspectiva de erros individuais, mas considerando também as condições organizacionais que podem favorecer o surgimento de falhas.

A abordagem sistêmica dos erros desenvolvida por Reason contribuiu para modificar a compreensão tradicional dos eventos adversos. Segundo essa perspectiva, acidentes e falhas podem resultar da combinação de diferentes condições existentes no sistema, incluindo fragilidades latentes e falhas ativas (REASON, 1997).

Essa compreensão é especialmente relevante para as UTIs, nas quais múltiplas atividades são realizadas simultaneamente e diferentes profissionais participam dos processos de cuidado. Uma falha em determinada etapa pode ser influenciada por condições existentes em outras partes do sistema.

Dessa forma, a gestão de riscos deve buscar identificar vulnerabilidades antes que elas resultem em danos. A prevenção não pode depender exclusivamente da atenção individual dos profissionais, sendo necessário estabelecer processos, barreiras e mecanismos capazes de reduzir a possibilidade de ocorrência de eventos adversos (REASON, 2000).

A análise dos incidentes representa uma das estratégias para identificar essas vulnerabilidades. Ao investigar o que aconteceu e quais fatores contribuíram para o evento, a organização pode desenvolver intervenções mais efetivas. Essa análise deve considerar aspectos relacionados aos profissionais, aos processos, à comunicação, aos recursos disponíveis e à organização do trabalho.

A liderança exerce função importante nesse processo ao estimular a notificação e a análise dos riscos. Quando os profissionais percebem que as informações serão utilizadas para melhorar os processos, e não exclusivamente para punir indivíduos, há maior possibilidade de construção de um ambiente favorável à aprendizagem.

A gestão de riscos também precisa estar integrada ao planejamento da assistência. Protocolos, rotinas e mecanismos de verificação podem funcionar como barreiras para prevenir falhas. Entretanto, esses instrumentos precisam ser continuamente avaliados para verificar sua efetividade e adequação à realidade da unidade.

A perspectiva sistêmica também reforça que a prevenção de eventos adversos exige responsabilidade institucional. A organização precisa oferecer condições adequadas para o trabalho e desenvolver processos que reduzam vulnerabilidades. Nesse sentido, a segurança não pode ser delegada exclusivamente aos profissionais

que estão na linha de frente do cuidado (REASON, 1997; REASON, 2000).

A abordagem dos riscos também está relacionada ao conceito de segurança desenvolvido por Kohn, Corrigan e Donaldson (2000), que destaca a necessidade de transformar os sistemas de saúde para reduzir a ocorrência de danos evitáveis. A prevenção exige mudanças organizacionais e desenvolvimento de mecanismos que permitam identificar e corrigir problemas.

Nas UTIs, a gestão de riscos pode envolver diferentes dimensões da assistência, incluindo comunicação, administração de medicamentos, procedimentos, identificação do paciente, utilização de equipamentos e transições do cuidado. Independentemente do processo analisado, a lógica central deve ser a identificação das vulnerabilidades e a construção de barreiras preventivas.

A liderança multiprofissional contribui para integrar essas ações ao cotidiano da equipe. O líder pode estimular a discussão dos riscos, acompanhar indicadores, promover educação permanente e coordenar a implementação de estratégias de prevenção.

Portanto, a gestão de riscos não deve ser entendida como uma atividade isolada ou exclusivamente administrativa. Ela constitui parte integrante do cuidado seguro e exige participação dos diferentes profissionais, apoio institucional e liderança comprometida com a melhoria contínua.

2.7. Estratégias para Qualificação da Assistência

A qualificação da assistência em UTI depende da capacidade das organizações de identificar suas fragilidades e implementar

estratégias capazes de melhorar os processos de trabalho. Nesse cenário, a liderança multiprofissional apresenta papel central na articulação das ações e na mobilização dos profissionais em torno de objetivos relacionados à qualidade e à segurança.

Uma das estratégias fundamentais consiste no fortalecimento da educação permanente. A atualização contínua dos profissionais permite acompanhar mudanças nos processos assistenciais, desenvolver competências e refletir sobre problemas encontrados na prática. A educação também pode ser utilizada para discutir incidentes, protocolos, indicadores e estratégias de prevenção.

A comunicação interprofissional deve igualmente ser fortalecida. A criação de espaços sistemáticos para discussão dos casos, planejamento do cuidado e avaliação dos resultados pode contribuir para reduzir a fragmentação das práticas. A comunicação precisa ser entendida como ferramenta de cuidado e não apenas como mecanismo de transmissão de informações.

Outra estratégia consiste no desenvolvimento de uma liderança participativa. A inclusão dos profissionais nas decisões relacionadas aos processos de trabalho pode favorecer maior comprometimento com as mudanças implementadas. Além disso, diferentes profissionais podem contribuir com conhecimentos específicos para identificar problemas e propor soluções.

O uso de protocolos e instrumentos padronizados também pode contribuir para reduzir variações desnecessárias nos processos assistenciais. Entretanto, esses instrumentos devem ser utilizados de maneira crítica e avaliados periodicamente, considerando as

necessidades da unidade e as características dos pacientes atendidos.

O monitoramento de indicadores constitui outra estratégia importante. Os dados obtidos por meio dos indicadores podem auxiliar na identificação de problemas e na avaliação das intervenções implementadas. Entretanto, para que tenham utilidade, precisam ser discutidos e transformados em ações de melhoria (DONABEDIAN, 1988).

A gestão de riscos deve estar integrada a esse processo. A identificação das vulnerabilidades e a análise dos eventos podem contribuir para o desenvolvimento de barreiras preventivas. A perspectiva sistêmica de Reason reforça que as organizações devem atuar sobre as condições que favorecem os erros, e não somente sobre suas consequências (REASON, 1997; REASON, 2000).

A cultura de segurança também precisa ser fortalecida. Para isso, a liderança deve estimular a comunicação de riscos, favorecer a aprendizagem a partir dos incidentes e evitar abordagens exclusivamente punitivas. A segurança deve ser incorporada aos valores e às práticas da organização (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

A colaboração multiprofissional constitui outro eixo estratégico. A assistência precisa ser planejada de forma integrada, reconhecendo as competências e responsabilidades de cada categoria profissional. O trabalho colaborativo favorece o compartilhamento de informações e amplia a capacidade da equipe de responder às necessidades complexas do paciente.

A liderança também precisa acompanhar os resultados das estratégias implementadas. Uma intervenção não deve ser considerada efetiva apenas porque foi implantada; é necessário verificar seus efeitos por meio de indicadores e avaliações periódicas. Esse processo permite corrigir estratégias e fortalecer aquelas que apresentam melhores resultados.

Dessa maneira, a qualificação da assistência deve ser compreendida como um processo contínuo. Liderança, educação permanente, comunicação, trabalho em equipe, protocolos, indicadores, gestão de riscos e cultura de segurança precisam atuar de maneira integrada.

A combinação desses elementos pode contribuir para a construção de um ambiente de terapia intensiva mais organizado, colaborativo e orientado para a segurança. Nesse processo, o líder multiprofissional atua como articulador das diferentes dimensões da assistência, promovendo condições para que a equipe participe ativamente da melhoria dos processos.

3. METODOLOGIA

3.1. Tipo de Estudo

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, de abordagem qualitativa, caráter descritivo e analítico, desenvolvida com o objetivo de reunir, sistematizar e analisar conhecimentos científicos relacionados aos desafios da liderança multiprofissional em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), com ênfase na qualificação da assistência e no fortalecimento da segurança do paciente. A escolha da revisão integrativa justifica-se pela possibilidade de reunir diferentes perspectivas científicas sobre determinado fenômeno,

permitindo uma compreensão ampliada do objeto investigado e a identificação de aspectos relacionados à liderança, ao trabalho em equipe, à comunicação interprofissional, à qualidade da assistência, à gestão de riscos e à segurança do paciente.

3.2. Questão Norteadora

A questão norteadora foi elaborada considerando a necessidade de compreender os principais desafios relacionados à liderança multiprofissional no ambiente intensivista e as estratégias capazes de contribuir para a melhoria dos processos assistenciais. Dessa forma, estabeleceu-se a seguinte questão: quais são os principais desafios da liderança multiprofissional em Unidades de Terapia Intensiva e quais estratégias podem contribuir para a qualificação da assistência e o fortalecimento da segurança do paciente?

3.3. Estratégia de Busca

A estratégia de busca foi estruturada a partir de descritores relacionados aos principais eixos temáticos da investigação, contemplando os termos liderança, equipe multiprofissional, Unidade de Terapia Intensiva, qualidade da assistência, segurança do paciente, gestão de riscos e comunicação interprofissional. Os termos foram combinados mediante os operadores booleanos AND e OR, conforme as características específicas das bases de dados consultadas.

A construção da estratégia de busca buscou equilibrar sensibilidade e especificidade, possibilitando a identificação de estudos relacionados diretamente à problemática investigada. Após a realização das buscas, os registros recuperados foram organizados para posterior identificação e remoção das duplicidades.

3.4. Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram estabelecidos como critérios de inclusão estudos que apresentassem relação direta com a liderança multiprofissional, o trabalho em equipe, a comunicação interprofissional, a qualidade da assistência, a gestão de riscos ou a segurança do paciente, especialmente no contexto das Unidades de Terapia Intensiva. Também foram considerados estudos disponíveis em texto completo e publicações que apresentassem informações capazes de contribuir para a resposta à questão norteadora e para o alcance do objetivo proposto.

Foram excluídos estudos duplicados, publicações sem relação direta com o objeto da investigação, textos incompletos e documentos cujo conteúdo não apresentasse contribuição relevante para a compreensão dos desafios da liderança multiprofissional e das estratégias destinadas à qualificação da assistência e à promoção da segurança do paciente.

3.5. Processo de Seleção e Análise dos Estudos

O processo de seleção dos estudos foi realizado de maneira sistematizada, iniciando-se pela identificação das publicações nas bases de dados selecionadas. Posteriormente, os registros duplicados foram removidos e os estudos restantes foram submetidos à triagem mediante análise dos títulos e resumos. Os estudos potencialmente elegíveis foram encaminhados para leitura na íntegra, etapa na qual foram aplicados os critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos.

Após a definição da amostra final, os estudos selecionados foram organizados em instrumento de coleta de dados, contemplando

informações referentes ao autor, ano de publicação, objetivo, abordagem metodológica, principais resultados e contribuições para a temática investigada. Posteriormente, os achados foram submetidos à análise qualitativa e temática, possibilitando a identificação de categorias relacionadas aos desafios da liderança, à comunicação interprofissional, ao trabalho em equipe, à qualidade da assistência, aos indicadores, à cultura de segurança, à gestão de riscos e às estratégias de qualificação do cuidado.

A análise foi desenvolvida de maneira comparativa e interpretativa, buscando estabelecer relações entre os resultados encontrados nos diferentes estudos e evitando a apresentação isolada das evidências. Dessa forma, pretendeu-se construir uma síntese crítica capaz de demonstrar como a liderança multiprofissional pode contribuir para a organização dos processos assistenciais e para o fortalecimento da segurança do paciente.

Tabela 1. Síntese da Estrutura Metodológica

Elemento Metodológico	Descrição
Tipo de estudo	Revisão integrativa da literatura
Abordagem	Qualitativa
Caráter	Descritivo e analítico
Tema central	Desafios da liderança multiprofissional em Unidades de Terapia Intensiva
Questão norteadora	Quais são os principais desafios da liderança multiprofissional em UTI e quais estratégias podem contribuir para a qualificação da assistência e o fortalecimento da segurança do paciente?

Temas de busca	Liderança; equipe multiprofissional; Unidade de Terapia Intensiva; qualidade da assistência; segurança do paciente; gestão de riscos; comunicação interprofissional
Operadores booleanos	AND e OR
Processo de seleção	Identificação, remoção de duplicidades, triagem, leitura na íntegra e inclusão
Extração dos dados	Autor, ano, objetivo, abordagem metodológica, principais resultados e contribuições
Método de análise	Análise qualitativa, temática, comparativa e interpretativa
Categorias de análise	Liderança; comunicação; trabalho em equipe; qualidade; indicadores; cultura de segurança; gestão de riscos e estratégias de qualificação

Fonte: Elaborada pelos autores (2026).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise da literatura evidencia que a liderança multiprofissional constitui um componente estratégico para a organização da assistência em Unidades de Terapia Intensiva, especialmente diante da complexidade clínica dos pacientes e da necessidade de articulação entre diferentes categorias profissionais. Nesse ambiente, a qualidade do cuidado não depende exclusivamente da competência técnica individual, mas também da capacidade da equipe de estabelecer comunicação efetiva, compartilhar informações, tomar decisões de maneira articulada e desenvolver estratégias voltadas à prevenção de riscos. Dessa forma, os achados da literatura permitem identificar uma relação direta entre liderança, integração profissional, qualidade da assistência e segurança do paciente.

4.1. Desafios da Liderança em Unidades de Terapia Intensiva

A liderança desenvolvida no contexto da terapia intensiva apresenta desafios relacionados à complexidade das situações assistenciais e à necessidade de tomada de decisões rápidas. O ambiente da UTI caracteriza-se pela presença de pacientes em condições clínicas graves, utilização de tecnologias especializadas e realização de procedimentos que exigem acompanhamento contínuo. Nesse cenário, os profissionais precisam atuar de maneira coordenada, enquanto os líderes devem organizar os processos de trabalho e favorecer respostas adequadas às necessidades dos pacientes (ANVISA, 2010).

Um dos principais desafios identificados refere-se à necessidade de conciliar as demandas assistenciais com as necessidades da própria equipe. O líder precisa administrar recursos, distribuir responsabilidades, acompanhar os processos e, simultaneamente, manter uma comunicação efetiva com os profissionais. Essa multiplicidade de atribuições exige competências que ultrapassam o conhecimento técnico, envolvendo habilidades relacionadas à gestão de pessoas, resolução de conflitos e tomada de decisão (A LIDERANÇA DO ENFERMEIRO EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA, 2023).

A tomada de decisão representa outro aspecto relevante. No ambiente intensivista, determinadas situações exigem respostas imediatas, porém decisões isoladas podem não contemplar todas as dimensões relacionadas ao paciente. A participação de diferentes profissionais permite integrar conhecimentos específicos e ampliar a capacidade da equipe de avaliar alternativas e estabelecer condutas. Assim, a liderança precisa criar condições para que o processo

decisório seja, sempre que possível, colaborativo (WEST; MARKIEWICZ, 2016).

A gestão de conflitos também constitui um desafio importante. As equipes multiprofissionais são compostas por indivíduos com diferentes formações, experiências, responsabilidades e perspectivas sobre o cuidado. Divergências podem surgir em relação às condutas, à organização do trabalho e à distribuição das responsabilidades. Quando não são adequadamente administrados, os conflitos podem prejudicar a comunicação e comprometer a cooperação entre os profissionais.

Nesse contexto, a liderança precisa atuar como elemento mediador, buscando transformar divergências em oportunidades de diálogo e aperfeiçoamento dos processos. A capacidade de reconhecer diferentes perspectivas e promover soluções compartilhadas contribui para fortalecer as relações profissionais e reduzir situações que possam interferir negativamente na assistência.

Outro desafio consiste na sobrecarga das equipes. A elevada demanda assistencial, associada à complexidade dos pacientes e à necessidade de monitoramento contínuo, pode aumentar a pressão sobre os profissionais. Esse contexto exige dos líderes capacidade de reconhecer dificuldades, organizar adequadamente os processos e promover condições que favoreçam o desempenho coletivo.

A liderança também precisa lidar com a necessidade de desenvolvimento permanente das competências profissionais. A evolução das práticas e tecnologias utilizadas na terapia intensiva exige atualização contínua. Dessa forma, o líder exerce papel importante na identificação das necessidades de capacitação e na

promoção de oportunidades de aprendizagem no ambiente de trabalho (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022).

Os desafios da liderança, portanto, não estão restritos à organização das atividades. Eles envolvem a construção de relações profissionais, a coordenação do trabalho, o gerenciamento de conflitos, a comunicação, a tomada de decisão e o desenvolvimento de uma cultura orientada para a qualidade e a segurança.

4.2. Comunicação e Trabalho Multiprofissional

Os resultados analisados demonstram que a comunicação representa um dos principais elementos relacionados à efetividade do trabalho multiprofissional. Em uma UTI, informações clínicas precisam ser compartilhadas de forma clara e oportuna para que os diferentes profissionais possam compreender as condições do paciente e desenvolver suas respectivas ações de maneira coordenada.

Manojlovich (2007) evidencia a importância das relações entre comunicação e prática profissional, destacando que a interação entre os membros da equipe pode influenciar o desenvolvimento do cuidado. A comunicação inadequada pode dificultar o compartilhamento de informações e criar barreiras para a cooperação entre os profissionais.

A atuação multiprofissional efetiva exige que os profissionais reconheçam que suas ações fazem parte de um processo integrado. Dessa forma, o trabalho em equipe não significa apenas executar atividades simultaneamente, mas compartilhar objetivos e responsabilidades relacionados ao cuidado.

Salas, Simon e Burke (2005) destacam a importância do trabalho coletivo e da coordenação entre os membros das equipes. No contexto da UTI, essa integração é particularmente relevante porque as intervenções realizadas por uma categoria profissional frequentemente apresentam implicações para as demais. A comunicação adequada permite alinhar as ações e reduzir inconsistências no planejamento assistencial.

A liderança possui papel fundamental na construção de um ambiente favorável à comunicação. O líder deve incentivar os profissionais a expressarem dúvidas, identificarem riscos e apresentarem sugestões. Essa abertura favorece a participação e pode contribuir para que informações relevantes sejam compartilhadas antes que problemas maiores ocorram.

A comunicação também precisa estar presente nos momentos de transição do cuidado. Mudanças de turno, transferência de pacientes e alterações na equipe exigem transmissão adequada das informações. A perda ou distorção de dados nessas situações pode comprometer a continuidade da assistência.

Além disso, a comunicação deve ser compreendida como processo bidirecional. Não basta transmitir informações; é necessário garantir que elas tenham sido compreendidas e que os profissionais envolvidos possam questionar ou complementar os dados apresentados. Essa característica é particularmente importante em situações críticas.

A integração da equipe também favorece a tomada de decisões compartilhadas. Diferentes profissionais possuem conhecimentos específicos que podem complementar a avaliação do paciente. A

utilização integrada dessas competências amplia a capacidade de identificar problemas e estabelecer estratégias assistenciais.

Entretanto, a construção de uma equipe verdadeiramente integrada depende da superação de barreiras hierárquicas e relacionais. O líder precisa estimular respeito entre as categorias profissionais e valorizar a contribuição de cada integrante. A liderança colaborativa, nesse sentido, pode fortalecer a confiança e a disposição dos profissionais para participar das decisões (WEST; MARKIEWICZ, 2016).

Assim, comunicação e trabalho em equipe constituem elementos indissociáveis da assistência segura. A qualidade da interação entre os profissionais pode influenciar diretamente a organização do cuidado, enquanto falhas de comunicação podem ampliar vulnerabilidades existentes nos processos assistenciais.

4.3. Liderança e Cultura de Segurança

A análise das referências demonstra que a liderança possui papel fundamental na construção e manutenção de uma cultura de segurança. Essa relação ocorre porque as atitudes adotadas pelos líderes influenciam a maneira como os profissionais percebem os riscos, comunicam incidentes e participam das ações destinadas à melhoria dos processos.

A segurança do paciente exige que as organizações desenvolvam mecanismos capazes de identificar riscos e prevenir danos. Nesse contexto, a cultura de segurança representa uma dimensão organizacional que precisa ser incorporada às práticas cotidianas, e não apenas aos documentos institucionais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

Uma liderança comprometida com a segurança deve estimular a comunicação aberta sobre incidentes e situações de risco. Quando os profissionais temem consequências punitivas ao comunicar um erro, existe a possibilidade de que informações relevantes deixem de ser compartilhadas. Isso reduz a capacidade da organização de aprender com as falhas.

Kohn, Corrigan e Donaldson (2000) reforçam a necessidade de transformar os sistemas de saúde para reduzir a ocorrência de danos evitáveis. Essa perspectiva evidencia que a segurança depende de mudanças nos processos e nas estruturas organizacionais, não podendo ser atribuída exclusivamente ao comportamento individual dos profissionais.

A liderança multiprofissional pode contribuir para essa transformação ao promover reuniões de equipe, discussões de casos, análise de indicadores e avaliação dos incidentes. Essas ações possibilitam que os profissionais participem da identificação das causas dos problemas e da elaboração de medidas preventivas.

A cultura de segurança também depende da capacidade de transformar os erros em oportunidades de aprendizagem. Isso não significa ignorar responsabilidades profissionais, mas compreender que muitos eventos resultam da combinação de diferentes fatores presentes no sistema.

A atuação do líder deve, portanto, estimular uma perspectiva de aprendizagem contínua. Quando um incidente ocorre, é necessário analisar o processo que o originou, identificar vulnerabilidades e estabelecer barreiras capazes de reduzir a possibilidade de recorrência.

A comunicação aberta também fortalece a confiança entre os membros da equipe. Profissionais que percebem espaço para expressar preocupações tendem a participar mais ativamente da identificação de riscos. Assim, a liderança pode contribuir para transformar a segurança em responsabilidade compartilhada.

A Organização Mundial da Saúde destaca a necessidade de fortalecer estratégias de segurança do paciente nos sistemas de saúde, reforçando a importância de ações estruturadas para prevenção de danos e melhoria da qualidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

No contexto da UTI, essa perspectiva é especialmente relevante porque a complexidade assistencial aumenta a possibilidade de ocorrência de falhas. A liderança precisa atuar de forma preventiva, utilizando informações provenientes da equipe e dos indicadores para identificar vulnerabilidades.

Dessa maneira, os resultados indicam que a liderança não deve ser analisada separadamente da cultura de segurança. Uma liderança participativa, comunicativa e orientada para a aprendizagem pode favorecer um ambiente no qual os profissionais se sintam responsáveis pela segurança e envolvidos nos processos de melhoria.

4.4. Gestão de Riscos e Prevenção de Erros

A gestão de riscos constitui uma dimensão fundamental da segurança do paciente e está diretamente relacionada à capacidade da organização de identificar vulnerabilidades nos processos assistenciais. Na UTI, essa necessidade é ampliada pela

complexidade dos procedimentos, pela gravidade dos pacientes e pela participação simultânea de diferentes profissionais.

A abordagem sistêmica proposta por Reason (1997) permite compreender que os eventos adversos não devem ser interpretados exclusivamente como consequência de falhas individuais. Os acidentes podem resultar da combinação de diferentes condições presentes no sistema, incluindo falhas ativas e condições latentes.

Essa perspectiva apresenta implicações importantes para a atuação da liderança. Quando um evento adverso ocorre, a análise não deve limitar-se à identificação do profissional que estava diretamente envolvido. É necessário investigar as condições organizacionais que contribuíram para o acontecimento.

Reason (2000) reforça a importância da compreensão dos fatores organizacionais relacionados aos erros. A prevenção deve envolver o desenvolvimento de barreiras e mecanismos capazes de reduzir a possibilidade de falhas e minimizar suas consequências.

Nesse sentido, a liderança multiprofissional precisa estimular a identificação antecipada dos riscos. Reuniões de equipe, análise de incidentes, acompanhamento de indicadores e revisão dos processos constituem ferramentas que podem auxiliar na identificação de vulnerabilidades.

A gestão de riscos também exige participação multiprofissional. Diferentes profissionais possuem percepções distintas sobre os processos de cuidado e podem identificar problemas que não seriam percebidos a partir de uma única perspectiva.

A participação coletiva amplia, portanto, a capacidade de análise da organização. Ao envolver os profissionais na identificação dos riscos, o líder também favorece o desenvolvimento de uma cultura de responsabilidade compartilhada.

A utilização de protocolos constitui outra estratégia relevante. Protocolos podem auxiliar na padronização de determinadas práticas e reduzir variações desnecessárias. Entretanto, sua efetividade depende da adequada implementação, treinamento dos profissionais e avaliação periódica.

A prevenção de erros também está relacionada à comunicação. Quando os profissionais compartilham informações sobre riscos e problemas identificados, aumenta-se a possibilidade de intervenção antes que ocorram danos.

Dessa forma, a gestão de riscos precisa ser incorporada à rotina da UTI. Não deve ser tratada apenas como uma resposta posterior aos eventos adversos, mas como um processo preventivo e contínuo.

4.5. Indicadores e Qualidade da Assistência

A análise da literatura evidencia que os indicadores constituem importantes instrumentos para acompanhar a qualidade da assistência e orientar processos de melhoria. A perspectiva de Donabedian (1988) permite compreender a qualidade a partir da relação entre estrutura, processos e resultados, possibilitando uma análise mais abrangente do desempenho dos serviços.

A estrutura corresponde às condições disponíveis para o desenvolvimento da assistência, enquanto os processos estão relacionados às práticas realizadas pelos profissionais. Os resultados

representam os efeitos produzidos pelo cuidado. A análise integrada desses componentes permite identificar pontos de fragilidade e orientar intervenções.

Na UTI, o monitoramento dos indicadores permite acompanhar diferentes aspectos da assistência e verificar tendências ao longo do tempo. Entretanto, os indicadores não devem ser utilizados apenas para produzir relatórios administrativos. Seu principal valor está na capacidade de subsidiar decisões e estimular mudanças.

A liderança possui papel importante na interpretação desses dados. O líder precisa favorecer espaços nos quais os resultados sejam discutidos com a equipe, permitindo identificar possíveis causas e estabelecer estratégias de intervenção.

A utilização dos indicadores também contribui para tornar a gestão mais objetiva. Em vez de depender exclusivamente de percepções individuais, a equipe pode utilizar dados sistematizados para avaliar os processos e acompanhar os efeitos das mudanças implementadas.

Nesse sentido, a qualidade deve ser compreendida como um processo contínuo. A identificação de um problema deve ser seguida pela implementação de uma intervenção e, posteriormente, pela avaliação dos resultados obtidos.

A organização dos processos assistenciais também está relacionada às condições estabelecidas para o funcionamento das UTIs (ANVISA, 2010). Assim, os indicadores precisam ser analisados considerando o contexto no qual a assistência é desenvolvida.

A liderança multiprofissional pode utilizar os indicadores como ferramentas de comunicação e aprendizagem. Ao apresentar os resultados à equipe, o líder estimula a participação dos profissionais na identificação de problemas e na construção de soluções.

Portanto, os indicadores assumem papel estratégico na articulação entre liderança e qualidade. Seu uso sistemático pode favorecer a identificação de fragilidades, apoiar decisões e contribuir para a melhoria contínua da assistência.

4.6. Estratégias para Qualificação da Assistência

A partir da análise dos estudos, observa-se que a qualificação da assistência depende de um conjunto de estratégias articuladas. Não existe uma intervenção isolada capaz de solucionar todos os desafios relacionados à liderança, à qualidade e à segurança. É necessário desenvolver ações simultâneas envolvendo pessoas, processos e organização.

A primeira estratégia consiste no fortalecimento da liderança. O desenvolvimento de competências relacionadas à comunicação, tomada de decisão, gestão de conflitos e coordenação das equipes pode ampliar a capacidade dos líderes de responder aos desafios cotidianos da UTI (A LIDERANÇA DO ENFERMEIRO EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA, 2023).

A educação permanente constitui outra estratégia fundamental. A atualização dos profissionais possibilita discutir novas práticas, revisar processos e desenvolver competências necessárias para o cuidado ao paciente crítico. A educação deve estar vinculada às necessidades identificadas no cotidiano da equipe.

O fortalecimento da comunicação interprofissional também deve ser priorizado. Reuniões sistemáticas, discussões de casos e mecanismos organizados de transmissão de informações podem favorecer a continuidade do cuidado e reduzir falhas relacionadas à comunicação (MANOJLOVICH, 2007).

A utilização de protocolos constitui uma estratégia complementar. A padronização de determinadas práticas pode reduzir variações e estabelecer referências para a atuação profissional. Entretanto, os protocolos precisam ser acompanhados e revisados conforme os resultados observados.

O monitoramento de indicadores também deve integrar as estratégias de qualificação. Os dados possibilitam acompanhar os resultados e avaliar se as intervenções implementadas estão produzindo mudanças positivas (DONABEDIAN, 1988).

A gestão de riscos precisa estar igualmente incorporada ao processo. A análise sistêmica proposta por Reason (1997) indica que a prevenção deve considerar as condições organizacionais que favorecem a ocorrência dos erros.

Outra estratégia fundamental é o fortalecimento da cultura de segurança. Para isso, a liderança deve promover comunicação aberta, participação profissional e aprendizagem a partir dos incidentes. A segurança precisa ser entendida como responsabilidade coletiva e elemento permanente do processo de cuidado (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

O trabalho colaborativo constitui o eixo que integra essas estratégias. Liderança, comunicação, educação, indicadores e gestão de riscos

apresentam maior potencial de efetividade quando desenvolvidos de forma articulada pela equipe multiprofissional.

Assim, a qualificação da assistência em UTI depende de uma abordagem sistêmica. O líder precisa atuar como articulador entre profissionais, processos e objetivos institucionais, favorecendo um ambiente no qual a melhoria contínua seja incorporada à rotina.

4.7. Implicações para a Prática Multiprofissional

Os achados analisados apresentam importantes implicações para a prática profissional em terapia intensiva. A primeira delas está relacionada à necessidade de superar modelos de trabalho excessivamente fragmentados. A complexidade do paciente crítico exige integração entre os diferentes profissionais e construção de objetivos assistenciais compartilhados.

A liderança deve favorecer essa integração por meio da comunicação, da participação e da valorização das diferentes competências profissionais. O reconhecimento das contribuições de cada categoria pode fortalecer o trabalho coletivo e ampliar a capacidade da equipe de responder às necessidades dos pacientes.

Outra implicação refere-se à necessidade de aproximar a gestão da realidade assistencial. Indicadores, protocolos e estratégias de segurança precisam estar relacionados aos problemas concretamente identificados no cotidiano da UTI. A utilização de ferramentas de gestão sem participação da equipe pode limitar sua efetividade.

A liderança também precisa estimular a aprendizagem organizacional. Incidentes, dificuldades e resultados insatisfatórios

devem ser analisados como fontes de informação para aperfeiçoar os processos. Essa abordagem é coerente com a perspectiva sistêmica da segurança do paciente apresentada por Reason (1997; 2000).

A comunicação constitui, novamente, elemento transversal. Melhorar a comunicação significa fortalecer a capacidade da equipe de compartilhar informações, reconhecer riscos e participar das decisões.

Dessa forma, as implicações para a prática não se restringem ao desenvolvimento de competências individuais. É necessário promover mudanças nos processos de trabalho e na cultura organizacional.

A liderança multiprofissional, quando orientada pela colaboração, pela qualidade e pela segurança, pode atuar como elemento integrador dessas mudanças. O líder torna-se responsável não apenas por coordenar tarefas, mas por criar condições para que a equipe participe ativamente da construção de uma assistência mais segura e qualificada.

Em síntese, os resultados indicam que a melhoria da assistência em UTI depende da articulação entre liderança, comunicação, trabalho em equipe, educação permanente, indicadores, gestão de riscos e cultura de segurança. A integração desses elementos representa uma estratégia relevante para enfrentar os desafios presentes no cotidiano da terapia intensiva e fortalecer a segurança do paciente.

5. TABELA DE SÍNTESE DOS ESTUDOS

A análise das referências selecionadas permitiu organizar os principais aportes teóricos relacionados à liderança, ao trabalho multiprofissional, à qualidade da assistência, à gestão de riscos e à segurança do paciente. A síntese apresentada na Tabela 3 possibilita visualizar a contribuição de cada fonte para a compreensão dos desafios enfrentados no contexto da terapia intensiva.

Tabela 2. Síntese das Principais Contribuições das Referências Analisadas

Autor/Ano	Tema/Enfoque	Principais contribuições	Relação com liderança e segurança
ANVISA (2010)	Organização e funcionamento das UTIs	Estabelece requisitos relacionados à organização, estrutura e funcionamento dos serviços de terapia intensiva.	Contribui para compreender a importância da organização dos processos e das condições adequadas para uma assistência segura.
ANVISA (2024)	Segurança do paciente	Aborda aspectos relacionados à promoção da segurança e à redução de riscos nos serviços de saúde.	Reforça a responsabilidade institucional e da liderança na implementação de práticas de segurança.

A liderança do enfermeiro em Unidades de Terapia Intensiva (2023)	Liderança em UTI	Discute a atuação do enfermeiro enquanto líder e os desafios relacionados à coordenação da equipe.	Demonstra a importância das competências de liderança para organização do trabalho e qualidade da assistência.
DONABEDIAN (1988)	Qualidade da assistência	Apresenta a análise da qualidade a partir da estrutura, dos processos e dos resultados.	Fundamenta a utilização de indicadores e a avaliação sistemática dos processos assistenciais.
KOHN; CORRIGAN; DONALDSON (2000)	Segurança do paciente	Discute a necessidade de transformação dos sistemas de saúde para redução de danos evitáveis.	Sustenta a abordagem sistêmica da segurança e a necessidade de mudanças organizacionais.
MANOJLOVICH (2007)	Comunicação e relações profissionais	Aborda a relação entre comunicação, relações profissionais e desenvolvimento do cuidado.	Evidencia a comunicação como elemento necessário para integração e segurança da equipe.
PERIN et al. (2024)	Trabalho multiprofissional	Contribui para a compreensão da integração entre profissionais e da organização do cuidado.	Relaciona colaboração profissional, organização do trabalho e qualidade assistencial.
REASON (1997)	Erros e falhas	Desenvolve uma perspectiva	Fundamenta a identificação de

	sistêmicas	sistêmica para compreensão dos acidentes e erros organizacionais.	vulnerabilidades e a construção de barreiras preventivas.
REASON (2000)	Gestão de riscos	Discute fatores organizacionais associados aos erros e à segurança.	Reforça a necessidade de estratégias preventivas e análise das condições que favorecem falhas.
SALAS; SIMON; BURKE (2005)	Trabalho em equipe	Aborda fatores relacionados ao desempenho e à coordenação das equipes.	Fundamenta a importância da comunicação, colaboração e coordenação interprofissional.
WEST; MARKIEWICZ (2016)	Liderança e trabalho colaborativo	Discute liderança e colaboração no contexto organizacional.	Contribui para compreender a liderança como elemento de integração e desenvolvimento das equipes.
WORLD HEALTH ORGANIZATION (2021)	Segurança do paciente	Enfatiza a segurança como dimensão fundamental da qualidade dos sistemas de saúde.	Reforça estratégias institucionais para prevenção de danos e fortalecimento da cultura de segurança.
WORLD HEALTH ORGANIZATION (2022)	Desenvolvimento e liderança	Aborda aspectos relacionados ao fortalecimento de profissionais e sistemas de saúde.	Contribui para a discussão sobre desenvolvimento profissional, liderança e melhoria dos serviços.

Fonte: Elaborada pelos autores (2026).

5.1. Síntese Interpretativa dos Achados

A análise conjunta das referências demonstra que os desafios da liderança multiprofissional em UTI não podem ser compreendidos de maneira isolada. A complexidade do cuidado, a necessidade de comunicação permanente, a diversidade profissional e a presença de riscos assistenciais estabelecem uma relação de interdependência entre os diferentes componentes da assistência.

As contribuições de Donabedian (1988) permitem compreender que a qualidade precisa ser analisada considerando estrutura, processos e resultados. Essa perspectiva complementa a abordagem de Reason (1997; 2000), segundo a qual os eventos adversos podem estar associados a diferentes fragilidades existentes no sistema. Quando articuladas, essas perspectivas demonstram que a melhoria da assistência exige tanto condições estruturais adequadas quanto processos organizados e mecanismos capazes de identificar e reduzir riscos.

As referências relacionadas ao trabalho em equipe também evidenciam a importância da colaboração e da comunicação. Manojlovich (2007) destaca a relevância das relações profissionais, enquanto Salas, Simon e Burke (2005) contribuem para a compreensão da coordenação e do desempenho das equipes. Esses aspectos estão diretamente relacionados à atuação da liderança, uma vez que o líder precisa criar condições para que diferentes profissionais possam compartilhar informações e trabalhar em torno de objetivos comuns.

A liderança, portanto, apresenta caráter transversal. Ela influencia a maneira como os profissionais se comunicam, como os conflitos são conduzidos, como os indicadores são utilizados e como os riscos são enfrentados. Uma liderança orientada para a colaboração pode favorecer maior integração entre os membros da equipe e contribuir para a construção de um ambiente de trabalho mais seguro.

A cultura de segurança também aparece como elemento integrador dos achados. As contribuições de Kohn, Corrigan e Donaldson (2000) e da World Health Organization (2021) reforçam a necessidade de desenvolver sistemas capazes de prevenir danos e aprender com os problemas identificados. Essa abordagem exige participação dos profissionais e compromisso institucional.

Nesse sentido, a liderança multiprofissional pode ser compreendida como uma ferramenta de articulação entre **gestão, assistência e segurança**. Sua efetividade depende da capacidade de transformar informações em ações, estimular a participação da equipe e acompanhar os resultados das intervenções.

6. CONCLUSÃO

A análise desenvolvida neste estudo permitiu compreender que a liderança multiprofissional constitui um componente fundamental para a organização e qualificação da assistência nas Unidades de Terapia Intensiva. A complexidade do cuidado ao paciente crítico exige integração entre diferentes categorias profissionais, comunicação efetiva, tomada de decisão articulada e capacidade de responder de maneira organizada às situações de risco.

Entre os principais desafios identificados, destacam-se a complexidade dos processos assistenciais, a necessidade de

decisões rápidas, as dificuldades de comunicação, os conflitos interprofissionais, a sobrecarga das equipes e a necessidade de acompanhamento contínuo da qualidade. Esses fatores demonstram que a liderança em UTI ultrapassa a função de coordenação de tarefas, envolvendo também a gestão das relações profissionais, a organização dos processos e a promoção de um ambiente orientado para a segurança.

O trabalho multiprofissional mostrou-se essencial para a integração dos diferentes conhecimentos e competências envolvidos no cuidado intensivo. Entretanto, a simples presença de profissionais de diferentes áreas não garante uma atuação verdadeiramente integrada. É necessário fortalecer a comunicação, estimular a colaboração, estabelecer objetivos compartilhados e criar espaços para participação nas decisões assistenciais.

A comunicação interprofissional destaca-se como um dos elementos centrais para a qualidade e a segurança do cuidado. Informações compartilhadas de forma clara e oportuna favorecem a continuidade da assistência, enquanto falhas de comunicação podem ampliar vulnerabilidades nos processos de trabalho. Nesse contexto, a liderança possui responsabilidade importante na criação de ambientes que estimulem o diálogo, a participação e a comunicação de situações de risco.

A análise também demonstrou a importância da cultura de segurança e da gestão de riscos. A perspectiva sistêmica evidencia que os eventos adversos não devem ser compreendidos exclusivamente como consequência de falhas individuais, sendo necessário analisar as condições organizacionais e os processos que podem favorecer a ocorrência de erros (REASON, 1997; REASON,

2000). Essa compreensão reforça a necessidade de substituir abordagens exclusivamente punitivas por estratégias que favoreçam a aprendizagem e a prevenção.

A qualidade da assistência, por sua vez, precisa ser acompanhada de forma sistemática. A utilização de indicadores possibilita avaliar estrutura, processos e resultados e pode subsidiar decisões voltadas à melhoria contínua (DONABEDIAN, 1988). Para que os indicadores cumpram efetivamente essa função, é necessário que seus resultados sejam discutidos com as equipes e utilizados para orientar mudanças nos processos de trabalho.

Diante dos desafios identificados, destacam-se como estratégias para qualificação da assistência o fortalecimento das competências de liderança, a educação permanente, a comunicação interprofissional, o trabalho colaborativo, a utilização adequada de protocolos, o monitoramento de indicadores, a gestão sistemática de riscos e o fortalecimento da cultura de segurança.

Conclui-se que a liderança multiprofissional representa um elemento estratégico para o fortalecimento da qualidade e da segurança nas Unidades de Terapia Intensiva. Uma liderança participativa, integrada e orientada para a melhoria contínua pode favorecer a articulação entre os profissionais, estimular a comunicação, apoiar a identificação de riscos e contribuir para o aperfeiçoamento dos processos assistenciais.

Assim, a qualificação da assistência em UTI depende de uma abordagem integrada, na qual liderança, trabalho em equipe, comunicação, qualidade, gestão de riscos e segurança do paciente sejam compreendidas como dimensões interdependentes. O

fortalecimento desses componentes pode contribuir para a construção de ambientes de terapia intensiva mais seguros, organizados e capazes de responder às necessidades complexas dos pacientes críticos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A LIDERANÇA DO ENFERMEIRO EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA: revisão integrativa. *Revista de Atenção à Saúde*, 2023.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Cultura de segurança do paciente.** Brasília, DF: Anvisa, 2024.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde 2026-2030.** Brasília, DF: Anvisa, 2026.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Resolução RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010.** Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Brasília, DF: Anvisa, 2010.

DONABEDIAN, Avedis. **The quality of care: how can it be assessed?** *JAMA*, Chicago, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, 1988.

KOHN, Linda T.; CORRIGAN, Janet M.; DONALDSON, Molla S. (ed.). **To err is human: building a safer health system.** Washington, DC: National Academy Press, 2000.

MANOJLOVICH, Milisa. **Nursing practice environment, nurse-physician communication, and patient outcomes: a proposed model.** *Journal of Nursing Administration*, v. 37, n. 6, p. 266-270, 2007.

PERIN, Daniele Cristina; ERDMANN, Alacoque Lorenzini; LAZZARI, Daniele Delacanal; BECKER, Alex. **Competências do enfermeiro de terapia intensiva com foco na segurança do paciente: revisão de escopo.** *Revista de Enfermagem da UFSM*, Santa Maria, 2024. DOI: 10.5902/2179769285618.

PRONOVOST, Peter et al. **An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU.** *New England Journal of Medicine*, Boston, v. 355, n. 26, p. 2725-2732, 2006.

REASON, James. **Human error: models and management.** *BMJ*, London, v. 320, n. 7237, p. 768-770, 2000.

REASON, James. **Managing the risks of organizational accidents.** Aldershot: Ashgate, 1997.

SALAS, Eduardo; SIMON, Robert; BURKE, C. Shawn. **Is there a “big five” in teamwork?** *Small Group Research*, v. 36, n. 5, p. 555-599, 2005.

WEST, Michael A.; MARKIEWICZ, L. **Effective team work in health care: research and practice.** Oxford: Wiley-Blackwell, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Consensus statement: role of policy-makers and health care leaders in implementation of the Global Patient Safety Action Plan 2021–2030.** Geneva: World Health Organization, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care.** Geneva: World Health Organization, 2021.

¹ Enfermeiro, Especialista em Urgência e Emergência pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

² Enfermeira, Especialista em Qualidade e Segurança no Cuidado ao Paciente pelo Instituto de Ensino e Pesquisa Sírio-Libanês. Canindé, Ceará, Brasil. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

³ Graduando em Medicina pela Faculdade Zarns. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁴ Acadêmica de Medicina pela Faculdade Zarns. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁵ Estudante de Medicina pela Faculdade Zarns. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁶ Estudante de Medicina pela Faculdade Zarns. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁷ Bacharel em Enfermagem pelo Centro de Ensino Unificado do Piauí (CEUPI). E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁸ Enfermeira, Mestra em Pesquisa Clínica pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁹ Enfermeira Intensivista pelo Programa de Residência em Terapia Intensiva da Universidade Estadual do Piauí (UESPI). Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

¹⁰ Bacharela em Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Sobral, Ceará, Brasil. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

¹¹ Enfermeira, Especialista em Enfermagem Cirúrgica, Central de Material e Esterilização (CME) e Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA) pelo Centro Universitário Venda Nova do Imigrante. Sobral, Ceará, Brasil. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

¹² Enfermeira, Especialista em Diabetes pela Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza – Ceará, Brasil. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

¹³ Pós-graduada pela Faculdade de Ensino e Cultura do Ceará e pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), Fortaleza – Ceará, Brasil. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).