UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA
DEPARTAMENTO CIÊNCIAS DA VIDA – CAMPUS I
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM

MICHELE RODRIGUES BOHANA

PRÁTICA INTERPROFISSIONAL COLABORATIVA E SUA RELAÇÃO COM O BURNOUT NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E A SEGURANÇA DO PACIENTE: UM ESTUDO QUALITATIVO

SALVADOR
2025

MICHELE RODRIGUES BOHANA

PRÁTICA INTERPROFISSIONAL COLABORATIVA E SUA RELAÇÃO COM O BURNOUT NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E A SEGURANÇA DO PACIENTE: UM ESTUDO QUALITATIVO

TCC apresentado ao Curso de Enfermagem, do Departamento Ciências da Vida I, da Universidade do Estado da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Edenise Maria Santos da Silva Batalha

SALVADOR
2025

MICHELE RODRIGUES BOHANA

PRÁTICA INTERPROFISSIONAL COLABORATIVA E SUA RELAÇÃO COM O BURNOUT NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E A SEGURANÇA DO PACIENTE: UM ESTUDO QUALITATIVO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Ciências da Vida (DCV) e ao Colegiado de Enfermagem da Universidade do Estado da Bahia, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

_____

Orientador (a): Prof.ª Dr.ª Edenise Maria Santos da Silva Batalha
Doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
Professora Adjunta da Universidade do Estado da Bahia – UNEB

_____

1º Examinador (a): Prof.ª Dr.ª Silmar Maria da Silva
Pós-doutoranda pelo Programa de Pós-graduação em Gerenciamento em Enfermagem Enfermagem
Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais

_____

2º Examinador (a): Prof.ª Ilena Rafaela Gama de Britto Oliveira
Mestre em Saúde Comunitária pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por me conceder força, sabedoria e perseverança para concluir essa etapa da minha vida e sustentar cada passo dado até aqui. Sem a Sua presença, esta trajetória não seria possível.

Ao meu noivo, pela parceria, paciência e apoio em todos os momentos. Obrigada por sempre acreditar em mim e me acolher nos dias difíceis.

Aos meus pais e ao meu irmão, que sempre foram minha base e motivação. E, ao meu companheiro de quatro patas, Thanos, cuja presença trouxe aconchego e alegria aos meus dias mais desafiadores.

À minha orientadora, Prof.ª Dr.ª Edenise pela orientação, dedicação a minha formação e confiança depositada no desenvolvimento deste trabalho. Sou grata, especialmente, por ter me apresentado o universo da gestão em saúde com tanta leveza e dedicação.

Ao meu grupo da faculdade, Ana Beatriz, Beatriz, Estefane, Giulia e Yuri, por compartilharem comigo essa jornada acadêmica repleta de desafios, risadas, aprendizados e apoio mútuo. Vocês tornaram esse caminho mais especial.
Às minhas companheiras de pesquisa, Hellen, Ariane e Layane, que me acolheram no universo da iniciação científica, dividiram conhecimentos e me incentivaram.

Ao corpo docente do Colegiado de Enfermagem da UNEB, por cada ensinamento, incentivo e construção ao longo da graduação.

À Universidade do Estado da Bahia, que foi minha segunda casa ao longo desses anos. Lá, vivi experiências que transformaram não apenas meu percurso acadêmico, mas também minha trajetória pessoal.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....8

2 OBJETIVO.....12

2.1 Objetivo geral.....12

2.2 Objetivo específico.....12

3 REFERENCIAL TEÓRICO.....13

3.1 Prática Interprofissional Colaborativa (PIC).....13

3.2 Burnout em Profissionais de Saúde.....15

3.3 Segurança do Paciente.....17

4 METODOLOGIA.....21

4.1 Tipo de Estudo.....21

4.2 Local do estudo.....21

4.3 Participantes do estudo e período de coleta.....22

4.4 Técnica para coleta de dados.....22

4.5 Organização e análise dos dados.....24

4.6 Aspectos Éticos.....25

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....26

5.1 Etapas da análise e Caracterização dos participantes.....26

5.2 Categorias temáticas provenientes da análise de conteúdo.....28

5.3 Relações Interprofissionais e (Não) Colaboração como determinantes do desgaste da equipe.....28

5.4 Dinâmicas relacionais e processos colaborativos da equipe multiprofissional e sua influência na segurança do paciente.....36

5.5 Relações interprofissionais e seus impactos no cuidado e no bem-estar dos profissionais.....41

6 CONCLUSÃO.....45

REFERÊNCIAS.....46

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E PROFISSIONAL.....51

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....52

APÊNDICE C - GUIA DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....55

RESUMO

Introdução: As Unidades de Terapia Intensiva são ambientes de alta complexidade, nos quais a colaboração entre profissionais, as demandas organizacionais e emocionais e a segurança do paciente se relacionam de forma direta. O presente estudo integra um projeto multicêntrico baseado no Método Misto Sequencial Explanatório, no qual a etapa qualitativa é desenvolvida para aprofundar e explicar os achados quantitativos prévios sobre a e relação entre Pratica Interprofissional Colaborativa (PIC), Burnout e segurança do paciente no contexto do cuidado crítico. **Objetivo:** Compreender a percepção da equipe multiprofissional das UTIs acerca da relação da Prática Interprofissional Colaborativa com a Burnout nos profissionais e com a segurança do paciente. **Metodologia:** Trata-se de um subprojeto de abordagem qualitativa, exploratório-descritiva realizado nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) de um hospital público localizado na cidade de Salvador com diferentes perfis assistenciais. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com treze profissionais de diferentes categorias das UTIs: Geral Adulto 1; Geral Adulto 2; neurológica; cardiovascular; cirúrgica; e pediátrica e analisadas segundo a Análise Temática de Conteúdo de Bardin. **Resultados:** A interpretação das falas resultou em três categorias: Relações Interprofissionais e (Não) Colaboração como determinantes do desgaste da equipe, Dinâmicas relacionais e processos colaborativos da equipe multiprofissional e sua influência na segurança do paciente, Relações interprofissionais e seus impactos no cuidado e no bem-estar dos profissionais. Os resultados evidenciaram que a liderança acolhedora, relações harmoniosas, comunicação efetiva e clareza de papéis favorecem o bem-estar emocional e promovem práticas seguras, enquanto conflitos, falhas na comunicação, indefinição de funções e ausência de colaboração intensificam o desgaste e aumentam riscos assistenciais. **Conclusão:** Os achados evidenciam que relações harmoniosas na equipe, liderança estruturada, clareza papéis e colaboração interprofissional funcionam como fatores protetores, reduzindo sofrimento emocional dos profissionais e favorecendo práticas seguras. Em contrapartida, conflitos, falhas de comunicação e ausência de integração intensificam o desgaste da equipe e aumentam o risco assistencial.

Palavras-chave: Prática interprofissional colaborativa. Burnout. Segurança do paciente. Equipe multiprofissional. Unidades de terapia intensiva.

ABSTRACT

Introduction: Intensive Care Units are highly complex environments where collaboration among professionals, organizational and emotional demands, and patient safety are directly interconnected. This study is part of a multicenter project based on the Sequential Explanatory Mixed Method, in which the qualitative phase is developed to deepen and explain previous quantitative findings on the relationship between Collaborative Interprofessional Practice (CIP), Burnout, and patient safety in the context of critical care. **Objective:** To understand the perception of the multidisciplinary ICU team regarding the relationship between Collaborative Interprofessional Practice and Burnout in professionals and patient safety. **Methodology:** This is a qualitative, exploratory-descriptive subproject conducted in the Intensive Care Units (ICUs) of a public hospital located in the city of Salvador with different care profiles. Semi-structured interviews were conducted with thirteen professionals from different ICU categories: Adult General 1; Adult General 2; neurological; cardiovascular; surgical; This study analyzed the responses of two pediatric patients using Bardin's Thematic Content Analysis. **Results:** The interpretation of the responses resulted in three categories: Interprofessional Relationships and (Lack of) Collaboration as determinants of team burnout; Relational dynamics and collaborative processes of the multidisciplinary team and their influence on patient safety; and Interprofessional relationships and their impacts on the care and well-being of professionals. The results showed that supportive leadership, harmonious relationships, effective communication, and role clarity favor emotional well-being and promote safe practices, while conflicts, communication failures, undefined roles, and lack of collaboration intensify burnout and increase care risks. **Conclusion:** The findings show that harmonious team relationships, structured leadership, role clarity, and interprofessional collaboration act as protective factors, reducing emotional distress among professionals and promoting safe practices. Conversely, conflicts, communication failures, and lack of integration intensify team burnout and increase care risks.

Keywords: Collaborative interprofessional practice. Burnout. Patient safety. Multiprofessional team. Intensive Care Unit.

1. INTRODUÇÃO

Situadas no topo da hierarquia em relação à complexidade dos serviços de saúde, as Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) demandam uma atuação profissional coordenada, eficaz e centrada no paciente. Esse setor configura-se como ambiente vivo, dinâmico e complexo, permeado por tecnologia avançada e por processos decisórios rápidos que visam à manutenção da vida, exigindo preparo técnico, emocional e integração entre os profissionais para o enfrentamento de situações críticas (Backes et al., 2015).

Nesse contexto, a atuação multiprofissional é essencial para garantir um cuidado integral e seguro, uma vez que o trabalho colaborativo entre diferentes áreas do conhecimento favorece a efetividade da assistência e o alcance de melhores resultados clínicos (Silva, 2021).

Diante dessa complexidade, a Prática Interprofissional Colaborativa (PIC) ganha proeminência nas UTIs, uma vez que a articulação entre diferentes profissionais e a integração dos saberes se revelam indispensáveis para a tomada de decisão ágil e para a continuidade do cuidado centrado no paciente (Lavôr et al., 2019).

Simultaneamente, a intensa carga emocional e técnica, a urgência assistencial, o sofrimento extremo e a exposição permanente a situações de vida ou morte tornam os trabalhadores de UTIs mais suscetíveis à síndrome de Burnout, condição que, se presente, pode comprometer o desempenho da equipe multiprofissional e, por consequência, a assistência ofertada (Lacerda, 2024).

Por fim, nesse cenário, a segurança do paciente também se torna um eixo fundamental do cuidado, pois o favorecimento de ambientes que minimizem falhas, a comunicação efetiva entre os profissionais e que sustentem protocolos baseados em evidências é indispensável para assegurar a qualidade e a continuidade da assistência (Hang et al., 2023).

Nesse enlace, segundo Schroder et al., (2011), a PIC é compreendida como um processo interprofissional de comunicação e tomada de decisão que possibilita que os diferentes conhecimentos e habilidades dos profissionais de saúde sejam reunidos e aplicados de maneira integrada, de modo que cada área contribua para um cuidado mais completo e eficaz ao paciente. Essa concepção destaca a importância do trabalho conjunto e da troca de saberes entre as diferentes categorias profissionais para melhorar a qualidade e a eficiência da assistência, além de favorecer um ambiente de trabalho mais cooperativo e satisfatório.

A PIC tem se mostrado essencial para a melhoria da qualidade do cuidado e da segurança do paciente. Estudos indicam que equipes interprofissionais bem estruturadas contribuem para a redução de erros assistenciais e aumentam a eficiência dos serviços de saúde. Por exemplo,

uma revisão sistemática destacou que a falta de colaboração acarreta sobrecarga para enfermeiros (Cuculo; Peduzzi; Souza, 2024).

Além disso, a PIC favorece um clima organizacional positivo, o que está diretamente relacionado à redução do burnout entre os profissionais de saúde. Pesquisas apontam que ambientes de trabalho colaborativos diminuem o esgotamento emocional, promovendo, assim, uma assistência mais segura e eficaz (Welp; Meier; Manser, 2016). Dessa forma, a implementação da PIC não apenas aprimora os resultados clínicos, mas também contribui para o bem-estar dos profissionais e a para a segurança dos pacientes.

O burnout, conforme modelo proposto por Schaufeli, De Witte;Desart (2019), é entendido como um estado ocupacional de esgotamento crônico, caracterizado por quatro dimensões centrais: exaustão, distanciamento mental, declínio no controle cognitivo e declínio no controle emocional, acompanhadas de sintomas secundários de ordem psicológica e psicossomática. Diferentemente de concepções anteriores que fragmentavam o construto, esse modelo o apresenta como um fenômeno unificado, diretamente relacionado às condições adversas de trabalho.

Em relação ao adoecimento dos profissionais de saúde, o burnout é prevalente entre eles, especialmente em ambientes intensivos, como as UTIs, por conta do estresse intermitente e da falta de suporte organizacional que aumentam o risco de desenvolvimento dessa condição (Jarruche, 2021).

Entretanto, o burnout não afeta apenas a saúde do profissional. Segundo Garcia et al., (2019), existe uma relação significativa entre altos níveis de burnout em profissionais de saúde e a piora na segurança do paciente e, dentre os profissionais mais afetados, estão os médicos e enfermeiros, principalmente por conta de carga de trabalho elevada, jornadas longas e relações interpessoais ineficazes.

Ainda, pesquisas apontam a associação negativa entre Burnout e a cultura de segurança do paciente, ou seja, quanto mais elevado o burnout, menor a percepção de trabalho em equipe, de apoio gerencial à segurança e de práticas eficazes de notificação de eventos adversos. Esse achado reforça a concepção de que o desgaste profissional não afeta apenas o indivíduo, mas repercute no ambiente assistencial, comprometendo a capacidade das equipes de sustentar práticas seguras e consistentes de cuidado (Batalha et al., 2022; Batalha et al., 2024).Nesse contexto, as autoras ressaltam, ainda, a relevância de adotar estratégias de prevenção e intervenção frente ao Burnout em profissionais de saúde, uma vez que essa abordagem pode repercutir positivamente na qualidade do cuidado prestado, gerando um efeito em cadeia (Batalha et al., 2019).

Segundo Sorra e Nieva (2004), a cultura de segurança do paciente corresponde ao conjunto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento individuais e coletivos que determinam o compromisso, o estilo e a proficiência de uma organização em relação à segurança. Essa cultura reflete o modo como os profissionais e gestores compreendem, priorizam e atuam diante dos riscos relacionados à assistência, promovendo a comunicação aberta, o aprendizado a partir de erros e a responsabilização não punitiva.

De acordo com Garcia et al., (2019) foi concluído que há relação direta entre o esgotamento dos profissionais de saúde e falhas na segurança, ou seja, onde há trabalhadores esgotados, há piora no clima organizacional entre as equipes e baixa satisfação com a rotina de trabalho.

Por outro lado, o fortalecimento da PIC tem sido relacionado à diminuição de estresse e burnout na equipe, além de melhorar a segurança do paciente (Pomare, 2020). Ao promover comunicação eficaz, apoio mútuo e integração de saberes, a colaboração interprofissional contribui para a diminuição do desgaste emocional, além de potencializar a segurança do paciente (REEVES et al., 2018).

No entanto, é importante salientar também que a interação entre a PIC, o burnout e a segurança do paciente ainda carece de estudos aprofundados, especialmente no contexto hospitalar brasileiro, destacando a importância de investigar como esses fatores se inter-relacionam e influenciam a qualidade do cuidado e a saúde dos profissionais.

Diante desse cenário, o presente trabalho tem como objeto de estudo a análise qualitativa da prática interprofissional colaborativa e sua relação com o burnout nos profissionais de saúde e a segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva. Este estudo faz parte de uma pesquisa multicêntrica com método misto sequencial explanatório, desenvolvido pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB) em parceria com a Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP) e a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Assim, a questão norteadora se baseia em: qual a relação entre a prática interprofissional colaborativa, a segurança do paciente e o burnout na percepção da equipe multiprofissional atuante em unidades de terapia intensiva? O estudo da relação entre a PIC, o Burnout e a Segurança do Paciente nas Unidades de Terapia Intensiva justifica-se pela importância de compreender como o trabalho em equipe, pautado na colaboração entre diferentes categorias profissionais, pode influenciar tanto o bem-estar dos trabalhadores quanto a qualidade e a segurança da assistência prestada aos pacientes críticos. A análise conjunta dessas variáveis permite identificar os principais facilitadores e barreiras que interferem na efetividade da prática

colaborativa e no manejo do estresse ocupacional, evidenciando seus reflexos diretos na cultura de segurança.

Além disso, os resultados deste estudo poderão contribuir para a produção de novos conhecimentos em um campo ainda pouco explorado, subsidiando futuras práticas baseadas em evidências e a implementação de estratégias voltadas à promoção da saúde dos profissionais e à melhoria contínua da qualidade do cuidado em terapia intensiva.

2. OBJETIVO

2.1 Objetivo Geral

Compreender a percepção da equipe multiprofissional das UTIs acerca da relação da Prática Interprofissional Colaborativa com a Burnout nos profissionais e com a segurança do paciente.

2.2 Objetivos Específicos

- Explorar como os profissionais da equipe multiprofissional percebem como as dimensões da Prática Interprofissional Colaborativa se relaciona com Burnout;
- Conhecer como os profissionais da equipe multiprofissional percebem como as dimensões da Prática Interprofissional Colaborativa se relaciona com a segurança do paciente;
- Investigar como os profissionais da equipe multiprofissional percebem a relação do burnout com a segurança do paciente.

3. REVISÃO DE LITERATURA

Este estudo se fundamenta, do ponto de vista teórico e da revisão de literatura, em três aspectos essenciais: a Prática Interprofissional Colaborativa (PIC), o Burnout e a Segurança do Paciente, que serão discutidos a seguir em seus respectivos subtópicos. Considerando que esta pesquisa corresponde à etapa qualitativa de um estudo de método misto, o aprofundamento dos constructos teóricos ancora-se principalmente nos autores que desenvolveram e reformularam os instrumentos utilizados na fase quantitativa. Essa escolha teórica permite compreender, de forma mais consistente, os fundamentos conceituais que sustentam as relações entre colaboração interprofissional, saúde ocupacional e cultura de segurança nas Unidades de Terapia Intensiva.

3.1 PRÁTICA INTERPROFISSIONAL COLABORATIVA

A PIC é compreendida como uma interação intencional e estruturada entre diferentes profissionais de saúde, sustentada pelo compartilhamento de objetivos, responsabilidades e processos de tomada de decisão voltados à integralidade do cuidado (Schroder et al., 2011). Trata-se de uma abordagem que visa superar a fragmentação das práticas em saúde, promovendo a integração entre os saberes e a corresponsabilidade pelo cuidado ofertado.

Conforme as autoras Schroder et al., (2011), a PIC é constituída por oito dimensões interdependentes, que oferecem uma base conceitual robusta para analisar o funcionamento das equipes interprofissionais, a saber:

1) Missão, propósito e metas que dizem respeito à existência de uma visão compartilhada entre os membros da equipe, expressa em objetivos comuns orientados à qualidade do cuidado. O alinhamento em torno de metas claras favorece o engajamento coletivo e fortalece a direção das ações interprofissionais;

2) Relacionamentos interpessoais, fundamentais para o trabalho colaborativo, devendo estes serem baseados em confiança, respeito mútuo e apoio recíproco que contribuem para um ambiente favorável à cooperação e à valorização dos diferentes saberes profissionais.

3) Liderança da equipe que enfatiza a necessidade de uma liderança compartilhada, rotativa e adaptada às competências de cada profissional. Essa forma de condução favorece a participação equitativa nas decisões e promove um modelo mais horizontal de organização do trabalho;

4) Funções, responsabilidades gerais e autonomia, destacando a importância da clareza quanto aos papéis e limites de atuação de cada categoria profissional. O reconhecimento da

autonomia técnica e ética de cada membro da equipe é essencial para o funcionamento eficaz da colaboração;

5) Comunicação e troca de informações, elemento central para o êxito da PIC. A comunicação eficaz, clara, objetiva e constante contribui para a segurança do cuidado, a continuidade das ações e a construção de consensos entre os profissionais;

6) Vínculos com a comunidade e coordenação do cuidado avaliam o quanto a equipe se articula com a rede de atenção e com os recursos comunitários. Essa articulação é fundamental para garantir a integralidade, a longitudinalidade e a resolutividade da atenção;

7) Tomada de decisão e gestão de conflitos que contempla os processos por meio dos quais a equipe decide coletivamente sobre as condutas a serem adotadas, bem como as estratégias utilizadas para lidar com divergências. A escuta ativa, a negociação e o respeito às diferenças são essenciais para manter a coesão e a efetividade do trabalho em equipe;

8) Envolvimento do paciente no processo de cuidado, pressupondo a centralidade do sujeito, reconhecendo o usuário como protagonista de sua trajetória terapêutica e favorecendo o envolvimento ativo do paciente nas decisões, o que fortalece sua autonomia e potencializa os resultados em saúde.

Essas dimensões demonstram que a colaboração interprofissional não se restringe à mera coexistência de diferentes categorias profissionais, mas envolve relações de confiança, liderança compartilhada, comunicação qualificada e clareza de papéis e objetivos. A análise dessas dimensões permite aprofundar a compreensão sobre como a colaboração se concretiza na prática e quais fatores facilitam ou dificultam sua efetivação nos diferentes contextos de atenção à saúde.

Conceitualmente, D´Amour e Oandasan (2005) enfatizam que enquanto em equipes multiprofissionais os profissionais atuam de forma paralela, na prática interprofissional ocorre um trabalho conjunto sobre a necessidade dos pacientes e construção de planos e ações integradas, deixando evidente um maior grau de colaboração entre eles.

A Organização Mundial Saúde (OMS) (2010), formaliza o uso do prefixo “inter” como indicativo de integração entre profissões, enquanto o termo “multi” denota a atuação simultânea e independente das categorias profissionais.

É importante citar também que a PIC é sustentada por um conjunto de competências que orientam o trabalho conjunto entre profissionais de diferentes áreas da saúde, com foco em um cuidado integrado, centrado na pessoa e na comunidade. De acordo com o Interprofessional Education Collaborative (IPEC, 2023), quatro domínios principais estruturam a colaboração

interprofissional: 1. Valores e ética; 2. Papéis e responsabilidades; 3. Comunicação interprofissional; e 4. Trabalho em equipe.

Esses domínios englobam atitudes, conhecimentos e habilidades que favorecem a construção de relações baseadas em respeito mútuo, reconhecimento dos limites e potencialidades de cada profissão e tomada de decisão compartilhada. De forma complementar, o Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC, 2024) amplia esse entendimento ao propor seis domínios interdependentes: comunicação, clarificação de papéis, atenção centrada na pessoa, dinâmica de equipe, liderança colaborativa e resolução de conflitos, destacando que essas competências devem ser aplicadas em contextos reais e complexos de cuidado, de forma adaptável e contínua.

Assim, a PIC ultrapassa a simples cooperação entre categorias profissionais, configurando-se como uma prática relacional e ética que requer habilidades comunicacionais, empatia, corresponsabilidade e compromisso coletivo com a segurança e a qualidade da assistência.

3.2 BURNOUT

A síndrome de Burnout foi inicialmente descrita por Herbert J. Freudenberger, na década de 1970, quando observou desgaste emocional e falta de motivação em voluntários que trabalhavam em seu consultório. Ele associou esse quadro à fadiga e ao estresse decorrente do sacrifício constante em prol de outras pessoas (Fasanella, 2022).

Posteriormente, Christina Maslach aprofundou a compreensão do fenômeno, definindo-o como uma síndrome tridimensional de esgotamento profissional que emerge da exposição prolongada a fatores estressores crônicos no ambiente de trabalho (Maslach, 1981).

Segundo esse modelo tridimensional de Maslach e Jackson (1981), o Burnout é composto por três dimensões inter-relacionadas: exaustão emocional, despersonalização e redução da realização profissional. A exaustão emocional corresponde ao sentimento de esgotamento físico e psicológico diante das demandas ocupacionais; a despersonalização refere-se ao desenvolvimento de atitudes negativas, cínicas ou distanciadas em relação aos pacientes e colegas; e a redução da realização profissional traduz-se em uma percepção de ineficácia e insatisfação com o próprio desempenho.

Mais tarde, a OMS, na 11ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID) reconhece o burnout como fenômeno ocupacional e não uma condição médica isolada,

definindo-o como resultado do estresse crônico no trabalho que não foi bem gerenciado (Organização Mundial da Saúde, 2019).

Entretanto, a Síndrome de Burnout, conforme proposta por Schaufeli, De Witte e Desart (2019), é compreendida como um estado crônico de sofrimento ocupacional, resultante da exposição prolongada a condições adversas no ambiente de trabalho. Diferenciando-se dos modelos tradicionais que descreviam o burnout como uma síndrome tridimensional, de acordo com o modelo teórico proposto pelos autores supracitados, o Burnout pode ser compreendido a partir de uma abordagem mais abrangente e integrada, composta por quatro dimensões primárias que representam os sintomas centrais do burnout e por dois grupos de sintomas secundários, que refletem os efeitos colaterais do esgotamento prolongado.

Essa estrutura conceitual permite uma compreensão mais precisa e profunda da experiência subjetiva do burnout, especialmente em contextos de elevada complexidade e exigência emocional, como os serviços de saúde, e mais especificamente, as Unidades de Terapia Intensiva (UTIs).

De acordo com Schaufeli, De Witte e Desart (2019), nesse modelo, as dimensões primárias do burnout são:

1) Exaustão: considerada o elemento central do burnout e referindo-se a uma sensação persistente e debilitante de cansaço físico e mental, que não é aliviada por repouso ou períodos de descanso. Trata-se de um estado de esgotamento extremo, no qual o indivíduo sente-se energeticamente drenado, sem recursos suficientes para lidar com as exigências do trabalho. Essa condição afeta diretamente a motivação, a produtividade e a capacidade de envolvimento com as tarefas profissionais.

2) Distanciamento mental: diz respeito a um afastamento psicológico e emocional em relação ao trabalho, caracterizado por atitudes de indiferença, desinteresse ou até mesmo cinismo. O trabalhador passa a se desconectar afetivamente das suas atividades, dos colegas e dos usuários dos serviços, muitas vezes como um mecanismo inconsciente de autopreservação diante de um contexto marcado por sofrimento contínuo. No entanto, esse distanciamento compromete o envolvimento profissional e enfraquece o vínculo com o sentido do trabalho.

3) Declínio cognitivo: refere-se a dificuldades no funcionamento das capacidades mentais superiores, como concentração, tomada de decisão, raciocínio lógico e memória. Profissionais com essa sintomatologia relatam dificuldade em manter o foco, esquecimento de informações importantes e lentidão no processamento de dados.

4) Declínio no controle emocional: diz respeito à diminuição da capacidade de autorregulação emocional diante de situações estressantes ou desafiadoras no ambiente de

trabalho. Os profissionais podem apresentar irritabilidade, oscilações de humor, reações exageradas ou inadequadas ao contexto. A dificuldade em controlar as emoções afeta negativamente as relações interpessoais, tanto com os colegas quanto com os pacientes e seus familiares, e tende a gerar um clima organizacional mais tenso e desgastante.

Além dos sintomas centrais, o modelo teórico identifica dois grupos de sintomas secundários, que surgem como repercussões do Burnout sobre o bem-estar geral do trabalhador, as queixas psicológicas envolvem manifestações como ansiedade, desânimo, desesperança, sentimentos de inutilidade e pensamentos negativos persistentes sobre o trabalho e sobre si mesmo e as queixas psicossomáticas que incluem sintomas físicos sem causa orgânica evidente, tais como dores de cabeça, distúrbios gastrointestinais, insônia, tensão muscular e fadiga persistente, que refletem o impacto do sofrimento psíquico sobre o corpo.

Esse quadro compromete a capacidade funcional do profissional, gerando dificuldades de concentração, redução da produtividade e desempenho, além de alterações fisiológicas, insônia, frustração e sentimentos de incapacidade (Neres, 2014). Dessa forma, o Burnout não se limita apenas à esfera emocional, mas se manifesta em consequências comportamentais e físicas que podem prejudicar a saúde do trabalhador e, consequentemente, a qualidade da assistência prestada.

Em escala global, revisões apontam que aproximadamente 67% dos médicos relatam sintomas de burnout, o que se relaciona com aumento de erros médicos e diminuição da qualidade do cuidado (Rotenstein et al., 2018). Esse panorama evidencia a grandiosidade do problema e reforça a relevância de estratégias preventivas nas instituições de saúde.

Nesse enlace, essa condição está associada ao aumento da rotatividade, absenteísmo, queda na qualidade assistencial e maior incidência de eventos adversos (Hall et al., 2016). Em UTIs, a falta de suporte institucional e de alta fragmentação de equipes potencializam esses impactos, refletindo diretamente na segurança do paciente (Dall´ora: Griffiths; Ball, 2020).

Em contrapartida, a prevenção do burnout requer ações combinadas: ajustes organizacionais, suporte institucional e fortalecimento do trabalho em equipe. Maslach e Leiter (2016) defendem que o burnout é sobretudo um problema organizacional, sendo mitigado por condições de trabalho saudáveis.

3.3 SEGURANÇA DO PACIENTE

O Plano Global de Segurança do Paciente 2021–2030 reconhece que o dano decorrente do cuidado é atualmente um dos maiores desafios de saúde pública no mundo, constituindo

causa importante de morte evitável e incapacidade, especialmente em países de baixa e média renda (OMS, 2021). O documento define segurança do paciente como “um conjunto de atividades organizadas que cria culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes em saúde capazes de reduzir riscos, diminuir a ocorrência de danos evitáveis e mitigar seu impacto quando ocorrem” (OMS, 2021).

Essa perspectiva reforça que a segurança é uma propriedade dos sistemas de saúde, não apenas das ações individuais, e exige estratégias coordenadas, sustentáveis e baseadas em evidências. O plano global estabelece uma visão comum, ou seja, “um mundo onde ninguém seja prejudicado durante o cuidado em saúde” e delineia sete objetivos estratégicos, que incluem políticas para eliminar danos evitáveis, fortalecimento de sistemas de alta confiabilidade, engajamento de pacientes e profissionais, educação, gestão da informação e construção de uma cultura de segurança disseminada em todas as práticas assistenciais (OMS, 2021).

No contexto brasileiro, esse movimento internacional se materializa por meio da instituição do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), regulamentado pela Portaria nº 529/2013 do Ministério da Saúde. O PNSP define segurança do paciente como a “redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado” e estabelece conceitos centrais como incidente, evento adverso, near miss, dano e cultura de segurança (Brasil, 2013).

O programa tem como objetivos promover iniciativas de segurança em serviços de saúde, desenvolver ações educativas, ampliar o acesso às informações, fortalecer a gestão de riscos e fomentar a criação dos Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos. Entre suas estratégias, destacam-se a elaboração de protocolos assistenciais, a vigilância e notificação de incidentes, a cultura de aprendizado organizacional e a inclusão da temática nos processos formativos de trabalhadores da saúde (Brasil, 2013).

Essa diretriz nacional é complementada, no estado da Bahia, pelo Plano Estadual de Segurança do Paciente (PESP 2023–2025), um marco regional que reforça o compromisso político e técnico da gestão estadual com a qualificação da assistência. O documento reconhece que a segurança do paciente é componente estruturante da Rede de Atenção à Saúde e reafirma a necessidade de promover ações contínuas, integradas e efetivas para reduzir riscos e danos evitáveis (Bahia, 2023).

O plano estadual destaca que a criação de políticas públicas específicas representa uma decisão estratégica para fortalecer a assistência segura, articulando vigilância sanitária, gestão do trabalho, educação permanente, protocolos clínicos e monitoramento de incidentes,

reafirmando o compromisso com uma cultura institucional baseada na transparência, comunicação efetiva e responsabilização sistêmica (Bahia, 2023).

Nesse sentido, Sorra e Nieva (2004) contribuíram ao desenvolver um instrumento amplamente reconhecido para mensurar a cultura de segurança em ambientes hospitalares. As autoras definem cultura de segurança como "o produto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento individuais e coletivos que determinam o comprometimento com a segurança e o estilo e a proficiência da gestão" (Sorra; Nieva, 2004).

Elas afirmam que uma cultura organizacional positiva se caracteriza pela confiança mútua, abertura para comunicação, percepção compartilhada da importância da segurança e confiança na eficácia das medidas preventivas. Esse conceito amplia a compreensão da segurança para além de protocolos e normas, incorporando elementos relacionais, estruturais e comportamentais que influenciam a ocorrência de erros, incidentes e eventos adversos (Sorra; Nieva, 2004).

Em consonância com essa perspectiva, Silva et al*.,* **(**2024**)** realizaram um estudo multicêntrico em Unidades de Terapia Intensiva da região Sudeste do Brasil, com 168 profissionais de saúde de diferentes categorias, analisando fatores associados à cultura de segurança do paciente. O estudo identificou que variáveis como tipo de hospital, categoria profissional, tempo de atuação e gênero influenciam significativamente as dimensões da cultura de segurança, mensuradas pelo Hospital Survey on Patient Safety Culture. As dimensões mais frágeis estiveram relacionadas à resposta não punitiva aos erros, comunicação e apoio gerencial, o que evidencia que a consolidação de uma cultura de segurança depende de liderança comprometida, comunicação aberta e integração multiprofissional. (Silva et al., 2024).

De forma semelhante, Batalha e Melleiro (2016), ao analisarem a percepção de 301 profissionais de enfermagem de um hospital de ensino, observaram que mais da metade dos participantes discordava que a administração institucional promovesse um clima de trabalho favorável à segurança do paciente, e 58,3% acreditavam que a gestão só se interessava pelo tema após a ocorrência de eventos adversos.

Esses achados evidenciam a predominância de uma cultura reativa, marcada pela falta de diálogo entre gestores e profissionais assistenciais, o que dificulta o amadurecimento de uma cultura construtiva e participativa. As autoras ressaltam que o fortalecimento da cultura de segurança requer gestão compartilhada, comunicação efetiva e envolvimento ativo dos líderes hospitalares na criação de ambientes que favoreçam o aprendizado organizacional e a prevenção de erros (Batalha; Melleiro, 2016).

De forma complementar, Sousa Neto et al*.,* **(**2021**)**, em uma revisão integrativa sobre o clima de segurança em Unidades de Terapia Intensiva, identificaram baixos escores de percepção positiva entre os profissionais de saúde, com média inferior a 75% em grande parte dos estudos analisados.

Os autores destacam que o clima de segurança, entendido como a dimensão mensurável da cultura de segurança do paciente, reflete a percepção dos trabalhadores acerca de valores, comportamentos e práticas institucionais voltadas à segurança. Essa percepção é fortemente influenciada por fatores organizacionais, como gestão hospitalar, comunicação, liderança, condições e carga de trabalho**,** além do nível de integração da equipe multiprofissional. (Sousa Neto et al*.,* 2021).

Em síntese, a segurança do paciente representa um pilar essencial da qualidade assistencial e requer uma cultura organizacional sólida, baseada em comunicação efetiva, aprendizado contínuo e corresponsabilidade entre os profissionais alinhados ao bem-estar físico e mental dos trabalhadores. Nas Unidades de Terapia Intensiva, a complexidade do cuidado reforça a importância de práticas colaborativas e de condições de trabalho que favoreçam o fortalecimento da cultura de segurança e a qualidade do cuidado prestado.

4 METODOLOGIA

O trabalho de conclusão de curso em questão é um subprojeto de um projeto multicêntrico denominado "Prática Interprofissional Colaborativa e sua relação com o Burnout nos Profissionais de Saúde e a Segurança do Paciente". O subprojeto trata-se de um estudo de Método Misto Sequencial Explanatório em que a fase qualitativa é desenhada a partir dos resultados quantitativos encontrados na primeira fase, onde o pesquisador interpreta como os resultados qualitativos explicam os resultados iniciais (Creswel; Clarck, 2011).

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, de natureza exploratória-descritiva, desenvolvido com base na análise de conteúdo. A pesquisa qualitativa busca compreender significados, percepções e interpretações dos participantes sobre fenômenos sociais e subjetivos, permitindo acessar a complexidade das relações, práticas e contextos vividos pelos profissionais (Minayo, 2014; Flick, 2009). Seu caráter exploratório deriva do interesse em aprofundar aspectos ainda pouco investigados, proporcionando maior familiaridade com o problema e possibilitando a identificação de padrões, sentidos e dimensões emergentes do fenômeno (Gil, 2017).

Já a vertente descritiva concentra-se em caracterizar, de forma sistemática e fiel, as percepções, experiências e relações identificadas nos discursos dos participantes sem manipulá-las, buscando evidenciar como se manifestam no contexto da prática interprofissional, do Burnout e da segurança do paciente em unidades de terapia intensiva (Gil, 2017; Minayo, 2014).

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) de um hospital público localizado na cidade de Salvador, no estado da Bahia, classificado como instituição de grande porte, de alta complexidade e de caráter assistencial. A instituição é referência em diversas especialidades, como cirurgia bucomaxilofacial, cirurgia geral, neurocirurgia, cirurgia vascular, cirurgia pediátrica, cirurgia neonatal, serviços de emergência, hemorragia digestiva, nefrologia, entre outras. Além disso, possui certificação como hospital de ensino.

O lócus da pesquisa compreendeu seis Unidades de Terapia Intensiva com diferentes perfis assistenciais, distribuídas da seguinte forma: UTI Geral Adulto 1, com 20 leitos; UTI Geral Adulto 2, com 9 leitos; UTI Neurológica, com 10 leitos; UTI Cardiovascular, com 28 leitos; UTI Cirúrgica, com 10 leitos; e UTI Pediátrica, também com 10 leitos. Essas unidades

contemplam cenários clínicos variados e de alta complexidade, constituindo ambientes fundamentais para a investigação dos fenômenos estudados.

4.3 Participantes do estudo e período de coleta

O critério de seleção dos participantes nos estudos qualitativos não é numérico, sendo considerado ideal quando reflete a totalidade das múltiplas dimensões do objeto de estudo (MINAYO, 2014). Tendo isso em vista, os participantes foram selecionados de maneira intencional, a partir do conjunto de profissionais que participaram da etapa quantitativa do estudo, a qual constituiu critério de inclusão para a fase qualitativa. Assim, do total de participantes da etapa quantitativa, foi convidado, ao menos, um representante de cada unidade assistencial e de cada categoria profissional envolvida no cuidado intensivo, contemplando a categoria médica, de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem), psicologia, fonoaudiologia, fisioterapia, farmacêutica e assistente social.

Dessa forma, participaram da entrevista treze profissionais distribuídos da seguinte maneira: uma fisioterapeuta, dois nutricionistas, um assistente social, três enfermeiros, um técnico de enfermagem, um psicólogo, uma fonoaudióloga, um farmacêutico e dois médicos.

A coleta de dados foi encerrada à medida que os padrões identificados na etapa quantitativa acerca das relações da Prática Interprofissional Colaborativa com a segurança do paciente e o Burnout foram considerados compreendidos pelos pesquisadores.

Os dados qualitativos foram coletados no período de abril de 2025 e julho de 2025 pelas pesquisadoras responsáveis e por estudantes de iniciação científica do Curso de Graduação em Enfermagem capacitados especificamente para este fim, aplicando-se os procedimentos éticos descritos para esta pesquisa.

4.4 Técnica para coleta de dados

A entrevista semiestruturada foi a técnica empregada. Os pesquisadores conduziram as entrevistas em local reservado, em dias e horários previamente agendados com os participantes, mediante o uso de um gravador de áudio digital. Para complementar a caracterização da amostra, previamente à entrevista foi aplicado um questionário sociodemográfico, utilizado para identificar aspectos pessoais e profissionais relevantes dos participantes (APÊNDICE A). Os nomes dos participantes foram substituídos por siglas a fim de garantir o anonimato.

Segundo Minayo (2014), as entrevistas podem ser consideradas conversas com uma finalidade e são classificadas como semiestruturadas quando combinam perguntas em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão, sem se prender apenas

à indagação formulada. Essa modalidade obedece a um roteiro, utilizado pelo pesquisador para orientar a sequência das questões.

As perguntas que nortearam as entrevistas foram elaboradas após a análise quantitativa, conforme o método misto sequencial explanatório. Ao todo, foram elaboradas nove perguntas, baseadas nas correlações identificadas nos resultados quantitativos (Tabela 1), com o intuito de aprofundar a compreensão desses achados à luz da percepção dos participantes e em conjunto com os objetivos desta investigação (APÊNDICE C).

Como pode ser observado na Tabela 1, na análise quantitativa, foram observadas correlações negativas entre as dimensões da PIC e as do Burnout — indicando que quanto melhor a percepção dos aspectos que compõe a colaboração interprofissional, menor o nível de exaustão e dos outros sintomas referentes ao Burnout. Também foram evidenciadas correlações negativas entre Burnout e Segurança do Paciente, revelando a associação negativa entre essas dimensões, demonstrando que ao aumentar Burnout, os profissionais tendiam a avaliar pior a segurança do paciente na sua UTI. Em contrapartida, verificou-se uma correlação positiva entre as dimensões da PIC e a percepção de Segurança do Paciente, indicando que ao perceber melhor colaboração, principalmente relacionada à comunicação efetiva; ao compartilhamento das decisões e gestão de conflitos; e ao envolvimento do paciente no cuidado, os profissionais tendiam a ter melhor percepção da segurança do paciente na UTI.

Tabela 1 – Resultados quantitativos baseados na correlação com significância estatística entre Prática Interprofissional Colaborativa, Burnout e Segurança do Paciente. Salvador, BA, 2025

RESULTADOS ETAPA QUANTITATIVA		
Dimensões da PIC	**Dimensões do Burnout e da Segurança do paciente**	**Coeficiente de Correlação**
Missão Propósito e Metas	Exaustão	-0,324
Missão Propósito e Metas	Declínio no Controle Cognitivo	-0,272
Missão Propósito e Metas	Distanciamento Mental	-0,219
Missão Propósito e Metas	Declínio no Controle Emocional	-0,197
Missão Propósito e Metas	Percepção Geral da Segurança do Paciente	0,315
Tomada de Decisões Gestão de conflitos	Exaustão	-0,348
Tomada de Decisões Gestão de conflitos	Distanciamento Mental	-0,227
Tomada de Decisões Gestão de conflitos	Declínio no Controle Cognitivo	-0,172
Tomada de Decisões Gestão de conflitos	Percepção Geral da Segurança do Paciente	0,435
Funções, Responsabilidades Gerais, Autonomia	Exaustão	-0,280
Funções, Responsabilidades Gerais, Autonomia	Distanciamento Mental	-0,246
Funções, Responsabilidades Gerais, Autonomia	Declínio no Controle Emocional	-0,177
Funções, Responsabilidades Gerais, Autonomia	Percepção Geral da Segurança do Paciente	0,249
Liderança da Equipe	Exaustão	-0,391
Liderança da Equipe	Distanciamento Mental	-0,268

Tabela 1 – resultados quantitativos baseados na correlação entre PIC, burnout e Segurança do Paciente. Salvador, BA, 2025. (Continuação)

Liderança da Equipe	Declínio no Controle Emocional	-0,172
Liderança da Equipe	Declínio no Controle Cognitivo	-0,166
Liderança da Equipe	Percepção Geral da Segurança do Paciente	0,317
Comunicação e troca de informações	Exaustão	-0,347
Comunicação e troca de informações	Distanciamento Mental	-0,243
Comunicação e troca de informações	Declínio no Controle Cognitivo	-0,187
Comunicação e troca de informações	Declínio no Controle Emocional	-0,147
Comunicação e troca de informações	Percepção Geral da Segurança do Paciente	0,415
Relacionamentos	Exaustão	-0,322
Relacionamentos	Distanciamento Mental	-0,239
Relacionamentos	Declínio no Controle Emocional	-0,187
Relacionamentos	Declínio no Controle Cognitivo	-0,154
Relacionamentos	Percepção Geral da Segurança do Paciente	0,343
Exaustão	Percepção Geral da Segurança do Paciente	-0,392
Declínio no Controle Cognitivo	Percepção Geral da Segurança do Paciente	-0,256
Declínio no Controle Emocional	Percepção Geral da Segurança do Paciente	-0,244
Distanciamento Mental	Percepção Geral da Segurança do Paciente	-0,183
Envolvimento do Paciente	Exaustão	-0,258
Envolvimento do Paciente	Declínio no Controle Emocional	-0,175
Envolvimento do Paciente	Declínio no Controle Cognitivo	-0,141
Envolvimento do Paciente	Percepção Geral da Segurança do Paciente	0,384
Vínculos com a Comunidade	Exaustão	-0,265
Vínculos com a Comunidade	Percepção Geral da Segurança do Paciente	0,331

Fonte: produção dos autores, 2025. PIC: Prática Interprofissional Colaborativa. Legenda: tons em azul sinalizam correlações estatisticamente significativas negativas e em coral correlações estatisticamente significativas positivas.

4.5 Organização e análise dos dados

As entrevistas foram transcritas através do software TurboScribe na íntegra para arquivo do Microsoft Word e analisadas segundo a análise temática de conteúdo de Bardin, compreendendo três etapas: pré-análise; exploração do material por meio de codificação e categorização temática; e tratamento dos resultados, com inferência e interpretação articuladas ao referencial teórico (Bardin, 2016).

Fazer uma análise temática consiste em encontrar os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifique algo para o objeto analítico visado (Minayo, 2014). Portanto, através dessa técnica os dados brutos são tratados de maneira a serem significativos e válidos (Bardin, 2016).

Inicialmente, procedeu-se à leitura flutuante de todas as transcrições, constituindo o corpus e permitindo a familiarização com o conteúdo. Em seguida, foram destacados trechos das falas que expressavam sentidos relevantes ao objeto de estudo. A partir disso, foram construídos códigos iniciais, gerados por análise semântica, considerando similaridades presentes na fala. Esses códigos foram então agrupados, dando origem às categorias iniciais. Posteriormente, essas categorias foram reorganizadas e integradas em categorias intermediárias mais amplas, capazes de sintetizar eixos temáticos predominantes.

4.5 Aspectos Éticos

O presente estudo atendeu aos princípios éticos que envolvem as pesquisas com seres humanos que delimita que este tipo de investigação deve apresentar características éticas, garantido aos participantes o anonimato e confidencialidade das informações, partindo da obediência aos requisitos determinado pela Resolução n°466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), como a beneficência, não maleficência, autonomia, o respeito à dignidade humana e a justiça.

A coleta de dados foi realizada mediante assinatura de duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), ficando uma via com o profissional participante e outra via com os integrantes da pesquisa. As entrevistas foram realizadas em espaços reservados apenas com o profissional participante e entrevistador e foi explicado, no momento da coleta, que haveria gravação de voz, mas seria transcrita posteriormente garantindo seu anonimato através da identificação da fala colocando sigla correspondente a categoria profissional e o número da entrevista. Destaca-se que a pesquisa da qual este estudo faz parte encontra-se aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Universidade do Estado da Bahia, sob o parecer 5.978.848. Também aprovada pelo CEP do hospital lócus de estudo sob o parecer: 6.587.850.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A etapa qualitativa teve como função aprofundar e contextualizar as associações identificadas na fase quantitativa, possibilitando uma leitura mais abrangente de como os profissionais percebem, na prática, a interação entre PIC, Burnout e Segurança do paciente no contexto da UTI. Por meio das entrevistas, tornou-se possível compreender processos subjetivos e dinâmicas que sustentam essas interações.

A análise das falas permitiu compreender não apenas a existência de relações entre as variáveis estudadas, mas os mecanismos pelos quais essas relações se manifestam na prática considerando percepções, significados e experiências dos diferentes membros da equipe multiprofissional.

5.1 Etapas da análise e caracterização dos participantes

Foram realizadas 13 entrevistas semiestruturadas com profissionais da equipe multiprofissional; a amostra foi composta por um fisioterapeuta, dois nutricionistas, uma assistente social, um psicólogo, um farmacêutico, dois médicos, uma fonoaudióloga, três enfermeiras e uma técnica de enfermagem, representando a diversidade de áreas envolvidas no cuidado intensivo. Na Tabela 2 tem-se as características da amostra.

Tabela 2 – Caracterização dos participantes da pesquisa segundo as variáveis sociodemográficas e profissionais. Salvador, BA, 2025.

Variáveis		**n**	**%**
Sexo			
	Feminino	8	62%
	Masculino	5	38%
Cor ou Raça/Etnia			
	Preto	3	23%
	Pardo	5	38%
	Branco	5	38%
Faixa Etária			
	31-40	9	69%
	45-55	4	31%
Estado Civil			
	Solteiro	5	38%
	Casado	5	38%
	União estável	1	8%
	Divorciado	2	15%
Nível de Escolaridade			
	Ensino Médio	1	8%
	Graduação	3	23%
	Especialização	8	62%

Tabela 2 – Caracterização dos participantes da pesquisa segundo as variáveis sociodemográficas e profissionais. Salvador, BA, 2025. (continuação)

	Mestrado	1	8%
Categoria Profissional			
	Enfermeiro (a)	3	23%
	Médico (a)	2	15%
	Fisioterapeuta	1	8%
	Psicólogo (a)	1	8%
	Nutricionista	2	15%
	Técnico de Enfermagem	1	8%
	Farmacêutico (a)	1	8%
	Assistente Social	1	8%
	Fonoaudiólogo (a)	1	8%
Tipo de Vínculo			
	Estatutário	3	23%
	Contrato	10	77%
Profissionais por UTI			
	UTI Geral Adulto 1	5	38%
	UTI Geral Adulto 2	1	8%
	UTI Neurológica	2	15%
	UTI Cardiovascular	1	8%
	UTI Pediátrica	1	8%
	UTI Cirúrgica	1	8%
	Mais de uma UTI	2	15%
Turnos de Trabalho			
	Fixo	5	38%
	Serviço Diurno	4	31%
	Rotativo	2	15%
	Misto	2	15%
Experiencia Profissional			
	Entre 5 e 10 anos	7	54%
	Mais de 10 anos	6	46%
Tempo de experiência nesse serviço			
	Menos de 5 anos	5	38%
	Entre 5 e 10 anos	6	46%
	Mais de 10 anos	2	15%
Vínculos Trabalhistas			
	Um	5	38%
	Dois	6	46%
	Mais de dois	2	15%
Carga Horária Semanal Total			
	Até 30 horas	3	23%
	31-60 horas	7	54%
	61-90 horas	2	15%
	91-120 horas	1	8%

Fonte: produção dos autores, 2025

5.2 Categorias Temáticas provenientes da análise de conteúdo

A partir do processo de análise temática de conteúdo, emergiram três categorias que sintetizam os sentidos expressos pelos participantes da pesquisa e organizam os achados desse estudo. São elas: **Categoria 1 - "Relações Interprofissionais e (Não) Colaboração como determinantes do desgaste da equipe"; Categoria 2. "Dinâmicas relacionais e processos colaborativos da equipe e sua influência na segurança do paciente"; e a Categoria 3. "Relações interprofissionais e seus impactos no cuidado e no bem-estar dos profissionais"**

5.3 Categoria 1. "Relações Interprofissionais e (Não) Colaboração como determinantes do desgaste da equipe"

Na etapa quantitativa, foram identificadas correlações negativas entre as dimensões da PIC e Burnout, indicando que níveis mais elevados de colaboração entre os profissionais estão associados a menor intensidade de presença de sintomas de Burnout e vice versa.

Durante as entrevistas, os profissionais foram questionados sobre como são as relações entre os membros da equipe multiprofissional e de que forma esses relacionamentos impactam em como os profissionais se sentem no trabalho e como interferem no cuidado com o paciente.

As falas revelaram que as relações interpessoais harmoniosas funcionam como um amortecimento emocional frente às exigências da UTI. Um profissional relata:

> Estar com a equipe que você gosta de trabalhar tira um pouquinho dessa carga que é a UTI. Você chega no plantão e vê alguém com quem tem afinidade, isso já ajuda 50%. (ENF5)

Dessa forma, é evidenciado que a convivência positiva, o apoio informal e a afinidade entre colegas atenuam o impacto psicológico do ambiente, favorecendo o bem-estar e diminuindo a percepção de exaustão.

Esses achados convergem com a literatura. De acordo com Sodeify e Habibpour (2020), relações interpessoais positivas, caracterizadas por apoio emocional, colaboração eficaz, respeito mútuo, funcionam como um importante recurso psicológico capaz de reduzir tensões, aliviar o estresse cotidiano e aumentar a motivação no trabalho.

Por outro lado, relações marcadas por desconfiança e conflitos causam desconforto e distanciamento entre a equipe e foram descritas como gatilho para sofrimento mental e aumento do burnout. Um entrevistado disse:

> A relação entre os membros da equipe hoje em dia tá até mais suave. Porque teve um tempo que era um quebra pau, só era discussão, disse, me disse, fofoca. E tava criando problemas psicológicos em várias pessoas. Vários já procuraram serviço de psicologia no hospital. (TEC.ENF6)

Essa fala expressa como interações negativas fragilizam o clima de equipe, intensificam estresse e favorecem o desgaste emocional.

Evidências científicas corroboram esse achado ao identificar o relacionamento interpessoal como um dos principais fatores associados ao burnout. Segundo Araujo et al. 2021, equipes que vivenciam conflitos, tensão constante, fofocas e rupturas nas relações apresentam maior risco de exaustão emocional e sofrimento psicológico.

As falas também indicam que o desgaste emocional não se limita às relações com os colegas. Ele é ampliado pelo contato diário com pacientes críticos, como relatado:

> Já tem o estresse próprio do ambiente de trabalho, as questões entre a equipe, entre a instituição e é difícil você lidar com a pessoa que está doente, porque ela traz uma carga emocional dela, de valores dela, também e que às vezes vai de encontro com o que é seu. (ASSIST3)

Nesse sentido, o cuidado intensivo envolve uma dupla carga ao englobar as demandas da equipe e demandas emocionais dos pacientes, que pode acentuar vulnerabilidades ao burnout.

Estudos apontam que a exposição contínua a situações de fim de vida, dor, sofrimento e decisões éticas difíceis aumenta significativamente a vulnerabilidade ao burnout entre intensivistas (Van Mol et al., 2025). De acordo com os autores, o cuidado intensivo é um "desafio emocionalmente carregado", no qual a interação constante com pacientes gravemente enfermos, conflitos familiares e dilemas éticos atuam como estressor crônico capaz de desencadear exaustão emocional, dentre outros desfechos negativos para o profissional.

Dessa forma, a fragilidade das relações na equipe multiprofissional reforça a correlação negativa entre PIC e burnout.

Nesse contexto, é evidente que esse suporte entre colegas contribui diretamente para menor desgaste emocional, ratificando os achados dessa pesquisa, nos quais vínculos harmoniosos foram percebidos como fator protetor frente ao sofrimento e à exaustão vivenciados no ambiente de UTI.

Em relação à tomada de decisão e gestão de conflitos, os achados revelam que a forma como esses processos são conduzidos interfere diretamente na percepção e no bem-estar da equipe. Esse aspecto foi evidenciado na fala abaixo:

> O gerenciamento do conflito na unidade pode impactar, na verdade, tanto de forma positiva como pode impactar de forma negativa...tem pessoas que aceitam críticas como críticas construtivas, pensando na melhoria do processo de trabalho ou na segurança do paciente. Algumas pessoas, às vezes, tendem a interpretar com uma crítica no sentido de minimizar o trabalho do outro e acaba gerando algum tipo de conflito para a parte negativa. (ENF11)

A fala demonstra que, embora existam momentos de diálogo e críticas construtivas, o modo como o conflito é gerenciado pode gerar interpretações divergentes e sentimentos de desvalorização, especialmente quando não há clareza e mediação adequada da situação que gerou o conflito.

A literatura reforça que o modo como os conflitos são gerenciados exerce impacto direto sobre o bem-estar e a saúde mental da equipe. Taube, Carlotto e Câmara (2024) destacam que os conflitos no ambiente de trabalho, quando mal administrados, tendem a assumir um caráter emocional e relacional, produzindo tensão, insatisfação, prejuízo ao clima organizacional e esgotamento emocional, além de aumentar o risco de burnout entre os trabalhadores.

Então, conflitos mal gerenciados não apenas fragilizam o desempenho das equipes, mas também configuram um importante estressor ocupacional que compromete a saúde mental e o ambiente de trabalho, exatamente como relatado pelo relato supracitado.

A relação com a liderança se mostrou como aspecto estruturante para a colaboração interprofissional e bem-estar na equipe. Quando os profissionais foram perguntados sobre a atuação da liderança na UTI em que trabalham e de que forma essa liderança influencia no bem-estar da equipe e no cuidado do paciente, eles responderam:

> A partir do momento que a liderança passa a escutar o outro, isso gera uma sensação de bem-estar... o cuidado se torna mais fácil, melhor de ser realizado. (MED13)

> Com certeza é muito positiva a relação entre liderança e bem-estar da equipe, é porque um ambiente menos tenso, um ambiente onde você já tem as suas determinações, digamos assim, fica mais fácil de você saber o que você tem que fazer e consequentemente você não tem o desgaste de ter que ficar perguntando o tempo inteiro. (FARM10)

> A liderança influencia no bem-estar da equipe com o acolhimento, o escutar, o feedback que eles passam pra gente, né? Pontos que precisam ser melhorados. A gente sempre tem esse retorno, né? Elogios, né? Se tem algum problema, críticas, né? Que são todas construtivas. (FISIO1)

Dessa forma, como dimensão da prática interprofissional colaborativa, a percepção de liderança dentro do ambiente da UTI é vista de forma positiva e oferece direcionamento,

sensação de bem-estar trazidos pelo acolhimento dos profissionais, escuta ativa e feedback, tornando o ambiente de trabalho organizado e menos desgastante.

A liderança é percebida como uma forma de proteção psicológica da equipe multiprofissional porque os fatores mencionados contribuem para uma menor prevalência de burnout na equipe. Essas percepções dialogam com Schaufeli, De Witte e Desart (2019), que descrevem que ambientes com pouco apoio favorecem a exaustão emocional e declínio cognitivo.

Ainda nessa perspectiva, de acordo com Schroder et al., 2011, lideranças atuantes e colaborativas fortalecem o trabalho em equipe, a confiança e a coesão, atuando como fator protetor contra o desgaste ocupacional.

Os achados desse estudo convergem com a revisão sistemática de Taube e Carlotto (2022), que evidencia que estilos de liderança baseados em apoio, confiança e orientação reduzem de forma significativa os níveis de burnout entre profissionais de saúde, enquanto lideranças autoritárias ausentes ou perfeccionistas elevam o risco de exaustão emocional e cinismo.

Assim, os achados qualitativos confirmam e aprofundam os resultados quantitativos, demonstrando que lideranças atuantes não apenas fortalecem a PIC, mas também reduzem sentimentos de sobrecarga, tensão e esgotamento emocional.

Durante as entrevistas, os profissionais descreveram como ocorre a construção do plano de cuidado e das metas de tratamento pela equipe multiprofissional na sua UTI e como isso se relaciona com a capacidade da equipe de manter o foco no trabalho, se sentir entusiasmada e energizada no trabalho, e garantir a segurança do paciente. Nos relatos, a colaboração emerge como elemento decisivo no bem-estar profissional e na qualidade do cuidado.

As falas indicam que quando a equipe participa ativamente das decisões, há sentimento de pertencimento e de clareza sobre o processo de trabalho:

> A passagem de plantão, transição do cuidado impactam em como os profissionais se sentem porquê, de certa forma, eles estão cientes do que está acontecendo. Eles fazem parte. (PSI8)

> O diarista passa todos os dias, discute na beira do leito todos os pacientes, e aí ele vai consultando o plantonista, os residentes, a equipe de enfermagem, fisioterapia, nutrição, fono, e aí é ele que determina, estabelece as metas. (MED12)

> Essa construção multidisciplinar, acho que ela viabiliza a questão da motivação da equipe. Você se sentir inserido no processo, sentir parte do processo, o fato de você não estar trabalhando isoladamente. (ENF11)

> As decisões sempre são tomadas de forma compartilhada...Acho que isso é muito importante, porque a equipe se sente engajada no cuidado. (MED13)

Essas falas convergem para a ideia de que a colaboração favorece previsibilidade, integração e alinhamento entre os profissionais, fatores que demonstram forte associação com a redução do desgaste emocional.

Além disso, a participação nas decisões sobre o plano terapêutico do paciente, passagem de plantão integrada e definição conjunta de metas emergem como fatores de valorização e pertencimento e favorecem a sensação de fazer parte do cuidado.

A literatura aponta que a existência de um propósito profissional e estabelecimento de metas reduzem o sofrimento moral e favorecem o engajamento no cuidado do paciente (Gardin, 2018), fatores inversamente associados ao burnout.

Por outro lado, quando a colaboração não se concretiza, surgem frustrações, desânimo e desmotivação, reforçando que a ausência de integração multiprofissional compromete o entusiasmo e intensifica o desgaste no ambiente de trabalho, conforme ilustrado pela fala abaixo:

> A gente se desanima porque você está ali e o paciente precisa de assistência multiprofissional. O paciente não depende só do médico para evoluir e dar a melhora para o tratamento. Ele precisa de uma equipe inteira. Eu acho que isso é uma forma realmente de desestimular. (FISIO1)

Situações de descontinuidade da colaboração profissional, como a troca frequente de diaristas ou discrepâncias nas condutas, ocorre a quebra na coordenação do cuidado, resultando em insegurança, conflito e maior carga emocional para a equipe:

> Cada dia um diarista diferente. Então, cada dia um toma uma decisão diferente, uma conduta diferente. Então, acaba não ficando tudo muito amarrado. O médico hoje vem aqui definindo o paciente é paliação, o outro vem amanhã e diz que é cuidado proporcional. Então, a gente fica meio que perdido nessa parte e às vezes existem conflitos em relação a isso. (ENF5)

Além disso, a falta de clareza sobre funções e responsabilidades amplia a sobrecarga:

> O profissional não entender suas responsabilidades e papéis dentro da equipe é extremamente desgastante, né? Porque além de você tentar resolver esses problemas, você também tem que lidar com esses outros tipos de problemas. Então acaba sendo uma sobrecarga a mais, né. (FISIO1)

A falta de entendimento sobre suas responsabilidades e papéis dentro da equipe repercute em maior estresse, desgaste e conflitos interprofissionais, pela necessidade de compensar as falhas de colaboração, impactando em uma maior carga de trabalho.

Por fim, a ausência de confiança, aspecto crucial para compartilhamento de planos de cuidado integrados, comprometem o clima colaborativo e geram sofrimento emocional:

> Alguns profissionais já lidam com você sempre na base da desconfiança, não dão bom dia, não olham para você, e a gente não se aproxima para conversar. É o quê? A gente vai se apresentar e olha para você, porque você está falando comigo? Se você perguntar alguma coisa do paciente, acha que você já está cobrando. E aí a gente também fica desconfortável, e a gente não consegue se comunicar com o próprio colega, entendeu? (ASSIST3)

Nessas situações, a ausência de abertura e de diálogo gera afastamento entre os profissionais e intensifica o sofrimento emocional, elementos já reconhecidos na literatura como preditores de Burnout em cenários de cuidado intensivo.

Assim, os achados qualitativos demonstram que a colaboração opera como um vetor simultâneo de proteção, quando presente, e risco, quando ausente, influenciando diretamente a motivação, o engajamento, o clima relacional e o desgaste emocional da equipe, confirmando os padrões quantitativos previamente identificados.

Sobre as funções, responsabilidades e autonomia do profissional, ficou claro que quando um membro da equipe não compreende o seu papel ou não cumpre suas atribuições, o impacto recai sobre os demais profissionais, aumentando a carga de trabalho e comprometendo tanto o bem-estar da equipe quanto a segurança do cuidado.

As falas dos profissionais evidenciam que a ausência de clareza sobre funções, responsabilidades e níveis de autonomia dentro da equipe multiprofissional gera sobrecarga, sofrimento emocional, conflitos e estresse, reforçando a correlação negativa encontrada entre essa dimensão da PIC e o burnout.

Isso foi observado quando questionados sobre sua opinião acerca do entendimento das responsabilidades e papéis dentro da equipe e da autonomia para tomar decisões. De que forma isso impacta na exaustão da equipe, na energia e foco para trabalhar e no cuidado dos pacientes. Diante disso, foi relatado:

> Eu acho que traz sobrecarga de trabalho para o restante da equipe. Quando um, seja lá quem for, não compreende a sua parte ali no todo, acaba que sobrecarrega o outro. Se a enfermagem não entende o processo dela de trabalho, sobrecarrega a equipe de médico, de fisioterapeuta e vice-versa e diretamente no cuidado e na segurança do paciente. (ENF11)

Além da sobrecarga, a falta de compreensão das responsabilidades profissionais gera sofrimento emocional a mais, pois acrescenta ao cotidiano já exigente da UTI a necessidade de resolver conflitos e retrabalho, conforme relatado:

> Quando o profissional não entende sua responsabilidade, impacta na exaustão porque já é mais uma coisa pra gente resolver, né? Conversar com a equipe, conversar com quem está liderando lá no dia da equipe de enfermagem, conversar com nutrição, respeito, enfim. (FONO9)

Também foram mencionados atritos e estresse decorrentes do não cumprimento de normas e processos, especialmente entre diferentes categorias.

> Existem normas na farmácia que a gente precisa seguir para poder fazer a dispensação de medicamentos e muitas vezes o pessoal de outros setores não entende porque quer vir pegar alguns medicamentos, alguns materiais com o mais agilidade possível, mas existem coisas que devem ser seguidas, devem ser respeitadas, existem normas que devem ser feitas e isso gera de vez em quando alguns atritos entre as classes de profissionais diferentes, digamos assim. (FARM10)

É importante destacar que, no cenário onde a pesquisa foi realizada, o profissional farmacêutico não está vinculado a uma UTI específica. A farmácia onde ele trabalha, dentro do hospital, atende simultaneamente a diversas unidades intensivas do hospital.

Essa característica organizacional implica que ele precisa lidar diariamente com múltiplas equipes multiprofissionais, cada uma com rotinas, formas de comunicação e estilos de liderança distintos. Assim, os atritos mencionados e a falta de entendimento das funções e responsabilidades em sua fala refletem não apenas a falta de entendimento das normas das farmácias, mas também a necessidade de conciliar demandas e expectativas heterogêneas oriundas de diferentes UTIs.

Essa multiplicidade de interfaces potencializa conflitos, aumenta a pressão percebida e intensifica a sensação de desgaste, conforme descrito por Mudallal et al., (2017).

De acordo com Mudallal et al., (2017) e Leiter e Maslach (2016), esses resultados dialogam com a literatura ao demonstrar que ambientes sem clareza de papéis, sem responsabilidades definidas e baixa autonomia favorecem maior estresse ocupacional e exaustão emocional.

Em síntese, os relatos apontam que a indefinição de papéis diminui a colaboração, fragmenta o trabalho e intensifica o desgaste emocional, compatível com o achado quantitativo de correlação negativa entre funções claras e burnout.

Durante as entrevistas, ao serem questionados sobre como a equipe envolve o paciente no cuidado e de que forma a equipe percebe a participação dos pacientes/família no cuidado, ficou evidente que, para alguns profissionais, a exclusão do paciente desse processo gera impacto negativo na equipe multiprofissional, conforme ilustrado na fala abaixo:

> A gente fala do paciente, conversa sobre o paciente como se ele não estivesse ali, como se ele fosse um objeto. E, às vezes, o paciente está acordado e está percebendo. Vocês estão falando de mim como se eu não estivesse aqui, como se eu fosse um objeto, uma televisão que a gente vai consertar. E, para a gente, que olha o aspecto mais humano da pessoa, muitas vezes, isso é desconfortante. A gente fica muito desconfortável na situação, porque a pessoa que é mais interessada que quem está ali doente, ela não é envolvida naquela conversa, quando ela pode, obviamente, participar. (ASSIST3)

A fala evidencia que o não envolvimento do paciente de discussões sobre o próprio cuidado gera desconforto, sofrimento emocional e sensação de desumanização na equipe, funcionando como um potencial gatilho para o burnout.

Segundo o Nacional Interprofessional Competency Framework do CIHC (2010), o domínio "Cuidado Centrado no Paciente/família" exige que o paciente seja integrado como parceiro ativo na definição e implementação do plano terapêutico, sendo valorizado como especialista de sua própria experiência.

Quando essa participação é negligenciada, como descrito na entrevista, ocorre ruptura da parceria terapêutica e comprometimento da comunicação, outro domínio essencial do CIHC, que deve ser transparente, respeitosa e orientada à construção de um entendimento comum entre profissionais e paciente.

De acordo com Souza (2022), o envolvimento do paciente é sustentado por comunicação clara, diálogo contínuo e parceria terapêutica. Fatores como falhas na inclusão do paciente, comunicação unilateral ou decisões tomadas sem sua participação são descritos como barreiras significativas para o cuidado seguro comprometendo sua motivação e satisfação no trabalho.

Portanto, as falas dos profissionais da equipe multiprofissional confirmaram as correlações negativas encontradas na etapa quantitativa, evidenciando que, quando as dimensões da prática colaborativa falham, o risco de aparecimento do Burnout aumenta. Por outro lado, quando essas dimensões estão presentes, os profissionais relatam maior desenvolvimento de relações e ambientes de trabalho mais saudáveis, o que pode minimizar o estresse, exaustão e até mesmo Burnout na equipe.

5.4 Categoria 2. "Dinâmicas relacionais e processos colaborativos da equipe multiprofissional e sua influência na segurança do paciente"

Na etapa quantitativa da pesquisa, foram evidenciadas correlações positivas entre a PIC e a segurança do paciente. Nesse contexto, as falas mostram que, quando a equipe trabalha de forma colaborativa, há uma maior circulação de informações, maior corresponsabilidade pelo cuidado ofertado e, consequentemente, menor ocorrência de falhas.

Em contrapartida, se essa colaboração não está presente no processo de trabalho, a segurança do paciente também é comprometida.

A partir da questão que investigou como a equipe constrói o plano de cuidado e define metas de tratamento na UTI, os participantes evidenciaram tanto os ganhos proporcionados pela colaboração quanto os riscos associados à sua ausência, revelando como o modo de interação entre as categorias profissionais interfere diretamente na continuidade, qualidade e na segurança do paciente.

A fala abaixo ilustra o impacto negativo da ausência de colaboração durante a passagem de plantão ao relatar que:

> Alguns médicos específicos, eles não chamam a equipe para poder participar. Então muitas vezes tem algumas informações que acabam se perdendo. (FISIO1)

Esse relato aponta uma fragilidade na elaboração conjunta das metas e condutas, o que compromete o entendimento comum do cuidado e aumenta o risco de perda de informações importantes.

A literatura reforça que a ausência de colaboração gera fragmentação do cuidado e compromete diretamente a segurança do paciente, pois o trabalho isolado interfere negativamente na assistência e na segurança (Gomes et al., 2022).

Por outro lado, as falas abaixo destacam o efeito positivo de uma equipe alinhada em torno de objetivos comuns. Ao afirmar que:

> Nessa UTI os membros se respeitam, a interação entre eles é muito tranquila e isso favorece que o cuidado com o paciente se dê de forma mais integral com uma qualidade melhor. (MED13)

> O protocolo de segurança ao paciente geralmente também é passado no momento que está com a equipe multi toda reunida. Então, isso faz com que todos os profissionais entendam a necessidade do paciente e entendam os métodos e os meios que são aplicados naquele paciente em prol da sua segurança. (MED13)

> A participação da equipe multi eu acho que é fundamental para que a equipe se mantenha focada no trabalho. Acho fundamental mesmo. Mesmo com essa participação, ainda acontecem erros pontuais e falhas. Imagine se não existisse, seria, na minha opinião, muito pior. (NUTRI4)

Os profissionais demonstraram como a clareza das metas e a participação de variadas categorias profissionais sustentam a integralidade e a qualidade assistencial. Além disso, destaca que os protocolos de segurança são discutidos com a equipe multiprofissional, possibilitando que todos compreendam as necessidades do paciente.

Gomes et al., (2022) demonstram que a interação e o trabalho articulado da equipe multiprofissional são percebidos como condições essenciais para que o cuidado ao paciente crítico seja seguro e contínuo, reforçando que a união da equipe "reflete em resultados positivos e primordiais para a segurança do paciente".

Além disso, falhas de comunicação e ausência de discussão conjunta do paciente são fatores prejudiciais à segurança, enquanto a interação coesa da equipe favorece a continuidade e a previsibilidade do cuidado (Gomes et al., 2022)

Nesse contexto, é reconhecido que, mesmo com a colaboração, erros podem acontecer, mas seriam "muito piores" sem esse alinhamento.

Segundo Libânio e Oliveira (2023), a comunicação colaborativa durante a passagem de plantão é essencial para garantir a continuidade segura da assistência, pois previne omissões, reduz erros e permite que toda a equipe compreenda as necessidades do paciente e as condutas a serem adotadas. Na prática, esse alinhamento corresponde a construção conjunta das metas de cuidado, fortalecendo o compromisso com a segurança.

Dessa forma, quando a equipe constrói e revisita suas metas de forma colaborativa, há maior engajamento e comprometimento coletivo com a segurança.

Quando perguntados como são estabelecidas as formas de comunicação dentro da UTI em que trabalha e como essas formas impactam em como os profissionais se sentem e a segurança do paciente, a fala de um profissional revelou falhas na comunicação, ao mencionar a perda de informações importantes pela falta de registro:

> Essa comunicação impacta no cuidado porque infelizmente, algumas vezes as informações se perdem, não são colocadas no papel. Algumas coisas são faladas, mas outras não são colocadas no papel. Então, quando não são faladas, a gente não encontra ali. Então, algumas informações acabam se perdendo. (FISIO1)

Esse relato evidencia que em contexto de complexidade, omissões ou falhas na comunicação podem resultar em erros, omissões de cuidado ou lacunas no atendimento ao paciente.

A literatura corrobora esse achado. Segundo Alves dos Santos et al., 2020, entre 60% e 80% dos erros assistenciais decorrem de falhas na comunicação, incluindo ausência de registro, transmissão incompleta de dados ou omissões na troca de informações entre profissionais.

Além disso, esse achado também dialoga com as Metas Internacionais de Segurança do Paciente estabelecidas pela OMS, adotadas no Brasil pelo Ministério da Saúde e pela ANVISA, entre as quais se destaca a meta 2: Melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde com a finalidade de prevenir erros decorrentes de falhas na comunicação.

Assim, a percepção do profissional entrevistado reforça a correlação positiva entre a comunicação, que aparece como um eixo estruturante da prática interprofissional colaborativa, e o fator determinante na segurança do paciente.

Sobre o compartilhamento de decisões, uma das dimensões da PIC, é percebido como um elemento importante para a segurança do paciente, especialmente em ambientes de alta complexidade como a UTI. Os relatos mostram que, quando diferentes categoriais participam da definição das condutas, há maior clareza, alinhamento de expectativas e valorização da equipe.

> Acho que isso é uma excelente forma de lidar ali com o cuidado com o paciente, uma vez que todos podem participar tomando decisões de forma conjunta para o melhor tratamento aí do doente. (MED13)
>
> Uma vez que as decisões são tomadas em conjunto, todos os profissionais são valorizados. (MED13)
>
> Acho que isso é muito importante, porque a equipe se sente engajada no cuidado...favorece com que esse cuidado seja de excelência. (MED13)

Esses núcleos de sentido indicam que a tomada de decisão coletiva fortalece o engajamento, aumenta o comprometimento com o plano de cuidado e favorece a excelência profissional, repercutindo, em altos índices de segurança do paciente.

A literatura corrobora essa correlação, já que, conforme dito por Oliveira et al. (2025), decisões clínicas construídas coletivamente reduzem inconsistências, fortalecem a coordenação do cuidado e minimizam riscos relacionados à segurança do paciente. O mesmo estudo mostra que ambientes com divergência nas decisões tendem a gerar confusão, retrabalho e maior probabilidade de falhas assistenciais.

Da mesma forma, Boll et al., 2022; Oliveira et al. 2025 reforçam que a ausência de decisões integradas e a dispersão de informações comprometem a continuidade e qualidade do cuidado, aumentando o risco de eventos adversos.

Assim, os dados qualitativos demonstram que a tomada de decisão compartilhada não apenas qualifica o processo de trabalho, mas atua como mecanismo de proteção ao paciente, reduzindo a variabilidade de condutas e fortalecendo as práticas assistenciais seguras e consistentes.

As análises das falas também revelam que o envolvimento do paciente e da família, também dimensão da PIC, influencia diretamente a segurança do paciente nas UTIs. O relato do participante ilustra como os familiares, especialmente em contexto de UTIs pediátricas, detém conhecimento sobre a rotina do paciente, contribuindo para evitar falhas e um melhor manejo clínico.

> Tem muito menino cardiopata, neuropata que as mães já sabem o que é que toma em casa. E quando chega aqui, apraza em outro horário e as mães não querem dar naquele horário, querem dar o horário que dá em casa. Aí aquela briga, aquela confusão, aquela agonia. Eu: calma, mãe, não precisa disso. Aí eu vou, ó doutora, esse é o horário que toma em casa. A mãe disse, se passar outro horário aqui, quando o menino tiver alta, vai desregular tudo, então é melhor dar no mesmo horário que ela dá em casa. (TEC.ENF6)

Esses achados qualitativos convergem com a literatura que destaca o papel da corresponsabilidade familiar na segurança do paciente. Nesse sentido, Kantorski (2018), demonstra que o engajamento familiar fortalece o vínculo terapêutico, melhora a comunicação e contribui para prevenir eventos adversos. De acordo com a autora, quando familiares são incluídos na tomada de decisão e suas experiencias são consideradas, há maior compreensão de condutas, melhor adesão e menor probabilidade de erros relacionados ao manejo clínico.

Então, a presença da família como participante ativa do cuidado confirma a correlação quantitativa previamente identificada entre melhores níveis de PIC e segurança do paciente, reforçando que o envolvimento do paciente e da família funciona como importante fator de proteção nas práticas assistenciais em terapia intensiva.

Dessa forma, confirmou-se a correlação positiva entre PIC e Segurança do Paciente, demonstrando que quanto maior a colaboração e a integração interprofissional, maior é a percepção de práticas seguras e a adesão aos protocolos institucionais.

Em se tratando da liderança e sua relação com a equipe multiprofissional, as falas evidenciaram percepções contrastantes sobre o papel da liderança e seus efeitos sobre a segurança do paciente. Em uma das entrevistas, a liderança é descrita como fragmentada, com

decisões incoerentes entre si, o que gera desencontro de informações, dificulta a comunicação entre os membros da equipe e impacta negativamente a assistência direta ao paciente:

> A liderança não tem esse cuidado com a equipe de agrupar todo mundo, juntar as ideias. Então, para mim, enfermeira, ela fala uma decisão, para outra enfermeira fala outra, para o técnico fala outra, então a gente não consegue conversar e falar a mesma língua e acaba impactando com certeza na assistência. (ENF5)

Nesse contexto, é evidente que quando a liderança é fragmentada, contraditória e pouco comunicativa, como mencionada na fala anterior, há perda de alinhamento entre profissionais, condutas variadas e impacto direto na qualidade da assistência.

Esse achado é coerente com a revisão integrativa de Morcelli et al., 2023, que identificou que comportamentos de liderança ineficaz ou tóxica aumentam a ocorrência de eventos adversos, prejudicando a comunicação e reduzindo a cultura de segurança do paciente.

Por outro lado, outra fala descreve uma liderança participativa que favorece o cuidado e reforça a segurança do paciente:

> Acredito que a liderança faz um papel muito bom nessa UTI... são pessoas muito participativas que exercem seu papel de liderança sem diminuir o outro e sempre em prol do paciente. (MED13)

Os achados qualitativos revelam que a forma como a liderança se organiza influencia diretamente a segurança do paciente. Esses resultados dialogam com Tregunno et al. 2009 que identificaram que a liderança é um dos principais determinantes da cultura de segurança do paciente em ambientes críticos, sendo responsável por coordenar práticas, sendo um componente central para uma implementação mais robusta da segurança do paciente.

Segundo Morcelli et al., 2023, a liderança eficaz influencia o engajamento da equipe para fornecer cuidados seguros e de qualidade, através de uma cultura de segurança bem estabelecida, a partir da minimização dos eventos adversos e, dessa forma, proporciona resultados positivos para os pacientes e para a equipe multiprofissional.

Dessa forma, os relatos obtidos através da entrevista qualitativa ratificam os achados quantitativos do estudo, reforçando que a liderança colaborativa constitui um fator protetor para a segurança do paciente.

Acerca da relação interprofissional, as falas dos profissionais evidenciaram que esse fator é percebido como determinante para a segurança do paciente. A harmonia, respeito mútuo e a cooperação entre as categorias foram citadas como elementos que favorecem o fluxo do plantão e, como consequência, a qualidade do cuidado prestado. Durante as entrevistas, foi dito:

> A relação da equipe impacta, com certeza. É diferente quando você tem uma equipe harmoniosa. Uma boa relação. Isso influencia diretamente no cuidado do paciente. Não tem como não influenciar. (FISIO1)

> O relacionamento habitualmente eu vejo aqui, pelo menos na minha percepção, é bom. A galera tem respeito entre um e outro... eu acho que o plantão flui melhor, quando as pessoas tem uma boa relação." (MED12)

A literatura confirma que relações saudáveis entre os profissionais funcionam como fator protetor da segurança do paciente. De acordo com Oliveira et al., 2025 foi evidenciado que a integração interprofissional é um fator essencial para reduzir erros, facilitar a tomada de decisão e melhorar a segurança em UTIs. Segundo os autores, equipes que mantêm respeito mútuo, colaboração e boa convivência apresentam menos falhas de comunicação e eventos adversos.

Além disso, segundo Boll et al., 2022; Oliveira et al., 2025 mostraram que conflitos, barreiras comunicacionais e clima de tensão entre profissionais prejudicam a coordenação do cuidado e elevam o risco de falhas.

5.5 Categoria 3. "Relações interprofissionais e seus impactos no cuidado e no bem-estar dos profissionais"

Nas narrativas, tornou-se evidente que a forma como a equipe se organiza, comunica e compartilha responsabilidades afeta simultaneamente o bem-estar dos trabalhadores e a qualidade do cuidado prestado. Como relatado na fala abaixo, situações de desentendimento, falta de consenso e exposição de tensões diante do paciente produzem um ambiente emocionalmente instável que interfere tanto no cuidado quanto na confiança do usuário.

> As relações entre os membros da equipe interferem no cuidado do paciente porque fica todo mundo já estressado e o próprio usuário, a família que está ali, ele percebe, às vezes, que tem um clima ruim, que os profissionais ali estão se estranhando, que eles não estão conseguindo se comunicar, que eles não estão conseguindo entrar num consenso, às vezes, discutem suas discordâncias, seus pontos de vista, em detalhes, na frente do paciente e ele percebe. E pro o paciente também é difícil, entendeu? Porque gera nele também uma percepção de insegurança. De que se ele reclamar, de repente, ele pode voltar pra ele como forma de alguma retaliação. (ASSIST3)

Essa percepção reforça a compreensão de que a quebra da colaboração fragiliza simultaneamente o vínculo terapêutico e a capacidade de concentração dos profissionais, aumentando o risco assistencial. Rodriguez-Ruiz et al. (2025) demonstram que conflitos,

tensões relacionais e falhas de comunicação produzem estresse agudo, sobrecarga cognitiva e redução do foco clínico, comprometendo a segurança do paciente.

Paralelamente, os depoimentos mostram que ambientes colaborativos funcionam como fator de proteção, reduzindo desgaste e favorecendo a prática segura:

> Acredito que isso facilita o trabalho, de forma que o cuidado fica menos exaustivo...Uma vez que as decisões são tomadas em conjunto, todos os profissionais são valorizados. (MED13)

Outro profissional enfatiza a relevância de uma liderança presente, que promove escuta, acolhimento e suporte, favorecendo tanto o bem-estar quanto a qualidade da assistência.

> A coordenação de enfermagem está sempre presente com a equipe para saber se está tudo bem, ouve a equipe, ouve opiniões para mudança, melhoria. Então, acho que estando presente, influencia no bem-estar e no cuidado com os pacientes. (PSI8)

O contraponto aparece na fala abaixo, que ilustra claramente como dimensões do Burnout, como o estresse e a exaustão emocional, atuam como mecanismo de risco para a segurança do paciente na presença de conflitos recorrentes.

> Os conflitos impactam nos profissionais e no cuidado dos pacientes quando é muita zoada, porque às vezes a gente chega aqui e já tem briga. Então aquilo fica na cabeça. É um gatilho. Nem comigo é, mas já tá ali e aí você já fica agoniada, já leva o plantão pesado. Fora a patologia do paciente, o cuidado do paciente, a demanda. Você tem que observar de verdade, porque se você der um vacilo, cai a saturação e o monitor não apitar, o paciente pode vir a óbito e você não prestar atenção, entendeu? Então você tem que estar focada. E aí, com os conflitos você fica estressada e acaba que fica ruim o plantão todo. (TEC.ENF6)

Desse modo, em um ambiente onde segundos definem o prognóstico, como a UTI, a perda momentânea de concentração pode resultar em eventos graves. Assim, as narrativas confirmam que quando a colaboração se fragiliza, o burnout aumenta e, consequentemente, a segurança diminui.

Completando esse achado, os dados da etapa quantitativa também evidenciaram uma correlação negativa entre Burnout e Segurança do Paciente, indicando que níveis mais altos dos sintomas do Burnout estão associados a uma menor percepção de segurança.

Ao serem questionados de que forma o profissional percebe a segurança do paciente na UTI em que trabalha, em relação ao uso dos protocolos de segurança pela equipe e de que forma isso influencia em como a equipe se sente em relação ao trabalho, o relato do participante

revelou que o sofrimento emocional, estresse e a sobrecarga de trabalho da equipe configuram como um risco para o paciente ao comprometer a qualidade e a segurança do cuidado prestado. O participante afirmou:

> Quando a gente não segue o protocolo, acaba gerando um evento adverso. Às vezes, pode ocorrer o risco do óbito ou não do paciente ou outro dano. No mínimo, uma situação estressora, uma situação mais leve. Prejudica o paciente porque a gente não seguiu o protocolo porque está sendo muito pressionado ou porque tem muita demanda. Enfim, diversas situações. (ASSIST3).

Esse relato ratifica a correlação negativa encontrada na etapa quantitativa entre burnout e segurança do paciente, uma vez que que o desgaste físico, emocional e a exaustão, fatores pertencentes às dimensões centrais do burnout, oriundos da elevada pressão e da alta demanda de trabalho da UTI, interferem na qualidade do cuidado prestado ao paciente ao comprometer a adesão aos protocolos de segurança e, consequentemente, reduzem a percepção de segurança do paciente, podendo causar um evento adverso.

A literatura explica esse fenômeno. Conforme demonstrado por Garcia et al., 2019, a exaustão emocional e a sobrecarga cognitiva presentes no burnout prejudicam funções essenciais para a segurança, como atenção, vigilância contínua e tomada de decisão rápida. Esses déficits cognitivos tornam mais difícil manter a adesão aos protocolos, especialmente em ambientes complexos como as UTIs.

Nesse contexto, corroborando com esses achados, Batalha et al., 2019 em uma revisão integrativa para identificar evidências sobre a relação entre burnout e segurança do paciente, identificaram que profissionais com níveis elevados de exaustão apresentam maior ocorrência de eventos adversos, falhas no cuidado e menor adesão às práticas e protocolos de segurança.

Esses resultados fortalecem a compreensão de que o burnout não é apenas uma condição individual, mas um importante marcador organizacional que impacta diretamente a segurança do paciente.

Dantas et al., (2021), em revisão integrativa, apontam que a exaustão emocional diminui a vigilância clínica, reduz a precisão das decisões e aumenta a ocorrência de erros, estabelecendo um elo direto entre desgaste mental e eventos adversos. Além disso, Sorra e Nieva (2004) ressaltam que ambientes com baixa colaboração tendem a apresentar cultura de segurança mais frágil.

A partir dessas observações, torna-se evidente que a PIC funciona como um eixo integrador entre burnout e segurança, exercendo papel mediador e protetivo. Quando há clareza de papéis, metas compartilhadas, comunicação aberta e liderança acolhedora, cria-se um

ambiente onde os profissionais se sentem valorizados, apoiados e emocionalmente regulados, fatores que reduzem o desgaste e aumentam a probabilidade de práticas seguras.

Em síntese, a PIC atua como elemento de proteção contra o burnout e fortalece a cultura de segurança do paciente, consolidando-se como um modelo de prática essencial à sustentabilidade e à humanização da assistência em UTIs.

6 CONCLUSÃO

O presente estudo buscou compreender a relação entre a Prática Interprofissional Colaborativa (PIC), o burnout e a segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva. Os resultados qualitativos, organizados nas categorias Relações Interprofissionais e (Não) Colaboração como determinantes do desgaste da equipe, Dinâmicas relacionais e processos colaborativos da equipe multiprofissional e sua influência na segurança do paciente, Relações interprofissionais e seus impactos no cuidado e no bem-estar dos profissionais, evidenciaram que a forma como os profissionais se comunicam, se relacionam, compartilham decisões e exercem liderança influencia simultaneamente o bem-estar da equipe e a qualidade da assistência.

Os achados mostraram que relações harmoniosas, liderança estruturada, clareza de papéis e colaboração interprofissional funcionam como fatores protetores, reduzindo sofrimento emocional e favorecendo práticas seguras. Em contrapartida, conflitos, falhas de comunicação e ausência de integração intensificam o desgaste da equipe e aumentam o risco assistencial. Esses resultados confirmaram a etapa quantitativa, na qual as dimensões de PIC apresentaram uma correlação positiva com a segurança do paciente e negativa com o burnout.

Assim, a PIC emerge como um elemento central capaz de mediar a relação entre bem-estar emocional da equipe e a qualidade do cuidado, reforçando que contexto colaborativos contribuem para ambientes mais seguros e emocionalmente sustentáveis.

7 REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Amanda Carolina Mendes; PERES, Vitória de Oliveira; FARIA, Gleison. Síndrome de Burnout em profissionais da saúde: revisão de literatura. Revista Artigos.Com, v. 27, e7271

BACKES, M. T. S. et al. O ambiente vivo, dinâmico e complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva Adulto. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 23, e2015, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rlae/a/kPPnKt3HqqMjvVhw33WJyBd/?lang=pt. Acesso em: 10 nov. 2025.

BAHIA (Estado). Plano Estadual de Segurança do Paciente: 2023–2025. Salvador: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Superintendência de Gestão do Sistema de Saúde (SUGES), 2023. Disponível em: https://www.saude.ba.gov.br/. Acesso em: 10 nov. 2025.BATALHA, E. M. S. S.; et al. Burnout e cultura de segurança do paciente: revisão integrativa. Revista de Enfermagem Referência, Coimbra, v. 4, n. 20, p. 133-142, 2019.

BATALHA, E. M. S. S.; et al. Burnout e cultura de segurança: correlação em profissionais de saúde hospitalar. Revista de Enfermagem Referência, v. 6, n. 1, p. 1-12, 2022.

BATALHA, E. M. S. S.; et al. Burnout e segurança do paciente: perspectivas e novos achados em hospitais. Revista de Enfermagem Referência, 2024.

BATALHA, Edenise Maria Santos da Silva; MELLEIRO, Marta Maria. Gestão hospitalar e cultura de segurança do paciente na percepção da equipe de enfermagem. Revista Baiana de Saúde Pública, Salvador, v. 40, supl. 1, p. 109–123, 2016. DOI: 10.22278/2318-2660.2016.v40.n0.a2670. Disponível em: https://doi.org/10.22278/2318-2660.2016.v40.n0.a2670. Acesso em: 10 nov. 2025.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Programa Nacional de Segurança do Paciente: Relatórios e Protocolos Básicos. Brasília: ANVISA, 2021.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 26 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, Brasília, 2 abr. 2013.

CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE (CIHC). A national interprofessional competency framework. Vancouver: University of British Columbia, 2010.

CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE. CIHC Competency Framework for Advancing Collaboration 2024. [S.l.]: Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2024. ISBN 978-1-926819-11-2. Disponível em: https://cihc-cpis.com/wp-content/uploads/2024/06/CIHC-Competency-Framework.pdf. Acesso em: 11 nov. 2025.CUCULO, G. M.; PEDUZZI, M.; SOUZA, G. C. Trabalho em equipe e sobrecarga de enfermeiros: revisão sistemática sobre a prática interprofissional. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 77, e20230331, 2024. DOI: 10.1590/0034-7167-2023-0331.

DALL'ORA, C.; GRIFFITHS, P.; BALL, J. Burnout in intensive care unit nurses: a systematic review. International Journal of Nursing Studies, v. 97, p. 44-52, 2020.

D'AMOUR, D.; OANDASAN, I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. Journal of Interprofessional Care, v. 19, n. S1, p. 8–20, 2005.

DANTAS, Hallana Laisa de Lima et al. Relação entre burnout em enfermeiros e segurança do paciente: uma revisão integrativa. Research, Society and Development, v. 10, n. 8, e35110815932, 2021.

ENGERS TAUBE, Michele; CARLOTTO, Mary Sandra; GONCALVES CAMARA, Sheila. Síndrome de burnout, conflitos, trabalho emocional: perfil discriminante entre líderes e liderados. Cienc. Psicol., Montevideo, v. 18, n. 1, e3146, 2024. Disponible en<http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212024000101207&lng=es&nrm=iso>. accedido en 29 nov. 2025. Epub 01-Jun-2024. https://doi.org/10.22235/cp.v18i1.3146.FASANELLA, C. Burnout: história, diagnóstico e estratégias de enfrentamento. São Paulo: Editora Manole, 2022.

GARCIA, C. L. et al. Burnout e segurança do paciente: impacto da exaustão profissional em médicos e enfermeiros. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 72, n. 5, p. 1210-1216, 2019.

GARDIN, C. R. Validação da Collaborative Practice Assessment Tool (CPAT) para o Brasil. 2018. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018.

GOMES, Cíntia Machado et al. Conhecimento da equipe multiprofissional sobre segurança do paciente em Unidade de Terapia Intensiva. Revista Mundo da Saúde, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 110–122, 2022. Disponível em: https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/view/1456. Acesso em 16 de outubro de 2025.GOMES, Renara Meira et al. Conhecimento da equipe multiprofissional sobre segurança do paciente em Unidade de Terapia Intensiva. O Mundo da Saúde, v. 46, p. 587–597, 2022. DOI: 10.15343/0104-7809.202246587597. Disponível em: https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/view/1281. Acesso em 16 nov. 2025.

HALL, L. H.; JOHNSON, J.; WATT, I.; TSIPA, A.; O'CONNOR, D. L. Healthcare staff wellbeing, burnout, and patient safety: a systematic review. PLOS ONE, v. 11, n. 7, e0159015, 2016.

HANG, H. M. R. et al. Safety culture and patient outcomes in intensive care: a multicenter study. BMC Health Services Research, v. 23, n. 117, p. 1–11, 2023. DOI: 10.1186/s12913-023-09012-9.

INTERPROFESSIONAL EDUCATION COLLABORATIVE. IPEC Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice: Version 3. Washington, DC: Interprofessional Education Collaborative, 2023. Disponível em: https://ipec.memberclicks.net/assets/core-competencies/IPEC_Core_Competencies_Version_3_2023.pdf. Acesso em: 11 nov. 2025.

JARRUCHE, N. N. C. Fatores associados à síndrome de burnout em profissionais de saúde atuantes em unidades críticas. Revista de Enfermagem e Saúde Coletiva, v. 16, n. 2, p. 112–121, 2021.

KANTORSKI, K. J. C. Parceria entre profissionais de saúde e familiares para segurança do paciente pediátrico. 2018. 133 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Porto Alegre, 2018.

LACERDA, L. C. A. Burnout em profissionais de terapia intensiva: fatores associados e repercussões no cuidado. Revista de Enfermagem UFPE On Line, v. 18, p. 1–12, 2024.

LAVÔR, L. F. S. et al. Prática interprofissional colaborativa e sua influência no cuidado em terapia intensiva. Revista Baiana de Enfermagem, v. 33, e32058, 2019. DOI: 10.18471/rbe.v33.32058.

LEITER, M. P.; MASLACH, C. Latent burnout profiles: A new approach to understanding the burnout experience. Burnout Research, v. 3, n. 3, p. 89-100, 2016

LIBÂNIO, Kelly Cristina Rezzadori Müller de Souza; OLIVEIRA, Hugo Razini. A comunicação para a segurança do paciente em passagem de plantão entre médicos de UTI em um hospital no interior do Paraná. E-Acadêmica, v. 4, n. 2, e3242492, 2023. Disponível em: http://dx.doi.org/10.52076/eacad-v4i2.492. Acesso em: 15 nov. 2025.MASLACH, C. Burnout: The cost of caring. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1981.

MASLACH, C.; LEITER, M. P. Burnout at work: A psychological perspective. New York: Psychology Press, 2016.

MORCELLI, Lorena Maria Barcellos et al. INFLUÊNCIA DA LIDERANÇA DO ENFERMEIRO NA SEGURANÇA DOS PACIENTES: UMA REVISÃO INTEGRATIVA. Rev. baiana enferm., Salvador, v. 37, e54967, 2023. Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-86502023000100506&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 28 nov. 2025. Epub 05-Fev-2024. http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v37.54967.

MUDALLAL, R.; SALEH, M.; AL-MA'AITAH, R.; ABU ZAYED, I. Nurses' burnout: The influence of leader empowering behaviors, work conditions, and demographic traits. Inquiry, v. 54, p. 1-10, 2017.NERES, R. O impacto do burnout na saúde do trabalhador de enfermagem: repercussões psicológicas e psicossomáticas. 2014. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

OLIVEIRA, L. S. et al. Integração Interprofissional e Interdisciplinar em UTI e Emergência: impactos na qualidade do cuidado e segurança do paciente. Brazilian Journal of Development, v. 11, n. 2, p. 1–17, 2025.ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID-11. Genebra: OMS, 2019. Disponível em: https://www.who.int/classifications/icd/en/. Acesso em: 15 nov. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde

(OPAS/OMS), 2010. Disponível em: https://iris.paho.org/handle/10665.2/7539. Acesso em: 16 nov. 2025.

OMS (Organização Mundial da Saúde). Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente 2021–2030: em busca da eliminação dos danos evitáveis nos cuidados de saúde. Genebra: OMS, 2021. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705. Acesso em: 10 nov. 2025.

POMARE, C. et al. Interprofessional teamwork and patient safety: understanding the link through a systems perspective. BMJ Open Quality, v. 9, e000944, 2020. DOI: 10.1136/bmjoq-2020-000944.

REEVES, S.; PELONE, F.; HARRISON, R.; GOLDMAN, J.; ZWARENSTEIN, M. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews, n. 6, CD000072, 2018.

REIS, C. T. Desenvolvimento da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: questionário, modelo teórico e propriedades psicométricas. 2013. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

RODRIGUEZ-RUIZ, Emilio et al. Caring to care: Nurturing ICU healthcare professionals' wellbeing for enhanced patient safety. Medicina Intensiva, v. 49, p. 216–223, 2025.

ROTENSTEIN, L. S. et al. Prevalence of burnout among physicians: a systematic review. JAMA, v. 320, n. 11, p. 1131-1150, 2018.

SCHAUFELI, W. B.; DE WITTE, H.; DESART, S. Manual BAT – Burnout Assessment Tool. Leuven: KU Leuven, 2019.

SCHRODER, C.; MEDVES, J.; PATTERSON, E.; LATAILLE, M.; CAREY, J.; ROGERS, J. Development and pilot testing of the Collaborative Practice Assessment Tool. Journal of Interprofessional Care, v. 25, n. 3, p. 189-195, 2011.

SILVA, Bárbara Pequeno Andrade Rasslan et al. Cultura de segurança em unidades de terapia intensiva na perspectiva da equipe multiprofissional: Estudo multicêntrico. Enfermería Actual de Costa Rica, San José, n. 46, 58440, June 2024. Disponível em:<http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-45682024000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 9 nov. 2025.

SILVA, M. E. Prática interprofissional colaborativa na Unidade de Terapia Intensiva: desafios e potencialidades. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 74, n. suppl 1, p. e20200890, 2021. DOI: 10.1590/0034-7167-2020-0890.

SODEIFY, R.; HABIBPOUR, Z. Nurses' perceptions of co-worker support in the workplace: Qualitative research. Enfermería Clínica, v. 30, n. 6, p. 1–8, 2020.

SORRA, J. S.; NIEVA, V. F. Hospital Survey on Patient Safety Culture. Rockville: AHRQ – Agency for Healthcare Research and Quality, 2004.

SOUSA NETO, Adriana Lemos de et al. Clima de segurança em Unidades de Terapia Intensiva: revisão integrativa. Research, Society and Development, v. 10, n. 7, e33910716702, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i7.16702. Disponível em: http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i7.16702. Acesso em: 10 nov. 2025.

TAUBE, M. E.; CARLOTTO, M. S. Síndrome de Burnout e a liderança: revisão sistemática da literatura. Revista Administração em Diálogo, v. 24, n. 3, p. 28-47, 2022. DOI: https://doi.org/10.23925/2178-0080.2022v24i3.54795.

TREGUNNO, D. et al. Leadership to Promote Patient Safety Culture and Learning in Critical Care. Ottawa: Canadian Patient Safety Institute, 2009. 73 p.

VAN MOL, M. M. C. et al. The prevalence of compassion fatigue and burnout among healthcare professionals in intensive care units: a systematic review. PLoS ONE, v. 10, n. 8, e0136955, 2015.

WELP, A.; MEIER, L. L.; MANSER, T. Emotional exhaustion and work engagement in healthcare professionals: a multilevel study on the role of team communication and safety climate. BMC Health Services Research, v. 16, n. 441, 2016. DOI: 10.1186/s12913-016-1703-6.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E PROFISSIONAL

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E PROFISSIONAL	
Assinale a sua opção de resposta:	
1.	**Sexo:**
2.	**Idade:**
3.	**Cor ou Raça/Etnia:** ( ) Preto; ( ) Pardo; ( ) Branco; ( ) Indígena; ( ) Amarelo.
4.	**Estado Civil:** ( ) Solteiro; ( ) Casado; ( ) União estável; ( ) Divorciado; ( ) Viúvo.
5.	**Local de Trabalho:** ( ) UTI geral adulto 1; ( ) UTI geral adulto 2; ( ) UTI cirúrgica; ( ) UTI neurológica; ( ) UTI cardiológica; ( ) UTI pediátrica; ( ) UTI neonatal.
6.	**Nível de Escolaridade:** ( ) Ensino Médio; ( ) Graduação; ( ) Especialização ( ) Mestrado; ( ) Doutorado.
7.	**Categoria Profissional:** ( ) Auxiliar de Enfermagem; ( ) Técnico de Enfermagem; ( ) Enfermeiro; ( ) Médico; ( ) Fisioterapeuta; ( ) Fonoaudiólogo; ( ) Nutricionista; ( ) Farmacêutico; ( ) Psicólogo; ( ) Assistente Social; ( ) Outro _____
8.	**Tipo de Vínculo:** ( ) Residente; ( ) Estatutário; ( ) Contrato.
9.	**Turnos de Trabalho:** ( ) Fixo Manhã; ( ) Fixo Tarde; ( ) Serviço Diurno; ( ) Serviço Noturno; ( ) Misto.
10.	**Experiência Profissional:** _____ anos
11.	**Tempo de experiência neste serviço:** _____ anos
12.	**Possui quantos vínculos trabalhistas:** ( ) um; ( ) dois; ( ) mais de dois.
13.	**Qual a sua carga horária de trabalho semanal total?** (em caso de mais de um vínculo colocar o total de horas semanal trabalhada) _____ _____

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA - CAMPUS I
COLEGIADO DO CURSO DE ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
Esta pesquisa seguirá os Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução n° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome do Participante:_____

Documento de Identidade nº:_____

Data de Nascimento:____/____/____ **Sexo: F ( ) M ( )**

Endereço:_____**Bairro:**_____**Cidade:**_____

CEP:_____**Telefone:** _____

II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA:

1. **TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA:** Prática interprofissional colaborativa e sua relação com o *Burnout* nos profissionais de saúde e a segurança do paciente.
2. **PESQUISADORA RESPONSÁVEL:** Edenise Maria Santos da Silva Batalha

Docente do curso de Enfermagem do Departamento de Ciências da Vida da Universidade do Estado da Bahia.

III - EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PARTICIPANTE SOBRE A PESQUISA:

O (a) senhor (a) está sendo convidado (a) para participar da pesquisa: **Prática interprofissional colaborativa e sua relação com o *Burnout* nos profissionais de saúde e a segurança do paciente**, de responsabilidade da pesquisadora Profª Drª Edenise Maria Santos da Silva Batalha, docente da Universidade do Estado da Bahia que tem como objetivo analisar a relação da Prática Interprofissional Colaborativa com a segurança do paciente e o *Burnout* nos profissionais de saúde do contexto hospitalar. Trata-se de um estudo multicêntrico de Método Misto Sequencial Explanatório que consiste em coletar e analisar primeiramente os dados quantitativos e em seguida desenvolver a coleta e a análise qualitativa.

A realização desta pesquisa trará como benefícios novas possibilidades de intervenção no âmbito das práticas em saúde visando melhorias na qualidade da assistência e na segurança dos pacientes, como também, possibilitará a elaboração de propostas de intervenção mais

assertivas para a promoção da saúde e da satisfação dos profissionais no seu contexto de trabalho. Além disso, os resultados serão publicados em eventos nacionais e internacionais e em revistas científicas, contribuindo com o avanço da ciência na área da saúde.

Caso aceite participar, o (a) Sr. (a) responderá a quatro questionários referentes à caracterização sociodemográfica e profissional, a Prática Interprofissional Colaborativa, ao Burnout e a segurança do paciente. Em algum momento, o Sr. (a) poderá ser convidado a participar de uma entrevista em local reservado, em dias e horários previamente agendados, mediante uso de gravador digital.

Devido a coleta de informações, o senhor poderá sentir desconforto em responder algumas das questões, podendo ocorrer constrangimentos, como também não se sentir à vontade em responder algum item por considerar invasivo ou pessoal. O Sr. (a) tem o direito de não responder a quaisquer das questões ou a pesquisa como todo.

Sua participação é voluntária e não haverá nenhum gasto ou remuneração resultante dela. Garantimos que sua identidade será tratada com sigilo e, portanto, o Sr (a) não será identificado. Caso queira o (a) Sr. (a) poderá, a qualquer momento, desistir de participar e retirar sua autorização. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição.

Quaisquer dúvidas que o (a) senhor(a) apresentar serão esclarecidas pela pesquisadora e caso queira poderá entrar em contato também com o Comitê de ética da Universidade do Estado da Bahia. Esclareço ainda que de acordo com as leis brasileiras o Sr (a) tem direito a indenização caso seja prejudicado por esta pesquisa.

O (a) senhor (a) receberá uma cópia deste termo onde consta o contato dos pesquisadores, que poderão tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

V. INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE DÚVIDAS

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Edenise Maria Santos da Silva Batalha

Endereço: Rua Silveira Martins, 2555, Departamento de Ciências da Vida, Cabula, Salvador-BA. CEP: 41150-000

Telefone: 3117-2200

E-mail: emssilva@uneb.br

Comitê de Ética em Pesquisa- CEP/UNEB: Avenida Engenheiro Oscar Pontes s/n, antigo prédio da Petrobras 2º andar, sala 23, Água de Meninos, Salvador- BA. CEP: 40460-120. Tel.: (71) 3312-3420, (71) 3312-5057, (71) 3312-3393 ramal 250, e-mail: cepuneb@uneb.br
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP- End.: SRTV 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar – Asa Norte CEP: 70719-040, Brasília-DF

V. CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Após ter sido devidamente esclarecido pelo pesquisador(a) sobre os objetivos, benefícios da pesquisa e riscos de minha participação na pesquisa Prática interprofissional colaborativa e sua relação com o Burnout nos profissionais de saúde e a segurança do paciente e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar sob livre e espontânea vontade, como voluntário, consinto que os resultados obtidos sejam apresentados e publicados em eventos e artigos científicos desde que a minha identificação não seja realizada. Assinarei este documento em duas vias, sendo uma destinada ao pesquisador e outra a mim.

Salvador, _____ de _____ de _____.

_____

Assinatura do participante da pesquisa

_____

Assinatura do pesquisador responsável

APÊNDICE C – GUIA DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA - ETAPA QUALITATIVA

UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA - CAMPUS I

COLEGIADO DO CURSO DE ENFERMAGEM

TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: Prática interprofissional colaborativa e sua relação com o *Burnout* nos profissionais de saúde e a segurança do paciente.

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Dra. Edenise Batalha

GUIA DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA-ETAPA QUALITATIVA

Questão 1. Descreve para mim como ocorre a construção do plano de cuidado e das metas de tratamento pela equipe multiprofissional na sua UTI. Como isso se relaciona com a capacidade da equipe em manter o foco no trabalho, se sentir entusiasmado e energizado no trabalho, e garantir a segurança do paciente?

Questão 2. Na UTI que você trabalha, como acontece o gerenciamento dos conflitos e as tomadas de decisão pela equipe? Como você acha que isso impacta nos profissionais e no cuidado dos pacientes?

Questão 3. Na sua vivência na UTI, você acha que cada profissional entende suas responsabilidades e papéis dentro da equipe e tem autonomia para tomar decisões? Como isso impacta na exaustão da equipe, na energia e foco para trabalhar e no cuidado dos pacientes?

Questão 4. Como você percebe a atuação da liderança na UTI que você trabalha (a liderança incentiva e apoia a equipe para seu melhor desempenho, definindo os papéis e as responsabilidade e incentivando as melhores práticas)? De que forma você ver que essa liderança influencia no bem-estar da equipe e no cuidado dos pacientes?

Questão 5. Como são estabelecidas as formas de comunicação na sua UTI, por exemplo: passagens de plantão/transição do cuidado e reuniões da equipe; e como essas formas impactam em como os profissionais se sentem e interferem no cuidado dos pacientes?

Questão 6. Como acontecem as relações entre os membros da equipe? Eles se respeitam, se preocupam uns com os outros? e como esses relacionamentos impactam em como os profissionais se sentem no trabalho e como interferem no cuidado dos pacientes?

Questão 7. Como você percebe a segurança do paciente na sua UTI (relacionado ao uso dos protocolos de segurança pela equipe) e como isso influencia em como a equipe se sente em relação ao trabalho?

Questão 8. Como a equipe envolve o paciente no cuidado? Como a equipe percebe a participação dos pacientes/familiares no cuidado e como isso afeta os sentimentos da equipe em relação ao trabalho e impacta na segurança do paciente?

Questão 9. Como a equipe tem se relacionado com outros recursos fora do hospital (por ex. unidades básicas de saúde, atendimento domiciliar, centros comunitários) para continuidade do cuidado? como você acha que isso pode impactar na segurança do paciente e em como a equipe se sente no trabalho?